

Márcia Maria de Sá Rocha
Maria Natália Pereira Ramos
Silvana Mora de Moraes dos Santos
Maria Dalva Horácio da Costa

Organizadoras

Seguridade Social, Interculturalidades



e Desigualdades na Contemporaneidade

SOBRE O LIVRO

O livro aborda um conjunto de temas que envolvem a problemática da seguridade social, proteção social e desigualdades em um contexto de globalização, multiculturalidade, financeirização do capital e derrogação de direitos, discutidos durante a realização do *I Seminário Internacional Seguridade Social, Interculturalidade(s) e Desigualdades Sociais: Refletindo os Desafios da Contemporaneidade*, realizado em 2012, na UFRN, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas da Seguridade Social e Serviço Social, vinculado ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN e pelo Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais (CEMRI) – Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento, da Universidade Aberta de Lisboa.

O livro está organizado em duas partes que se complementam e que evidenciam múltiplas expressões da questão social. A primeira trata da seguridade social e das desigualdades com o objetivo de examinar diversas problemáticas que dificultam e/ou impeçam o exercício da cidadania em sentido pleno e discutir algumas políticas públicas que pelo seu desenho assumam uma perspectiva excludente e/ou pouco inclusiva. Temas como os desafios do Estado social no contexto europeu, as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal, previdência social no Brasil à luz das mudanças sociais, econômicas e políticas do país, o acesso à rede de proteção social por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e as representações dos

usuários sobre políticas de acesso a alimentos e direitos, com foco no direito à alimentação adequada, são os temas examinados à luz da realidade brasileira e portuguesa.

Na segunda parte, o foco recai sobre a proteção social, políticas públicas e questões socioculturais sempre privilegiando a perspectiva comparativa Brasil e Portugal. Merecem atenção os temas da saúde, identidade e desenvolvimento de mulheres e famílias em situação de diversidade cultural, problemas emocionais e comportamentais de crianças de pais alcoólicos, a interrupção da gravidez na adolescência sob a perspectiva bioética, o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos como alternativa de proteção social e de garantia de direitos, o papel da família na promoção da interação social da criança autista e práticas de educação socioeducativas para promoção de assistência à criança pobre.

Os textos além de evidenciarem o esforço teórico e metodológico dos autores para apreensão de realidades sociais e culturais multifacetadas contribui para trazer ao público reflexões sobre conflitos, interesses, estratégias, desafios, impasses e possibilidades das políticas públicas para superação das desigualdades e promoção da inclusão e participação no âmbito de uma perspectiva comparativa e intercultural entre Brasil e Portugal.

Maria Arlete Duarte de Araújo



Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade





Reitora	Ângela Maria Paiva Cruz
Vice-Reitor	José Daniel Diniz Melo
Diretor da EDUFRN	Luis Álvaro Sgadari Passeggi
Diretor Adjunto da EDUFRN	Wilson Fernandes de Araújo Filho
Secretária da EDUFRN	Judithe da Costa Leite Albuquerque
Conselho Editorial	Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente)
	Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra
	Anna Emanuella Nelson dos S. C. da Rocha
	Anne Cristine da Silva Dantas
	Christianne Medeiros Cavalcante
	Edna Maria Rangel de Sá
	Eliane Marinho Soriano
	Fábio Resende de Araújo
	Francisco Dutra de Macedo Filho
	Francisco Wildson Confessor
	George Dantas de Azevedo
	Maria Aniolly Queiroz Maia
	Maria da Conceição F. B. S. Passeggi
	Maurício Roberto Campelo de Macedo
	Nedja Suely Fernandes
	Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento
	Paulo Roberto Medeiros de Azevedo
	Regina Simon da Silva
	Richardson Naves Leão
	Rosires Magali Bezerra de Barros
	Tânia Maria de Araújo Lima
	Tarcísio Gomes Filho
	Teodora de Araújo Alves
Secretária de Educação a Distância da UFRN	Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo
Secretária Adjunta de Educação a Distância da UFRN	Ione Rodrigues Diniz Morais
Coordenadora de Produção de Materiais Didáticos – SEDIS/UFRN	Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo
Coordenadora de Revisão – SEDIS/UFRN	Maria da Penha Casado Alves
Coordenador Editorial	José Correia Torres Neto
Gestão do Fluxo de Revisão	Rosilene Paiva
Revisão Ortográfica/Gramatical	Camila Maria Gomes
	Orlando Meza Ucella Brandão
	Margareth Pereira Dias
	Emanuelle Pereira Diniz
	Edineide Marques da Silva
	Cristiane Severo
	Verônica Pinheiro da Silva
Revisão ABNT	Letícia Torres
Revisão Tipográfica	André Soares
Diagramação/Design Editorial	Alice Câmara da Rosa
Capa	

Márcia Maria de Sá Rocha
Maria Natália Pereira Ramos
Silvana Mora de Moraes dos Santos
Maria Dalva Horácio da Costa

Organizadoras

Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade



Catálogo da Publicação na Fonte. Bibliotecária Verônica Pinheiro da Silva CRB-15/692.

Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade
[recurso eletrônico] / Organizado por Marcia Maria de Sá Rocha... [et al]. –
Natal: EDUEFRN, 2016.
1 PDF : il.

ISBN 978-85-425-0673-0

Modo de acesso: <http://repositorio.ufrrn.br>

1. Seguridade social. 2. Interculturalidades. 3. Desigualdades. I. Rocha,
Marcia Maria de Sá. II. Ramos, Maria Natália Pereira. III. Santos, Silvana Maria
de Moura dos. IV. Costa, Maria Dalva Herculino da.

CDD 351.84
5456

Sumário

Apresentação 10

I Parte – Seguridade Social e Desigualdades 15

Desafios do Estado Social no contexto europeu e a
(in)sustentabilidade da Segurança Social 16
Maria da Conceição Pereira Ramos

Trabalho e questão social: refletindo as condições de
pobreza e desigualdades sociais das famílias de
crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal 58
Márcia Maria de Sá Rocha e Maria Natália Pereira Ramos

Previdência Social, o Setor público, suas
mudanças e desafios 112
Evilázio Xavier Cruz Junior e Donália Cândida Nobre

Os (neo)moradores dos hospitais públicos: um estudo
sobre o acesso à rede de proteção social no
município de Natal 134
Isabelli Gomes Vieira e Maria Dalva Horácio da Costa

Projeto Café do Trabalhador: representações dos
usuários sobre políticas de acesso a alimentos e direitos 187
Fábio Resende de Araújo, Maria Arlete Duarte de Araújo,
Micaela da Silva Paula e Polyanna Batista Maia.

**II Parte – Proteção Social, Políticas Públicas
e Questões Socioculturais** 229

Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento
e cuidados interculturais 230

Maria Natália Pereira Ramos

Crianças filhas de pais alcoólicos: prevenção de
comportamentos de riscos 271

Ana Isabel Mateus da Silva

A interrupção da gravidez na adolescência sob
a perspectiva bioética 309

José Humberto Belmino Chaves

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
como alternativa de proteção social e de garantia de
direitos no município de Rio do Fogo 341

Anna Karollyne Ferreira Lopes

As relações familiares com a criança autista 376

Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho

Criança pobre e sua assistência no Maranhão 411

Kilza Fernanda Moreira de Viveiros

Sobre as organizadoras 428



APRESENTAÇÃO

Os trabalhos ora publicados expressam a relevância da realização do *I Seminário Internacional Seguridade Social, Interculturalidade(s) e Desigualdades Sociais: Refletindo os Desafios da Contemporaneidade*, realizado nos dias 30 e 31 de agosto de 2012, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na cidade de Natal, organizado pelo Grupo de Estudos e Pesquisas da Seguridade Social e Serviço Social, vinculado ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN e em Lisboa, pelo Centro de Estudos das Migrações e Relações de Interculturais (CEMRI) da Universidade Aberta.

O seminário teve como finalidade criar espaços para a socialização, o debate e a discussão das Práticas e Políticas de Seguridade Social na perspectiva de refletir a transversalidade entre os dois espaços culturais na sua heterogeneidade e na complexidade, levando em consideração as suas particularidades. Nesse sentido, a realização desse Seminário e a concretização da publicação das experiências expostas pelos pesquisadores aqui referenciados se constituíram no compromisso de permitir uma ampla divulgação dos resultados das pesquisas realizadas no âmbito de uma perspectiva comparativa e intercultural entre Brasil e Portugal.

O livro aborda algumas das mais importantes discussões da contemporaneidade como a Previdência Social, a Bioética, o Trabalho, a Questão Social e os Desafios do Estado Social, bem como Problemáticas de Saúde e Interculturais, designadamente a questão da dependência em relação ao uso de Álcool, o Autismo e os Cuidados e Competências Interculturais em Saúde.

Encontra-se apresentado em duas partes. Na I Parte, intitulada *Seguridade Social e Desigualdades*, temos o texto *Desafios do Estado Social no Contexto Europeu* que aborda a questão a partir dos trabalhos da Profa. Dra. Odília Sousa de Araújo (UFRN), *in memoriam*, e, além de trazer novas discussões sobre o tema, comparando-o com Portugal, pretende homenagear a citada docente, perpetuando seu inesgotável debruçar sobre as análises em foco; o segundo texto, *Trabalho e Questão Social: refletindo as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal*, objetiva analisar a problemática da participação da família nos esquemas de proteção social de corte neoliberal, nos contextos Brasil/Portugal, buscando perceber os impactos dessas mudanças ocorridas nos últimos 20 anos, cuja repercussão na esfera familiar produziu significativas alterações de âmbito mundial; o terceiro texto, *Previdência Social, o Setor Público, Suas Mudanças e Desafios*, busca sistematizar estudos para a área da Previdência Social no Brasil, destacando a previdência dos servidores públicos federais, considerando o seu processo de criação – principalmente à aposentadoria, as diversas alterações ou reformas ao longo dos anos, procurando contextualizar com as mudanças sociais, econômicas e políticas do país; o quarto texto, *Os (neo)moradores dos hospitais públicos: um estudo sobre o acesso à rede de proteção social no município de Natal*, pretende problematizar a questão do acesso à rede de proteção social por usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) na faixa de 19 a 59 anos, que precisam permanecer internados, mesmo após alta clínica, por não terem para onde ir. As autoras qualificam esse público como (neo)moradores e vêm considerar as múltiplas expressões da questão social que envolve essa nova problemática, cada vez mais comum nos hospitais públicos. A pesquisa em questão

tomou como base amostra coletada no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG) e no Hospital dos Pescadores (HOSPESC); o quinto texto, *Projeto Café do Trabalhador: representações dos usuários sobre políticas de acesso a alimentos e direitos*, discorre sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), considerando-o um dos principais direitos para que o indivíduo possa exercer sua cidadania em sentido pleno.

Na II Parte do livro, intitulada *Proteção Social, Políticas Públicas e Questões Socioculturais*, temos, no primeiro texto, *Mães e famílias entre culturas: Saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais*, questões relativas à saúde, à identidade e ao desenvolvimento de mulheres e famílias em situação de diversidade cultural, designadamente no contexto do Brasil e Portugal. Desse modo, o texto analisa e apresenta igualmente políticas e competências comunicacionais e interculturais a desenvolver no âmbito de cuidados de saúde em contextos multi/interculturais; o segundo texto, *Crianças e Filhas de Pais Alcoólicos: prevenção de comportamentos de riscos*, tem como objetivo avaliar comparativamente filhos de pais alcoólicos e filhos de pais não alcoólicos, visto que os filhos de pais alcoólicos têm sido apontados como mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais; o terceiro texto, *A interrupção da gravidez na adolescência sob a perspectiva bioética* enfoca o tema considerando a complexidade de suas implicações morais, sociais, religiosas, econômicas e emocionais; o quarto texto, *O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos como alternativa de proteção social e de garantia de direitos no município de Rio do Fogo*, propõe uma reflexão introdutória sobre a execução do serviço de convivência e fortalecimento de vínculo executado pelo município de Rio do Fogo, a partir das questões que

envolvem o processo de mundialização do capital e seus desdobramentos na execução da política de assistência social, e enfoca os desafios encontrados para a materialização da proteção social para crianças e adolescentes; o quinto texto, *As relações familiares com a criança autista*, consistiu em apreender as concepções maternas sobre o autismo, observando o papel da família na promoção da interação social da criança autista; o sexto artigo, *Criança Pobre e sua Assistência no Maranhão*, traduz parte das análises desenvolvidas sobre a infância e a criança durante processo de formação doutoral da autora, que discorre sobre práticas de educação socioeducativas em São Luís do Maranhão, Brasil.

Este livro se propõe a contribuir com a reflexão crítica servindo de base e referência para estudos, além de reconhecer e consolidar o esforço investigativo de todos os autores envolvidos. Esse momento, de reflexões teórico-metodológicas, revelou-se de grande pertinência, mais precisamente considerando o contexto de produção científica sobre o Brasil e Portugal, para o qual este seminário e os presentes textos se colocam como contribuições inovadoras, buscando o surgimento de novos desafios para pesquisas posteriores.

Finalizando, agradecemos à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas e ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) pelo apoio logístico ao evento, bem como a viabilização da publicação do presente livro. Um agradecimento particular à coordenadora científica do grupo de investigação *Saúde, Cultura e Desenvolvimento* do CEMRI, e membro da comissão de organização deste livro, Profa. Dra. Maria Natália Pereira Ramos da Universidade Aberta – de Lisboa, pelo empenho demonstrado durante todo processo de organização do Seminário. Também

agradecemos aos colegas brasileiros e portugueses que compartilharam com o momento de discussões, desafios e produção de conhecimentos.

A Comissão Organizadora

Profa. Dra. Márcia Maria de Sá Rocha (UFRN)

Profa. Dra. Maria Natália Pereira Ramos
(Universidade Aberta de Lisboa)

Profa. Dra. Silvana Mara de Moraes dos Santos (UFRN)

Profa. Dra. Maria Dalva Horácio da Costa (UFRN)



I Parte

Seguridade Social e Desigualdades

Desafios do Estado Social no contexto europeu e a (in)sustentabilidade da Segurança Social

Maria da Conceição Pereira Ramos¹

Preâmbulo

Ao estudarmos as questões da Segurança Social prestamos a devida homenagem à especialista, investigadora e professora Doutora Odília Araújo, presente na nossa memória e especialmente no trabalho de pós-doutoramento que acompanhamos na Universidade do Porto sobre as últimas reformas da Segurança Social no Brasil e em Portugal (ARAÚJO, 2008). Como diz a autora, analisar essas reformas e a sua dinâmica “é um desafio para o pesquisador diante dos avanços e recuos nessa área” (ARAÚJO, 2008, p. 158). A querida Odília estará sempre presente nos nossos corações e no legado que deixou – como exemplo de vida e de trabalho – para as gerações presentes e vindouras.

¹ Doutora em Economia do Trabalho pela Universidade de Paris I, Sorbonne. Professora da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), onde leciona na graduação e pós-graduação, nas áreas de economia social, recursos humanos, migrações internacionais e saúde e segurança no trabalho. E-mail: cramos@fep.up.pt

1 Introdução da problemática

Em Portugal e na Europa, ainda sob o efeito de uma crise econômica e financeira com consequências significativas, os benefícios sociais tendem a constituir um dos principais focos de discussão e a sua viabilidade é cada vez mais questionada. No início do século XXI, os desenvolvimentos econômicos e políticos conferem à modernização dos sistemas de proteção social uma urgência sem precedentes. Devido a um conjunto de fatores, endógenos e exógenos, têm-se multiplicado nos últimos anos os esforços de reforma dos sistemas de Segurança Social.

Nos países europeus, a sustentabilidade financeira do sistema público de Segurança Social encontra-se ameaçada face à sua tendência deficitária, aos desafios estratégicos e aos efeitos de importantes alterações demográficas, económicas e sociais. A forte diminuição da taxa de natalidade, o aumento da esperança de vida e as novas estruturas familiares têm reconfigurado a evolução demográfica e social das sociedades europeias. Os sistemas de proteção social necessitam de se adaptar igualmente ao mundo do trabalho em mutação, com a evolução das estruturas e tipos de emprego e o forte aumento do desemprego (FERRERA et al., 2000; ESPING-ANDERSEN, 2000, 2002; RAMOS, 2007).

Sendo a Segurança Social um valor essencial da Europa e “a chave do sistema de protecção social” (RAMOS, 2003, p. 65), desde 1995, são apontados, pela Comissão Europeia, objetivos fundamentais de modernização da proteção social na União Europeia: tornar o trabalho mais vantajoso e providenciar um rendimento seguro; assegurar a viabilidade e sustentabilidade do regime de pensões; promover a inclusão social e, por último, garantir um nível de saúde elevado e sustentável.

O sistema de proteção social português encontra-se, tal como na generalidade dos países desenvolvidos, perante desafios estratégicos que importa enfrentar de forma sustentada. Sem novas medidas, o sistema entrará em desequilíbrio devido ao efeito conjunto de vários fatores, nomeadamente: crescente envelhecimento da população; aumento progressivo do período contributivo; crescimento das pensões a ritmo superior ao das contribuições; forte aumento do desemprego; aparecimento de novas formas de organização do trabalho, havendo necessidade de garantir adequada proteção aos trabalhadores com vínculos atípicos e a populações particularmente vulneráveis, como idosos, portadores de deficiência, famílias monoparentais e desempregados, nomeadamente de longa duração, atingindo o desemprego, especialmente jovens e mais idosos. Em 2013, a taxa de desemprego foi de 16,3% em Portugal, 26,4% na Espanha e 27,2% na Grécia, atingindo o desemprego juvenil 38% em Portugal e entre 40 a 50% na Espanha e Grécia (INE e Eurostat).

Perante os desafios referidos anteriormente e outros associados a crises em países desenvolvidos, no presente, é comum discutir-se a sustentabilidade dos esquemas de Segurança Social, no sentido de pensar o futuro do Estado Social e as necessárias mudanças (BARR, 2004; CASTLES, 2004; CASTLES et al., 2010; ISSA, 2013). No presente trabalho faremos uma breve contextualização desse tipo de desafios, das principais tipologias de *welfare regimes* e das especificidades nas respostas.

2 Evolução histórica da Segurança Social em Portugal

Em Portugal, os governos introduziram nos últimos anos medidas essenciais ao equilíbrio financeiro do sistema público de Segurança Social, face à sua tendência deficitária, debate iniciado com a Comissão do Livro Branco da Segurança Social (1998), Santos et al. (1998), Santos e Ferreira (1998) e ampliado com o contexto atual recessivo de necessidade de equilíbrio das contas públicas, avançando os governos com medidas para enfrentar estes desafios, designadamente a alteração das regras de cálculo das pensões por velhice e a redução de benefícios sociais. As últimas reformas da Segurança Social em Portugal, a da Lei de Bases de 1984, a lei de 2000, a de 2002 e a de 2007, são justificadas pela necessidade de conter as tendências deficitárias do sistema (ARAÚJO, 2008; MENDES, 2011). As últimas leis e decretos, de 2012, 2013, 2014, modificaram o regime geral de Segurança Social e o dos servidores públicos.

A consideração de diferentes tipologias de regimes de proteção social não invalida a especificidade do caso português, distinto na Europa ocidental, devido a uma transição para a democracia tardia, tendo a maturação do sistema de proteção social português ocorrido mais tarde. As particularidades da História Portuguesa, designadamente o facto de o país ter vivido a mais longa ditadura do século XX, que se prolongou até 25 de abril de 1974, determinam a matriz identitária do modelo e a forma como são vistos o Estado Social e a Segurança Social (SANTOS, 1985, 1993). A evolução das políticas sociais em Portugal pode ser analisada a partir dos seguintes marcos históricos:

Antes da revolução de 25 de abril de 1974, sobressaem as políticas sociais desenvolvidas nos últimos anos do Estado Novo (o chamado “estado social” de Marcelo Caetano). A partir de 1974, evidencia-se a importância do processo democrático e, em 1986, a adesão à Comunidade Económica Europeia, com impactos no domínio da protecção social (RAMOS, 2003, p. 66).

2.1 Assistencialismo em Portugal (século XVI a meados do século XX)

A segurança social foi uma criação tardia em Portugal. Até à revolução de 25 de abril de 1974, os portugueses beneficiaram de um sistema de segurança social assistencialista, ou seja, “programas que visam a reprodução biológica da força de trabalho, isto é, medidas, privadas ou públicas, para evitar a morte (ou garantir a sobrevivência) dos desempregados e pobres” (VARELA, 2013, p. 26).

Vale destacar que a fundação da primeira Irmandade da Misericórdia é datada do ano de 1498. Ainda acerca desse tema, as santas casas da misericórdia tornaram-se o grande polo da assistência social privada. Foi após a instauração da República que ficou estipulado, na Constituição de 1911, o direito à igualdade social e o direito à assistência pública, como atividade supletiva e ocasional do Estado, apenas destinada a resolver as situações de extrema carência. Poucos anos depois, seguiu-se a primeira tentativa de instituir um sistema de seguros sociais obrigatórios, que começou por se destinar aos trabalhadores assalariados. Todavia, por falta de condições políticas, essa legislação não viria a ser aplicada. Há que referir

que o desenvolvimento das políticas sociais foi mediado por um regime autoritário, o Estado Novo (1933-1974).

Em 1935, na sequência da publicação do Estatuto do Trabalho, foram definidas as bases em que devia apoiar-se a organização da previdência social. Contudo, o alcance deste sistema era claramente limitado. A reforma da previdência social só foi concretizada depois de 1962, na sequência de novas leis e respectiva regulamentação (RAMOS, 2003, p. 68).

Assim, com a publicação da Lei das Bases da Segurança Social (Lei n.º 2115 de 1962) e da subsequente criação de vários subsistemas de proteção social (por exemplo, a ADSE – proteção social dos agentes e funcionários públicos), dá-se a reforma da lei em vigor. Essa permitiu melhorar as prestações já existentes e alargar a proteção à maternidade e encargos familiares. Os trabalhadores independentes foram mencionados pela primeira vez.

Mesmo autores que consideram ter havido progressos significativos no Estado Novo não deixam de concordar ser algo que se aproximava ainda da miséria. Os índices de bem-estar estavam equiparados a países subdesenvolvidos e atrasados, afastando-se dos países do norte e centro da Europa: em 1973, as despesas sociais do Estado em percentagem do PIB representavam 4,4% em Portugal, 15,4% na Dinamarca e 13,9% na Grã-Bretanha (FONSECA, 2008 apud VARELA, 2013). A pensão média anual da segurança social sobe mais de 50% entre 1973 e 1975, no seguimento da revolução de 1974 (PORDATA).

2.2 A segurança social em Portugal depois de 1974

Só a Revolução de 25 de abril de 1974 fará nascer o Estado Social e, com ele, a segurança social universal (RAMOS, 2003). Nesse sentido, a revolução viria a instaurar a democracia em Portugal e a introduzir medidas de orientação Beveredgianas, corretoras de desigualdades, de caráter universal. Logo, no ano de 1976, redige-se e aprova-se a nova Constituição da República Portuguesa, das mais generosas do mundo em relação aos direitos sociais. Entre as novas medidas consagradas nessa Constituição, são de salientar: o sistema integrado de segurança social universal; aumento das prestações previamente existentes e de outras que passam a abarcar toda a população; e aumento radical do valor das pensões e extensão da segurança social. A lei fundamental (n.º 4, do art.º 63.º) aponta para uma concepção universalista do sistema de segurança social, que proteja os cidadãos (na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho). Saliente-se a criação, em 1979, do Serviço Nacional de Saúde e, em 1984, da Lei de Bases da Segurança Social. Com essa lei, Portugal afirma o compromisso constitucional, fixado no n.º 1 do artigo 63.º, de que “todos têm direito à segurança social”. A Lei da Segurança Social (n.º 28/84, de 14 de Agosto) considera como objetivos do sistema: a proteção dos trabalhadores e suas famílias nas situações de falta ou diminuição de capacidade para o trabalho, de desemprego involuntário e de morte, e garante a compensação de encargos familiares; e a proteção das pessoas que se encontrem em situação de falta ou diminuição de meios de subsistência.

Deste modo, o sistema (que compreende os regimes e as instituições de segurança social) obedece aos princípios da universalidade, da unidade, da igualdade, da eficácia, da descentralização, da garantia judiciária, da solidariedade e da participação (RAMOS, 2003, p. 68).

“Em 1974 deixou de haver previdência e passou a haver segurança” (VARELA, 2013, p. 43). Enquanto no plano internacional a Europa sofria a segunda “grande crise” do Estado-Providência, a democracia e o Estado Social em Portugal, com atraso significativo, davam os primeiros passos de um sistema universal de proteção social. O modelo português de Estado-Providência teve a sua formação inicial após os 30 anos gloriosos e quando se entrava num período de recessão econômica mundial, no seguimento dos choques petrolíferos. A despesa da segurança social em Portugal “passa de 4,5% do PIB em 1973 para 6,7% em 1975” (VARELA, 2013, p. 47), e atinge 22% em 2012 (IGFSS).

Os governos a seguir à revolução introduziram medidas no campo social, estando as principais reformas relacionadas com o sistema de protecção no desemprego, a criação da pensão social, a pensão de sobrevivência do regime especial dos trabalhadores agrícolas, etc. (RAMOS, 2003, p. 66).

É a partir dos anos 1980 que o peso financeiro da segurança social se torna relevante em Portugal, do ponto de vista da despesa pública, mas também da distribuição dos rendimentos. A entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, constituiu um marco importante para a modernização e o avanço da proteção social, procurando aproximar

os níveis de despesa social e introduzir com atraso algumas das medidas de cidadania e de proteção de riscos já em curso na Europa, como a criação, em 1996, do rendimento mínimo garantido (RMG), atualmente chamado rendimento social de inserção (RSI) (RAMOS, 2003, 2007; PEREIRINHA e NUNES, 2006). Na data de adesão de Portugal à Comunidade Europeia, em 1986, sabe-se que o peso da despesa social no PIB situava-se abaixo da média da UE e, em 2007, a despesa *per capita* com benefícios sociais à paridade do poder de compra de Portugal equivalia a 64% da média da zona do Euro.

Em 1990, a par do sistema de acção social, que complementa o regime de segurança social, surgem medidas comunitárias que procuram promover e melhorar as situações de necessidade, erradicar a pobreza e garantir a protecção aos grupos sociais mais vulneráveis e desfavorecidos (RAMOS, 2003, p. 67).

Durante os anos noventa, foram tomadas medidas reformadoras do sistema de segurança social, visando uma melhor adequação à evolução económica, demográfica, social e familiar. Algumas das iniciativas legislativas incidem sobre a proteção social no desemprego e a promoção do emprego, nomeadamente o alargamento do período de concessão do subsídio de desemprego. Na generalidade dos países da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico), “as despesas públicas com a segurança social cresceram de forma significativa”, na década de 1990 (RAMOS, 2003, p. 70).

2.3 Grande crise orçamental e contenções atuais

A segurança social enfrenta atualmente uma crise resultante do número decrescente de contribuintes, face ao aumento de beneficiários. Essa crise é persistente e preocupante, apesar do funcionamento dos serviços de ação social prestados por instituições públicas e privadas, visando prevenir ou auxiliar situações de carência, exclusão, disfunção ou doença, apoio à família e resposta a novos problemas sociais. Nunca o Estado Social português moderno, bem como a Segurança Social que dele faz parte, esteve em risco como após a grande crise orçamental, que, no contexto globalizado em que vivemos, afetou Portugal: a crise financeira internacional de 2008. A dívida pública no país era, em 2007, de 72% do PIB e o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social era de 5% do PIB antes da crise de 2008.

O “Consenso de Washington”, nos anos 1990, é um receituário de reformas do Estado-Providência prescrito por organizações internacionais sediadas naquela cidade norte-americana, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. A influência desta receita de reformas políticas tem sido enorme nas últimas décadas, incluindo prioridades como a “disciplina orçamental”, “reforma fiscal”, “redefinição da despesa pública”, “desregulação” etc. O impacto dessas ideias tem variado consoante o tipo de Estado-Providência em causa. Em Portugal, essa agenda de reforma teve um impacto limitado, ainda que com algumas exceções na área da saúde, emprego e segurança social, até junho de 2011.

A par dos condicionantes demográficos (como aumento da esperança de vida e consequente crescimento de dependentes de pensões sociais), um conjunto de outras pressões

se junta à crise financeira, com destaque para o aumento do desemprego de longa duração, a alteração ao modelo de regulação das relações laborais (destruição do emprego permanente e aumento do trabalho precário e atípico), o crescimento da pobreza, da economia informal e do trabalho clandestino. O crescente número de situações de não cobertura social evidencia a necessidade de alargar a proteção aos indivíduos que se encontram fora do mercado laboral ou que são vítimas de formas de trabalho precário. Assim, novas questões sociais têm hoje uma importância significativa num ambiente de carência e de insegurança que caracteriza muitos países da Europa.

3 Grande crise do Estado-Providência a nível europeu e internacional

3.1 Primeira crise orçamental do Estado-Providência e aceleração da sua construção

No final do século XIX, eram poucos os países que apresentavam um valor positivo de despesa social.

As primeiras intervenções do Estado, no domínio do social, estão intimamente ligadas à emergência de um processo de industrialização nalgumas economias europeias, no século XIX. O trabalho nas indústrias de então era realizado em condições sub-humanas, pelo que se tornava urgente a implementação de mecanismos que, de algum modo, atenuassem a insegurança no trabalho. Apesar das dificuldades vividas

pela classe operária, o reconhecimento da assistência como uma obrigação do Estado só viria a ter lugar no final do século XIX (RAMOS, 2003, p. 65).

Desde os finais desse século até ao início da Primeira Guerra Mundial, surgiram sistemas públicos de assistência social aos trabalhadores na maioria dos países europeus. Em 1929, dá-se a primeira grande “crise orçamental” do Estado Social, a Grande Depressão, e os primeiros cortes significativos na despesa social, permitindo esta situação retirar algumas ilações: não é possível manter de forma sustentável esquemas de segurança social em contextos de recessão económica; “a procura de apoios sociais (nomeadamente, o subsídio de desemprego) é inversamente proporcional à capacidade da economia em financiá-la” (SILVA, 2013, p. 21); o corte na despesa social para responder ao problema, em vez de minorá-lo, só o agrava, pois intensifica a recessão económica. Esse era o cenário internacional nos anos 1930. Como resposta, em 1935, nasce o *New Deal*, isso é, o Estado Social moderno nos EUA.

O mesmo acontece após a Segunda Guerra Mundial na chamada “Era Dourada”, que coincide com o início do Estado Social para todos e com os famosos “30 anos gloriosos”, com pleno emprego e modelo de Estado de Bem-Estar nos países industrializados da Europa. Assim, o crescimento económico é o pilar central sobre o qual se funda o Estado-Providência do pós-guerra. A vivência num ambiente de intensa austeridade económica levou a um significativo apoio popular a reformas sociais. Internacionalmente, é uma época marcada por reformas políticas orientadas para a criação de um Estado Social fundado sobre os princípios da “cidadania social”, isto é, uma cidadania alicerçada nos direitos sociais, de carácter tendencialmente

universal (SILVA, 2013, p. 22). Há também consenso político em torno das soluções de pleno emprego, economia mista e sistema generoso de proteção social, que permitiram o desenvolvimento do Estado social ou Estado providência, com políticas de melhoria do bem-estar das populações e de redistribuição da riqueza com justiça e equidade.

O termo *Estado providência*, de origem francesa, foi frequentemente utilizado para caracterizar o desenvolvimento das intervenções sociais no pós-guerra. Actualmente, muitos autores preferem falar em *Estado social*, referindo-se a um sistema caracterizado pela existência de mecanismos de protecção social eficazes e estáveis (RAMOS, 2003, p. 66).

O estabelecimento de um sistema de segurança social, como os que hoje conhecemos, teve lugar na França em 1945. A segurança social assenta na ideia de que àqueles que abdicam de parte dos seus rendimentos para se protegerem de determinados riscos deve ser concedida certa garantia. Com o decorrer do tempo, porém, o reconhecimento de situações de carência, que não estavam a ser cobertas pelo sistema adotado, levou à atribuição de prestações não contributivas no seio do próprio sistema. Por isso, a ajuda social conserva um carácter subsidiário relativamente a todas as outras formas de ajuda e destina-se a cobrir as necessidades essenciais das pessoas.

3.2 Choques petrolíferos de 1973 e fim do crescimento do Estado-Providência

A partir da segunda metade da década de setenta, começa a verificar-se, após um período de forte crescimento económico na Europa, o agravamento da instabilidade do emprego e a extensão do desemprego de longa duração (RAMOS, 2003, p. 65).

O ano de 1975 marca o fim de quase um século de crescimento do Estado-Providência e o início da luta política em torno da sua manutenção e/ou desmantelamento. No centro da crítica da ideologia neoliberal, encontra-se o Estado Social, acusado de ser a maior causa dos problemas sociais e económicos dos anos 1970. Assim, a solução passava pela sua dissolução e substituição por um modelo de Estado mais próximo da iniciativa económica privada e da autonomia individual. Do ponto de vista neoliberal, o fim do período de crescimento económico extraordinário é algo inerente, em particular, às instituições responsáveis pelas funções sociais do Estado. Logo, trata-se da crise do Estado-Providência keynesiano (CASTLES, 2004). A existência de uma política de redução do Estado-Providência tem caracterizado a orientação de muitas decisões de reforma dos sistemas de proteção social desde os anos 1980, como mostra a síntese realizada por Starke (2006). Há que lembrar que houve países em que o consenso político em torno do Estado Social nunca deixou de existir, como, por exemplo, no norte da Europa. Nesses países, o consenso baseia-se “em valores culturais arraigados de solidariedade e coesão social a que as instituições do Estado-Providência dão expressão” (SILVA, 2013, p. 27).

3.3 Estado e Segurança Sociais: comparações internacionais

Devido às enormes diferenças culturais, políticas e históricas existentes entre países a nível mundial, torna-se essencial fazer uma comparação dos valores dos gastos públicos e privados com apoios sociais: em 2009, em percentagem do PIB, esses variam entre os 8%, no México, e os 35%, na França (OCDE). Em Portugal, o valor dos gastos totais era nesse ano próximo de 28% do PIB, sendo que cerca de 25% desses são de origem pública. Comparando com os demais países, percebe-se que Portugal se situa numa situação intermediária. Uma análise detalhada dos gastos públicos em Portugal, a partir de dados da OCDE relativos a 2010, indica o seguinte: dos gastos acima referidos, 10,6% correspondem a pensões de velhice e de sobrevivência, enquanto 7,2% dizem respeito a despesas com saúde. Portugal foi, em 2007, o 11º entre os membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) que mais gastou em prestações sociais, com a França, Bélgica e Alemanha no topo.

Os debates atuais sobre o futuro da proteção social e dos sistemas de segurança social ultrapassam Portugal e a Europa e estendem-se a outros países e continentes, nomeadamente na América Latina e em economias emergentes, como o Brasil (GILL et al., 2005; CEPAL, 2006; ARAÚJO, 2008; OECD, 2011). O relatório da CEPAL (2006) reconhece que a nova agenda de reformas deve ter em conta não somente as restrições orçamentais e as condicionantes da precariedade do emprego e da instabilidade laboral, mas também promover a “solidariedade integral” e procurar meios de obter maior coesão social. Igualmente, Odília Araújo chama a atenção para o fato de

que a discussão das reformas das políticas de proteção social “não pode ser dissociada dos determinantes históricos, ideológicos e econômicos desses países, nem do contexto externo, onde o neoliberalismo e a globalização desafiam as sociedades com as suas contradições” (ARAÚJO, 2008, p. 15). No entanto, conclui a autora que “as investidas neoliberais sobre os países tentam desmontar os seus sistemas de proteção social, sem considerar a sua história, princípios e estrutura organizacional” (ARAÚJO, 2008, p. 156).

4 Modelo português de Segurança Social

Em Portugal, o modelo pelo qual se processa o apoio social público está definido na lei das bases gerais do sistema de Segurança Social (Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro), que define os princípios gerais em que assenta este sistema. Além das bases gerais, o modelo tem objetivos prioritários, como, por exemplo, o de garantir a concretização do direito à Segurança Social, promover a melhoria de condições de vida e a equidade, a eficácia e eficiência na gestão deste sistema. Há que destacar alguns princípios importantes para compreender a situação econômica vivida atualmente em Portugal e as alterações a que a Segurança Social tem vindo a ser sujeita: princípio da igualdade, da inserção social, da solidariedade e da coesão intergeracional.

Segundo as principais rubricas em termos de despesa no âmbito da proteção social, Portugal é um caso de modelo corporativo, com proteção social financiada por meio de contribuições específicas, numa lógica de seguro social de matriz

bismarckiana, e com o conjunto de riscos associados aos países que fazem parte desse modelo – instabilidade financeira e dualização (PALIER, 2010). O sistema previdencial português cobre hoje os riscos de velhice, desemprego, invalidez, parentalidade, doença e morte. As áreas de riscos “velhice” e “desemprego” no âmbito do sistema contributivo representam um peso significativo da despesa social e colocam desafios à sustentabilidade do sistema de segurança social.

A informação sobre os beneficiários desse sistema previdencial em Portugal, em 2013, resumia-se no seguinte: importância prioritária dos pensionistas de velhice, seguindo-se os titulares de abono de família, os beneficiários de prestações de desemprego, os beneficiários de rendimento social de inserção (RSI), os beneficiários do complemento social para idoso (CSI), entre outras rubricas. No que diz respeito à estrutura da despesa da segurança social, as pensões correspondem à rubrica com peso mais significativo (Pordata). Segundo os dados da Segurança Social, destacam-se algumas tendências relativas aos beneficiários de subsídios num contexto recessivo e de redução do Estado Social em favor dos problemas sociais dos mais desfavorecidos:

- O número de beneficiários do rendimento social de inserção (RSI) tem diminuído desde 2010.
- O número de beneficiários do subsídio de desemprego triplicou entre 2000 e 2013, refletindo o forte aumento da população desempregada; atualmente cerca de metade dos desempregados são de longa duração, estando sem trabalho há dois anos (INE).

- No que respeita às pensões por velhice, tem-se verificado uma taxa de crescimento no número total de pensionistas.
- Em relação ao complemento solidário para idosos (CSI), desde a sua criação em 2006, existiu uma tendência crescente do número de beneficiários, mas desde 2010 houve reduções no total de beneficiários.

Portugal apresenta valores de pobreza superiores ao do conjunto dos países da União Europeia, e uma das consequências mais dramáticas da crise econômica e das políticas seguidas nos anos recentes foi o agravamento do número de crianças e jovens em situação de pobreza. A taxa de risco da pobreza atingiu 19% da população portuguesa em 2012 (INE), sendo mais afetados os desempregados, os menores de 18 anos e as famílias com filhos dependentes. Segundo as estatísticas da Comissão Europeia (Eurostat), Portugal encontra-se no grupo de países que registram os níveis mais elevados de desigualdade na distribuição dos rendimentos das famílias, tendo os 20% mais ricos um rendimento seis vezes superior ao dos 20% mais pobres (RODRIGUES, 2012).

A despesa com a segurança social em percentagem do PIB, em Portugal, aumentou ao longo do tempo: 1960 – 1,2%; 1970 – 2,9%; 1980 – 6,3%; 2012 – 22,0% (Pordata, INE e IGFSS). O crescimento da despesa da segurança social nos primeiros anos da década de 90 coincide com um aumento significativo dos gastos com subsídios de desemprego e com um forte crescimento do número de pensionistas, especialmente do regime contributivo com carreiras contributivas mais longas. No entanto, a percentagem das contribuições no total das receitas da Segurança Social tem diminuído nos últimos anos: 1977 – 77,6%; 1980 – 88,3%; 1990 – 85,3%; 2012 – 35,1% (IGFSS). O modelo português de

financiamento da segurança social depende em grande medida de contribuições das entidades empregadoras e trabalhadores. Apesar dessas contribuições continuarem a representar uma parte importante das receitas do sistema de segurança social, o seu peso relativo tem diminuído, devido ao aumento do desemprego e ao envelhecimento da população, fatores que reduziram o número de contribuintes para o sistema.

5 Grandes desafios do Estado-Providência no mundo em mudança

A elevada mutabilidade de sociedades crescentemente globalizadas leva a que também a conceção de Estado Social – e, conseqüentemente, dos esquemas de Segurança Social que lhe são intrínsecos – seja permanentemente posta em causa e a sua existência questionada. Autores como Santos (2001) e Kerstenetzky (2012) apontaram problemas e desafios que, à escala global, regional e nacional, enfrenta a proteção social e, em particular, o papel do Estado. Para Esping-Andersen (1998, p. 18), “a privatização da segurança social não conduz necessariamente a uma maior eficiência distributiva”.

Existe uma diversidade de fatores que constituem desafios relevantes para o desenvolvimento sustentável da Segurança Social, principalmente nas últimas duas décadas, impondo-se respostas adequadas por parte das diferentes estruturas governamentais. Há uma necessidade fulcral de manter a adequação dos sistemas – assegurar vida condigna a cada beneficiário, sem deixar de respeitar a relação entre o esforço contributivo passado de cada um e a prestação recebida

na cessação da atividade (MENDES, 2011) – e, simultaneamente, de assegurar a sua sustentabilidade.

Os obstáculos surgidos, em finais do século XX, à possibilidade de conjugação desses dois elementos manifestaram-se em países abrangidos por diferentes tipologias de *welfare state*. Faremos uma breve contextualização geral desse tipo de desafios, recuperando as principais tipologias de *welfare regimes* e analisando as especificidades nas respostas:

- Globalização das políticas sociais e transformação dos sistemas e internacionalização das economias: países com um Estado menos interventivo cobram menos impostos e são mais atrativos para o investimento estrangeiro, por exemplo.
- Demografia: envelhecimento demográfico cada vez mais acentuado, gerando novos desafios para a sustentabilidade dos sistemas de pensões e de saúde. Nos países industriais, a esperança de vida aumenta, os nascimentos diminuem, a taxa de fecundidade da população é muito baixa, cresce o número de idosos e diminui a população jovem trabalhadora; a emigração de jovens portugueses tem efeitos demográficos, económicos e na segurança social; as migrações internacionais contribuem para o equilíbrio demográfico e da segurança social no país de acolhimento, nomeadamente a curto e médio prazo, pois são constituídas essencialmente por população jovem e ativa.

- Passagem de uma situação marcada pela solidariedade intergeracional instantânea para um contexto de conflito geracional.
- Mudanças nas estruturas familiares: divórcios, aumento de famílias monoparentais, entrada massiva da mulher no mercado de trabalho sem suficientes estruturas de apoio etc.
- Alterações na estrutura do trabalho: estão favorecidos os trabalhadores mais qualificados, sendo suprimidos os empregos menos qualificados e mais mal pagos etc.
- Crise do sistema capitalista, questionamento dos sistemas de proteção social e redução do papel interventivo do Estado.
- Crise econômica pós-2007: veio pôr à prova o Estado-Providência, dado que com o aumento brutal do desemprego surgiu a necessidade de um Estado mais interventivo e, conseqüentemente, de maiores despesas e menores receitas. Esse papel interventivo tem sido limitado e posto em causa pelas políticas de austeridade dos países desenvolvidos.
- Deterioração das contas públicas por meio do aumento dos gastos afetos à Proteção Social.
- Gestão de tensões sociais e políticas em virtude de medidas a adotar.

A demografia é o grande desafio que se coloca na atualidade aos sistemas de Segurança Social. Os períodos históricos em que esses foram institucionalizados apresentavam padrões demográficos altamente distintos dos vigentes na atualidade (ESPING-ANDERSEN, 1996, 1998, 2000; FERRERA et al., 2000). Nas últimas décadas, a percentagem das gerações mais velhas na população mundial aumentou significativamente face ao peso das gerações mais novas. Em Portugal, a idade média da população era de 27,8 anos em 1960 e de 42,3 anos em 2012. Esse envelhecimento é significativo a nível europeu, sendo que a idade média da população dos países da UE-27 era de 35,2 anos em 1990, contrastando com o valor de 41,5 anos em 2012 (Eurostat). O último Censo da população em Portugal (2011) registava 129 idosos por cada 100 jovens. No mercado de trabalho, essa evolução traduziu-se num aumento do índice de dependência total, havendo em 2011, 52 dependentes por cada 100 indivíduos em idade ativa (INE). Já em 2002, o Instituto Nacional de Estatística (INE) chamava a atenção para a intensidade do envelhecimento em Portugal, e a necessária gestão da idade e integração dos mais velhos na vida laboral e social. As projeções do INE (2009) da população residente em Portugal para 2008-2060 revelam um acentuado envelhecimento ao longo dos anos, tal como na Europa, com aumento da idade média da população residente e envelhecimento da população em idade ativa, fenómeno que em Portugal será massivamente agudizado em 2060.

As taxas de crescimento natural são negativas desde 2007 em Portugal, além de que o crescimento migratório tem seguido a mesma tendência (embora com taxas de valor superior) (INE). A diminuição do crescimento natural da população em Portugal e na generalidade dos países europeus deve-se, em

grande parte, à redução acentuada da descendência média por mulher em idade fértil, cada vez mais abaixo do nível teórico de substituição das gerações (2,1). O valor era de aproximadamente 2,99, em Portugal, no ano de 1971, tendo atingido, em 2012, um valor de 1,28 (INE), o mais baixo entre os países da União Europeia (Eurostat). Torna-se evidente, nessa evolução demográfica, que o contexto fundacional de solidariedade intergeracional instantânea, no âmbito dos sistemas de Segurança Social, desvaneceu-se progressivamente, dando lugar a uma situação de conflito intergeracional a gerir pelas entidades governamentais e supranacionais.

Para o estudioso da proteção social Esping-Andersen (1998), o Estado-Providência teve declarada a sua crise, desde o seu início, e aponta como causas três impactos exógenos que resultam de mudanças económicas e sociais: impacto da internacionalização económica e crise do sistema capitalista, com questionamento nos sistemas de proteção social e desvalorização do papel interventivo do Estado; impactos das mudanças demográficas; e impactos das alterações familiares, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, sem o desenvolvimento de estruturas de apoio adequadas, o que se repercute na baixa do índice de fecundidade.

6 Desafios para as diferentes tipologias de *welfare State* na Europa

Nos países da União Europeia, as diferenças entre o conjunto de políticas sociais que estão na base do Estado-Providência são, de tal forma, significativas, que não é possível falar de um único modelo europeu. Abordar-se-ão as estruturas

específicas que os países abrangidos por diferentes tipologias de *welfare state* têm preparadas para responder aos desafios que lhes são colocados. Esping-Andersen (1996) distinguiu três modelos ou regimes de Estado-Providência:

Modelos de Estado-Providência	Dimensões típicas	Países	Riscos sociais associados	Estratégias de resposta à crise
Conservador ou continental	Regime de protecção segundo o estatuto profissional; protecção social dos funcionários públicos elevada.	Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Luxemburgo.	Encargos sociais com a mão de obra elevados; dificuldade em responder a níveis elevados de desemprego.	Indução de saída precoce do mercado de trabalho; custo elevado da mão de obra; protecções sociais de desemprego e de reforma antecipada elevadas.
Liberal ou anglo-saxónico	Prestações sujeitas a condições de recursos; importância do sector privado.	Reino Unido, Irlanda.	Aumento da desigualdade social e da pobreza; trabalhadores pouco qualificados e baixos salários.	Desregulação do mercado de trabalho; flexibilidade salarial; redução do valor dos salários mais baixos; redução de programas sociais.
Social-democrata ou escandinavo	Acesso universal; prestações igualitárias.	Dinamarca, Finlândia e Suécia.	Dificuldade de financiamento; limites do emprego no sector público.	Expansão dos serviços sociais, com criação de emprego público; desenvolvimento de medidas activas de inserção no mercado de trabalho.

Quadro 1 – Modelos de Estado-Providência.

Fonte: Adaptado de Silva (2000); Ramos (2003, p. 344).

Uma das características dos sistemas do modelo social democrata de Segurança Social dos nórdico-escandinavos é a sua elevada carga fiscal. Contudo, se este modelo permite gerar uma “rede de segurança” sólida ao nível das receitas, fundamental na cobertura dos vários riscos sociais, poderá enfrentar problemas devido a esse mesmo fator. Esse modelo assenta essencialmente na verificação de uma situação de crescimento económico e de pleno emprego. Quando tal não sucede, o modelo é posto à prova, pois está dependente da capacidade de cobrar impostos à classe média, fortemente afetada em períodos de recessão. Será, portanto, no sentido de diminuir a vulnerabilidade dos esquemas de proteção social face ao desempenho da economia que os países nórdicos deverão se precaver, de modo a continuar a garantir o sucesso do seu modelo.

Em países europeus, como a Irlanda ou o Reino Unido, onde vigora o modelo liberal ou anglo-saxónico de *welfare*, as soluções de mercado, ao nível da proteção social, são incentivadas em detrimento da iniciativa pública, procurando-se maior equilíbrio das contas públicas. A capacidade desses países em conduzir políticas sociais eficazes e abrangentes torna-se diminuta em comparação com outros regimes. As suas despesas públicas com proteção social não são muito elevadas, o mesmo acontecendo com as receitas, devido ao forte incentivo à privatização. Sendo os benefícios da intervenção estatal crescentemente reduzidos, será natural que as populações (nomeadamente a classe média, principal impulsionadora destes sistemas) sintam ser pouco útil o pagamento de impostos elevados, podendo gerar tensões sociais crescentes e eventuais situações de evasão fiscal.

Relativamente às especificidades do modelo continental e corporativo europeu (Holanda, Áustria, França, Alemanha,

Espanha e Itália), os seus desafios principais prendem-se com a sua sustentabilidade no longo prazo e a sua (in)capacidade de responder a evoluções demográficas e da estrutura de emprego da economia. É um modelo altamente vulnerável ao envelhecimento populacional e a elevadas taxas de desemprego, em virtude do forte impacto assumido pelas pensões e os direitos constitucionalizados. Colocam-se assim várias questões relativamente a esse modelo: Qual a solução de longo prazo para os países que o adotam? Como podem responder aos problemas económicos com que se deparam atualmente? Acabar com o Estado Social é solução?

A tipologia de Esping-Andersen diz-nos pouco sobre os países do sul da Europa. Diversos autores, nomeadamente Ferrera (1996) e Ferrera et al. (2000), têm procurado responder às especificidades destes países, propondo um conjunto de dimensões típicas do Estado-Providência dos países do sul da Europa, nomeadamente Portugal, Espanha, Grécia e Itália (SILVA, 2000, p. 53):

Algumas dimensões típicas	Fatores específicos
Protecção dualizada baseada em transferências monetárias	Sobre protecção dos núcleos centrais da força de trabalho; prestações baixas aos trabalhadores irregulares ou da economia informal.
Baixo grau de penetração das instituições públicas de protecção social	Indefinição de funções entre actores públicos e privados.
Particularismo institucional	Pressões particularistas e clientelares.
Baixa eficácia dos serviços	Insatisfação dos utentes; baixa qualificação dos agentes.

Repartição desigual dos custos segundo os grupos profissionais	Disparidades de regras; fuga e fraude fiscal na economia informal.

Quadro 2 – O Estado-Providência do sul da Europa.

Fonte: Adaptado de Silva (2000); Ramos (2003, p. 345).

Nesses países, nomeadamente devido ao seu desenvolvimento tardio, criou-se um modelo particular de Estado-Providência, com características que o diferenciam dos outros países europeus (SANTOS, 1985, 1993). Portugal apresenta singularidades, com um Estado de Bem-Estar criado tardiamente em face de outros países europeus. Nesse país, as formas de Estado-Providência nunca foram tão perceptíveis como noutros países do norte e centro da Europa, tendo-se desenvolvido, por compensação, formas correlativas de “sociedade-providência”:

Ao lado de um Estado-Providência fraco, temos vindo também a identificar a presença de uma sociedade-providência forte, assentando em redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entre-ajuda baseada em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade (SANTOS; FERREIRA, 1998, p. 52).

Esse contexto desenvolve-se a partir de grupos sociais e das suas instituições, núcleos de vizinhança ou formas complementares de organização paralela ao Estado, como as mutualidades, as várias instituições ligadas à Igreja e o associativismo local, organizações com múltiplas finalidades, incluídas na economia social (RAMOS, 2003, 2011, 2013) e alicerçadas

em princípios fundamentais: “participação, responsabilização, democracia e solidariedade” (SANTOS et al., 1998, p. 29). A Constituição da República Portuguesa de 1976 destaca o papel das instituições particulares de solidariedade social (IPSS), regulamentadas por lei e sujeitas à fiscalização do Estado.

Em Portugal, foi importante a influência da Igreja Católica no desenho das políticas sociais, o papel da família patriarcal na provisão do bem-estar, o papel assistencial do Estado e os princípios e práticas das instituições de mutualidade e de caridade. “O Estado Providência, em Portugal, foi uma criação recente e tem manifestado dificuldades em superar a matriz assistencialista” (RAMOS, 2003, p. 69). O país apresenta especificidades que se prendem com o mercado de trabalho e a distribuição dos rendimentos: taxas elevadas de emprego feminino; importância do emprego a tempo inteiro; taxa de emprego no setor agrícola superior à média comunitária; peso significativo do trabalho independente; importância dos trabalhadores de baixos salários etc. (RAMOS, 2003, 2007).

7 Reformas atuais dos sistemas de segurança social em Portugal e na Europa

À luz dos desafios identificados, impõem-se reformas significativas aos esquemas de proteção. Uma das grandes consequências econômicas do envelhecimento da população, especialmente na Europa, manifesta-se pela via da pressão exercida sobre a sustentabilidade do sistema de pensões. Nos anos 90 do século XX, foram efetuados estudos no âmbito da OCDE no sentido de projetar o saldo dos esquemas de pensões

vigentes nos países-membros no longo prazo. Os resultados obtidos foram preocupantes, tendo sido identificados défices significativos que colocaram os países sob alerta e com necessidade de atuar. Assim, surge na década de 1990 a chamada primeira geração de reformas aos sistemas de proteção social. Mendes (2011) aponta três instrumentos a que os governos recorreram para diminuir a despesa com pensões:

- aumento da carga fiscal e introdução de medidas de austeridade no sentido de reduzir o peso do consumo total da população no PIB;
- promoção do crescimento populacional por meio de incentivos à imigração e à natalidade, aumentando a base contributiva dos sistemas. Complementarmente, aumento da idade de passagem à reforma, de modo a diminuir o número de dependentes do sistema;
- mudanças nas fórmulas de cálculo dos benefícios, tornando-os menos generosos e consequentemente menos onerosos para as contas públicas.

Das medidas mencionadas, destaca-se o aumento da idade de reforma, que, em Portugal, passou para os 66 anos a partir de 2014, medida adotada por meio da bonificação das pensões em caso de retardamento da reforma ou, alternativamente, a penalização significativa do valor das mesmas com a antecipação da reforma. A resposta aos desafios supracitados não foi dada apenas a nível nacional, tendo-se tratado de uma ação concertada a nível supranacional. A União Europeia (UE), o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento

Econômico (OCDE, 2009, 2013) foram algumas das instituições que alertaram para a necessidade de reformar, bem como para o desenvolvimento de políticas e instrumentos adequados a retomar a sustentabilidade dos esquemas de proteção.

Em 1994, o Banco Mundial sugeriu a privatização parcial dos sistemas públicos de pensões, abrindo rumo para novas concepções acerca dos sistemas de pensões. Em 2000, no âmbito da política do emprego e do Processo do Luxemburgo, a UE lançou o Método Aberto de Coordenação na área da proteção social e da inclusão social (MAC Social), visando impor disciplina às políticas sociais dos Estados-membros.

Em 2000, a Comissão Europeia sinalizava que a sustentabilidade dos sistemas de pensões determinará em medida significativa a capacidade da União Europeia de realizar a promoção de um alto nível de proteção social, um dos objetivos fundamentais definidos no artigo 2.º do Tratado que instituiu a Comunidade Europeia. Em 2001, o Conselho Europeu de Estocolmo definiu os três pilares fundamentais das políticas de sustentabilidade das finanças públicas dos Estados-membros: redução rápida da dívida pública; elevação das taxas de emprego e de produtividade; reforma dos sistemas de pensões e de cuidados de saúde.

No Conselho Europeu de Barcelona, em março de 2002, estipulou-se a redução dos incentivos à reforma antecipada dos trabalhadores e a realização de esforços para aumentar as oportunidades de os mais idosos permanecerem no mercado de trabalho (promoção do envelhecimento ativo). Essas medidas tinham como objetivo, até 2010, um aumento gradual de cerca de cinco anos na idade média efetiva em que as pessoas deixam de trabalhar na União Europeia. Esse objetivo não foi totalmente cumprido, sendo que em 2002 a idade efetiva de reforma dos

países da União Europeia era, em média, de 61,6 anos – sexo masculino – e de 60,1 anos – sexo feminino – e, em 2010, os valores eram de 62,5 e 60,8 anos, respetivamente (OCDE).

Em julho de 2010, a Comissão Europeia voltou a discutir o futuro dos sistemas de pensões, tendo apresentado um *Livro Verde*. Foi publicado um *Livro Branco* (COMISSÃO EUROPEIA, 2012) e lançou-se a possibilidade de caminhar para uma nova geração de reformas aos esquemas de pensões e de proteção social, face à crise financeira e económica que se alastrou pela Europa desde 2008.

Em 2006, a Comissão Europeia projectou, para Portugal, o crescimento do encargo com pensões, no período de 2005-2050, em dez pontos percentuais, passando-se dos 11% registados nesse ano para os 21% do PIB,

devido ao envelhecimento demográfico (MENDES, 2011, p. 121). Saliente-se que as despesas com pensões em percentagem do PIB atingiram em 2011, em Portugal, um valor de 14,8%, e na UE a 28 países 12, 9% (Eurostat).

7.1 Reformas do modelo português de Estado-Providência

As medidas aplicadas em Portugal, na atualidade, de elevada controvérsia e contestação social e política significativa desde 2011, incluem-se no contexto desta última fase de reformas, visando compensar défices dos sistemas de pensões contraídos ao longo de várias décadas. Foi na década de 1990 que se sentiram os primeiros ímpetus de reforma em Portugal,

de modo a travar o aumento dos custos com as pensões, conhecendo a legislação fortes alterações entre 1993 e 2007. A primeira dessas alterações, em 1993, equiparou a idade legal de reforma de homens e mulheres, situando-se ambas, a partir de então, em 65 anos (anteriormente, 62 anos para as mulheres e 65 no caso dos homens). As intervenções políticas para preservar a sustentabilidade da segurança social face ao envelhecimento da população ativa têm sido equacionadas, sobretudo, por meio do aumento da idade da reforma e menos pela via da procura de fontes de financiamento alternativas para os regimes contributivos. Em 1998, o XIII Governo Constitucional, por meio de uma Comissão, elaborou um *Livro Branco da Segurança Social* em que se previu, para o longo prazo, a degradação da situação financeira do sistema em Portugal (COMISSÃO DO LIVRO BRANCO DA SEGURANÇA SOCIAL, 1998). O número de pensionistas passou de 260.000 para 1.680.000 em dez anos, de 1970 a 1980. Nos trinta anos seguintes, o número de pensões pagas iria duplicar (IGFSS e CGA).

Em 2006, a Comissão Europeia projetou para Portugal uma situação de “alto risco”, prevendo um saldo negativo do regime de Segurança Social a partir de 2007 e um esgotamento das reservas acumuladas no Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social em 2015, altura de falência prevista do sistema. Impuseram-se reformas significativas favorecendo o envelhecimento ativo e alterando a forma de cálculo dos mínimos a atribuir às pensões (deixam de ser em função do salário mínimo nacional, tendo por referência um Indexante de Apoios Sociais (IAS), dependente do crescimento e da inflação). A própria base de incidência do cálculo das pensões foi alterada, em virtude da implementação do Decreto-Lei n.º 35/2002, de 19 de fevereiro, deixando o cálculo de ser contabilizado sobre

os 10 melhores anos dos últimos 15 da carreira contributiva do indivíduo, mas sim sobre toda a sua carreira contributiva. A reforma de 2007 teve como objetivo contrariar a taxa de crescimento da despesa com pensões do regime previdencial por meio de várias alterações: modificação na fórmula de cálculo da pensão, que passou a introduzir toda a carreira contributiva; incorporação de um fator de sustentabilidade associado à evolução da esperança média de vida; reforço dos incentivos ao adiamento da idade de aposentação.

Portugal conseguiu, dessa forma, fazer com que a sua taxa bruta de substituição das pensões – “relação entre a pensão recebida por beneficiário com carreira contributiva completa e a remuneração média de toda a sua carreira profissional contributiva, antes de impostos” (MENDES, 2011, p. 86) – descesse dos 89,9, antes das reformas, para os 53,9, após as reformas implementadas (OECD, 2009). O país passou, como consequência, para o grupo de médio risco para a Comissão Europeia, e a rutura do sistema de pensões passou a estar prevista para 2036. Ainda assim, são crescentes os desafios que se colocam a Portugal, em virtude da crise financeira e económica e da pressão sobre o país na atualidade – da parte da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional (a *troika*) –, o que faz com que o período de compressão e restrição ao sistema de Segurança Social esteja longe de ter acabado.

8 Futuro do Estado-Providência e da Segurança Social na Europa: (in)sustentabilidade do sistema face aos desafios contemporâneos

Perante os desafios referidos anteriormente e outros associados a crises em países desenvolvidos, discute-se, no presente, a sustentabilidade dos esquemas de Segurança Social, no sentido de pensar o futuro do Estado Social e as necessárias mudanças. Segundo Pierson (2001), os Estados-providência enfrentam pressões financeiras sem precedentes, essencialmente relacionadas com um conjunto de mudanças “pós-industriais”, nas democracias industriais avançadas, tais como o perfil do emprego, o envelhecimento da população e as alterações radicais nas estruturas familiares.

Em Portugal, país a ser internacionalmente intervenido e sob grande pressão para cumprir metas financeiras, discutem-se atualmente reformas estruturais neste âmbito. Apesar de algumas reformas estruturais no quadro do *memorando/entendimento* com a *troika* ou no caso de soluções de muito curto-prazo, a resistência a perdas de benefícios existe e nalguns casos o impeditivo de alterações vem mesmo do Tribunal Constitucional. Acresce a essa resistência a preconização de um conjunto de direitos sociais alcançados pelos trabalhadores após a revolução de 25 de abril de 1974 (RAMOS, 2003) e estabelecidos na Constituição, pelo que, por exemplo, os cortes nas pensões possuem um efeito recessivo e socialmente insustentável.

Levantam-se, inevitavelmente, algumas questões, como: medidas de fomento do crescimento económico ou medidas de austeridade – qual a abordagem que permite chegar a um resultado socialmente mais satisfatório e justo?; a que outros riscos estão a Segurança Social e a sua sustentabilidade

sujeitas? Um exemplo da recessão em Portugal, em 2012, foi a queda das contribuições de 5% e o agravamento de 25% das despesas de desemprego. A precariedade laboral tem significativas repercussões na família, sendo também um dos principais fatores de aumento da pobreza. Se Portugal enfrenta um grande desafio demográfico com repercussões ao nível da sustentabilidade do sistema público de segurança social, será também decisivo encorajar no âmbito laboral medidas de apoio à família que permitam aos trabalhadores conciliar a vida familiar com o trabalho.

A fragilização do Estado Social português já começou, o que é grave, uma vez que é dos mais modestos da Europa. Mais de um quarto de século após a adesão à Comunidade Europeia, Portugal vê-se confrontado com um conjunto de fatores que ameaçam a herança de convergência europeia no domínio das políticas sociais. Ao tributar ainda mais os trabalhadores e as classes médias, retirando-lhes simultaneamente benefícios do Estado Social, conduz-se a que sejam incentivados a optar pela oferta privada de saúde, de educação e de segurança social. Está em causa um conflito entre dois modelos globais de reforma da proteção social: o modelo neoliberal, que defende uma redução drástica da proteção social do Estado, e o modelo social europeu, fortemente comprometido com uma proteção social ampla e universalista. Santos e Ferreira (2001) assinalam duas formas de globalização nas políticas e nas transformações dos sistemas. A de tendência neoliberal, em 1994, imposta pelo Banco Mundial, e a social democrata, adotada pela União Europeia por iniciativa de Jacques Delors, o chamado modelo social europeu.

Em Portugal, a política social global imposta por agências transnacionais afirma os seus modelos e instrumentos de

política social no campo da segurança social, não obstante as especificidades económicas, sociais e culturais que distinguem esse Estado de outros países europeus.

Em suma, não há Estado de bem-estar verdadeiramente sustentável sem algumas condições fundamentais, nomeadamente o crescimento económico forte com ganhos de produtividade e baixos níveis de desemprego e a fundamentação ética, baseada na equidade entre as gerações, de todos os sistemas e mecanismos de proteção social a preservar para nós e para as gerações vindouras. A preservação da coesão social exige especial atenção à equidade na distribuição de custos e benefícios da proteção social entre as diferentes gerações. O agravamento das desigualdades sociais, associado à emergência de novas formas de pobreza, não encontrando uma solução nos quadros de intervenção constituídos, é uma ameaça à coesão social e põe à prova o Estado social e os seus meios de ação.

Referências

AAVV. **Protecção social**. Lisboa: MTSS/DGEEP, 2006. (Cadernos Sociedade e Trabalho, n. 7)

ARAÚJO, O. S. **As últimas reformas da previdência social no Brasil e em Portugal**. Natal: EDUFRN, 2008.

BARR, N. **The economics of the welfare State**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASTLES, F. G. **The future of the welfare state: crisis myths and crisis realities**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASTLES, F. G. et al. (Ed.). **The Oxford Handbook of the welfare state**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

CEPAL. **Enfrentando o futuro da proteção social: acesso, financiamento e solidariedade - síntese**. Montevideu: CEPAL, 2006.

COMISSÃO DO LIVRO BRANCO DA SEGURANÇA SOCIAL. **Livro Branco da Segurança Social: versão final-janeiro, dez. 97**. Lisboa: Edição conjunta do Instituto Nacional de Administração (INA); Instituto Gestão Financeira da Segurança Social (IGFSS), 1998.

COMISSÃO EUROPEIA. **Livro Branco – Uma agenda para pensões adequadas, seguras e sustentáveis**. Bruxelas: 16.2.2012, COM (2012) 55 final, 2012.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. (Org.). **Welfare states in transition:** national adaptation in Global economics. London: Sage, 1996.

ESPING-ANDERSEN, G. Conferencia: A sustentabilidade dos Estados-Providência no Sec. XXI, **Sociedade e Trabalho**, N.º especial, p. 13-21, 1998.

ESPING-ANDERSON, G. Um Estado-Providência para o século XXI: sociedades em envelhecimento, economias baseadas no conhecimento e sustentabilidade dos Estados-providência europeus. In: RODRIGUES, M. J. (Coord.). **Para uma Europa da inovação e do conhecimento:** emprego, reformas económicas e coesão social. Oeiras: Celta Editora, 2000. p. 79-125.

ESPING-ANDERSEN, G. et al. (Ed.). **Why we need a new welfare state.** Oxford: Oxford University Press, 2002.

FERRERA, M. The “Southern Model” of Welfare in Social Europe, **Journal of European Social Policy**, v. 6, n. 1, p. 17-37, 1996.

FERRERA, M.; HEMERIJCK, A.; RHODES, M. **O futuro da Europa social:** repensar o trabalho e a protecção social na nova economia. Lisboa: Celta, 2000.

GILL, I. et al. Rathinking social security in Latin America. **ISSR**, Blackwell, v. 58, p. 2-3, 2005.

KERSTENETZKY, C. Lessa. Sobre a «crise» do estado de bem-estar: retração, transformação fáustica ou o quê? **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 2, n. 22, p. 447-485, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. O envelhecimento em Portugal, Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. **Revista de Estudos Demográficos**, INE, p. 185-208, jun./dez. 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Projecções da população residente em Portugal 2008-2060**. Lisboa: INE, 2009.

ISSA. **Europe: enhancing the sustainability of comprehensive social security system: developments and trends**. Geneva: International Social Security Association, 2013.

MENDES, F. **Segurança social: o futuro hipotecado**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), 2011.

OECD. **Pensions at a glance**. Paris: OECD, 2009.

OECD. The labour market effects of social protection systems in emerging economies. In: OECD. **OECD Employment Outlook 2011**. Paris: OECD, 2011. p. 85-151.

OECD. **Pensions at a glance**. Paris: OECD, 2013.

PALIER, B. Continental Western European: the 'Bismarckian' welfare systems. In: CASTLES, F. G. et al. (Ed.). **The Oxford Handbook of The Welfare State**. Oxford: OUP, 2010. p. 601-615.

PIERSON, P. (Ed.). **The new politics of the welfare State**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

PIERSON, C.; CASTLES, F. G. (Org.). **The welfare state reader**. Oxford: Polity Press, 2006.

PEREIRINHA, J. A.; NUNES, F. Política social em Portugal e a Europa, 20 anos depois. In: ROMÃO, A. (Org.). **A economia portuguesa 20 anos após a adesão**. Coimbra: Almedina, 2006. p. 283-326.

RAMOS, M. C. P. **Acção social na área do emprego e da formação profissional**. Lisboa: Universidade Aberta, 2003.

RAMOS, M. C. Trabalho, competitividade e coesão social em Portugal. **Revista Desafios Sociais**, ano III, n. 3, p. 9-40, 2007. (Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN)

RAMOS, M. C. Economia solidária, plural e ética, na promoção do emprego, da cidadania e da coesão social. **Laboreal**, v. 7, n. 1, p. 81-104, 2011. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223533894:245552>>. Acesso em: 25 set. 2015.

RAMOS, M. C. P. Solidariedade, inovação social e empreendedorismo no desenvolvimento local. In: PINA, H; MARTINS, F.; FERREIRA, C. (Org.). **Grandes problemáticas do espaço Europeu: estratégias de (re)ordenamento territorial num quadro de inovação, sustentabilidade e mudança**. Porto: FLUP, 2013. p. 313-342. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/site/default.aspx?qry=id022id1433&sum=sim>>. Acesso em: 25 set. 2015.

RODRIGUES, C. F. (coord.). **Desigualdade económica em Portugal**. Lisboa: FFMS, 2012.

SANTOS, B. S. Estado e sociedade na semiperiferia do sistema mundial: o caso Português. **Análise Social**, v. 21, n. 87-88-89, p. 869-901, 1985.

SANTOS, B. S. O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Portugal: um retrato singular**. Porto: Edições Afrontamento, 1993. p. 17-56.

SANTOS, B. S. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: PEREIRA, L. C. Bresser et al. (Org.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP, 2001. p. 243-271.

SANTOS, B. S. et al. **Uma visão solidária da reforma da segurança social**. Lisboa: União das Mutualidades Portuguesas e CES, 1998.

SANTOS, B. S.; FERREIRA, S. Para uma reforma solidária da segurança social. **Sociedade e Trabalho**, Especial Segurança Social, p. 50-57, 1998.

SANTOS, B. S.; FERREIRA, S. A reforma do Estado-providência entre globalizações conflituantes. In: HESPAÑA, P.; CARAPINHEIRO, G. (Org.). **Risco social e incerteza: pode o Estado social recuar mais?** Porto: Afrontamento, 2001. p. 177-225.

SILVA, F. C. **O futuro do estado social**. Lisboa: FFMS, 2013.

SILVA, P. A. O Estado providência português num contexto europeu: elementos para uma reflexão. **Sociedade e Trabalho**, n. 8/9, p. 49-62, 2000.

SOCIEDADE E TRABALHO. **Especial segurança social**. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998.

STARKE, P. The politics of welfare state retrenchment: a literature review. **Social Policy & Administration**, v. 40, n. 1, p. 104-120, 2006.

VARELA, R. (Coord.). **A segurança social é sustentável: trabalho, Estado e segurança social em Portugal**. Lisboa: Bertrand, 2013.

Trabalho e questão social: refletindo as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal

Márcia Maria de Sá Rocha¹
Maria Natália Pereira Ramos²

Introdução

A proposta de análise do tema, trabalho e questão social: refletindo as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal – o qual apresenta fenômenos sociais complexos e multidimensionais – tem como eixo central a classe trabalhadora no enfrentamento da crise estrutural do capital, com a finalidade de apresentar resultados do estudo comparativo realizado no Estágio Pós-Doutoral, iniciado na Universidade Aberta de Lisboa – CEMRI/Centro de Estudo das Migrações e das Relações Interculturais, durante o período de maio de 2011 a maio de 2012.

¹ Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela UFRN. Doutora em Educação pela UFRN, Pós-doutorado em Políticas Sociais, na Universidade Aberta de Lisboa – CEMRI/Centro de Estudo das Migrações e das Relações Interculturais, G.I. “Saúde, Cultura e Desenvolvimento”. Coordenadora do Grupo de pesquisa. E-mail: marciadesa27roc@gmail.com

² Psicóloga. Doutorada e Pós-Doutorada em Psicologia. Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa. Coordenadora do Grupo de Investigação “Saúde, Cultura e Desenvolvimento” do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Univ. Aberta. Orientadora do Estágio Doutoral da Profa. Dra. Marcia Maria de Sá Rocha. E-mail: natalia@uab.pt

Centrado na temática proposta, busca a partir de procedimentos investigativos realizados em comunidades situadas nos referidos contextos, identificar e compreender o funcionamento dos programas e políticas sociais de enfrentamento às condições de pobreza e desigualdades sociais, refletindo a crise atual de precarização estrutural do trabalho de milhares de trabalhadores e trabalhadoras, de famílias de crianças e adolescentes que vivem em contextos de vida e de trabalho, em situação de vulnerabilidade e risco em Portugal e Brasil.

A motivação maior para realização deste estudo surgiu, mais precisamente, pelo fato de estarmos integrados ao Grupo de Pesquisadores sobre Seguridade Social e Serviço Social do Departamento de Serviço Social da UFRN e quando no âmbito do Doutorado em Educação, a partir de 2004, tivemos a oportunidade de realizar o Estágio Sanduíche em comunidades situadas na periferia de Lisboa, apoiados pela Pastoral da Igreja Católica. Foi uma experiência instigante para a continuidade dos nossos estudos no Estágio Pós-doutoral em Lisboa, contribuindo para orientar e aprofundar os nossos procedimentos de pesquisa sobre as condições de trabalho, pobreza e políticas sociais, contemplados na linha de pesquisa: Análise de Políticas e Programas Sociais.

Nesse sentido, definimos os seguintes objetivos: a) Realizar estudos com perspectivas de análise e avaliação das políticas sociais específicas ou programas sociais voltados para populações pobres do Rio Grande do Norte (Brasil) e da região de Lisboa (Portugal); b) Desenvolver estudos comparativos considerando as particularidades dos contextos estudados e focalizando a crise estrutural do capital e as transformações no mundo social e do trabalho, bem como, as condições de trabalho, pobreza e desigualdades sociais.

Ressaltamos, ainda, a importância de considerar além dos estudos realizados, os dados e informações que foram obtidos e sistematizados e que nos permitiram refletir a pobreza e as condições de trabalho. Entretanto, é importante destacar o compromisso de disponibilizar para a sociedade os resultados alcançados no sentido de instrumentalizar e potencializar os sujeitos sociais mais afetados nos contextos estudados para que possam exercer o controle social e propor políticas públicas voltadas para a melhoria das suas condições de vida.

De acordo com os propósitos do estudo realizado e com base em procedimentos teórico-metodológicos fundamentado na tradição marxista, permitindo-nos optar por uma postura dialética no decorrer das análises realizadas nas realidades estudadas, numa perspectiva de totalidade sem ignorar as suas particularidades.

Os primeiros passos da pesquisa tiveram início em 2011 no Brasil, por meio dos contatos realizados com Instituições gestoras das políticas sociais, também voltadas para o grande contingente de trabalhadores nas condições de enfrentamento da pobreza e desigualdades sociais, expressando dessa forma, as famílias de crianças e adolescentes beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de São Paulo do Potengi, do estado do Rio grande do Norte.

No segundo momento, partiu-se do conhecimento de dados documentais, encontrados na Universidade Católica de Lisboa e no Instituto de Segurança Social (Lisboa), além das investigações e publicações recentes, produzidas pelas Universidades de Lisboa e do Porto, visando obter condições de sistematizar indicadores das condições de pobreza e desigualdades sociais, bem como, conhecer o direcionamento das políticas sociais no tratamento da questão. Nessa perspectiva,

foram realizados os contatos com as Instituições e profissionais que atuam nos Programas e Projetos Sociais direcionados às centenas de famílias de crianças e adolescentes atendidas pelos Programas Sociais do Concelho de Loures, no bairro da Quinta da Fonte em Lisboa.

O texto está estruturado em uma breve introdução, seguindo-se de uma análise da crise no mundo do trabalho a partir, sobretudo, da década de 1980. Focamos também as Famílias de crianças e adolescentes no enfrentamento as condições de pobreza e desigualdades sociais, por meio do estudo comparado entre Brasil e Portugal e ainda a partir da análise dos resultados da pesquisa realizada em Lisboa/PT, e Rio Grande do Norte, no Brasil. Por fim, apresentam-se algumas reflexões sobre os resultados e desafios.

A crise no mundo social e do trabalho

Para uma maior compreensão dos propósitos do nosso estudo, coube-nos refletir as condições de pobreza e desigualdades sociais no âmbito da “classe-que-vive-do-trabalho”, no mundo globalizado, buscando mais precisamente perceber a partir do início dos anos 1970, quando o capitalismo enfrenta uma crise, que vem provocar profundas mudanças sociais nos países centrais como no Brasil, afetando significativamente o mundo do trabalho.

É importante perceber as consequências de maior destaque no processo produtivo e de que forma elas afetam o mundo do trabalho, quando provocam a redução do operariado manual, fabril e contribuem para inúmeras formas de subproletarização ou precarização do trabalho, rebatendo diretamente nas

condições de vida população e no agravamento das múltiplas expressões da questão social a partir da sua concepção fundamentada em boa parte por meio dos autores filiados à tradição marxista, os quais consideram que ela,

[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e do seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1995, p. 77).

Nesse sentido, o Estado passa a ter uma atuação interventiva mais direta nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora por meio de uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, a partir da legislação social e trabalhista específicas, todavia, gerindo o processo de organização e prestação dos serviços sociais, efetivando um novo tipo de enfrentamento da questão social. O que significa perceber que as condições de vida e trabalho dos trabalhadores já não podem ser desconsideradas inteiramente na formulação de políticas sociais, como garantia de bases de sustentação do poder de classe sobre o conjunto da sociedade.

Dentre as muitas expressões da questão social, o trabalho feminino no interior da classe trabalhadora apresenta-se a partir dessas transformações ocorridas no próprio processo produtivo, pelo avanço tecnológico dessas mudanças estruturais que provocaram um novo reordenamento econômico, político, social e ideológico, favorecendo cada vez mais a precarização do

trabalho ou a já vivenciada violência do desemprego da classe que vive do trabalho.

Nesse sentido cabe considerar o aumento expressivo do trabalho feminino no interior da classe trabalhadora, caracterizado na condição de trabalho precarizado, subcontratado, terceirizado, com baixos salários. Para tanto, é importante compreender os desdobramentos dos condicionamentos provocados nas relações familiares em função da precarização das condições sociais e de trabalho vivenciadas pelas mulheres, cujas jornadas diárias vão além das suas condições de viverem com dignidade junto à família, com consequências às famílias, às crianças e para os jovens (RAMOS, 2002, 2005, 2006, 2007).

Entretanto, é mais precisamente a década de 1980 que marca com maior profundidade as transformações que afetam significativamente o mundo do trabalho, “rebatendo mais efetivamente na classe-que-vive-do trabalho e atingindo não só a sua materialidade, como também a sua subjetividade, afetando até a sua forma de ser” (ANTUNES, 2010, p. 23).

O cenário dos anos 1980 emerge num intenso avanço tecnológico, automação, a robótica além da microeletrônica que invadiram o universo fabril, buscando espaço para seu desenvolvimento nas relações de trabalho e de produção capitalista. Diante de todas essas inovações, os novos processos de trabalho foram sendo substituídos pela especialização flexível, que vem alterar o padrão rígido fordista que conforme Aglieta (1991) e Hervey (1993) apud (BEHRING, 2008, p. 34),

Este supunha a linha de montagem de base técnica eletromecânica, com uma estrutura organizacional hierarquizada e uma relação salarial que apontava para produção em massa, para um consumo de massa, viabilizada por meio dos acordos coletivos de trabalho.

Observa-se ainda que essa relação salarial também implica um sistema de proteção social a partir do Estado. Na realidade o que vem caracterizar essa nova base técnica é a microeletrônica digital, miniaturizada, originada nas pesquisas da Força Aérea dos EUA (1949), introduzindo o controle numérico, por meio do computador, criando-se a possibilidade de automatização da produção em pequena escala.

Compreender o complexo conjunto das atuais mudanças econômicas e ideológicas, tendo como referência as formas de organização da vida estatal, mais precisamente no que concernem os processos e mercados de trabalho, a difusão do desemprego, as alterações das estruturas do Estado e as modalidades de intervenção política das classes subalternas, sem um entendimento sobre a natureza da crise contemporânea e seus desdobramentos produtivos, revela-se um desafio. De acordo com (BRAGA, 1996. p. 119), é preciso perceber esse debate fundamentalmente partindo da desconstrução do nexo crise-estruturação a partir dos seus determinantes reducionistas, numa perspectiva de “integrá-lo em uma unidade que expresse a autenticidade analítica das lutas de classe reconstituindo a autonomia da filosofia das práxis e suas categorias críticas”. Para o autor, esses são os elementos centrais que se colocam nas argumentações pós-fordistas que precisam ser analisados criticamente, permitindo a identificação de suas carências e a denúncia de sua integração à racionalidade das formas burguesas de representação da realidade.

Nesse sentido, considerando as grandes mudanças no mundo do trabalho, mais precisamente nas últimas décadas do século XX, observou-se um momento intenso de divulgação voltada para “desaparição do trabalho”, em que podemos identificar conforme destaca Antunes (2010, p. 117), (MÉDA, 1997), em

substituição da esfera do trabalho pela “esfera comunicacional” (HABERMAS, 1991, 1992), em “perda de centralidade da categoria trabalho” (OFFE, 1989), em “fim do trabalho” (RIFKIN, 1995), ou ainda na versão mais qualificada e crítica à ordem do capital (KURZ, 1992), visando destacar as formulações mais expressivas.

Na verdade, o que podemos perceber é fundamentalmente o propósito de Antunes em demonstrar nas suas teses centrais, que se contrapõem aos autores citados, com proposições contemplando o presente (e o futuro) do trabalho. Destacamos, dentre essas, algumas para subsidiar nossas reflexões em face ao estudo realizado nos contextos Brasil e Portugal, com famílias de crianças e adolescentes no enfrentamento das condições do trabalho precarizado. Ao se posicionar contrário aos chamados críticos nas últimas décadas, aponta os equívocos da desconstrução teórica realizada nas décadas por esses grupos a partir de suas críticas da sociedade do trabalho. O que Antunes chama atenção é precisamente para os desafios que se colocam hoje, para a compreensão da nova morfologia do trabalho,

[...] seu caráter multifacetado, polissêmico e polimorfo. Isso nos obriga a desenvolver uma noção ampliada e moderna de classe trabalhadora (que venho chamando, de modo sinônimo, como classe-que-vive-do-trabalho) e que inclui a totalidade daqueles homens e mulheres que vendem a sua força de trabalho em troca de salário (ANTUNES, 2010, p. 117).

É importante destacar que essa nova morfologia do mundo do trabalho que o autor coloca, tem como núcleo central os trabalhadores produtivos considerando o sentido dado por Marx (1977), especialmente no capítulo VI, não se restringindo ao trabalho manual, direto, mas incorpora à totalidade do

trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado que produz diretamente mais valia e participa diretamente do processo de valorização do capital; o trabalhador produtivo, por isso detém um papel de centralidade no interior da classe trabalhadora. Cabe considerar ainda as afirmações de Antunes quando refere que,

A moderna classe trabalhadora inclui ainda, os trabalhadores improdutivos, ou seja, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, tanto para uso público como para o capitalista, que não se constituem como elementos diretamente produtivos no processo de valorização do capital. No entanto, como há uma crescente imbricação entre trabalho produtivo e improdutivo no capitalismo contemporâneo, e como a classe trabalhadora incorpora essas duas dimensões básicas do trabalho sob o capitalismo, essa noção ampliada parece-nos fundamental para compreensão do que é a classe trabalhadora hoje (ANTUNES, 2010, p. 118).

Ao nos determos a uma noção ampliada de classe trabalhadora cabe o entendimento da necessidade de incluir também todos os que vendem a sua força de trabalho em troca de salário e incorporar não apenas o proletariado industrial e os assalariados do setor de serviços, mas também o proletariado rural, que vende sua força de trabalho para o capital. Essa noção ampliada que Antunes expressa,

inclui, portanto, o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, part-time, o novo proletariado dos McDonalds, os trabalhadores terceirizados e precarizado, os trabalhadores assalariados da chamada “economia informal”, que muitas

vezes são indiretamente subordinados ao capital, além dos trabalhadores desempregados, expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação do capital e que hipertrofiaram o exército industrial de reserva na fase de expansão do desemprego estrutural (ANTUNES, 2010, p. 118).

A tese apresentada pelo autor evidencia a questão da noção ampliada de classe trabalhadora atentando para inclusão de todos os trabalhadores que vendem a sua força de trabalho. Trata-se de um problema presente num grande contingente de trabalhadores que enfrentam a questão da precarização do trabalho como aponta Antunes, quando destaca a necessidade de incorporação do proletariado rural. Também ao refletir a questão da feminização do trabalho, Antunes, mais uma vez reforça a necessidade de compreender a classe trabalhadora hoje, permitindo perceber também o significativo do processo de feminização do trabalho, que atinge 50% da força de trabalho em diversos países, e que tem sido absorvido pelo capital, preferencialmente no universo de trabalho *part-time*, precarizado e desregulamentado. No Reino Unido, por exemplo, o contingente, feminino superou, desde 1998, o contingente masculino na composição da força de trabalho. Sabe-se que essa nova divisão sexual do trabalho tem, entretanto, significado fortemente desigual, quando se comparam os salários e os direitos e condições de trabalho em geral. Comparativamente aos homens, as mulheres têm salários mais baixos, empregos menos qualificados e altas taxas de desemprego, situação que mantém muitas mulheres numa situação de pobreza, desigualdade e vulnerabilidade, fazendo com que essas mulheres representem 60% da mão de obra não qualificada no mundo (OIT, 2004).

A relevância desse destaque sobre o processo de feminização do trabalho, conforme o autor trata, vem sendo uma questão que perpassa as discussões da nossa temática de estudo, considerando que milhares de mulheres, mães de famílias atualmente beneficiárias do Programa de Transferência de Renda, no Brasil e em Portugal, vêm sofrendo as consequências da nova divisão sexual do trabalho, no que se refere ao significado desigual com referência aos salários, direitos a condições de trabalho feminino. Destacamos ainda, conforme Antunes afirma na sua tese, sobre a redução da jornada de trabalho:

[...] se o fundamento da ação social for voltado radicalmente contra as formas de (des)socialização e mercadorização do mundo, a batalha imediata será pela redução da jornada ou tempo de trabalho torna-se compatível com o direito ao trabalho (em jornada reduzida e sem redução do salário). Desse modo, a reivindicação central, para o mundo do trabalho, pela imediata redução da jornada (ou do tempo) de trabalho e a luta pelo emprego são profundamente articuladas e complementares, e não excludentes. O eixo central da tese contempla mais precisamente o verdadeiro sentido estruturante do trabalho cuja forma de sociabilidade superior, a partir do processo reestruturação do ser social, estará favorecendo a desestruturação do capital, na medida em que os avanços provocados, na abstração, pelo trabalho autônomo, autodeterminado e produtor de coisas úteis, tornará sem sentido e supérfluo o capital, gerando as condições de sociais para florescimento de uma subjetividade autêntica e emancipada dando assim um novo sentido ao trabalho e dando a vida um novo sentido, além de resgatar o sentido de humanidade

social que o mundo atual vem fazendo desmoronar ainda mais (ANTUNES, 2010, p. 120).

As teses destacadas são consideradas como referência para subsidiar as discussões sobre a temática abordada neste texto, não desprezando, portanto, as demais teses que o autor fundamenta sobre o presente e o futuro do trabalho: a perenidade e superfluidade do trabalho.

Famílias de crianças e adolescentes no enfrentamento as condições de pobreza e desigualdades sociais: estudo comparado entre Brasil e Portugal

De acordo com as dinâmicas sociais atuais, podem-se perceber com maior visibilidade as desigualdades sociais e consequentes vulnerabilidades, numa perspectiva de socialização pública e analítica. Nesse sentido tem-se verificado um processo cada vez mais avançado de produção de estudos realizados contemplando diversos aspectos da pobreza e das desigualdades sociais contemporâneas (CASTEL, 1995). Assim, cabe o reconhecimento de que todo esse conjunto de produção tem expressado fortemente o caráter transversal das desigualdades sociais contemporâneas, levando-se em conta as formas diversificadas de pobreza, desigualdade e dominação e as conexões estabelecidas com os demais aspectos da vida social e dos seus impactos a vários níveis, com grande relevância social, laboral e familiar, particularmente no domínio da pobreza. Essa vai influenciar grandemente a educação, a formação profissional, o desenvolvimento, a saúde e a integração social

das crianças, dos jovens e dos adultos (RAMOS, 2004, 2005, 2007, 2008a; CAPUCHA, 2010).

A pobreza precisa ser analisada de forma plural e considerada nas suas diferentes dimensões, ou seja, a pobreza monetária, resultado de uma insuficiência de recursos; a pobreza das condições de vida, representando a impossibilidade de satisfazer algumas das necessidades fundamentais; e a pobreza das potencialidades limitando o potencial das capacidades individuais (RAMOS, 2005).

Outros autores acentuam a dimensão política da pobreza, o “ser coibido de ter”,

A pobreza seria, em sua essência, repressão, o resultado da discriminação sobre o terreno das vantagens, a saber, a não posse de dois bens escassos: o dinheiro e o poder. A pobreza também está intimamente associada a outros processos sociais, ligada à organização da estrutura social, ao grau de desigualdade existente em determinada sociedade, isto é, à forma como está distribuída a riqueza (rendimento, propriedade de ativos, acesso a bens públicos, ao mercado de trabalho e a direitos sociais e políticos, bem como às diferentes formas de acesso aos capitais culturais e sociais (DEMO, 2001, p. 13).

Nesse sentido, refletir sobre pobreza na atualidade, tendo como referência a literatura internacional, pode-se observar a partir dos avanços expressados nas últimas décadas, um novo desenho dessa realidade, que aponta diferenças da pobreza do passado. Essa tipificação de mudanças se expressa por três novos fatos, de acordo com Gaudier (1993, apud SILVA, 2013).

Com referência ao primeiro que diz respeito à reincidência do aceleramento dos índices de pobreza, a partir dos

anos de 1980, após uma tendência de declínio registrado nos anos 1950, 1960 e 1970. No caso do Brasil a tendência de queda tem sido registrada a partir de 2003, embora nunca tenha sido erradicada. Estudos realizados, afirmam esse declínio da pobreza durante os trinta anos de crescimento da economia, numa escala mundial, com elevação da renda média 'do pobre nos países que mantiveram um crescimento sustentado, com redução da fome, elevação da expectativa de vida e diminuição dos índices de analfabetismo (PNUD, 1990). Nos países de Terceiro Mundo foi evidente a relação dos índices de pobreza e crescimento econômico, embora o problema da desigualdade crescente tenha anulado grande parte do impacto desse crescimento sobre as condições de vida das populações.

O segundo fato evidenciado pela literatura internacional aponta para persistência e o crescimento das desigualdades, o que revela uma realidade de riqueza e de privação, com distribuição da riqueza cada vez mais desigual entre o Norte e o Sul, entre regiões, países, áreas, entre indivíduos, evidenciando ampla variação de padrões de vida, conforme índices de crescimento econômico e demográfico; desequilíbrio em recursos humanos, entre áreas urbanas e rurais, entre homens e mulheres; entre brancos e negros, ou seja, a pobreza cresce junto com a desigualdade social (PNUD, 1990).

O terceiro fato novo da pobreza dos anos de 1980 e 1990 é o que vem se denominando de nova pobreza. Trata-se de um período em que milhões de pessoas, que vivem próximo ou acima das linhas de pobreza, caíram de nível socioeconômico nos países de Terceiro Mundo; nos países ricos, centenas e milhões passaram a integrar o "Quarto Mundo" e, nos países saídos do socialismo, milhares passaram a viver a insegurança social e do trabalho. É nesse novo processo onde vão surgir

os grupos mais afetados que nunca haviam sofrido o estado de pobreza, como os empregados do setor moderno, professores, pequenos produtores, artesãos autônomos etc., cujo traço comum é o declínio nos níveis de renda, com considerável deterioração nos padrões de vida (GAUDIER, 1993).

Por outro lado, verificam-se desigualdades gritantes de esperança de vida entre diversas populações do mundo atual. Recorrendo aos Relatórios do Desenvolvimento Humano, das Nações Unidas, é reveladora a comparação entre, por exemplo, as médias de esperança de vida à nascença dos países da África Subsariana (53 anos) e dos países da OCDE (80 anos) (UNDP, 2010).

Considerando que os fluxos migratórios devido ao aumento que tem se verificado alcançando de forma universal e global em todos os continentes, destacamos o exemplo de Portugal como país de emigração e imigração de acordo com Ramos (2008, p. 48),

Portugal, país tradicional de emigração (quase cinco milhões de portugueses estão em diáspora) tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração. O nosso país é, com efeito, um país tradicional de emigração, constituindo este fenómeno uma característica histórica e estrutural da sociedade portuguesa (SERRÃO, 1974). Muito embora o fluxo de emigração portuguesa tenha diminuído consideravelmente, (a título de exemplo, em 1970, o mesmo era de 173.000 e em 2003, de cerca de 27.000, segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE), Portugal continua a ser um “país de emigração” [...] Portugal tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração e de acolhimento de populações estrangeiras, provenientes, sobretudo de África (PALOP), da América Latina (Brasil) e da Europa de Leste (Ucrânia).

De acordo com essa autora (RAMOS, 2008, p. 49), é importante reconhecer heterogeneidade dessa população migrante, observando-se dimensões das desigualdades de rendimentos e de riqueza,

a predominância de baixos níveis de escolarização e de qualificação profissional, a inserção tendencial em setores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde há um baixo nível de remuneração global [...].

Diante do cenário da pobreza e desigualdades sociais passaremos a destacar alguns resultados do nosso estudo realizado nos contextos Brasil e Portugal, mesmo reconhecendo em princípio, a complexidade de demonstrar particularidades de uma crise mundial que se espalha nas mais perversas condições de pobreza e desigualdades sociais, provocadas pelas mudanças sociais e econômicas, transformando a vida de milhares de homens e mulheres que vivem do trabalho e suportam a violência do desemprego, a doença e o sofrimento da vida injustiçada pela falta de direitos, de equidade e de justiça social (RAMOS, 2005, 2007, 2008a).

Considerando a taxa de pobreza em Portugal depois de efetuadas as transferências sociais do Estado, a percentagem de indivíduos que se situam abaixo do limiar de pobreza corresponde à proporção daqueles que dispõem de um rendimento anual líquido inferior a 60% do rendimento mediano (por adulto equivalente) no país. Nesse sentido, o indicador em causa tem como referência os rendimentos auferidos num determinado país, pelo que o valor do limiar de pobreza fixado varia de acordo com a grandeza relativa desses mesmos rendimentos em cada agregado nacional. A taxa de risco de pobreza em Portugal

antes de efetuadas as transferências sociais do Estado para as famílias era de 25,3%, no ano de 2011. Após essas transferências monetárias, a taxa de risco de pobreza situou-se em 17,9%. Isso significa que as transferências de rendimento do Estado para as famílias diminuíram em 7,4 pontos percentuais e 29,2% o valor deste indicador. A taxa de risco de pobreza após as transferências sociais era mais elevada em Portugal face ao registado em termos médios nos países da União Europeia. Por outro lado, o impacto das transferências sociais, na mitigação da amplitude desse indicador, foi menor em Portugal face ao verificado em termos médios no conjunto de países da União, conforme dados de *Estatistcs and Living Conditions*, EU-SILC 2013 (Eurostat).

No panorama europeu, de acordo com a Tabela 1, o risco de pobreza antes das transferências sociais era mais elevado na Irlanda (39,3%), Reino Unido (31,9), Croácia (30,4) e Espanha (30). Após as transferências monetárias, a Grécia (23,1%) passa a ser o país com o maior risco de pobreza, seguido dos países de leste – Roménia (22,6), Bulgária (21,2) e Croácia (20,5) – e Espanha (20,4). Dentro daqueles que viram o seu risco de pobreza diminuir pelo efeito das transferências de rendimento do Estado para as famílias, destaque para a Irlanda (reduz 23,6 pontos percentuais), Reino Unido (15,7) e países nórdicos – Dinamarca (15,2), Noruega (15,1) e Finlândia (14,6). Pelo contrário, países onde esse impacto foi menor, encontramos a Grécia (3,7), a Bulgária (4,7), a Itália (5) e a Roménia (5,4).

Tabela 1 – Taxa de risco de pobreza antes e após as transferências sociais, nos países da UE, Islândia, Noruega e Suíça em 2011 (%).

	TRP antes da TS	TRP após as TS	Variação da TRP após as TS (diferença em p.p.)	Variação da TRP após as TS (diferença percentual)
Irlanda	59,3	15,7	23,6	-60,1
Reino Unido	31,9	16,2	15,7	-49,2
Croácia	30,4	20,5	9,9	-32,6
Espanha	30,0	20,4	9,6	-32,0
Luxemburgo	29,0	15,1	13,9	-47,9
Lituânia	28,4	18,6	9,8	-34,5
Dinamarca	28,3	13,1	15,2	-53,7
Roménia	28,0	22,6	5,4	-19,3
Bélgica	27,5	15,0	12,5	-45,5
Suécia	27,4	14,1	13,3	-48,5
Grécia	26,8	23,1	3,7	-13,8
Finlândia	26,4	11,8	14,6	-55,3
Hungria	26,3	14,3	12,0	-45,6
Letónia	26,0	19,4	6,6	-25,4
Noruega	26,0	10,9	15,1	-58,1
Bulgária	25,9	21,2	4,7	-18,1
Áustria	25,9	14,4	11,5	-44,4
Portugal	25,3	17,9	7,4	-29,2
Eslovénia	25,2	13,5	11,7	-46,4
Estónia	24,8	17,5	7,3	-29,4
Itália	24,4	19,4	5,0	-20,5
Alemanha	24,3	16,1	8,2	-33,7
Malta	24,0	15,1	8,9	-37,1
França	23,8	14,1	9,7	-40,8
Chipre	23,5	14,7	8,8	-37,4
Suíça	23,4	15,9	7,5	-32,1
Polónia	22,9	17,1	5,8	-25,3
Islândia	22,7	9,3	13,4	-59,0
Países Baixos	20,6	10,1	10,5	-51,0
Eslováquia	20,0	13,2	6,8	-34,0
R. Checa	16,6	8,6	8,0	-48,2
UE-28	26,0	16,9	9,1	-35,0

Nota 1: Países ordenados por ordem decrescente de acordo com a taxa de risco de pobreza antes de serem efetuadas as transferências sociais.

Nota 2: Dados para Espanha, Finlândia, Hungria, Letónia, Noruega Áustria, Islândia e R. Checa já são referentes a 2012.

Fonte: Statistics and Living Conditions, EU-SILC 2013 (Eurostat).

A Tabela 2 trata a respeito da informação relativa à taxa de risco de pobreza após efetuadas as transferências sociais nos países da União Europeia, tendo em consideração diferentes limares de pobreza. A taxa de risco de pobreza em Portugal é superior à média da UE nos três limares de pobreza considerados. Se o limiar de pobreza do país for definido nos 70% do rendimento anual líquido mediano por adulto equivalente, 1/4 da população portuguesa estava, no ano de 2011, em risco de pobreza (após efetuadas as transferências sociais). Diminuindo esse valor face ao limiar dos 50% e 40% para, respetivamente 11,4% e 6,5%.

Tabela 2 – Taxa de risco de pobreza após as transferências sociais, nos países da UE-28, Islândia, Noruega e Suíça, em 2011 (%).

	Limiar de pobreza a 40% do rendimento mediano	Limiar de pobreza a 50% do rendimento mediano	Limiar de pobreza a 70% do rendimento mediano
Grecia	10,6	16,0	30,4
Roménia	10,7	16,5	29,5
Bulgária	10,1	15,1	28,3
Croácia	8,9	13,9	27,1
Espanha	10,5	15,3	28,7
Letónia	8,2	13,5	28,2
Itália	7,7	12,2	26,8
Lituânia	6,5	11,3	27,0
Portugal	6,5	11,4	24,9
Estónia	6,7	10,9	26,7
Polónia	5,5	10,5	24,9
Reino Unido	5,2	9,3	24,5
Alemanha	4,2	9,6	23,6
Suíça	4,8	9,6	23,1
Irlanda	4,7	8,8	23,6
Luxemburgo	2,8	7,1	24,7
Malta	2,8	7,4	24,5
Bélgica	3,7	8,0	23,6
Chipre	3,2	8,0	23,9
Áustria	4,5	8,4	21,6
Hungria	3,7	8,2	21,5
Suécia	4,2	7,8	21,9
França	3,2	6,9	21,6
Eslovénia	3,3	7,4	20,7
Eslováquia	4,3	7,8	20,4
Dinamarca	5,0	7,7	21,4
Finlândia	2,6	6,0	21,8
Noruega	3,5	5,7	17,4
Países Baixos	2,4	5,2	17,9
Islândia	3,0	4,8	15,9
R. Checa	2,7	5,1	16,6
UE-28	5,8	10,3	24,5

Nota 1: Países ordenados por ordem decrescente de acordo com a taxa de risco de pobreza antes de serem efetuadas as transferências sociais. (limiar a 60% do rendimento líquido mediado)

Fonte: Statistics and Living Conditions, EU-SILC 2013 (Eurostat).

A taxa de risco de pobreza antes e após as transferências sociais em Portugal tem vindo a diminuir desde 2001, embora de forma não linear. Se em 2001 a taxa de risco de pobreza em Portugal, depois de efetuadas as transferências sociais, era de cerca de 20%, em 2011 esse valor é 2 pontos percentuais inferiores. Comparando os valores de Portugal e da União Europeia, verifica-se que em 2004 a taxa de risco de pobreza depois de efetuadas as transferências sociais em Portugal era cinco pontos percentuais superiores ao resultado.

Tabela 3 – Evolução da taxa de risco de pobreza antes e após as transferências sociais, em Portugal e na EU-27.

		Antes das transferências sociais									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Portugal	26	26	26,5	25,7	25,1	24,2	24,9	24,3	26,4	25,4	25,3
UE-28				26,0	26,2	25,8	25,3	25,2	25,9	26,3	26,0
		Após as transferências sociais									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Portugal	20	20	19	20,4	19,4	18,5	18,1	18,5	17,9	17,9	18,0
UE-28				16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,9	16,9

Fonte: Statistics and Living Conditions, EU-SILC 2013 (Eurostat).

Portugal foi, entre 2007 e 2011, o 6º país da OCDE onde o rendimento disponível dos agregados mais reduziu (-2,3% ao ano). Nos países da OCDE a redução no rendimento foi, em média, duas vezes superior para os 10% mais pobres (-1,6%) do que para os 10% mais ricos (-0,78%), em 19 dos 33 países analisados. Verificou-se ainda diminuição no rendimento dos 10% mais pobres na Grécia (-12,7%), na Espanha (-12,9%) e em Portugal (-1,9%).

A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE sublinha a importância da implementação de medidas fiscais direcionadas aos agregados mais pobres em países como a Islândia, Holanda, Nova Zelândia e Portugal, nos

últimos anos até 2011, como causa de a diminuição do rendimento ter sido menor do que a dos 10% mais ricos (EUROSTAT, 2013).

A Figura 1, a seguir, apresenta as diferenças anuais do rendimento das famílias na Espanha, Grécia e Portugal, entre 2008 e 2011. Na Espanha, o impacto negativo da crise financeira no rendimento das famílias começa por revelar-se logo em 2007, enquanto na Grécia e em Portugal isso só se verifica nos últimos dois anos. Na Espanha, com exceção do ano de 2010, o rendimento dos 10% mais pobres diminuiu sempre mais que o dos 10% mais ricos (esse grupo que em 2009 viu inclusive o seu rendimento aumentar). Na Grécia, em 2010/11, o rendimento das famílias diminuiu em 20%, mais 5% que em 2009/10, agravando-se as desigualdades entre os 10% mais pobres e os 10% mais ricos. No caso português, em 2010/11, a diminuição no rendimento, ao contrário do que sucedeu entre 2007 e 2011, foram superiores entre os 10% mais pobres (-12% face aos -8% dos 10% mais ricos) e o rendimento total das famílias teve a maior descida de todo o período (7%).



Figura 1 – Diferenças anuais do rendimento das famílias na Portugal, Espanha e Grécia, entre 2008 e 2011.
 Fonte: Adaptado de <<http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm>>. Acesso em: 17 out. 2016.

No contexto brasileiro podemos perceber sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil. Segundo o PNUD (2002/2012) o percentual de brasileiros em situação de pobreza caiu de 22,5% em seis anos, e, para a OIT, a parcela de indigentes reduziu-se de 25% da população em 2001 para 17,4% em 2009. Foram retiradas da pobreza 23 milhões de pessoas.

As organizações internacionais como o *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento* (PNUD) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) têm apontado para a necessidade de diminuir as desigualdades sociais e garantir a justiça social, permitindo que todos os cidadãos tenham acesso a oportunidades e possam desenvolver as suas capacidades de maneira mais equitativa, como mostram relatórios dessas organizações que citaremos a seguir. Entre 2002 e 2012, no Brasil, o coeficiente de Gini – que mede a desigualdade de renda – diminuiu de 0,59 para 0,53 (gráfico abaixo), enquanto, nesse mesmo intervalo de tempo, a razão entre a renda dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres declinou de 22,2% para 15,4% (IPEADATA/PNAD/IBGE, 2012).

Índice de Gini no Brasil, anos selecionados

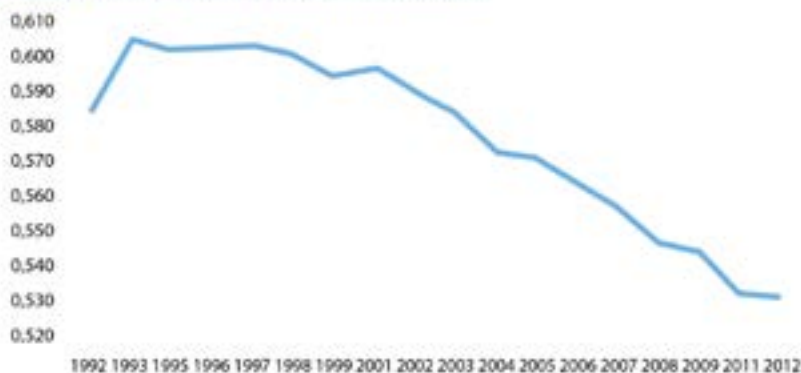


Figura 2 – Índice de Gini no Brasil.
Fonte: IPEADATA/PNAD/IBGE (2012).

Além do índice de Gini e outras medidas de desigualdades, o percentual de brasileiros em situação de pobreza multidimensional caiu 22,5% em seis anos, segundo o PNDU.

Ao considerarmos os determinantes dessa redução da pobreza e desigualdade social no Brasil, a partir dos avanços alcançados no enfrentamento da pobreza e desigualdade social, estes têm como determinante a estruturação da trajetória das políticas públicas, fundamentadas na Constituição de 1988, que define os grandes eixos de intervenção do Estado, no campo da proteção e desenvolvimento social, destacando-se a saúde, educação, assistência Social, infraestrutura social e trabalho.

Entretanto, é preciso reconhecer que ainda vivemos um quadro de desigualdade elevada no Brasil, o que significa considerar a necessidade permanente de combinação de crescimento econômico com avanços sociais e aperfeiçoamento das políticas públicas de alcance nacional, com relevância para o papel do Estado e as instituições da sociedade civil nesse processo.

Análise dos resultados da pesquisa realizada em Loures, Portugal e em São Paulo do Potengi no Rio Grande do Norte, Brasil

Loures, Apelação – Portugal

De acordo com os estudos realizados nos contextos Brasil e Portugal, buscaremos considerar a partir da análise qualitativa dos resultados alcançados, algumas particularidades que nos permitiu um olhar para do enfrentamento das relações de trabalho, pobreza e das desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes inseridas em comunidades rurais no Brasil (São Paulo do Potengi) e em áreas consideradas de menor divisão administrativa e rurais de Lisboa (Loures, Apelação).

O nome da Freguesia de Apelação parece derivar do fato de seu povo ter *apelado* para a protecção de Nossa Senhora da Encarnação em meio a uma terrível peste. Na sequência desse acontecimento, foi erigida uma capela em sua honra e a Apelação separar-se-ia de Unhos em finais do século XVI (em parte, também, devido à sua distância da sede). No entanto, continuaria a pagar dízimos a essa freguesia até à extinção completa desse velho imposto senhorial, com as reformas liberais de Mouzinho da Silveira, freguesia do concelho de Loures desde a sua instituição, em 1886. Antes fizera parte do concelho de Santa Maria dos Olivais. Embora seja uma freguesia com construção essencialmente moderna e, em muitos casos, clandestina, destaca-se ainda assim, entre o património cultural construído, o Moinho de Vento, monumento nacional que se tornou ex-líbris da freguesia.



Figura 3 – Sede da Freguesia do Concelho de Loures.

Fonte: OECD Income Distribution Database (2012).

É, mais precisamente, na freguesia da Apelação onde desenvolvemos o nosso estudo junto à população realojada no Bairro Quinta da Fonte, e de famílias que por fatores sociais necessitaram de reinserção e apoio social. O acesso à habitação coloca-se inegavelmente como um dos fatores mais importantes. Na realidade esse acesso não é igual para todas as pessoas, assim como, a qualquer outro tipo de bem ou serviço. “As minorias étnicas e a população imigrante, enquanto grupos de maior fragilidade social, enfrentam grandes dificuldades na procura de uma habitação no meio urbano” (FONSECA et al., 2002, p. 32).

Com a chegada do grande contingente de migrantes nacionais e internacionais às grandes cidades, a proliferação de bairros de lata foi aumentando, fenômeno bem visível na periferia de Lisboa, sendo que a “tendência central é a de uma concentração em ‘ilhas’ situadas nas zonas mais degradadas de Lisboa e/ou nos concelhos adjacentes – Loures, Oeiras, Amadora, Almada e Seixal” (BAGANHA; MARQUES, 2001). Tal situação favoreceu a construção de barracas, em condições precarizadas, sem saneamento, abastecimento de água, transportes públicos, difícil acesso à cidade de Lisboa. A inserção social, espacial, educacional e de saúde dos habitantes desses bairros fica seriamente limitada, principalmente das crianças e jovens (RAMOS, 2008b, 2009).

A criação do Plano Especial de Realojamento (PER) possibilitou o realojamento de inúmeros agregados familiares a residir em vários bairros de barracas na Área Metropolitana de Lisboa (AML), beneficiando muitos imigrantes e minorias étnicas, principalmente dos PALOP's (BAGANHA; MARQUES, 2001; FONSECA, 2002). O Concelho de Loures não foi exceção e o realojamento efetuado na Quinta da Fonte, na Freguesia da

Apelação, é um exemplo, realojando centenas de pessoas, em sua maioria de origem africana e cigana.

A situação profissional do chefe de família constitui um importante indicador socioeconômico de toda a família. Estudos realizados demonstram a presença de elevadas taxas de desemprego e de emprego precário, por vezes temporário, não qualificado e com baixos salários. Em muitos casos, quando o chefe de família é do sexo feminino, a profissão que surge com maior frequência é a de empregada de limpeza ou doméstica, enquanto que os elementos do sexo masculino são essencialmente trabalhadores da construção civil. Esse fato foi confirmado por muitos autores como Fonseca et al. (2002), Baganha e Marques (2001). Assim, existe um grande número de famílias que usufruem do Rendimento Mínimo de Inserção e de chefes de família reformados. Cabe destacar a presença de alguns indivíduos de etnia cigana que são vendedores ambulantes.

De acordo com os dados mais recentes sobre o bairro da Quinta da Fonte, é possível compreender os avanços que vêm ocorrendo com relação aos serviços sociais que são efetivados, buscando o desenvolvimento de ações socioeducativas que favoreçam o fortalecimento dos grupos e organizações, embora ainda sejam incipientes para atender a grande demanda dos trabalhadores que enfrentam o desemprego e as precárias condições de violência em que vivem, afetando significativamente o seu cotidiano. Assim, conforme artigo intitulado “Depois da “guerra” o bairro ganhou vida nova. A crise pode estragar tudo”, afirma Sanches (2014):

As imagens dos tiroteios abriram os noticiários. E a guerra foi apresentada como um conflito entre moradores ciganos e moradores de origem africana – visão contestada por muitos

dos que trabalhavam com a comunidade havia anos. Arruinada ficou a já frágil reputação que a zona tinha como lamentam ainda hoje muitos dos que ali vivem. Por exemplo, Madalena Máquina, 41 anos, mãe de dois filhos, diz que de cada vez que vai a uma entrevista de emprego e explica que vive neste bairro, leva com uma cara franzida e desconfiada. “A minha filha, quando andava a procura de trabalho, só me dizia: ‘Mãe, temos de sair daqui, não há trabalho para quem é da Quinta da Fonte.’” As imagens dos tiroteios abriram os noticiários.



Figura 4 – Bairro da Quinta da Fonte.
Fonte: Sanches (2014).

Construída por duas cooperativas de habitação que apresentavam problemas financeiros de habitação num local isolado da freguesia da Apelação, a Quinta da Fonte em meados dos anos 1990 disponibilizou a maioria dos 800 apartamentos para realojar pessoas que viviam em barracas em zonas que iriam ser usadas para os acessos à Expo-98. Na realidade, atualmente uma parte deles precisa de obras. Embora ainda se

observe outros que estão “impecavelmente cuidados, como o de Madalena, que é a “presidente” do seu prédio, que, aliás, chegou a receber o galardão do mais limpo do bairro num concurso que, entretanto, também se extinguiu. A distinção ainda está emoldurada à entrada” (SANCHES, 2014).

Como a nossa atuação foi realizada mais precisamente Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL) *Verdine*, do Secretariado de Lisboa da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos, pudemos observar o trabalho que vem sendo realizado, apesar dos poucos recursos que dispõem, nomeadamente desenvolvendo ações pedagógicas com as crianças e adolescentes, estimulando a valorização cultural, promovendo o diálogo intercultural, desenvolvendo trabalhos articulados com a formação escolar dos alunos, bem como, estimulando a participação das famílias nas atividades programadas.

Nesses contatos realizados com algumas mães e avós que acompanhavam o acolhimento das crianças no Centro de Atividades Livres, as questões mais colocadas voltavam-se para as condições de pobreza, a violência entre crianças e adolescentes, o alcoolismo, a dependência química e a criminalidade. O que significa uma situação de grande vulnerabilidade e violência que vem confirmar as discussões iniciais deste texto sobre a reestruturação do capital que tem provocado a precarização das condições de trabalho, de moradia, e o direito a viver com dignidade, bem como, agravado os conflitos de várias ordens.

Esse cenário de convivência com os referidos grupos favoreceu também a criação de um espaço aberto para intermediar as famílias, em alguns momentos desses nossos encontros. Assim, definiu-se como eixo central das nossas reflexões junto ao grupo e aos profissionais do Centro Verdine, as práticas socioassistenciais desenvolvidas com as crianças

e adolescentes a partir da perspectiva de discussão e análise crítica dos contextos estudados Brasil e Portugal, de acordo com o referencial exposto no decorrer das nossas discussões, as condições de enfrentamento dos trabalhadores ao processo de reestruturação do capital no mundo do trabalho.

Nessa perspectiva buscou-se focalizar a percepção das ações sociais, mais especificamente a política de assistência social, na medida em que se complementam com as demais políticas de saúde e previdência social que integram o eixo da seguridade social, constituindo-se em garantias de direitos sociais legitimados, no caso do Brasil, pela Constituição Federal de 1988, e no caso de Portugal, pela Constituição Portuguesa de 1976, que consagra o sistema integrado de segurança social universal e pela Lei de Bases da Segurança Social (1984).

É importante destacar que os “Serviços Sociais para todos” de acordo com (MUNIZ, 2005, p. 17),

Foi definido como tema prioritário da agenda da Comissão para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas, na sessão anual de fevereiro de 1999, levando em conta aquilo que a Declaração de Copenhague afirmou como adequado, efetivo e eficiente para cobertura das necessidades humanas básicas pelos serviços sociais. Como consequência, foram realizados encontros reunindo especialistas dos países-membros da União Europeia e inúmeros estudos sobre o tema.

Na realidade, muitas foram às discussões realizadas destacando-se o papel das autoridades públicas, e outros atores sociais, bem como, a relação com os usuários, além de outros fatores que se colocam como verdadeiros desafios para os serviços sociais na União Europeia, como a migração,

os constrangimentos em relação aos recursos financeiros, a competição, a cooperação, a criação de empregos, o desemprego, dentre outros.

Nas nossas reuniões, buscávamos perceber por meio dos debates coletivos os problemas que mais afetavam as crianças e adolescentes no Bairro Quinta da Fonte. Durante as discussões com os grupos focais, ficou bastante evidente a indignação sentida por todos os presentes na medida em que deixavam transparecer o medo que estavam vivenciando no bairro em que habitam, em suas residências, na escola e nos deslocamentos que precisavam realizar para ter acesso à escola, nas áreas de lazer que ficavam distantes – considerando que o bairro oferece poucas opções e que são perigosas, tendo em vista à criminalidade, o alcoolismo, a dependência química, a violência e os conflitos entre jovens e adultos. Fato esse que revela grande violência na vida dessas famílias que a cada momento estão enfrentando a degradação e ruptura dos seus lares, onde ocorrem com frequência a invasão policial, a prisão de seus pais ou irmãos afetando o cotidiano e a dignidade das famílias mais precisamente das crianças e adolescentes que também são expostas a atos de violência sexual e são atendidas em sistema de medidas socioeducativas.

Com referência ao *Centro Verdine*, as crianças e adolescentes, usuários mais diretamente atendidos por meio das atividades desenvolvidas, ao serem questionados, foram unânimes em afirmarem a confiança, segurança, e proteção social como fator fundamental das suas ações. Apontam ainda a importância das normas existentes que são conhecidas e respeitadas por todos que frequentam o Centro, envolvendo também as famílias que têm responsabilidades definidas e aprovadas em reuniões sobre o acompanhamento as atividades desenvolvidas pelas crianças

e adolescentes, e que a cada final do semestre apresentam em reunião coletiva com a participação dos pais e monitores, o relatório de desempenho dos grupos de acordo com a distribuição dos trabalhos realizados, os quais são apresentados e expostos em painéis.

De acordo com as nossas análises, todas essas expressões da questão social revelam muito claramente a crise econômica mundial que estamos presenciando em função da estruturação econômica e da globalização, que atinge milhares de pessoas nas mais diferenciadas dimensões e contextos sociais. Quando a questão do trabalho e do mercado como regulador das relações sociais não são enfrentadas, a assistência social termina por promover e reiterar as formas tradicionais de atenção aos pobres como ocorre ainda no Brasil, mesmo considerando que a política de assistência social brasileira, legitimada pela Constituição de 1988, embora dê ênfase à abordagem economicista, remete para um movimento em que elementos de caráter conservador que tradicionalmente têm orientado as ações direcionadas à pobreza, são associados a outros de inspiração mais progressista, em especial no que se refere às múltiplas dimensões da pobreza, que ultrapassam a questão da renda e, remetem a questão dos direitos sociais e humanos.

Com referência a nossa participação no Bairro Quinta da Fonte, cabe ressaltar alguns momentos vivenciados junto ao Movimento dos Jovens vinculados à Arquidiocese de Lisboa que vêm apoiando os eventos realizados em toda Europa no período da nossa pesquisa (2011/2012) lutando em defesa da dignidade do trabalho considerando as precárias condições que estavam vivenciando naquele período e que ainda se constituem reivindicações presentes no momento atual globalizado, não somente em Lisboa, mas também em nível mundial.

A Figura 5 mostra a nossa participação nas discussões realizadas pela Juventude Operária Cristã – JOC –, o encontro reúne católicos, sindicalistas, bolseiros e trabalhadores precários e vem discutindo sobre a precarização e dignidade do trabalho enfrentada pelos jovens, nos encontros realizados em Praças Públicas, mobilizando grupos de todo país e estrangeiros a debaterem estas questões e a proporem encaminhamentos para fortalecimento dos Movimentos Jovens no mundo inteiro.



Figura 5 – A JOC em protesto contra a precariedade, em “Piquenique” em Lisboa.

Fonte: Autoria própria.

A seguir, apontamos algumas particularidades da Quinta da Fonte, por meio dos dados retratados nos gráficos apresentados.

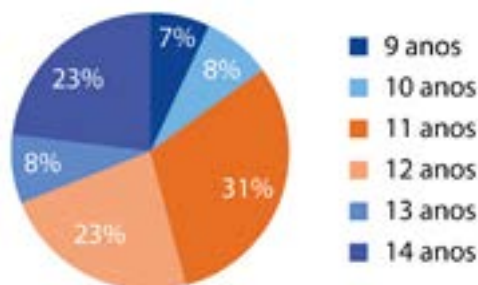


Gráfico 1 – Referente ao percentual dos entrevistados por faixa etária.
Fonte: Pesquisa de Campo.

O Gráfico 1 apresenta, de acordo com o número de crianças e adolescentes entrevistados que foram 13, em média uma amostragem de 30% da totalidade de usuários atendidos que corresponde a 68 crianças e adolescentes cadastrados no Centro Verdine. Conforme os indicadores do gráfico: a cor azul escuro simboliza apenas uma criança com nove anos de idade, representando 7% dos entrevistados; o indicador marrom escuro, um usuário com dez anos de idade, representando 8%, dos entrevistados; o indicador verde, um usuário com onze anos, correspondendo a 31% dos entrevistados; indicador lilás três usuários com 12 anos de idade, representando 23% dos entrevistados; indicador azul claro, três usuários com treze anos de idade, representando 8% dos entrevistados; indicador laranja, três usuários com 14 anos de idade, representando 23% dos entrevistados.

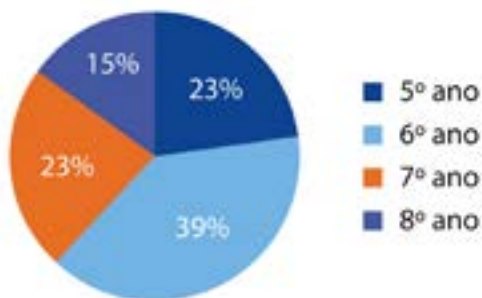


Gráfico 2 – Nível de escolaridade dos entrevistados.

Fonte: Pesquisa de Campo.

O Gráfico 2 refere-se ao nível de escolaridade dos 13 alunos entrevistados, refletindo de certa maneira o trabalho que vem sendo realizado no bairro por meio do *Centro Verdine*, no sentido adotar uma dinâmica educativa e articulada ao projeto pedagógico da escola fortalecendo desse modo a melhoria do rendimento escolar, considerando os problemas existentes, apresentados pelos alunos, referentes à situação de origem familiar cujo idioma se colocava como maior problema no processo de aprendizagem. Nesse sentido, de acordo com: o indicador lilás, 15% dos alunos entrevistados encontravam-se no 8º ano, da EBI 23 de Manuel da Maia e da EBI Gaspar Correia; o indicador azul, 23% dos alunos estavam no 5º ano, da EBI 123 de Manuel Maia; o indicador verde, também aponta 23% dos alunos entrevistados do 7º ano que estudavam na EBI 123 Manuel Maia e conforme o indicador marrom, 39% dos alunos do 6º ano também vinculados a essa última escola.

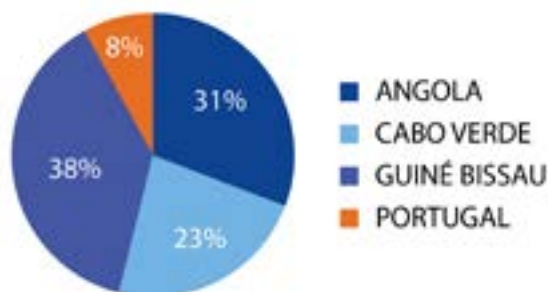


Gráfico 3 – Nacionalidade de origem dos entrevistados.

Fonte: Pesquisa de Campo.

De acordo com o Gráfico 3 fica evidenciado que o grande percentual, ou seja, 38% dos entrevistados são da Guiné Bissau, conforme indicador verde do gráfico; 31% vieram da Angola, como demonstra o indicador azul; 23% dos entrevistados apontados pelo indicador vermelho são de Cabo Verde e 8%, conforme o indicador lilás do gráfico, são de Portugal. Um dos fatores que favorece essas constantes migrações é a busca de inserção no mercado de trabalho europeu, em áreas mais próximas de Portugal.

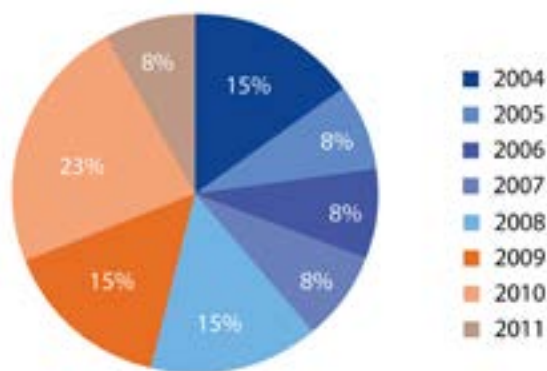


Gráfico 4 – Ano de início de participação no Centro Verdine.

Fonte: Pesquisa de Campo.

O Gráfico 4 destaca o ano de inserção dos entrevistados no Centro Verdine considerando o percentual em cores distintas, (lilás, vermelha, rosa, verde), indicando 8% em cada ano, 2005, 2006, 2007, e 2011. Nesse sentido, foram vinculados 15% a cada ano, 2004, 2008 e 2009. No ano de 2010 foram inseridos 23% das crianças e adolescentes, considerando-se um aumento expressivo de acordo com o número de entrevistados que foram 13 usuários.

São Paulo do Potengi, Rio Grande do Norte – Brasil

Ao focalizarmos o município de São Paulo do Potengi, situado no Rio Grande do Norte, na Região Nordeste brasileira, enquanto área de realização dos nossos estudos, considerando, sobretudo pela relevância de uma cidade comum que se expressa por meio das suas práticas socioeducativas desenvolvidas

pela Igreja Católica tendo como articulador maior de um movimento incomum apoiado pela Arquidiocese de Natal, Monsenhor Expedito Sobral de Medeiros que ficou reconhecido como Movimento de Natal no contexto da região Nordeste do país, entre 1950 e 1980, do século XXIX, conforme Rocha (2006).

Foi precisamente a partir de 1877, final do século XIX, quando ocorreu a chegada das primeiras famílias à região do Vale do Potengi em consequência de uma das maiores secas que aconteceu na região Nordeste. Ainda de acordo com Rocha (2006), a partir de estudos realizados, aponta que a família Urbano de Araújo foi uma das primeiras a se deslocar dos sertões do Rio Grande do Norte, mais precisamente do município de Acari, para iniciar o processo de formação que conferiu a Bento Urbano de Araújo como fundador de São Paulo do Potengi.

Assim, a cidade foi recebendo novos sertanejos vindos de um município chamado Espora, pertencente ao município de Currais Novos, no Rio Grande do Norte, que o Juremal, com características de arruado, começa a crescer por meio do comércio que gradativamente vai se expandindo. Cabe ressaltar que a decisão de se fundar o povoado surgiu a partir das orientações de Padre Cícero do Juazeiro, também considerado grande liderança religiosa em toda região do Nordeste, e nas suas sugestões apontava a ideia da construção de uma capela, durante o período de construção das primeiras casas, e que o padroeiro deveria ser São Paulo, considerando a sua bravura e virtudes. Sugeriu ainda, São Paulo do Potengi como o nome da cidade, conforme afirma Rocha (2006).

Ainda de acordo com a referida autora, a partir do Decreto-Lei nº 268, de 30 de dezembro de 1943, o povoado alcança a sua independência política, com a criação do município, tendo-se instalado oficialmente no dia 1º de janeiro de 1944,

com a posse do primeiro Prefeito Municipal, o Capitão Severino Raul Gadelha. Desse modo, compreender a estrutura político-social da época implica uma leitura voltada para os problemas que afetavam mais diretamente o Estado, pela ausência de políticas agrárias voltadas para o enfrentamento das constantes crises das secas no campo, gerando o êxodo rural, provocado pela falta de condições de trabalho e consequentemente pela precarização da moradia, educação e das condições de saúde.

Outro aspecto que não podemos deixar de destacar na cidade de Natal, capital do Estado, de acordo com as afirmativas de Rocha (2006) são os efeitos da II Guerra Mundial nos primeiros anos da década de 1940, quando em 1942, foi instalado em Natal o Serviço de Defesa Antiaérea com a criação do Campo de Parnamirim, base norte-americana que serviu de ponte de apoio para o transporte de tropas que se deslocavam para o continente africano.

Esse é um período de grande importância para o Estado do Rio Grande do Norte em particular, por se tratar de um momento em que a Arquidiocese de Natal, cria o denominado Movimento de Natal, quando a Igreja por meio da Diocese direciona suas práticas educativas, numa tentativa de responder às demandas da capital e do campo, envolvendo o poder público e as instituições locais. Iniciava-se assim, uma percepção inovadora impulsionada pela Igreja Católica com relação à Assistência Social institucionalizada. A criação da – Legião Brasileira de Assistência – LBA e da Escola de Serviço Social foi um importante avanço para o fortalecimento dessas práticas educativas desenvolvidas no meio urbano e rural.

Ao nos determos sobre uma breve análise dos resultados da pesquisa realizada no município de São Paulo do Potengi no Rio Grande do Norte, localizado na região do semiárido,

situando mais precisamente as famílias de crianças e adolescentes usuárias do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI –, foi identificado, segundo dados do IBGE (2010), que a cidade possuía uma população residente de 15.843 habitantes, com estimativa para 2014 de 17.066 habitantes. A área territorial é de 240,425 quilômetros quadrados e seu IDH-M é 0,622. De acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010 do IBGE, existe um percentual de domicílios com saneamento inadequado: 10,8% de unidades domésticas chefiadas por mulheres com filhos; 15,2% de pessoas com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até R\$ 70,00; 16,1% de pessoas com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até $\frac{1}{4}$ salário mínimo; 33,6% de pessoas com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo; 64,2% de rendimento mensal domiciliar *per capita* de R\$ 289,00, sendo que o rendimento mensal domiciliar *per capita* do 1º quartil é de R\$ 102,00.

Quanto ao Programa Bolsa Família, esse constituiu o maior programa de transferência direta de rendimento do Brasil, contemplando mais de $\frac{1}{4}$ da população brasileira (aproximadamente 50 milhões de pessoas), Brasil sem Miséria, MDS 2014. De acordo com os registros de julho de 2014 do Cadastro Único e com a folha de pagamentos de agosto de 2014 do Programa Bolsa Família, o município tem: 5.182 famílias registradas no Cadastro Único; 2.533 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Segundo a cobertura cadastral e a busca ativa de junho de 2011 a junho de 2014, o município inscreveu no Cadastro Único e incluiu no Programa Bolsa Família 129 famílias que estavam em situação de extrema pobreza. Agora, todas as famílias que entram no programa superam a miséria. Em relação à Garantia de Renda por meio do Programa Bolsa Família, em agosto de 2014, o município tinha 2.533 famílias no

Programa Bolsa Família. Isso representa 123,98% do total estimado de famílias do município com perfil de renda do programa (cobertura de 123,98%). Foram transferidos R\$ 528.621,00 às famílias beneficiárias do Programa em agosto de 2014. De junho de 2011 (início do Plano Brasil Sem Miséria) a agosto de 2014, houve aumento de 18,98 no total de famílias beneficiárias.

No município de São Paulo do Potengi, 97,71% das crianças e jovens de 6 a 17 anos do Programa Bolsa Família têm acompanhamento de frequência escolar. A média nacional é de 92,03%. O município está acima da média, mas ainda assim é importante que as secretarias de assistência social e de educação continuem trabalhando juntas para aumentar o número de famílias cujos filhos têm frequência escolar verificada. Cabe observar que, atualmente, o PETI faz parte Programa de Convivência Comunitária e Fortalecimento de Vínculos.

Diante do cenário exposto, seguem alguns dados referentes aos resultados das entrevistas realizadas com 30 crianças e adolescentes, representando, portanto, 40% dos 120 usuários do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, atendidos no turno vespertino, no município São Paulo do Potengi.

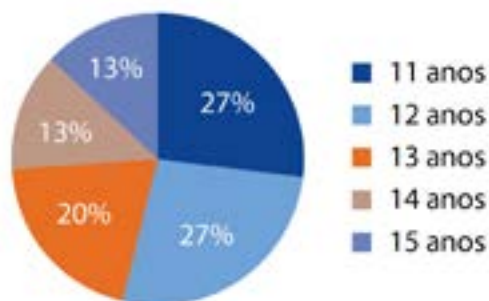


Gráfico 5 – Faixa etária das crianças e adolescentes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI de São Paulo do Potengi.
Fonte: Pesquisa de Campo.

Considerando o percentual evidenciado no Gráfico 5, com referência à faixa etária das crianças e adolescentes entrevistados, pode-se perceber de acordo com os indicadores expostos que: 27% tinham 11 anos de idade, indicador azul escuro; encontrando-se na mesma proporção de 27% os usuários com 12 anos, conforme indicador marrom; 20%, encontravam-se na faixa etária de 13 anos, indicador verde.

Em situação percentual de 13% encontravam-se os usuários entre 14 e 15 anos de idade conforme indicadores lilás e azul escuro. De acordo com as particularidades dos contextos estudados, podemos identificar certa semelhança de faixa etária das crianças e adolescentes que se encontram na rede escolar pública. Outro aspecto a considerar com relação ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, como a própria denominação o define, trata-se de um programa que tem como finalidade atender as demandas existentes no Estado que expressam a exploração do trabalho infantil tanto nas atividades rurais (relacionadas à agricultura familiar, nas

casas de farinha, nas feiras), nas atividades urbanas (nas áreas de minérios e no comércio), em atividades que além de proibidas para menores se constituem verdadeira violência às condições dessas crianças, ainda em fase de formação física e em situações de precarização socioeconômicas.

Com referência aos casos dessa natureza encontrados nos dois contextos, eram encaminhadas, no caso de São Paulo do Potengi/RN, aos Centros de Referência Especial de Assistência Social – CREAS. Enquanto em Portugal, como havia uma maior demanda da questão da violência entre crianças e adolescentes, também eram feitos encaminhamentos para o sistema de medidas socioeducativas em que essas demandas eram atendidas, ficando, portanto, distante do local onde atuávamos com as demais crianças e adolescentes, limitando os nossos contatos apenas com as famílias.

Mais precisamente em Lisboa, uma das dificuldades enfrentadas pelas crianças e adolescentes no início do ensino fundamental, deveu-se ao problema das migrações, a questão do idioma diversificado teve um peso significativo com relação ao rendimento escolar. No início verificou-se um sério problema de reprovações, pelo fato das crianças e adolescentes não terem conseguido assimilar os conteúdos desenvolvidos pelas disciplinas devido ao não domínio da língua de escolarização. Para as escolas conseguirem reduzir a problemática do insucesso escolar o Centro Verdine teve que elaborar o planejamento das suas atividades em parceria com as escolas, priorizando a questão do idioma português, objetivando contribuir para elevar o índice de aprovações dos usuários.

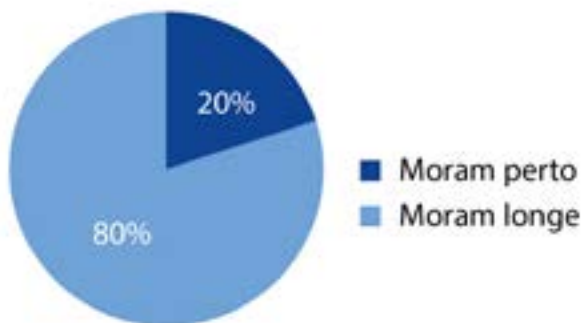


Gráfico 6 – Distância relativa entre o PETI e a residência do aluno.
Fonte: Pesquisa de Campo.

O Gráfico 6 aponta a distância do local onde eram realizadas as atividades socioassistenciais aos usuários do PETI, mostrando que 20% dos usuários residem nas proximidades do local onde as atividades eram desenvolvidas, enquanto que 80% tinham dificuldade de acesso, o que provocava insegurança no processo de deslocamento. Essa foi considerada uma das lutas mais importantes com as famílias, buscando a disponibilização do ônibus escolar para atender essa demanda que passou a ser atendida ainda no período da nossa pesquisa em São Paulo do Potengi/RN.

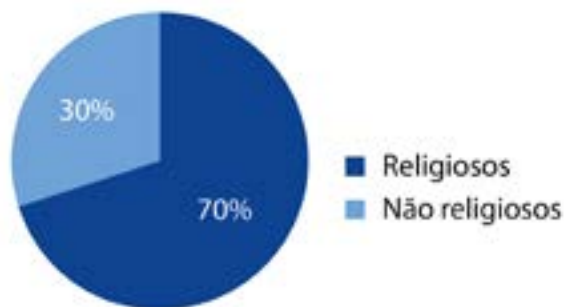


Gráfico 7 – Opção religiosa das crianças e adolescentes usuários do PETI em São Paulo do Potengi/RN.

Fonte: Pesquisa de Campo.

O Gráfico 7 mostra que 70% dos usuários entrevistados são católicos e 30% são evangélicos. É importante observar que a questão da religiosidade da população de São Paulo do Potengi tem um significado imperioso, considerando, como já citamos anteriormente, tratar-se de um município que teve todo um processo histórico de ações comunitárias, apoiadas pela Igreja Católica, por Monsenhor Expedito, pároco que durante 56 anos dedicou seu sacerdócio ao povo mais sofrido do município de São Paulo do Potengi e toda redondeza cuja preocupação central a partir dos anos 50, voltava-se para educação, por meio das Escolas Radiofônicas Rurais e para o processo de organização do Sindicalismo Rural que revelava também o início das lutas por direitos e justiça social.

Após o falecimento de Monsenhor Expedito, em 16 de janeiro de 2000, a Casa Paroquial em que residia foi transformada no Memorial Monsenhor Expedito, onde se encontra todo o acervo cultural produzido por meio da sua trajetória em 1943, bem como, documentos, fotografias e filmagens, encontrados

nos seus arquivos, considerados hoje grande referência para estudos da rede escolar e da academia da região e do país. Não se pode negar a grande influência religiosa e social que esse município vem repassando às novas gerações

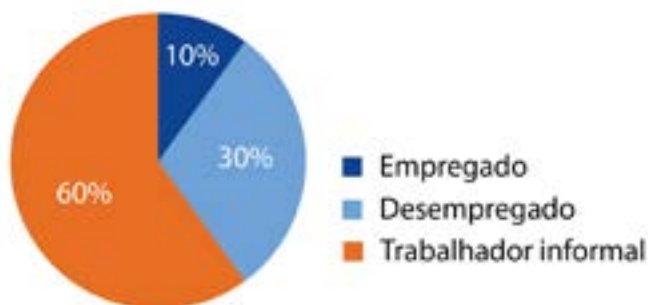


Gráfico 8 – Vínculo empregatício das famílias dos usuários do PETI em São Paulo de Potengi/RN, 2012.
Fonte: Pesquisa de Campo.

De acordo com os indicadores expostos no Gráfico 8, destacavam-se 60% das famílias em situação de trabalho informal, 30% encontravam-se desempregados e 10% estavam empregados. Esses dados revelam a condição precária e vulnerável das famílias entrevistadas.

Considerações finais

Ao considerarmos os resultados alcançados na nossa pesquisa pós-doutoral, destacamos que nos foi permitido ampliar os conhecimentos a partir de uma perspectiva de interculturalidade sobre os contextos estudados – Brasil/Portugal, buscando apreender as particularidades no âmbito da temática proposta para o estudo, ou seja, da reflexão sobre as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal. Na realidade, buscou-se nessa trajetória perceber algum paralelismo entre Brasil e Portugal destacando aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais nos contextos estudados, permitindo assimilar diante da sua complexidade particularidades expressadas nas nossas reflexões das condicionalidades e particularidades em nível dos contextos Brasil e Portugal.

Compreender, portanto, o complexo conjunto das atuais mudanças sociais e econômicas, tendo como referência às formas de organização da vida estatal, mais precisamente, no que concerne os processos e mercados de trabalho, a difusão do desemprego, as alterações das estruturas do Estado, as modalidades de intervenção política das classes subalternas e, por último, o entendimento da natureza da crise contemporânea e seus desdobramentos produtivos, revela-se um desafio. De acordo com Braga (1996, p. 119), é preciso perceber esse debate partindo fundamentalmente da desconstrução do nexos crise-estruturação a partir dos seus determinantes reducionistas, numa perspectiva de “integrá-lo em uma unidade que expresse a autenticidade analítica das lutas de classe reconstituindo a autonomia da filosofia da práxis e suas categorias críticas”.

Na realidade, foram muitos os debates realizados destacando-se as autoridades públicas e outros atores sociais, bem como, os usuários, além de outros fatores que se colocam como verdadeiros desafios para os serviços sociais e políticas públicas na União Europeia, como a migração interna e internacional, os constrangimentos financeiros, a competição, a cooperação, a criação de emprego, o desemprego, a pobreza, dentre outros. É importante considerarmos as muitas dificuldades vivenciadas ainda hoje por milhares de famílias, crianças e adolescentes que vivem em situação de risco, de enfrentamento da pobreza, de vulnerabilidade e as condições de vida e de trabalho precárias, conforme experiências vivenciadas ao nível dos dois contextos estudados, Brasil/Portugal.

O combate à pobreza familiar e infantil exige políticas redistributivas e sociais, reformas estruturais, a promoção da educação, da igualdade de oportunidades e da cidadania, bem como condições sociais e culturais inclusivas nos vários domínios de intervenção.

Referências

- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BAGANHA, Maria, Marques João Carlos. **Imigração e Política:** o caso Português. Lisboa: FLAD, 2001.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2008.
- BRAGA, Ruy. **A restauração do capital:** um estudo da crise contemporânea. São Paulo: Xamã, 1996.
- BRASIL. IBGE. **Pesquisa Agrícola Municipal de São Paulo do Potengi/RN.** [S.l: s.n], 2011.
- CAPUCHA, Luis. Qualificar as pessoas, abrir as sociedades: prioridades para a erradicação da pobreza. **Sociedade e Trabalho**, Lisboa: GEP-MTSS, v. 41, p. 41-58, 2010.
- CASTEL, Robert. **Les métamorphoses de la question sociale.** Paris: Fayard, 1995.
- DEMO, Pedro. **Pobreza Política.** Campinas: Autores Associados, 2001.
- FONSECA, Maria Lucinda et al. **Immigrants in Lisbon – Routes of Integration.** Lisboa, EPRU, CEG, n. 56, 2002.

GAUDIER, Mayse. **Pauvrtés, inegalités, exclusions**: renouveau des approches theoriques et des pratiques sociaux. Genève: Institut International d Études, 1993. (Série Bibliografique, n. 17)

HABERMAS, Jürgen. **The theory communicative action**: the critique of functionalist reason. London: Polity Press, 1992.

HABERMAS, Jürgen. **The theory of communicative action**: reason and the rationalization of society. London: Polity Press, 1991. v. II.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KATZ, Michael B. **The undeserving poor**: from the war on poverty to the war on welfare. New York: Pantheon Books, 1989.

KURZ, Robert. **O Colapso da Modernização**: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

MARX, Karl. **A ideologia alemã**. São Paulo: Grijalbo, 1977.
MÉDA, Dominique. **Società senza lavoro**: per una nuova filosofia dell' occupazione. Milão: Feltrinelli, 1997.

MUNIZ, Egli. **Os serviços de proteção social**: um estudo comparado entre Brasil e Portugal. São Paulo: Cortez, 2005.

OECD. The Labour Market Effects of Social Protection Systems in Emerging Economies. **OECD Employment Outlook 2011**, OECD, p. 85-151, 2011.

OFFE, Claus. Trabalho e Sociedade. Problemas estruturais e Perspectivas para o Futuro da “Sociedade do Trabalho”. **A Crise**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1989. v. I.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Global Employment Trends for Women**. Genebra: OIT, 2004.

RAMOS, Natália. Saúde, Desenvolvimento e Direitos humanos. **Interface**, v. 3, n. 1, p. 13-31, 2007.

RAMOS, Natália. (Org.). **Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas Teóricas e Práticas**. João Pessoa: EDUEPB, 2008b.

RAMOS, Natália. A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural comparativa. In: COVA, Anne; RAMOS, Natália; JOAQUIM, Teresa (Org.). **Desafios da comparação: família, Mulheres e Género em Portugal e no Brasil**. Oeiras: Celta, 2004. p. 149-190.

RAMOS, Natália. A saúde da criança em contexto de pobreza e de exclusão – Novos desafios de políticas de inclusão. **Revista Diálogo Educacional**, PUCPR, v. 6, n. 17, p. 65-83, 2006.

RAMOS, Natália. Contextos e problemáticas na infância. Da prevenção à saúde e ao desenvolvimento. **Desafios Sociais**. Natal, v. 2, n. 2, p. 24-46, 2002.

RAMOS, Natália. Cultura e Desenvolvimento – Da Saúde aos Direitos Humanos. In: RUBIM, Albino; RAMOS, Natália (Org.). **Estudos da Cultura no Brasil e em Portugal**. Salvador: EDUFBA, 2008a.

RAMOS, Natália. Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão – Do desenvolvimento à saúde e à educação. **Psycologica**, v. 38, p. 241-263, 2005.

RAMOS, Natália. Sociedades Multiculturais, Pedagogia Intercultural e Educação dos Migrantes e Minorias – Paradigmas e Desafios. In: BRUTTEN Helen; PAIVA, Marlúcia (Org.). **Epistemologia das Ciências da Educação**. Natal: EDUFRN, 2009. p. 133-158.

RIFKIN, Jeremy. **O fim dos empregos**. São Paulo: Makron Books, 1995.

ROCHA, Marcia Maria Sá. Políticas Sociais de enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes do PETI/Natal, Brasil. In: RAMOS, Natália et al. (Org.). **Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI: olhares Interdisciplinares**. Natal: IPP, ESEP, 2012.

ROCHA, Marcia Maria Sá. **Relatório Final do Estágio Pós-Doutoral. Universidade Aberta de Lisboa/CEMRI – Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais**. Natal: UFRN, 2012.

ROCHA, Marcia Maria Sá. **São Paulo do Potengi: uma cidade, seu pároco e suas práticas educativas**. 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Educação. Natal, RN, 2006.

SANCHES, Andreia. **Depois da “guerra” o bairro ganhou vida nova.** A crise pode estragar tudo. 2014. Disponível em: <<http://www.publico.pt/portugal/jornal/depois-da-guerra-o-bairro-ganhou-vida-nova-a-crise-pode-estragar-tudo-28051537>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

Previdência Social, o Setor Público, suas mudanças e desafios¹

Evilazio Xavier Cruz Junior²

Donália Cândida Nobre³

Introdução

A Previdência Social é um tema que vem recebendo destaque em diversas áreas de estudo, gerando debates e produzindo tanto avanços quanto desafios, no que se refere a sua compreensão dentro do contexto brasileiro. Vamos buscar atenção e sistematizar estudos para a área da Previdência Social no Brasil, destacando a previdência dos servidores públicos federais, considerando o seu processo de criação - principalmente a aposentadoria, as diversas alterações ou reformas que passou ao longo dos anos, procurando contextualizar com as mudanças sociais, econômicas e políticas do país.

Nesse contexto, consideramos que a aposentadoria desde a sua criação está relacionada ao envelhecimento e a garantia

¹ A origem do artigo se deu com a apresentação de uma palestra no I Seminário Internacional Seguridad Social, Interculturalidade(s) e Desigualdades Sociais: Refletindo os desafios da contemporaneidade sobre Previdência Social, o Setor Público, suas mudanças e desafios, organizado pelo Departamento de Serviço Social/CCSA/UFRN, no período: de 30 e 31 de agosto de 2012, realizado em Natal-RN.

² Especialista em Auditoria Governamental. Técnico administrativo da Diretoria de Administração de Pessoal da UFRN. Instrutor do Programa de Multiplicadores em Gestão de Pessoas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. E-mail: evilazio@ufrnet.br

³ Assistente Social, especialista em intervenção familiar sistêmica, assistente social da coordenadoria de apoio psicossocial ao servidor da UFRN. E-mail: donalia@prh.ufrn.br

de uma renda que proporcione condições de viver em sociedade, após perda da capacidade laboral. No entanto, é um direito universal do trabalhador, historicamente construída e conquistada após anos de trabalho.

Nesse sentido, Virginia Fontes (2010, p. 56), reafirma a aposentadoria como um direito adquirido pelo trabalhador, sendo esse um momento em que o “trabalhador pode cessar a venda de sua força de trabalho ao capital; fazendo jus a uma renda para a qual contribuiu ao longo da sua vida como trabalhador”. No decorrer do trabalho vamos abordar a presença constante do capitalismo no Estado brasileiro, em plena expansão nas últimas décadas, especialmente a partir da orientação política e ideológica neoliberal.

Contexto histórico da Previdência Social no Brasil

Historicamente no Brasil, as primeiras manifestações de seguridade surgiram com a iniciativa privada, seguindo-se de uma intervenção crescente do Estado. Com a primeira constituição, em 1824, foi preconizado à criação dos socorros públicos, e apenas em 1835 foi criado o Montepio Geral dos Servidores do Estado. Ainda no Século XIX surgiram os socorros mútuos e as políticas sem Estado voltadas para minimizar os efeitos do já perverso capitalismo, que segundo Araújo (2008, p. 28) “as associações de socorros mútuos ganharam força, desde então, foram consideradas aptas para a reabilitação moral das classes trabalhadoras, desenvolvendo nelas o sentimento de previdência”. Mas é nas primeiras décadas do Século XX, com a ampliação econômica, a criação das primeiras indústrias e

a organização dos trabalhadores, provocando o agravamento da questão social, que o governo passou a responder algumas reivindicações da classe trabalhadora a fim de amortizar os movimentos dos trabalhadores.

Assim, após inúmeras reivindicações da classe trabalhadora, foi criado o primeiro marco de institucionalização da Previdência, por meio do “sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões sob a égide do Estado, durante o governo de Getúlio Vargas – Lei Eloy Chaves, Dec. Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923” (ARAÚJO, 2008, p. 28), que era financiada por empregadores e empregados. Foi essa lei que garantia a aposentadoria dos ferroviários e assegurava a inatividade desses funcionários. Ainda segundo a autora, deu-se nos anos seguintes a criação de diversas Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs para categorias distintas de trabalhadores. Surge então a aposentadoria, seguindo o exemplo de outros países, em resposta aos problemas sociais que se apresentavam à época e vinculavam-se às questões relacionadas ao envelhecimento do trabalhador que por meio dos movimentos operários lutavam por melhores condições de vida e trabalho.

No decorrer da década de 30, com o fortalecimento do sindicalismo e da classe média urbana, o governo efetiva avanços na legislação trabalhista e previdenciária, como resposta às reivindicações que questionavam a estrutura da sociedade capitalista e a exploração dos trabalhadores (ARAÚJO, 2008, p. 41), institucionalizando os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. O Estado assume a gestão das instituições separadamente por categoria profissional, trazendo nos textos das constituições de 1934 e 1937 alguns indícios de proteção à velhice, estabelecendo o seguro de velhice para o trabalhador, sob a forma de direitos trabalhistas e de Previdência Social.

Com relação aos servidores públicos, na década de 40, foram introduzidas modificações legais e institucionais com o Decreto-Lei nº 2.865, de 12 de dezembro de 1940, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado – IPASE. (Araújo, 2008, p. 43). Desde então, como se refere Haddad (1993, p. 18) “velhice e aposentadoria passaram a estar associadas. O direito à aposentadoria – que inclui a velhice subsidiada e o direito de descanso no fim da vida – tornou-se uma extensão do direito universal do trabalho”.

A partir de 1945, com o fim do Estado Novo, inicia-se no Brasil uma fase democrática que dura até o golpe militar de 1964. Nesse período, influenciado pelo período do pós-guerra, pelo Relatório de Beveridge (1942) — cujos pressupostos alteram o conceito de cidadania — e, principalmente, pelo aumento da demanda previdenciária e da participação política dos trabalhadores, houve uma nova mudança no modelo previdenciário.

Em 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), foram uniformizadas as contribuições e os planos de previdência com extensão aos empregadores e autônomos em geral, o que veio a se consolidar em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando a estrutura dos IAPs. Inicia-se a discussão sobre o papel da política de previdência social, com proposta de mudança do modelo de seguro social para o modelo de seguridade, caracterizado pela universalização dos direitos e ampliação da cidadania. Na segunda metade dessa década, inicia-se uma importante transição demográfica, caracterizada pela queda das taxas de mortalidade e fecundidade.

Permeando esse contexto, a população cresce preparando-se para o trabalho e necessita dele para garantir a sua

sustentabilidade e de sua família, pois a única mercadoria que lhe pertence é a força de trabalho que é vendida ao capitalista em troca do salário. As determinações do capital, as necessidades humanas, associadas a esse desenvolvimento sócio-histórico constituem um processo permanente de luta por direitos. Na citação a seguir, a autora ratifica o entendimento sobre aposentadoria, como uma conquista do trabalhador em exercer o seu direito à cessação das suas atividades laborais e passar a usufruir do benefício da aposentadoria como um direito efetivamente conquistado. Assim vejamos:

A aposentadoria, que é um direito e não uma imposição, nada mais é do que o momento em que o trabalhador pode cessar a venda de sua força de trabalho. Nada impede, pois, o uso de sua capacidade de trabalho, mas ela significa que o aposentado não está mais obrigatoriamente impelido à sua venda. Em outros termos, ele pode se liberar do constrangimento da subordinação imediata e direta ao capital. Se o fizer, deixa de ser um concorrente no mercado de trabalho; passa a fazer jus a uma parcela da renda nacional, para a qual, em geral, contribuiu ao longo da vida, salvo raras exceções (FONTES, 2010, p. 56).

Nesse sentido, Fontes (2010) consolida a aposentadoria como um direito adquirido pelo trabalhador, desde que cumpridos todos os requisitos exigidos para a solicitação e, consequentemente, ter a efetivação do ato de aposentação a que tem direito, visto que contribuiu ao longo da sua carreira profissional.

Em 1974, com a ampliação do universo de pessoas que passavam a receber benefícios do sistema, decorrência natural

do envelhecimento gradativo da população⁴, ocorreram as primeiras preocupações das consequências fiscais, somadas ao avanço do conceito de seguridade social (saúde, assistência e previdência), criando-se, então, o Ministério de Previdência e Assistência Social. Assim, a criação desse ministério foi um novo marco na evolução da previdência social brasileira. Em meados dos anos 70 com a crise mundial, consequência do esgotamento do modelo de industrialização, essa crise desencadeia o final do “milagre brasileiro”, fruto da perda do dinamismo da economia. Desse modo, a situação recessiva vai refletir nas finanças previdenciárias, dando início à crise financeira de 1980, caracterizada pela desaceleração das receitas em um momento político de transição à democracia.

Esse processo intensifica-se na década de 1980, ganha corpo a mobilização da sociedade civil, resultante da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos. É importante destacar a participação deste ator político – aposentados organizados na Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas a partir de 1985 – já que esse foi um fenômeno novo e de grande importância nas negociações travadas no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte, em defesa do valor dos benefícios e do controle social na Previdência.

⁴ A constatação da questão do envelhecimento no Brasil é de extrema relevância, pois existe a estimativa do IBGE, que em 2020 o número de indivíduos com idade acima de 60 anos poderá chegar a 32 milhões em nosso país. Fato esse que segundo a Organização Mundial de Saúde até 2025, o Brasil será a sexta maior população mundial de idosos. Essas projeções do percentual de idosos colocam a sociedade brasileira diante de um enorme desafio: o de proporcionar garantias efetivas para essa população.

Estrutura do Sistema Previdenciário Brasileiro

Entender o conceito de Previdência Social suas características e abrangência se fazem necessário, pois facilita assim, a compreensão do processo da sua criação e as reformas na área. A Constituição de 1988 no seu art. 194 traz:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Portanto, introduziu o conceito de seguridade social, incluindo na sua estrutura as políticas de saúde, assistência e previdência social e atribuiu-lhe um orçamento específico, o da seguridade social, distinto do orçamento fiscal.

A articulação necessária entre as políticas que compõem a seguridade social, e formar uma rede consistente na saúde, assistência e previdência social até hoje não se efetivaram. Segundo Boschetti (2003, p. 73),

Apesar de tais indicações, não parecem ter sido estes os princípios que sustentaram a implementação das políticas que compõem a seguridade social, e muito menos a reforma ocorrida recentemente no âmbito da previdência social.

Para explicar, a autora defende que:

a seguridade social brasileira, tal como a Constituição a instituiu, ficou entre o seguro e a assistência, já que a lógica do seguro que sustenta a previdência brasileira desde sua origem não só não foi suprimida, como foi até mesmo reforçada em

alguns aspectos. Os benefícios previdenciários tiveram sua lógica atuarial revigorada, sobretudo com a reforma previdenciária implementada em 1998, por meio da emenda constitucional nº 20, e os benefícios com natureza assistencial mais demarcada, como auxílio natalidade e funeral, foram transferidos para a assistência social (BOSCHETTI, 2003, p. 74).

Nesse aspecto, deve-se distinguir claramente os conceitos de previdência social e assistência social. A previdência social está relacionada a um seguro de contribuição mútua para que haja o recebimento pelo segurado no futuro, ou seja, destina-se a pagamentos dos segurados e seus dependentes quando da perda da capacidade laboral do trabalhador, havendo a compulsoriedade da contribuição. Já o que não tem contribuição de forma expressa é considerado a assistência social, ou seja, os benefícios assistenciais são desvinculados de qualquer tipo de contribuição, sendo destinados a atender idosos e deficientes, cuja necessidade deve estar associada à incapacidade para trabalhar.

Nesse sentido, a constituição de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, classificada como um dos avanços na conquista dos direitos, sejam eles individuais ou coletivos, sociais ou políticos, é na questão previdenciária um marco, pois essa constituição prevê regimes previdenciários distintos.

A estrutura do Sistema Previdenciário Brasileiro se apresenta da seguinte forma:

Regime Geral de Previdência Social (RGPS) – Artigo 201 da Constituição Federal	É administrado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e tem como seus segurados, os contribuintes que trabalham no setor privado e os funcionários públicos celetistas. É obrigatório, nacional e público. De acordo com artigo 2º da Portaria Interministerial MPS/MF nº 15, de 10 de janeiro de 2013 o teto previdenciário atual de R\$ 4.159,00. Esse regime admite fundo de previdência complementar e é de repartição simples, ou seja, funciona em regime de caixa, fazendo com que suas contribuições sejam utilizadas para o pagamento de benefícios dos já aposentados.
Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) – Artigo 40 da Constituição Federal	Os servidores públicos titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (artigo 149, § 1º da Constituição Federal/1988, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 41/2003) tem direito a esse regime, bem como os militares federais (artigo 142 da Constituição Federal/1988 e posteriores alterações). Esse regime adota tanto o regime de repartição simples quanto o regime de capitalização, onde as contribuições dos segurados são capitalizadas em contas individualizadas ou coletivas para a formação de uma reserva que na ocasião da aposentadoria será transformada em benefício.
Regime de Previdência Privada (RPP) – Artigo 202 da Constituição Federal	Tem caráter complementar e é facultativo. É administrado por fundos de pensão abertos ou fechados. E adota o regime de capitalização. A previdência privada fechada é fiscalizada pelo Ministério da Previdência Social, enquanto que a aberta é regulada e fiscalizada pelo Ministério da Fazenda.

Mudanças na previdência social brasileira e do servidor público federal

As reformas da previdência no serviço público apresentaram profundas alterações, que foram iniciadas a partir da Emenda Constitucional nº 20 de 15/12/1998, e que trouxe as seguintes modificações:

- o regime de previdência passa a ter caráter contributivo, é necessário que o servidor comprove tempo de contribuição ao regime;
- fim da aposentadoria especial para o professor universitário (tempo de serviço = 30 anos para homens e 25 anos para mulheres);
- extinção da aposentadoria proporcional por tempo de serviço;
- exigência de idade mínima (53 anos para homens e 48 anos para mulheres), tempo mínimo no serviço público (10 anos) e no cargo efetivo (5 anos) para a aposentadoria;
- instituição da isenção da contribuição previdenciária.

É criada uma regra de transição (artigo 8º da Emenda Constitucional 20/98) para os servidores que até 15 de dezembro de 1998 não tinham os seus direitos assegurados à aposentadoria (Regra do direito adquirido – artigo 3º da Emenda Constitucional 20/98). Os requisitos exigidos para aposentadoria com fundamento na regra de transição acima citada, são os seguintes:

Aposentadoria Integral Fundamento Legal: Art. 8º, incisos I, II e III alíneas a e b da EC 20/98.	Homem - 53 (idade) e 35 anos (tempo de contribuição) Mulher - 48 (idade) e 30 anos (tempo de contribuição) 5 anos no cargo efetivo Pedágio: 20% Cálculo dos proventos = REMUNERAÇÃO DO CARGO PARIDADE*.
Aposentadoria Proporcional Fundamento Legal: Art. 8º, § 1º da EC 20/98.	Homem - 53 (idade) e 30 anos (tempo de contribuição) Mulher - 48 (idade) e 25 anos (tempo de contribuição) 5 anos no cargo efetivo Pedágio: 40% Cálculo dos proventos: 70% acrescido de 5% por ano de contribuição superior ao Tempo de contribuição + pedágio PARIDADE
Regra Especial para Professor - Integral Fundamento Legal: Art. 8º, § 4º da EC 20/98	Homem - 53 (idade) e 35 anos (tempo de contribuição) Mulher - 48 (idade) e 30 anos (tempo de contribuição) 5 anos no cargo efetivo Bônus: Homem - 17% Mulher - 20% Pedágio: 20% Cálculo dos proventos = REMUNERAÇÃO DO CARGO PARIDADE Vigente de 16/12/98 a 31/12/03
* Direito que o aposentado tem de receber reajustes, enquadramentos, reclassificações, abonos, gratificações que forem concedidos aos servidores em atividade.	

Ao final do processo de discussão a Emenda Constitucional Nº. 41 de dezembro de 2003, o Governo buscou complementar as reformas iniciadas em governos anteriores, que foram direcionadas basicamente ao regime previsto no artigo 40 da Constituição Federal (regime próprio dos servidores públicos), trazendo as alterações a seguir descritas:

- as pensões por morte corresponderão à totalidade dos proventos ou remuneração do servidor falecido até o limite do teto do RGPS acrescida de 70% do valor excedente a esse limite (§ 7º do artigo 40);
- instituição da contribuição previdenciária para os atuais e futuros servidores aposentados e os pensionistas, ou seja, o regime de previdência passa a ter caráter solidário;
- fim da isenção da contribuição previdenciária e instituição do abono de permanência como incentivo à permanência em atividade, nesse caso até a aposentadoria compulsória.

São criadas as regras de transição dos artigos 2º e 6º da Emenda Constitucional 41/03, sendo respeitado o direito do servidor que até 31 de dezembro de 2003 tinha completado todos os requisitos para as regras de aposentadoria anteriormente estabelecidas (artigo 3º da Emenda Constitucional 41/03).

Regra de transição Art. 2º da Emenda Constitucional 41/03, vigente a partir de 20/02/04	Homem – 53 (idade) e 35 anos (tempo de contribuição) Mulher – 48 (idade) e 30 anos (tempo de contribuição) 5 anos no cargo efetivo Pedágio: 20% Cálculo dos proventos: média salarial a partir de julho/1994 (Lei 10887/2004), mantidos os direitos à última remuneração até 19/02/04. Aplica-se o redutor de 3.5% (até 31/12/2005) e 5% (após 01/01/2006). SEM PARIDADE Ter ingressado no serviço público até 16/12/1998.

Regra de Transição Especial Professor Art. 2º § 4º da Emenda Constitucional 41/03, vigente a partir de 20/02/04.	Homem – 53 (idade) e 35 anos (tempo de contribuição) Mulher – 48 (idade) e 30 anos (tempo de contribuição) 5 anos no cargo efetivo Bônus: Homem – 17% Mulher – 20% Pedágio: 20% Cálculo dos proventos: média salarial a partir de julho/1994 (Lei 10887/2004), mantidos os direitos à última remuneração até 19/02/04. Aplica-se o redutor de 3.5% (até 31/12/2005) e 5% (após 01/01/2006). SEM PARIDADE Ter ingressado no serviço público até 16/12/1998.
Regra de Transição Art. 6º da Emenda Constitucional 41/03, vigente a partir de 31/12/03.	Homem – 60 (idade)* e 35 anos (tempo de contribuição)* Mulher – 55 (idade)* e 30 anos (tempo de contribuição)* 20 anos no serviço público 10 anos na carreira 5 anos no cargo efetivo Cálculo dos proventos = REMUNERAÇÃO DO CARGO PARIDADE Ter ingressado no serviço público até 31/12/2003.
*O docente que comprove tempo exclusivo em função de Magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio será aplicado o redutor conforme § 5º do art. 40 da CF/88.	

Aos servidores que ingressaram no serviço público a partir de 01 de janeiro de 2004 será aplicada a Regra Geral (artigo 40, § 1º, III, “a” da Constituição Federal, com redação da Emenda Constitucional 41/03), com vigência a partir de 20 de fevereiro de 2004, data em que foi publicada a medida provisória 167 regulamentada pela Lei 10887/2004, que define a nova forma de cálculo pela média dos salários de contribuição.

São requisitos para a regra geral, os a seguir discriminados:

Regra Geral Artigo 40, § 1º, III, “a” da Constituição Federal/88, com redação da Emenda Constitucional 41/03, vigente a partir de 20/02/04.	<u>Homem</u> – 60 (idade)* e 35 anos (tempo de contribuição)* <u>Mulher</u> – 55 (idade)* e 30 anos (tempo de contribuição)* 10 anos no serviço público 5 anos no cargo efetivo Cálculo dos proventos: média salarial a partir de julho/1994 (Lei 10887/2004), <u>mantidos os direitos à última remuneração até 19/02/04.</u> SEM PARIDADE Ingresso no serviço público a partir de 31/12/2003.
*O docente que comprove tempo exclusivo em função de Magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio será aplicado o redutor conforme § 5º do art. 40 da CF/88.	

Seguindo a mesma forma de cálculo para os proventos de aposentadoria prevista na Lei 10.887/2004, temos as aposentadorias: por idade (65 anos para homens e 60 anos para mulheres) e compulsória (70 anos), ambas proporcionais ao tempo de contribuição e sem paridade.

Por Idade Artigo 40, § 1º, III, “b” da Constituição Federal com redação da Emenda Constitucional 41/03, vigente a partir de 20/02/04.	<u>Homem</u> – 65 (idade) <u>Mulher</u> – 60 (idade) 10 anos no serviço público 5 anos no cargo efetivo Proventos proporcionais ao tempo de contribuição Cálculo dos proventos: média salarial a partir de julho/1994 (Lei 10887/2004), <u>mantidos os direitos à última remuneração até 19/02/04.</u> SEM PARIDADE

Compulsória Artigo 40, § 1º, inciso II da Constituição Federal/88, redação da Emenda Constitucional 41/03, vigente a partir de 20/02/04.	70 anos de idade Proventos proporcionais ao tempo de contribuição Cálculo dos proventos: média salarial a partir de julho/1994 (Lei 10887/2004), <u>mantidos os direitos à última remuneração até 19/02/04.</u> VIGÊNCIA: dia imediato àquele em que atingir 70 anos SEM PARIDADE.

Algumas questões como paridade total e aumento do teto de isenção de contribuição previdenciária para servidores portadores de doenças incapacitantes⁵ foram direitos resgatados com a Emenda Constitucional nº 47 de 05/07/2005, que cria, também, uma nova regra de transição prevista no artigo 3º da referida Emenda, possibilitando ao servidor que completou o tempo de contribuição antes da idade limite (60 anos para homens e 55 anos para mulheres) sair antecipadamente, tendo em vista que para cada ano trabalhado além do tempo de contribuição previsto (35 anos para homens e 30 anos para mulheres) será reduzido um ano na idade limite.

⁵ As doenças incapacitantes estão previstas no § 1º do artigo 186 da Lei 8112/1990.

São requisitos para essa regra de aposentadoria:

Regra de transição Artigo 3º da Emenda Constitucional 47/05	<u>Homem</u> – 35 anos (Tempo de Contribuição)
	<u>Mulher</u> – 30 anos (Tempo de Contribuição)
	25 anos no serviço público
	15 anos na carreira
	5 anos no cargo efetivo
	Idade mínima – reduz um ano de idade do limite (H – 60 anos e M – 55 anos) a cada ano de contribuição que exceda ao tempo de contribuição
	Cálculo dos Proventos = REMUNERAÇÃO DO CARGO PARIDADE Ter ingressado no serviço público até 16/12/1998

A previdência social do servidor público, mesmo diante das reivindicações dos servidores que tinham seus proventos de aposentadoria, por invalidez, reduzidos não sofreu mudanças significativas até a promulgação da Emenda Constitucional nº 70 de 29 de março de 2012. Essa Emenda cria uma nova regra de transição (artigo 6º-A) e devolve a paridade e revisa as aposentadorias por invalidez, concedidas a partir de 01 de janeiro de 2004 (média salarial calculada de acordo com a Lei nº 10.887/2004) e, também, poderá ser aplicada aos servidores que tenham ingressado no serviço público até 31 de dezembro de 2003 e que sejam acometidos por doenças incapacitantes.

Portanto, a partir da Emenda Constitucional citada no parágrafo acima, o ingresso no serviço público torna-se um marco temporal importante para aplicação correta da regra de aposentadoria por invalidez garantida nessa Emenda. Assim, é necessário observar a forma de cálculo dos proventos inerentes a cada regra, conforme descrito no quadro a seguir:

Para servidores que ingressaram no serviço público até 31/12/2003. Fundamento Legal: Art. 40, § 1º, inciso I da CF/88, redação da EC 41/03, alterada pela EC 70/12 (DOU de 30/03/2012)	Proventos integrais para doenças graves e especificadas em lei (art. 186 § 1º da Lei 8112/90) e proporcionais ao tempo de contribuição, nos demais casos, <u>calculados de acordo com a última remuneração do cargo efetivo*</u>. PARIDADE As pensões derivadas dos proventos dos servidores aposentados por esta regra, também terão paridade. (Art. 1º da EC 70/12).
Para servidores que ingressaram no serviço público a partir de 01/01/2004. Fundamento Legal: Art. 40, § 1º, inciso I da CF/88, com redação dada pela EC nº. 41/03 (vigência a partir de 20/02/2004 para os cálculos pela média – MP 167/04)	Proventos integrais (média salarial) <u>calculados de acordo com a Lei 10887/04</u>, para doenças graves e especificadas em lei (§ 1º) e proporcionais (média) nos demais casos. SEM PARIDADE

Outra modificação importante, que atinge os servidores que ingressarem no serviço público a partir de 03 de maio de 2012, foi à instituição a Lei 12.618/2012 instituiu o regime de previdência complementar para o servidor público federal, conforme o artigo abaixo descrito.

É instituído, nos termos desta Lei, o regime de previdência complementar a que se referem os §§ 14, 15 e 16 do art. 40 da Constituição Federal para os servidores públicos titulares de cargo efetivo da União, suas autarquias e fundações, inclusive para os membros do Poder Judiciário, do Ministério Público da União e do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2012, documento online sem paginação).

Com a aprovação do regulamento do plano e o convênio de Adesão da União à Fundação de Previdência Complementar

do Servidor Público Federal – Funpresp –, pela publicação da Portaria 44/2013 em DOU de 04/02/2013, ficou instituída a Previdência Complementar dos Servidores Públicos da União. Os servidores que ingressarem no serviço público federal, a partir da publicação dessa portaria, poderão aderir ao regime de previdência complementar.

Conclusão

A linha do tempo que vai desde a criação da Previdência Social até os dias atuais, nos permite fazer uma série de deduções, que vão variando de acordo com o contexto brasileiro, com o cenário político e com a dinâmica da trajetória da legislação da Previdência Social e, em especial, aquela direcionada aos servidores públicos federais.

No atual contexto mundial da nova lógica do capital financeiro, diversos países nos últimos anos vêm reformando seus sistemas de previdência com o aumento da cobertura previdenciária. No Brasil, as últimas reformas, além de refletirem as tendências e o debate mundial, foram relevantes e necessárias, mas não suficientes.

Não restam dúvidas que o processo de reforma da previdência não está esgotado, seja em relação às questões de sua sustentabilidade financeira, seja em relação às diversas necessidades como: as transformações no mercado de trabalho, a situação de envelhecimento da população e as novas articulações com o mercado de seguros dentre outras.

O que me parece possível é o processo democrático das futuras reformas, adotando um modelo de “democracia pactuada”, para explicar a flexibilidade do governo aos interesses

representados nas diferentes arenas políticas. Essa possível participação da sociedade civil deve funcionar como espaços de discussão transparente, nos quais ampliam os caminhos possíveis para reflexões futuras sobre esse tema em constante renovação no Brasil e no mundo. Cabe então aos servidores públicos se organizarem e retomarem a articulação por meio dos sindicatos e/ou movimentos sociais identificando desafios e lutando por uma Seguridade Social universal, justa e com equidade.

Referências

ARAÚJO, Odília S. **As últimas reformas da previdência social no Brasil e em Portugal**. Natal, RN: EDUFRN, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicol. Soc.**, v. 15, n. 1, p. 57-96, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000100005>>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2005.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc41.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005. Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre

a previdência social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 70, de 29 de março de 2012. Acrescenta art. 6º-A à Emenda Constitucional nº 41, de 2003, para estabelecer critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores públicos que ingressaram no serviço público até a data da publicação daquela Emenda Constitucional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 mar. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc70.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004. Dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional no 41, de 19 de dezembro de 2003, altera dispositivos das Leis nos 9.717, de 27 de novembro de 1998, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 jun. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.887.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012. Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona; fixa o limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões pelo regime de previdência de que trata o art. 40 da Constituição Federal; autoriza a criação

de 3 (três) entidades fechadas de previdência complementar, denominadas Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe), Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Legislativo (Funpresp-Leg) e Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Judiciário (Funpresp-Jud); altera dispositivos da Lei no 10.887, de 18 de junho de 2004; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 maio 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12618.htm>. Acesso em: 24 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 abr. 1991.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **O direito à velhice: os aposentados e a Previdência Social**. São Paulo: Cortez, 1993. (Coleção Questões da Nossa Época, 10).

Os (neo)moradores dos hospitais públicos: um estudo sobre o acesso à rede de proteção social no município de Natal

Isabelli Gomes Vieira¹

Maria Dalva Horácio da Costa²

Introdução

Este artigo problematiza a questão do acesso à rede de proteção social por usuários do Sistema Único de Saúde – SUS –, na faixa etária de 19 a 59 anos, que necessitam permanecer internados nos hospitais públicos do município de Natal (RN) mesmo após a alta clínica. Qualificamos como (neo)moradores àqueles que permanecem internados nos hospitais públicos mais de trinta dias pós-alta clínica (médica) por não ter para onde ir pós-alta hospitalar. Partimos da premissa de que essa é a realidade dos hospitais públicos em todo o território nacional e de que a prolongada permanência dos usuários internados nos hospitais públicos, após a alta clínica, envolve múltiplas expressões da questão social, tais como não ter acesso à habitação, alimentação e outras condições básicas de vida na sociedade e em família.

¹ Assistente Social, graduada pela Universidade Federal de Rio Grande do Norte. Ano de conclusão: 2014.1.

² Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós Doutorado em Políticas Públicas e Gestão Democrática / Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: dalvahoracio.natal@gmail.com

Partimos da compreensão de que essa situação contraria a lógica da política de saúde baseada na concepção ampliada, segundo a qual o tempo de hospitalização deve ser apenas o necessário para o caso, inclusive considerando que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais. Assim, cada vez mais tem se convencido que o tempo de internamento em ambiente hospitalar deve ser reduzido ao tempo estritamente necessário e assegurar outras formas de continuidade do tratamento ambulatorial e/ou em domicílio. Portanto, a longa permanência existente na atualidade, apresenta particularidades que a diferencia da situação vivenciada em outros momentos da história da saúde pública no Brasil em que longo tempo de internamento fazia parte da terapêutica adotada.

Para Costa (2010), a principal diferença entre a longa permanência, existente hoje e o asilamento compulsório do período anterior à implantação do SUS, consiste no fato de que:

1. no período colonial pessoas doentes e mendigos, em geral, eram recolhidos para as casas de misericórdia e lá passavam a residirem e serem “tratadas” de forma assistencialista, tendo em comum a condição de indigente/desvalido(a) isolado da sociedade e o internamento compulsório como uma espécie de prisão (leia-se asilamento);
2. essa lógica adquire novas expressões no período de expansão do modelo médico assistencial privatista, entre os anos 1970 e meados dos anos 1980, em que a longa permanência (asilamento, confinamento) de portadores de transtorno mental e de hanseníase

em hospitais especializados fazia parte da conduta terapêutica, cujo acesso era discriminatório, pois existiam diferenças entre os segurados do sistema previdenciário, que tinham acesso porque contribuíam, e os não segurados (indigentes), atendidos de forma mais precária mediado pela ideologia da ajuda;

3. no atual contexto do SUS, asilamento é proibido, o prolongamento deve ser evitado, tanto porque se reconhece que o hospital não é lugar para se morar, quanto pela necessidade de rotatividade dos leitos face a demanda reprimida. A partir disso, em todas as clínicas se reduziu o tempo de internamento. Assim, quando há necessidade de prolongar a permanência, compete à equipe de saúde fazer uma análise qualificada para não reiterar a lógica produtivista e a indiferença à realidade dos usuários. Haja vista que no atual contexto do SUS, a despeito das garantias formalmente asseguradas na constituição de 1988, ainda persiste o prolongamento das internações em razão da falta de acesso à moradia e outras condições básicas de vida, inclusive cuidadores informais, essenciais aos enfermos em processo de recuperação pós-alta hospitalar. Nessa perspectiva, fica evidente que os mais elementares direitos estão sendo desrespeitados e, principalmente, revela a impossibilidade da sociedade capitalista de cumprir a sua promessa de realizar a igualdade prometida na revolução burguesa.

No cotidiano dos hospitais público é notório que as dificuldades de se conseguir viabilizar a alta hospitalar para as pessoas, que literalmente não têm para onde ir, têm sido permeadas por maiores dificuldades na faixa etária entre 19 e 59, do que nos casos que envolvem o SOS, crianças e adolescentes. Conforme constatado por Costa (2010), no cotidiano do SUS, essa problemática se apresenta como uma dificuldade daqueles que conseguem acesso à assistência médica universal por meio da rede SUS, mas não têm acesso a outros serviços e direitos sociais básicos que integram o sistema de proteção social brasileiro, muitas vezes existentes de forma insuficiente ou mesmo inexistentes, na atualidade, ofertados de forma restrita para grupos de risco ou em situação de vulnerabilidade, como, por exemplo, idosos, crianças e adolescentes.

Os dados desta pesquisa realizada nos hospitais públicos de Natal (2013/2014), contempla hospitais e pronto socorros gerais e especializados de médio e grande porte localizados no município. Sendo assim, tomando como base amostra coletadas no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL); Hospital Monsenhor Walfrêdo Gurgel (HMWG) e no Hospital dos Pescadores³ (HOSPESC), cuja realidade indica que o prolongamento dos internamentos de pessoas na faixa etária entre 19 e 59 anos tem variado em média entre 03 e 12 meses, havendo vários casos em que o paciente permanece por mais de mais de um ano. Problema esse que tem se tornado cada vez mais comum no cotidiano dos hospitais públicos do referido município, constituindo situações que se retem na maioria dos

³ Na realidade tem estrutura de Pronto Socorro municipal, embora funcione recebendo demandas de Hospital Geral.

hospitais públicos da rede própria do SUS tanto no RN quanto em todo o território nacional.

Os dados acerca do prolongamento da permanência de usuários nos hospitais públicos pós-alta clínica revelam a insuficiência e, muitas vezes, a inexistências de serviços de proteção social com capacidade para atender pessoas na faixa etária que não estão protegidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou pelo Estatuto do Idoso (EI), justamente na faixa etária entre 19 e 59 anos. Não há dúvidas de que a possibilidade de ampliação e efetivo funcionamento da rede de proteção social tem sido comprometida pelas medidas de corte neoliberal que tem se concentrado na redução dos gastos com políticas sociais e ao racionamento na oferta de serviços sociais básicos. Lógica essa que vem influenciando as políticas sociais de maneira mais geral, tornando-as cada vez mais restritivas e focalistas.

Essa realidade afeta com mais crueldade as pessoas que não gozam das garantias políticas de proteção especiais, semelhante as que têm sido asseguradas às crianças e aos adolescentes e idosos. Assim, revela o quanto o Estado brasileiro ainda atua de forma seletiva e focalizada em grupos de risco e ainda não garante a proteção social aos cidadãos na perspectiva de assegurar direitos básicos a todos, por meio de políticas sociais de caráter universal.

A partir de tais reflexões, neste estudo, procuramos identificar e analisar as principais necessidades e direitos sociais não atendidos pela rede de proteção social, que concorrem decisivamente para o prolongamento da permanência dos usuários internados mesmo pós-alta clínica nos hospitais públicos na realidade de Natal/RN. Partimos da premissa de que a redução dos gastos sociais combinadas à terceirização das políticas sociais públicas, tem afetado mais as populações que não têm

mecanismos legais específicos que lhes garantam prioridade no acesso a direitos sociais básicos, como é o caso da população na faixa etária de 19 a 59 a qual passa a depender de medidas excepcionais, muitas vezes improvisadas caso a caso. Razão pela qual procuramos mapear em que medida o SUS tem contado com o suporte e articulações feitas com a rede de proteção social, particularmente buscando apreender as necessidades não atendidas que vem inviabilizando a alta hospitalar.

Nesse sentido, refletir sobre as condições objetivas dadas para garantir proteção social aos usuários do SUS como direito de cidadania, o que possibilitaria evitar a permanência desnecessária em ambiente hospitalar após a alta clínica, significa buscar compreender a efetivação do direito à saúde como direito de cidadania, a partir do conceito ampliado de saúde e essa como política de seguridade que se articula às políticas econômicas e sociais para garantir direitos sociais básicos ancorados na noção de cidadania. Nessa perspectiva, procuramos responder as seguintes indagações:

- Quais os principais determinantes para que os usuários do SUS, com idade entre 19 e 59 anos, necessitam ficar morando nos hospitais mesmo após a alta clínica?
- Quais as dificuldades para articulação da rede de proteção social?
- Quais os desafios e possibilidades que esta demanda apresenta ao Serviço Social?

A partir de tais indagações procuramos refletir sobre as causas que contribuem para a permanência dos usuários

nos hospitais, buscando apreender os principais problemas relacionados à articulação da rede de proteção social, a partir das iniciativas realizadas pelos Assistentes Sociais ao buscar garantir a efetivação dos direitos sociais básicos que possibilitem viabilizar e agilizar a alta hospitalar. Assim, o objeto deste estudo concentrou-se em apreender os determinantes que contribuem para que haja (neo)moradores nos hospitais públicos de Natal, realizando um estudo sobre a questão do acesso da rede de proteção social por usuários do SUS.

Assim, a problematização das questões acerca dos moradores dos hospitais públicos de Natal – refletindo sobre a rede de proteção social, bem como sobre as desigualdades sociais, exclusão social e determinação social da saúde⁴ – foi de fundamental importância para a compreensão do objetivo geral da pesquisa, que tratou de mapear os principais determinantes que concorrem para que usuários do SUS, sem teto, na faixa etária entre 19 e 59, mesmo com alta clínica necessitem ser abrigados nos hospitais públicos. Outro aspecto que a pesquisa nos proporcionou foi analisar as debilidades da rede de proteção social de forma a contribuir para a formulação de políticas sociais universais que não restrinjam os direitos dos cidadãos.

⁴ [...] as desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. Teoricamente, nas sociedades em os valores de cooperação e de solidariedade fossem dominantes, tais diferenças poderiam ter valor positivo e produtor de saúde, ao passo que, nas sociedades onde predominam a exploração e a dominação, essas diferenças são necessariamente negativas e produtoras de doença” (BREILH apud BARATA, 2008, p. 462).

As relações entre prolongamento do internamento pós-alta clínica e as principais dificuldades de acesso a rede de proteção social no município de Natal (RN)

Os dados sobre as principais dificuldades de acesso à rede de proteção social em Natal (RN) revelam que o prolongamento dos internamentos de usuários do SUS que em condições de alta clínica tornam-se verdadeiros moradores dos hospitais públicos vinculam-se a razões que envolvem a falta de acesso a direitos sociais básicos, como, por exemplo, habitação digna, renda e alimentação entre outras condições básicas de vida essenciais à garantia do direito à saúde assegurado na Constituição Federal de 1988.

Resultam da aproximação com a realidade vivenciada nos Hospitais Públicos localizados no município de Natal (RN), integrantes da rede da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESAP/RN), a partir de amostra coletadas nos maiores Hospital localizados no Município de Natal (RN), precisamente: Hospital Joao Pedro Bezerra (popularmente conhecido como Hospital Santa Catarina)⁵ e o Hospital Monsenhor Walfrêdo Gurgel⁶. Todavia incluímos também o maior hospital de atenção especializada do RN, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), bem

⁵ Hospital que atende as demandas da Zona Norte da Capital e região metropolitana.

⁶ Hospital que atende a demanda de todo o Estado.

como incluímos o único Hospital da SMS/Natal, o Hospital dos Pescadores (que na realidade é um Pronto Socorro Municipal)⁷.

Ao concentrarmos a discussão na população pertencente à faixa etária de 19 a 59, optamos por não incluir pediatrias, dada a particularidade de que seu público alvo é específico, ou seja, atendem somente crianças e adolescentes, cujo direito a abrigo é definido pelo ECA. Não incluímos também as maternidades, já que atendem somente mulheres. Além disso, no caso das mulheres, consideramos que elas já estariam incluídas nas unidades que integraram a amostra.

Este estudo é fruto de entrevistas realizadas com assistentes sociais e de uma pesquisa documental, na qual examinamos Relatórios Sociais e pareceres produzidos pelas equipes de Serviço Social. Por isso, resguardamos identidades e demais informações sigilosas constantes nesse tipo de documento. Considere-se que o principal objetivo das entrevistas foi compreender a realidade de acesso à rede de proteção social pelos usuários do SUS, na faixa etária de 19 a 59 anos. E, portanto, analisar o grau de estruturação da referida rede e seu potencial de articulação com o SUS e sua capacidade de atender a população enquanto um sistema articulado de seguridade e proteção social, conforme preconiza a C.F de 1988 Capítulos 194 a 200. Optamos por entrevistar Assistentes Sociais dos citados hospitais em razão do fato concreto de que, em geral, tais profissionais é que ficam com a tarefa de articular a família e a rede de proteção social em casos de alta hospitalar no atual contexto do SUS.

⁷ Hospital que apesar de ser um Pronto Socorro atende demandas de um hospital de grande porte, mesmo sem dispor de uma infraestrutura adequada.

Ressalte-se que em todos os Hospitais que conseguimos realizar as entrevistas 100% dos que responderem são assistentes sociais do sexo feminino. Assim, ao analisamos o resultado das entrevistas nos referimos sempre às entrevistadas. No geral, constatamos o seguinte:

- Sobre a longa permanência, nos hospitais após a alta clínica, de pessoas na faixa etária entre 19 e 59 anos de idade durante o período entre março de 2013 a março de 2014, na unidade de saúde em que trabalham, 100% das entrevistadas responderam que acompanharam pelo menos um caso.
- Quanto à média de tempo que cada usuário citado precisou permanecer no hospital, igualmente, 100% das entrevistadas responderam que a média de tempo foi em torno de três meses. Mas houve um caso de permanência de seis meses e outro com mais de um ano (12 meses).

As respostas a essas questões já nos permitem afirmar que essa realidade está presente nos hospitais públicos de Natal (RN), há relatos inclusive de longa permanência nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Portanto, não se trata de casos isolados com ocorrências em apenas uma unidade. Constituem situações que exigem respostas concretas, do sistema de segurança no território do município de origem do usuário.

1. Ao abordarmos a questão acerca da média de renda dos usuários, 80% das entrevistadas responderam que os usuários em geral não tinham renda, enquanto 20% das

entrevistadas responderam que tinha renda a 01 salário mínimo nacional. Portanto, o prolongamento da permanência envolve outros determinantes, incluindo a falta de acesso à moradia e a cuidadores;

2. A respeito da situação habitacional do usuário antes do internamento, 80% das pessoas entrevistadas também responderam que a maioria dos usuários vivia em situação de rua; apenas 20% informam que estes, sendo residentes e acompanhados por familiares, precisam permanecer internados pós-alta clínica em razão da precariedade, da inadequação de sua habitação e da falta de condições financeiras da família para receber um parente doente em casa.

Esse último é um importante dado, uma vez que, a situação de rua, por si só já se configura a pré-existência do grau de vulnerabilidade e risco social a que está submetida parte significativa de nossa população. Aqui estamos nos baseando na própria definição dada pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua⁸. Extremamente estigmatizados e vistos muitas vezes como um incômodo pela sociedade e poder público, as pessoas que vivem em situação de rua estão expostas a diversos tipos de preconceitos, abusos e violências.

⁸ A população em situação de rua pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2008, p. 9).

Segundo dados de uma pesquisa realizada pelo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), entre 2007 e 2008, contemplando 71 municípios brasileiros, incluindo o município do Natal:

Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas). O número relatado diz respeito aos resultados da pesquisa realizada em 71 municípios. Assim, o total de pessoas em situação de rua vivendo no Brasil é mais elevado (BRASIL, 2008, p. 6).

A população em situação de rua é predominantemente masculina (82%). Mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua entrevistada (somente foram entrevistadas pessoas com 18 anos completos ou mais) possui entre 25 e 44 anos (BRASIL, 2008, p. 6).

Nesse mesmo estudo, o MDS conclui que “a população em situação de rua não é incluída nos censos demográficos brasileiros, e de outros países, fundamentalmente porque a coleta de dados dos censos é de base domiciliar” (BRASIL, 2008).

Portanto, a ausência de reais políticas de enfrentamento a essa situação tem impacto direto no SUS como é o caso dos usuários que precisam permanecer internados ocupando um leito quando de fato precisam de um lar.

- Ao serem perguntadas se o fato de o usuário proceder do interior há maiores dificuldades para o acesso aos

serviços básicos, 75% das entrevistadas responderam que sim.

- Indagadas sobre que dificuldades são essas, 50% responderam que a maior dificuldade se concentra na extrema falta de articulação e acesso à rede de proteção, 25% apontou a ausência de assistente social na rede básica de saúde em geral e de agente de saúde comunitários de saúde em algumas áreas e/ou em alguns municípios.
- Ao responderem sobre a realidade da rede de proteção existente em Natal, 100% afirmou que são insuficientes e alguns serviços inexistentes como é o caso de casa abrigo para pessoas na faixa etária de 19 a 59 anos. Ficou evidente que a capital não tem rede suficientemente estruturada para atender a demanda e que a situação na maioria dos municípios do interior é ainda mais grave, porque em geral não há casa abrigo, principalmente para a população dessa faixa etária, que possa abrigar a população que vive em situação de rua. Inclusive 25% deixou patente que nos casos de pessoas procedentes do interior as dificuldades não são maiores.

Esse primeiro bloco de respostas revelara que em 100% dos casos acompanhados pelos A.S, o principal problema é a falta de acesso à habitação, renda e vínculos familiares. Note-se que ao se tratar de pessoas que perderam os vínculos familiares, sem renda e sem teto, sinaliza para necessidade de ampliação de casa abrigo para a população nessa faixa etária (9 a 59). Revela,

portanto, que essa população não tem sido objeto de prioridade da política de Assistência Social no Município de Natal.

No bloco de perguntas e respostas acerca das relações familiares, ficou evidente que além de viver em situação de rua, a maioria perdeu os vínculos familiares. Quando perguntadas sobre quais os principais aspectos da história de vida e familiar têm relação com as dificuldades de efetivar a alta social, a questão do alcoolismo apareceu na fala de 100% das entrevistadas. Portanto, um dos principais motivos que concorrem para o rompimento dos vínculos familiares tem sido relacionado à dependência química⁹, principalmente uso abusivo de álcool, conforme ilustrado nos seguintes depoimentos:

Geralmente são usuários de álcool ou drogas e abandonados pela família [...] Já perderam emprego, causaram sofrimento à família. Perderam tudo na vida [...]. (A.S-1).

Geralmente, observamos que quando houve abandono familiar, foi por causa do álcool. Existem pais que bebiam, maltratavam os filhos, e os filhos não os perdoam. Existem as pessoas que querem morar sozinhas. Mas, geralmente, as questões envolvem o problema do alcoolismo. A família não quer receber o paciente. Dizem que o “paciente não tem mais jeito”. (A.S-2).

⁹ Aqui estamos adotando o conceito de dependência química formulado por Selma Frossard Costa, segundo a qual “a dependência química abarca o uso de todos os tipos de substâncias psicoativas (SPA); ou seja, qualquer droga que altera o comportamento e que possa causar dependência: álcool, maconha, cocaína, crack, dentre outras.” ([20--], p. 4).

[...] acredito que pela questão do alcoolismo. Problemas de relacionamento com a família, com os filhos que dizem que 'ele não foi um bom pai' [...] nós apresentamos a família a possibilidade desse paciente realizar um tratamento com relação ao álcool, que seria muito importante [...] O maior problema é que a família não que receber o paciente, por causa do problema do álcool, e problemas de âmbito pessoal. (A.S-3).

O contexto social interfere muito, a situação econômica, o alcoolismo que afasta muito a família [...] (A.S-4).

Esses depoimentos revelam que, em caso de dependência química, a alta hospitalar não pode ser concretizada sem a garantia de um efetivo acompanhamento da saúde mental desses usuários, seja qual for o problema de saúde que motivou o internamento. Além disso, 100% das entrevistadas responderam que nos casos acompanhados, os usuários viviam em situação de rua antes do internamento. Fazendo uma vinculação entre os diversos determinantes, as respostas das entrevistadas, permitem inferir que a condição de morador de rua dos usuários está diretamente relacionada com o uso abusivo de álcool, um dos principais componentes relacionados à perda ou rompimento dos vínculos familiares.

O rompimento dos vínculos familiares está presente nas respostas de 100% das entrevistadas, como questão muito importante durante todo o processo de acompanhamento, mas se torna crucial no momento da alta. Pois, as possibilidades de reinserção na família esbarram em uma série de conflitos familiares acentuados pela questão do alcoolismo. Daí a importância de continuidade da assistência integral, que além do acesso ao tratamento de saúde no plano da assistência médica,

seja garantido demais direitos sociais básicos, destacando-se aí, principalmente, as responsabilidades do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Entretanto, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o SUAS inclui com público usuário, cidadãos vinculados a grupos que estão em situação de vulnerabilidades como, por exemplo, fragilidade de vínculos de afetividade e uso de substâncias psicoativas – entre outros. Em outros termos seleciona seus usuários não apenas pelo risco, mas principalmente pela faixa de renda. Atualmente, ¼ do Salário mínimo nacional.

Constitui público usuário da política de assistência social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com **perda ou fragilidade de vínculos de afetividade**, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; **uso de substâncias psicoativas**; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos (BRASIL, 2005, p. 33).

Observe-se que a PNAS define que as famílias e indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco pelo uso de substâncias psicoativas – entre outros que fazem parte do seu público usuário – “são passíveis de proteção social especial” (COSTA, 2010, p. 8).

Constata-se que a dependência do álcool provoca situações em que familiares passam a não querer/poder acolher seus entes enfermos em nenhuma hipótese, assim sendo já é uma realidade que se coloca muito antes da internação e,

consequentemente, do momento da alta. No entanto, conforme Costa (2010), as questões sociais que interferem no processo-saúde doença, só se torna um problema institucional do SUS, no momento da alta hospitalar.

Constatamos com os parentes que se recusaram a acolhê-lo, tanto durante o período da internação como no período pós alta hospitalar do paciente, alegaram não querer reatar qualquer vínculo com o paciente, relataram ter dado várias chances para ele, mas ele sempre voltava para o uso do álcool e a morar nas ruas (A.S 1).

O rompimento dos vínculos familiares em decorrência do alcoolismo ganha destaque nas falas das entrevistadas. Essa realidade demonstra que o enfrentamento a esse problema cada vez mais comum nas famílias brasileiras, perpassa ações sobre os diversos setores, e pressupõe a articulação de diversos serviços. Inclusive, os serviços preventivos e educativos. Isso é também pensar em articulação de políticas sociais e acesso à rede de proteção social, já que os danos da dependência do álcool – assim como de outras substâncias psicoativas, tais como o crack, têm impactos mais devastadores em contextos de desigualdades sociais tão profundas, como é o caso do Brasil e, portanto, em Natal (RN), capital do Estado do RN.

A dimensão e a complexidade do problema colocam em alerta até mesmo os pequenos municípios, demandando do poder público e da sociedade em geral respostas mais abrangentes, que combinem ações nas esferas da segurança pública, da saúde, da assistência social, da educação, dentre outras, em

um plano nacionalmente articulado [...] (FERREIRA; CRUS; MATIAS, 2015, p. 5).

Conforme já mostramos, a própria PNAS aponta em que medida a perda ou a fragilidades dos vínculos afetivos, assim como a dependência de substâncias psicoativas, expõem as pessoas às situações de vulnerabilidade e risco social. Nesse sentido, enfatizamos a importância de as políticas setoriais serem trabalhadas articuladamente no enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

A palavra rede pressupõe a interligação entre algo. Nesse sentido, a rede proteção social é construída a partir de políticas e instituições que trabalham articuladamente para garantir a segurança social dos cidadãos. Aqui, discorreremos acerca das instituições e serviços citados, que nas palavras das assistentes sociais entrevistadas, de alguma forma são acionadas e, por vezes, atendem as solicitações feitas pelos assistentes sociais. Portanto, foram consideradas integrantes da rede de proteção social em Natal (RN):

- Centro de Referência Especializado para População de Rua (CENTRO POP).
- Ministério Público.
- Programa de Acessibilidade Especial Porta a Porta (PRAE).
- Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS).

- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).
- Albergue Municipal.
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD).
- Programa Saúde da Família (PSF).

Os serviços, acima relacionados, integrantes da rede de proteção social do município de Natal/RN, as quais foram mais acionadas nas tentativas de agilizar a alta hospitalar de pessoas que perderam os vínculos familiares e não têm onde morar, aparecem citados nas respostas das assistentes sociais entrevistadas na seguinte proporção:

TIPO DE SERVIÇO	% COM QUE FOI MENCIONADO
CRAS	75%
CREAS	75%
SEMTAS	75%
CENTRO POP	50%
ALBERGUE MUNICIPAL	50%
MINISTÉRIO PÚBLICO	50%
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	50%
CAPS AD	50%
PRAE	50%

PSF	25%

Quadro 1 – Instituições e Serviços que Compõem a Rede de Proteção Social no Município do Natal citados em %.

Fonte: Pesquisa de Campo.

O CRAS, citado por 75% das entrevistadas, é definido pelo MDS como a porta de entrada ao Sistema único de Assistência Social. Assim, é da responsabilidade do CRAS articular os serviços das unidades a ele referenciadas. Além de ser uma das unidades onde são articulados os serviços de proteção social básica. Porém, é no CREAS, órgão que mais se destaca na fala de 75%, onde os serviços de proteção social especial são articulados. A Proteção Social Especial:

[...] é destinada a todas as pessoas e famílias que vivenciem situações de risco pessoal e social ou que tiverem seus direitos violados e/ou ameaçados por vivências de violência física, psicológica, negligência, abandono, violência sexual (abuso e exploração), **situação de rua**, trabalho infantil, práticas de ato infracional, **fragilização ou rompimento de vínculos, afastamento do convívio familiar**, dentre outras (BRASIL, 2011, p. 18).

De acordo com informações do próprio MDS, a Proteção Social Especial de Média Complexidade tem o objetivo de proporcionar atendimento especializado para as famílias e para os indivíduos que se encontram em situações de risco e vulnerabilidade social, que estejam com os vínculos familiares fragilizados, embora a convivência ainda esteja mantida. No que diz respeito à Proteção Social Especial de Alta complexidade, é identificada pelo MDS como os serviços que:

[...] visam garantir proteção integral a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal e social, **com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados, por meio de serviços que garantam o acolhimento em ambiente com estrutura física adequada, oferecendo condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade.** Os serviços também devem assegurar o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários e o desenvolvimento da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011, p. 1).

Contudo, apesar do CREAS trabalhar com a abordagem social, cujo “objetivo é fornecer amparo e acompanhamento assistencial a pessoas que utilizam as ruas como forma de moradia”, entre outros públicos alvos da PNAS, e, embora a realidade dos (neo)moradores dos hospitais deixe visível as situações de vulnerabilidade social que cercam esses indivíduos. E, portanto, esses casos apresentem-se como passíveis da proteção social especial, que preconiza o acompanhamento “contínuo, especializado, individualizado e articulado com a rede” (CNAS, 2009, p. 2).

Apesar desse claro “dever ser”, as respostas dadas por 100% das entrevistadas ressaltaram que as dificuldades dos municípios para efetivar a proteção social são enormes e os problemas são estruturais. Ao analisarmos os dados de que a permanência nos hospitais, de em média 03 a seis meses pós-alta clínica, são provas concretas do déficit de vagas em casa abrigado e no caso da população de 19 a 59 a completa inexistência de uma política planejada de assistência social para assegurar um direito básico de abrigo, uma vez que já lhe foi negado a habitação/moradia.

Embora não disponha de serviços ou os tenham insuficientes, O CREAS, também foi mencionado por 75% das entrevistadas como um importante parceiro na localização da família dos usuários. Nesse quesito relativo a localização, a equipe de Saúde da Família (PSF) também aparece como rede acionada para localizar possíveis contatos com a família em 25% das entrevistadas quando indagadas sobre quais são os serviços da rede de proteção social existentes em Natal. O programa faz parte da atenção básica, ou seja, está incluído no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência. Todavia, é imprescindível que o PSF atue realmente como serviço de saúde de Referência e Contra-Referência, articulando-se com os serviços de alta complexidade “a fim de adequar o acesso do usuário sistematicamente nos níveis de complexidade de atendimento” (DIAS, 2012, p. 25).

Ainda com relação aos dependentes químicos, um dos serviços articulados têm sido o CAPES AD, que além de ser apontado nas respostas de 50%, foi destacado por 100% das entrevistadas como um dos principais parceiros na articulação da rede de proteção social.

Tratando-se do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP), ligado ao Departamento de Proteção Social Especial da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social, foi desativado em 2013, desfalcando ainda mais a rede de proteção social. De acordo com informações retiradas do site do MDS:

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua é a unidade pública e estatal, de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média

Complexidade do SUAS. A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, além disso, a organização, a mobilização e a participação social (CNAS, 2009, p. 4).

Apesar da importância do CENTRO POP enquanto “lôcus de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS” (BRASIL, 2011, p. 6). Diante do relatório social produzido por uma das entrevistas, percebemos as dificuldades de articulação dos serviços:

Diante da recusa dos familiares para seu acolhimento, enviamos relatório social ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, solicitando abrigo e proteção social para o paciente no pós-alta hospitalar. A resposta obtida é que devido ao quadro clínico do paciente, dependente em algumas situações, não seria possível seu acolhimento, como também no albergue Municipal Noturno, pois o mesmo exigia cuidados especiais de Assistência à Saúde e Proteção Social especial. [...] Compreendemos que CENTRO POP é o órgão responsável pela Política Pública de Assistência Social à População de Rua, e que se articule em rede e acolha o paciente (AS 1).

A cidade dispõe de um albergue municipal citado por 25% das entrevistadas. Porém, apesar da necessidade de acolhimento, o albergue, que está localizado no bairro da Ribeira,

oferece apenas abrigo noturno. Sendo, portanto, insuficiente para atender as necessidades dos indivíduos cujos casos requerem proteção social especial.

Acrescente-se que para 20% das entrevistadas, diante da recusa da família em acolher o usuário, relata que a equipe de Serviço Social tentou articular com Centro Pop, sem sucesso. Em face de tal resposta, procuramos informações sobre a atual situação de funcionamento do Centro Pop em Natal/RN e constatamos que mesmo sendo o único serviço da rede própria do SUAS do município de Natal/RN, ele funciona como casa de passagem diurna, não possibilitando pernoite. Já o Albergue Noturno, uma instituição filantrópica conveniada ao referido SUAS, abriga pessoas apenas para pernoite.

Essa situação inviabiliza a alta hospitalar, afinal como uma pessoa convalescendo pós-alta hospitalar poderá sair de um hospital para passar o dia em um serviço e a noite em outro? Isso sem falar nas necessidades de continuidade do tratamento que, muitas vezes, dependem de transporte e acompanhante para deslocamento. Na verdade, o equipamento mais adequado é a casa abrigo que deve assegurar assistência integral, moradia e todos os cuidados especiais, inclusive articulação com a rede SUS para continuidade do tratamento.

A esse quadro acrescente-se o fato de que, conforme refere 100% das entrevistadas, deixam claro que além das instituições, acima elencadas, sempre procuram outras organizações, filantrópicas e/ou sociais, que fazem parte da rede do SUAS/RN, mas em geral não havia vagas ou mesmos serviços disponíveis para atender esses casos, principalmente quando além do transtorno mental (dependência química) há outros agravos à saúde que eles não têm estrutura para dar assistência, como é o caso

das comunidades terapêuticas. Nas palavras de Frossard Costa ([20--], p. 8.):

as comunidades terapêuticas, ao cumprirem os requisitos necessários que as definem como entidades de assistência social e, ao estabelecerem parcerias com o gestor público, passam a integrar a rede sócio-assistencial, contribuindo para a viabilização das diretrizes, objetivos e metas preconizadas por esta Política.

De fato, a rede existente tem possibilidades de acolhimento à população de rua na faixa etária de 19 a 59 anos é remota, eventual e em caráter excepcional, como é o caso dos dependentes químicos, quais, até mesmo as comunidades terapêuticas, que a rigor podem abrigar por algum tempo. Conforme ilustra bem o seguinte depoimento, relativo à tentativa de inclusão de uma pessoa com dependência química:

Ainda com objetivo de resguardar os direitos de cidadania da pessoa interessada, realizamos uma visita à uma determinada Comunidade Católica, em um Município do interior, responsável por abrigo temporário de dependentes químicos. A coordenação da instituição não concordou em receber a pessoa, tendo em vista também necessitar de assistência à saúde voltada para reabilitação física (AS 3).

Encontrar instituições que possam oferecer acolhimento seguro ao indivíduo – nos casos de recusa da família em recebê-lo – é sem dúvida o maior alvo das entrevistadas ao buscar articular a rede de proteção social. Entretanto, o acolhimento com segurança envolve uma série de determinações.

Reforçando-se a primordialidade de um acolhimento institucional que compreenda as necessidades dos usuários, respeitando as particularidades de cada indivíduo, tempo de recuperação – considerando a existência de muitos indivíduos que, em geral, necessitam de tratamento continuado e permanente articulação entre os diversos serviços que possam promover a inclusão social desses sujeitos.

O MDS caracteriza o Acolhimento Institucional como: [...] o acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos, raça/etnia, gênero e orientação sexual (CNAS, 2009).

No que se refere aos serviços de acolhimento para adultos, o MDS preconiza que para pessoas em **situação de rua e desabrigo por abandono**, migração e **ausência de residência** devem estar distribuídos no espaço urbano de forma democrática, respeitando o direito de permanência na cidade com segurança, igualdade de condições e acesso aos serviços públicos (CNAS, 2009).

Os serviços de acolhimento institucional para adultos e famílias pode ser desenvolvido nas seguintes modalidades: O atendimento em unidade institucional semelhante a uma residência com o limite máximo de 50 pessoas por unidade e de 4 pessoas por quarto; Atendimento em unidade institucional de passagem para a oferta de acolhimento imediato e emergencial, com profissionais preparados para receber usuários em qualquer horário do dia ou da noite, enquanto

se realiza um estudo diagnóstico detalhado de cada situação para os encaminhamentos necessários (CNAS, 2009, p. 31).

Para jovens e adultos com deficiência: Acolhimento destinado a jovens e adultos com deficiência, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados. É previsto para jovens e adultos com deficiência que não dispõem de condições de auto-sustentabilidade ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência; Deve ser desenvolvido em residências exclusivas inseridas na comunidade, funcionar em locais com estrutura física adequada e ter a finalidade de favorecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária (CNAS, 2009, p. 31).

Assim, não há dúvidas de que o abrigo de forma segura e o acompanhamento multidisciplinar constituem um dos aspectos de grande relevância em relação ao acesso a rede de proteção social para a população que perdeu os vínculos familiares, até que se consiga ou não reestabelecer os vínculos. Situação que se complexifica, quando se trata de pessoas que necessitam de acompanhamento médico especializado e de cuidadores. Nesse sentido, cada vez mais o Serviço Social tem buscado parceria como o Ministério Público e vice-versa, na tentativa de resolução dos casos. Infelizmente, dada a falta de estrutura, a intervenção judicial, muitas vezes tem sido a única via para forçar a efetivação de direitos básicos.

Outro serviço que aparece como integrante da rede proteção social é o Programa de Acessibilidade Especial Porta a Porta. Criado em 2007, o programa surgiu a partir de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), firmado entre o Município do

Natal, e Sindicato das Empresas de Transporte Urbano de Natal e Ministério Público. Contudo, o programa que busca permitir a locomoção gratuita para deficientes físicos, vem sofrendo com a redução da frota.

A articulação dos serviços no pós-alta do paciente é de extrema importância para que ele não retorne às situações de vulnerabilidade e risco social. Logo, as necessidades dos usuários precisam ser consideradas em todos os seus aspectos. De acordo com Dias, “têm-se a necessidade de pensar na continuidade do cuidado ao usuário” (DIAS, 2012, p. 34). A real articulação da rede de proteção social significa, desse modo, a garantia de acesso aos serviços de assistência, saúde na sua integralidade e outros direitos. Contudo, têm sido insuficientes, provocando longas esperas também para a remoção, especialmente em finais de semana.

Ao dimensionarmos as inúmeras tentativas de articulação da rede de proteção social feita pelas entrevistas, conforme evidenciam os dados do bloco acima explicitado, a luta para viabilizar a alta social é permeada por dificuldades de efetivar os direitos básicos de cidadania da maioria dos usuários do SUS, que são negados antes do próprio internamento. As dificuldades de acesso à documentação¹⁰, principalmente para os usuários com transtorno mental, são exemplos dessa situação. Vejamos o que diz a entrevistada:

Durante o período de internação, a pessoa enferma apresentou estado confusional a esclarecer, sendo necessária a realização

¹⁰ A ausência de documentos, constituem um dos empecilhos para a realização de procedimentos que são de suma importância para o seu tratamento, principalmente se for realizado na rede conveniada.

do procedimento de tomografia de crânio, para evolução de diagnóstico e tratamento, sendo encaminhada solicitação à SESAP (Secretaria de Saúde do Estado do RN), negada por falta de documentos pessoais exigidos para realização do procedimento de alta complexidade oferecido pelo SUS. Devido à resposta negativa da SESAP, foi encaminhado o relatório social do caso ao Ministério Público do Rio Grande do Norte (Promotoria da Saúde), solicitando intervenção judicial para realização do exame, na qual obtivemos resposta positiva através da recomendação do Promotor de Justiça (AS 1).

Quando indagadas sobre quais foram as principais tentativas feitas pela equipe de Serviço Social para viabilizar a alta hospitalar, 100% das entrevistadas responderam que a primeira ação do Serviço Social é o contato e a localização da família. Muitas vezes, esse contato e essa localização, acontece por meio de órgãos como, por exemplo, CREAS, o CRAS e também por meio do PSF.

No caso desse paciente que ficou dez meses, Nós inicialmente tentamos contato com a família, mas eles não quiseram acolher o paciente (A.S-1).

Mas, quando o usuário lembra do endereço da família nós entramos em contato com os PSFs ou com o CREAS da região, e aí o pessoal do PSF ou do CREAS (que muitas vezes já conhece o usuário) nos passam o endereço da família, porque as equipes do PSF, fazem visitas (A.S-2).

Em primeiro lugar entramos em contato com a família, mas depois eles começaram a nos passar endereços e telefones que não existem... A família não que recebê-lo (A.S-3).

A primeira coisa que fazemos é tentar localizar a família, através do CREAS, do CRAS. (A.S-4).

Observe-se que a primeira providencia das assistentes sociais tem sido a tentativa de localizar, manter contanto com a família do usuário. Diante da negativa dos familiares, os profissionais começam uma verdadeira varredura em diversas instituições que fazem parte da rede socioassistencial em Natal.

A partir da negativa das famílias, o trabalho das assistentes sociais passa a se concentrar em articular instituições que possam receber os indivíduos. Destarte, julgamos necessário apresentar em porcentagem as principais articulações realizadas pelas equipes de serviço social para viabilizar os direitos dos usuários do SUS, na faixa etária a qual estamos tratando.

Acolhimento do usuário no âmbito familiar	100%
Articulação com o CENTRO POP	75%
Articulação com CRAS e CREAS na tentativa de garantir acolhimento em alguma instituição	75%
Solicitação de abrigo junto ao Ministério Público	75%
Articulação com o Albergue Municipal	50%
Encaminhamento para o CAPS AD	50%
Encaminhamentos para comunidades terapêuticas/instituições do terceiro setor	50%
Solicitação do Programa de Remoção Especial Porta a Porta (Prae)	50%

Solicitação de Benefício de Prestação Continuada (BPC)	25%
Efetivação de abrigo em Residências Terapêuticas	25%
Solicitação de ambulância do hospital para remoção após a Alta Social	25%

Quadro 2 – Tipos Contatos feitos por Assistentes Sociais.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Conforme observamos no Quadro 2, o trabalho da equipe de Serviço Social para garantir os direitos sociais dos (neo)moradores do SUS, com idade entre 19 e 59 anos, perpassa diversas instituições. É, portanto, um trabalho que busca articular diversas unidades e serviços do sistema de seguridade social, predominando o SUS e o SUAS, embora busquem outras instituições sociais, a fim de assegurar o pleno direito à cidadania.

Ainda que de forma deficiente, insuficiente e permeada por inúmeras precariedades, podemos afirmar que as instituições identificadas pelas entrevistadas como integrantes da rede de proteção, na verdade refere-se aos serviços por meio dos quais, em geral conseguem pelo menos compartilhar preocupações e tentativas de inclusão, não significa a efetiva inclusão.

As tentativas para articulação com o CENTRO POP, apareceram sob duas formas: 25% relataram que o contato foi direto com a instituição supracitada, indo pessoalmente ao local e enviando relatório do caso. Lembraram ainda que, na época, o CENTRO POP ainda estava ativado, mas não pôde atender as solicitações da equipe de Serviço Social da unidade de saúde. E 25% relataram que a tentativa para se articular com o centro foi por meio da SEMTAS/NATAL, mencionando, porém, que a articulação com o CENTRO POP não foi possível, pois se encontra desativado.

Como vimos, o grande desafio do trabalho do Serviço Social é sem dúvida encontrar um local que garanta acolhimento com segurança. Todavia, 100% das profissionais mencionaram a inexistência de uma rede de proteção social capaz de oferecer real segurança aos sujeitos, e salientaram que se encontram sem alternativas para inserir esses indivíduos em locais que os acolham. Ademais, 25% das entrevistadas relataram a existência de evasão. Isso é, há casos em que os pacientes fogem da unidade de saúde e voltam para a rua.

Como pode ser observado no Quadro 2, o MP também tem feito parte da articulação da rede de proteção. Conforme depoimentos, esse costuma elaborar relatórios descrevendo o caso, destacando desde a sua chegada à unidade de saúde, buscando recompor a história da situação antes do internamento, bem como também relatam as tentativas de recuperação dos vínculos familiares. Tais relatos subsidiam as solicitações para a realização de exames de máxima importância e urgência e outras providências relativas ao tratamento, bem como para solicitações de casa abrigo.

Em um desses relatórios, a assistente social sugeriu que o paciente fosse acolhido pelo CENTRO POP, durante o dia, sendo encaminhado para tratamento de reabilitação no CAPS AD Leste. Sugeriu ainda que o paciente fosse cadastrado no Programa de Acessibilidade Especial Porta a Porta (Prae) e abrigado durante a noite no albergue municipal até que surgisse um abrigamento institucional definitivo. Observou-se que a remoção dos pacientes do ambiente hospitalar, quando mediada uma solução para a alta social, não implica, contudo, em um procedimento simples. Apesar de citarem o PRAE e, ocasionalmente, as ambulâncias do hospital, para prestarem esse serviço,

50% das profissionais alegaram que já enfrentam dificuldades para conseguir assegurar a remoção.

A solicitação de Benefício de Prestação Continuada, por sua vez, aparece em 25% das falas. O benefício é previsto no, Artigo 203 da C.F. de 1988, inciso V. Dessa forma, “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei”, é um dos objetivos da Assistência Social, estabelecidos constitucionalmente. O BPC é regulamentado pela Lei 8.742/93, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e pelo Decreto 1.744/95, que estabelece requisitos para a sua concessão.

O trabalho das profissionais também é assegurar aos indivíduos um tratamento adequado, seja em razão de algum tipo de deficiência ou tratamento com relação à dependência química. Sendo realizados para tanto, encaminhamentos ao CAPS AD ou comunidades terapêuticas.

Dentre as entrevistadas, 50% mencionaram a existência de pressão sobre a equipe de Serviço Social (por parte da direção das unidades de saúde e por outros membros da equipe de saúde) para agilizar a resolução dos casos em que há prolongamento do tempo de internação pós-alta clínica, sempre motivadas pela necessidade de desocupação do leito, muitas vezes, se questionando a legitimidade da permanência do usuário e tratando-a como assistencialismo, ignorando-se o dever do Estado de assegurar proteção social. Em geral reduzindo a análise ao fato de que o SUS já cumpriu seu papel ao recuperar

a saúde daquele cidadão e agora o leito deve ser disponibilizado para outros que se encontram nos corredores.

Já ao serem indagadas sobre quais serviços deveriam ser ampliados, apareceram nas respostas alguns dos serviços citados como rede de proteção social, no Quadro 1. São eles:

- CENTRO POP, citado por 75% das entrevistadas, o Albergue Municipal – que na fala das entrevistadas;
- O CRAS e o CREAS foram citados por 50%;
- O transporte para remoção e o PFS foram igualmente citados por 25%.

No que se refere a quais serviços deveriam ser criados para que os sujeitos possam ter alta com segurança as respostas foram as seguintes, sintetizadas no Quadro 3:

Instituições de acolhimento	100%
Assistência à saúde na rede de proteção	75%
Protocolo de atendimento	50%
Casas terapêuticas nos moldes das Residências Terapêuticas para os indivíduos com dificuldade de locomoção	50%
Garantia de serviço de remoção	25%

Quadro 3 – Serviços que deveriam ser criados.

Fonte: Pesquisa de Campo.

As instituições de acolhimento, como podemos ver, aparecem na resposta de 100% das entrevistadas. Unissonante, todas sugeriram que instituições de acolhimento deveriam ser

criadas. Bem como, 50% sinalizou a importância de instituições dessa natureza na região metropolitana de Natal.

Esse dado confirma que a maior dificuldade de acesso à rede proteção e, conseqüentemente, maior responsável pelo prolongamento do tempo de permanência de pessoas com idade entre 19 e 59 anos nas unidades de saúde, mesmo após a alta clínica, está ligada à falta de instituições que acolham indivíduos nessa faixa etária. Uma vez que, como já anotamos, o serviço existente se trata apenas de um albergue cujo atendimento é realizado somente no período da noite.

Diante do exposto até aqui, pode-se afirmar que a rede de proteção social em Natal revela-se extremamente desarticulada. Esse contexto presume que não há uma efetiva articulação intersetorial entre as políticas que integram a seguridade social, especialmente entre o SUS e o SUAS, tanto no processo de planejamento, quanto de execução e avaliação das políticas de saúde e assistência social. Visto que, se ao receber a alta clínica, o usuário do SUS encontra dificuldade para acessar a rede de proteção social, fica evidente a conjuntura de negação dos direitos sociais do cidadão.

O indivíduo precisa ter a saúde garantida pelo Estado, em qualquer espaço onde esteja inserido. Por esse motivo, a assistência à saúde precisa fazer parte da rede proteção social e esse direito precisa ser assegurado por meio de políticas sociais universais.

No Quadro 3, constata-se que 50% das profissionais entrevistadas fizeram referência à necessidade da criação de abrigos nos moldes das residências terapêuticas, para acolhimento de pessoas portadoras de deficiência física ou mobilidade reduzida. Consideramos importante ressaltar que dentro dos serviços de proteção social especial de alta complexidade, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços socioassistenciais (Resolução

nº 109, de 11 de novembro de 2009, p. 33), o acolhimento para jovens e adultos com deficiência que estejam com os vínculos familiares rompidos ou fragilizados:

É previsto para **jovens e adultos com deficiência que não dispõem de condições de autosustentabilidade, de retaguarda familiar temporária ou permanente** ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência. Deve ser desenvolvido em Residências Inclusivas inseridas na comunidade, funcionar em locais com estrutura física adequada e ter a finalidade de favorecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária (CNAS, 2009, p. 31).

Assim como é importante garantir um local seguro que ofereça acessibilidade para aqueles indivíduos com algum tipo de deficiência física ou dificuldade de locomoção, o acompanhamento do estado de saúde dos indivíduos por profissionais especializados e capacitados é também um aspecto fundamental para a proteção social.

A remoção desses pacientes de forma adequada e segura também necessita ser garantido na rede. Os mecanismos para a proteção social dos cidadãos – especialmente os cidadãos que se encontram em claras situações de vulnerabilidade sociais – precisam ser vistos como direitos sociais. Direitos esses que comumente têm sido negligenciados.

A criação de um protocolo social de atendimento, citado por 50% das entrevistadas também nos chamou a atenção. Nas palavras das profissionais, esse protocolo indicaria um caminho a ser seguido e facilitaria o acesso dos (neo)moradores do hospitais à rede proteção social. Também indicaria que etapas deveriam ser seguidas pela equipe de serviço social, sempre contextualizando e levando em consideração as particularidades de cada caso.

Considerações finais

A questão da longa permanência nos hospitais públicos pós-alta clínica, considerando-se que um hospital é um lugar que ninguém deseja estar nem por um minuto, em si já é um drama adverso à condição humana cujo desejo é viver com saúde e ser feliz no seu lar, na companhia de quem se ama. Agora, necessitar estar em um hospital por não ter para onde ir, revela a perversidade das desigualdades sociais inerentes à sociedade capitalista que condena a esmagadora maioria da população a condições de vida absolutamente desumanas.

A primeira constatação foi a de que todos os hospitais (100%) integrantes da amostra da pesquisa têm ou tiveram internamentos prolongados por uma média de tempo de três meses, havendo caso de permanência entre seis e dez meses. Certamente, essa não é realidade exclusiva do RN, assim como

não são os motivos que determinam essa longa permanência, conforme explicitado ao longo deste artigo.

A longa permanência nos hospitais está diretamente ligada a dois fatores: a perda dos vínculos familiares e a falta de acesso à rede de proteção social. Nos casos de negativa das famílias em querer acolher o indivíduo, foi constatado que o Estado não oferece serviços com capacidade para atender as necessidades desses cidadãos. Conforme 80% das entrevistadas, nos casos em que acompanharam, a situação habitacional do paciente antes do internamento era de pessoa que vivia em situação de rua. Nesses casos, a pesquisa mostrou ainda que há em comum a questão do alcoolismo e do rompimento dos vínculos familiares.

A partir desses dados, pode-se inferir que a maioria das pessoas que moram nos hospitais já enfrentava precárias condições de vida, sobretudo insegurança alimentar e habitacional anterior a sua internação. Vítimas de diversas formas de violação dos direitos humanos, a população de rua tem sido tratada à margem da sociedade, não sendo inclusive, incluída nos censos demográficos. O que, por sua vez, também dificulta a formulação e a implantação de políticas voltadas para essa população.

A questão do alcoolismo, da perda dos vínculos e da própria situação de rua a que estão submetidos esses indivíduos aparecem intrinsecamente relacionadas. Constitui dado a ser levado em consideração nas ações voltadas para essa população. A perda dos vínculos familiares, anterior ao internamento, se torna um problema institucional e não só do indivíduo na hora da alta hospitalar. Por sua vez, revela o quanto o Estado tem negligenciado a proteção social, não intervindo antes que adoeçam e deixando de oferecer a proteção a que tem direito.

Foi evidenciado que dentre as inúmeras dificuldades existentes, o maior problema refere-se à ausência de instituições de acolhimento para receber pessoas adultas, em regime permanente. Entretanto, a necessidade é de moradia, que ofereça todas as condições estruturais para receber esses indivíduos, principalmente aqueles que possuem limitações físicas. E condições dignas de sobrevivência perpassam não apenas a existência de uma estrutura física, mas também alimentação adequada, além de equipes multidisciplinares, e cuidadores para aqueles que assim necessitam. Em muitos casos moradia é mais que habitação.

Constatamos que após a alta clínica os indivíduos que permaneceram internados em média entre 90 dias e 12 meses, correram riscos de adquirirem doenças pelo fato de não lhes ser assegurado no município um local digno que possam viver em segurança e onde tenham acesso a outros direitos básicos.

Vale ressaltar que o acolhimento é da responsabilidade da Política Nacional de Assistência Social. Entendida como primordial na própria política, em que a segurança da acolhida deve ser entendida no âmbito da proteção social assegurando os direitos socioassistenciais aos usuários do SUAS. No entanto, o que município tem oferecido são serviços insuficientes e deficientes.

A existência de um albergue noturno, não é suficiente para atender a população que dele necessita. Na realidade de Natal, é um serviço de natureza filantrópica, como o único existente no referido município, funciona precariamente e superlotado como uma unidade conveniada com a SEMTAS, a qual se resume a tentar encaixar pessoas ao máximo, muitas vezes, além de sua capacidade, mas ao longo dos anos não tem incluído no seu orçamento a implantação de novos serviços da rede

própria, expressão do descaso e da minimização do papel do Estado no que concerne aos direitos sociais.

Os depoimentos das Assistentes Sociais revelam que os (neo)moradores dos hospitais públicos se constituem de pessoas cujos direitos sociais básicos são absolutamente negados e/ou negligenciados. Evidenciam que encontram muitas dificuldades de acesso à rede de proteção social, principalmente moradia e/ou casa abrigo. Essa dificuldade atinge todas as idades (incluindo idosos, crianças e adolescente, que tem esse direito claramente definido em legislação específica), porém a situação se agrava profundamente quando se trata de pessoas na faixa etária de 19 a 59 anos, para as quais não há garantias, claramente, previstas na Legislação Ordinária das políticas que integram o tripé do Sistema de Seguridade Social brasileiro.

Constata-se que nessa faixa etária, no contexto do SUS, outros direitos também são negados, como, por exemplo, o direito a acompanhante. Na realidade, os serviços que integram o tripé do sistema de seguridade constitucionalmente assegurado, na realidade de Natal, particularmente a política de assistência social, disponibilizam alguns serviços deficientes e insuficientes focalizados nas populações cuja faixa etária tem legislação específica determinando a existência de determinado serviço, como, por exemplo, casa de passagem para crianças e adolescentes, casa abrigo para idosos, praticamente, ignorando a realidade e as necessidades da população com extremo grau de vulnerabilidade da faixa etária de 19 a 59 anos.

O município de Natal, não tem sequer uma casa abrigo funcionando e tempo integral que possa acolher dignamente um cidadão na faixa etária de 19 a 59 anos que não seja idoso, criança e adolescente. Dispõe de apenas um serviço da rede própria para população de rua que só funciona durante o

dia (CENTRO POP) e assegura subsídios ao albergue noturno (um serviço filantrópico) que só acolhe para pernoite. Tais serviços além de insuficientes São inadequados para receberem e abrigar pessoas convalescendo pós-alta hospitalar, em geral, necessitando de tratamento continuado, que envolve manter forte articulação pelo menos entre saúde, assistência e previdência.

O prolongado tempo de permanência nos hospitais públicos de pessoas com idade entre 19 e 59, pode ser eliminado com a estruturação de casas abrigo, as quais, urgentemente, devem ser incorporadas no planejamento do SUAS. Mas a superação das condições degradantes de vida dos usuários, que em geral permanecem nos hospitais por falta de um conjunto de direitos sociais básicos, requer uma forte articulação das políticas sociais públicas e estruturação na perspectiva da universalidade e integralidade da atenção, portanto requer alterações nos critérios de inclusão, atualmente baseados no conceito de pobreza absoluta. Sobretudo, requerem profundas transformações na estrutura social da nossa sociedade, na perspectiva de abolir a sociedade de classes.

Mais que dificuldades de acesso a uma casa abrigo, essa situação revela que longe de avançar na universalização da seguridade social, as políticas sociais brasileiras ainda, focalizam, selecionam e segmentam clientela e áreas a serem assistidas. Portanto, não se estruturam para atender cidadãos, sujeitos de direitos, mas a situações vexatórias vivenciadas por idosos, crianças e adolescentes. Assim revelando que além de afirmar as teses do movimento da Reforma Sanitária Brasileira acerca da determinação social da saúde, a vulnerabilidade social das pessoas que permanecem em ambiente hospitalar após alta clínica, sem terem para onde ir, expressam que os serviços de

assistência social estruturam políticas extremamente seletivas e focalizadas em populações de risco por faixa etária prioritárias e não como um direito de cidadania de quem dela necessitar, conforme preconiza a C.F de 1988.

No geral, esse estudo revela que os principais problemas identificados pelos assistentes sociais dos Hospitais Públicos de Natal para a articulação e garantia do acesso à rede de proteção social no município, no período de março de 2013 a março de 2014, estão ligados à falta de abrigos em regime permanente. As dificuldades de articulação para inserir o indivíduo em um espaço que pudesse oferecer condições de sobrevivência, sem dúvida, foi o maior desafio segundo essas profissionais.

A pesquisa ainda traz dados importantes no que diz respeito à renda. A maioria (80%) das entrevistadas informou que os moradores dos hospitais não tinham renda ao chegarem à unidade de saúde. Reflexo da sociedade capitalista excludente por natureza, a população de rua, historicamente, tem sido marcada pela pobreza, pelo desemprego, pela violência, pelo preconceito e marginalização. Todas essas expressões da questão social – em que também se insere a questão do alcoolismo e a perda dos vínculos – são preponderantes no seu processo de adoecimento, e apresentam-se, portanto, nuas e cruas na realidade desses sujeitos. O enfretamento a essas situações de negligência dos direitos sociais antes do internamento poderia ter evitado o agravamento do seu quadro de saúde.

Ressaltamos que a segurança social de renda é de competência da Assistência Social. Sem dúvida, o BPC, que como vimos (cap. III), foi requerido por 40% das entrevistadas – já que se tratava de casos em que o morador do hospital era portador de necessidades especiais –, com um valor de um salário mínimo é absolutamente insuficiente para garantir alimentação, moradia

(aluguel) e demais necessidades básicas, a título de exemplo, pagar a um cuidador em casos de doença, tendo em vista que o município de Natal não oferece locais seguros para que essas pessoas possam viver. Sobretudo, o atual perfil do BPC e de outros programas de transferência de renda, é revelador o caráter focalizado e seletivo que vem assumindo as políticas sociais.

Portanto, consideramos que além da criação de abrigos na rede proteção social, é fundamental que os critérios de inclusão no BPS sejam revistos na perspectiva do conceito de pobreza relativa, em outros termos, é necessário que sejam considerados que uma pessoa doente além de se alimentar e suprir outras necessidades sociais básicas precisam de cuidadores e um salário mínimo é absolutamente insuficiente para uma pessoa em condições normais de saúde, imagine para uma pessoa com a saúde extremamente debilitada. Por isso, advogamos pelo menos dois salários mínimos para pessoas com doenças crônicas que exijam cuidadores permanentes. Assim, poderão ter o direito de escolha entre permanecer ou não em uma casa abrigo.

Como se pode observar, as dificuldades de acesso à rede de proteção social que minimizaria a genética desigualdade intrínseca à sociedade capitalista, conforme bem coloca Costa (2013), revelam o quanto essa sociedade é incapaz de assegurar a igualdade prometida pela revolução burguesa por meio da efetivação de direitos de cidadania. A essa premissa básica acrescenta-se o drama de um país como o Brasil e particularmente um Estado como o RN, onde o financiamento, a formulação e implementação das políticas públicas, principalmente as políticas sociais que integram o tripé da seguridade social, tem sido subfinanciada, privatizadas e, portanto, absolutamente negligenciadas conforme expressam os dados relativos ao acesso a rede de proteção social básica na realidade de Natal (RN).

Partindo dessa premissa, podemos alegar que não é à toa que as formas de sobreviver, adoecer e morrer soma-se às dificuldades de acesso à rede proteção social e traduzem as iniquidades.

Afirmamos a premência da determinação social da saúde, destacando que a falta de garantia de condições básicas de vida ao se expressar em permanência prolongada em ambiente hospitalar após a alta clínica, revela as profundas desigualdades sociais e a incapacidade da sociedade burguesa, na particularidade da realidade brasileira, assegurar usufruto de direitos sociais básicos, à maioria da nossa população a vulnerabilidades de toda ordem.

O SUS, como única política de seguridade, de fato baseada na universalidade do acesso, tem sido forçado a acolher esses cidadãos. Nesse sentido, tem sido nos hospitais públicos onde essas pessoas têm encontrado um lugar para sobreviver. Vítimas de um sistema desumano, esses indivíduos estão à margem, ou em geral são incorporadas de forma pontual, emergencial e secundária, da proteção social no Brasil. Enquanto isso, outros que necessitam do leito, geralmente com a saúde muito comprometida, ficam na fila de espera nos corredores conformando um drama que aparece apenas como um problema de funcionamento do SUS.

As discussões que envolvem o acesso à rede de proteção social por esses indivíduos que, em função da idade, não têm assegurado o direito a um abrigo digno, exigem o urgente levantamento de questões que vão além de um debate raso e a formulação de políticas sociais e ações estruturais mais amplas capazes de em um plano imediato para enfrentar o problema específico do prolongado internamento pós-alta clínica, proporcionar um rápido acesso a abrigo e a inclusão em programas de

renda básica que devem ser garantidos pelo SUAS como política articulada pelos três níveis de governo.

No entanto, em um plano mais geral, compreendemos que a completa superação das desigualdades sociais não será possível por meio de políticas sociais, ainda que amplas e universais, por entender que essas são, na verdade, resultado de um processo de disputa entre as classes sociais fundamentais no seio do sistema capitalista. Em nossa análise, apenas com a completa superação da sociedade de classes e a construção de um novo modelo de sociedade, seria realmente possível suplantarmos a pobreza e a exclusão social que são intrínsecas ao capitalismo.

Ressaltando a importância dessa problemática, encerramos este trabalho. Todavia, não com a visão de que paramos aqui, mas certos que há um longo caminho a ser percorrido, pois ainda existem muitas questões a serem desvendadas e aprofundadas acerca do tema. Mas alertamos aos responsáveis pela gestão do sistema de seguridade, donde se inclui as instâncias de controle social, portanto aos gestores, usuários e trabalhadores do sistema de Seguridade Social (SUAS, SUS, INSS), para a importância de incluir esse debate nos espaços de decisão e formulação das políticas de seguridade, que se considere a importância e urgência da criação de abrigos e políticas de transferência de renda para a população na faixa etária de 19

a 59 anos a ser incorporada no financiamento e planejamento da seguridade social, particularmente do SUAS.

Por fim, registramos e saudamos o grande trabalho realizado pelos Assistentes Sociais, que, pelos caminhos mais espinhosos, têm provocado as instituições integrantes do sistema de seguridade, o Ministério Público e os demais profissionais do referido sistema, a desafiar essa realidade e agir na perspectiva da efetivação dos direitos, insistindo em construir a integralidade do acesso em um sistema que ainda se organiza esfacelado. Sem perdermos de vista a necessidade de engajamento e organização com vistas à superação das desigualdades sociais, requer a superação da sociedade do capital.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 33, n. 83, nov./dez. 2009.

BARATA, R. B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/115018879/Como-e-por-que-as-desigualdades-sociais-fazem-mal-a-saude>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BARATA, R. B. Desigualdades Sociais e Saúde. In: BARATA, R. B.; WAGNER, G. C. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7697/5799>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. [2006]. Disponível em: <http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.505783001251746904_ivanete_boschetti_unidade_i.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 27 out. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional**

de Assistência Social, PNAS/2004. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2005. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-assistencia-social.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** 2008. Disponível em: <<http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/2008%20Sumario%20Executivo%20Pesquisa%20Nacional%20PSR.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: CEFSS, 2010. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** centro de referência especializado de assistência social – CREAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2011. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mds/04_caderno_creas.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações sobre o centro de referência especializado para população em situação de rua e serviço especializado para pessoas em situação de rua.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/10369409-Ministerio-do-desenvolvimento-social-e-combate-a-fome-mds-secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas->

departamento-de-protecao-social-especial-dpse.html>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRAVO, M. I. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I.; MATOS M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARINHATO, Pedro Henrique. Neoliberalismo, Reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **AURORA**, ano II, n. 3, dez. 2008. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Aurora/aurora_n3_miscelanea_01.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CNAS%202009%20-%20109%20-%2011.11.2009.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Serviço Social e intersetorialidade: a contribuição do Assistente Social para a construção da intersetorialidade no contexto do sistema único de saúde**. 2010.

266 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Políticas de Saúde no Brasil e Reforma Sanitária**. Seminário Internacional sobre Políticas Sociais Públicas: Educação, Saúde, Assistência Social e Previdência Social. PPGED-UFRN. Base de pesquisa Seguridade Social, Serviço Social e Relações de Gênero. Natal: UFRN, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio. Saúde, Previdência e Assistência Social. In: SEMINÁRIO DE SEGURIDADE SOCIAL DA REGIÃO DO CARIRI. 3., 2013. **Anais...**, Juazeiro do Norte/CE, 2013.

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. [20--]. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20C30%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

DIAS, Valdecir Ávila. **Referência e Contra-Referência: um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**. 2012. 38 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

FERREIRA, R. M. C; CRUS, J. F; MATIAS, M. L. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas**. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/O%20SUAS%20-%20>>

Perspectivas%20para%20o%20trabalho%20integrado%20com%20a%20quest%C3%A3o%20das%20drogas.pdf>. Acesso em: 8 maio 2014.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília: ABEPSS, ano 2, n. 3, jan./jul. 2001.

IANNI, Octavio. A questão social. **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 5, n. 1, 1991. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n01/v05n01_01.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2014.

LUZA, E.; SIMIONATO, I. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 215-226, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9830/7329>> Acesso em: 27 out. 2015.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em debate**: Revista do CEBES. Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, nov./dez. 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação Social e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde)
PAIM, J. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 33, n. 81, jan./abr. 2009.

PEREIRA, Martha B. Costa. **Os reflexos da crise do capital na previdência social**. 2007. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/1bc4144f9f6fd5644b33MARTHA%20BETH%C3%82NIA%20COSTA%20PEREIRA.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2014.

SCHWARTZ, E.; NOGUEIRA V. M. R. **O “ser igual” ou “não igual” na sociedade contemporânea – facetas da exclusão social**. 1999. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-OSerIgualOuNaoIgualNaSociedadeContemporanea-2928328.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

TAMBELLINI A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 33, n. 83, nov./dez. 2009.

TEIXEIRA, R. F. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 33, n. 83, nov./dez. 2009.

TELLES, Vera da Silva. **A “nova questão social” brasileira: ou como as figuras de nosso atraso viraram símbolo de nossa modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2001. (Pobreza e Cidadania)

YAZBEK, M. C. **Sistema de proteção social brasileiro: modelo, dilemas e desafios**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, 2012.

Projeto Café do Trabalhador: representações dos usuários sobre políticas de acesso a alimentos e direitos¹

Fábio Resende de Araújo²

Maria Arlete Duarte de Araújo³

Polyanna Batista Maia⁴

Micaela da Silva Paula⁵

Entre os direitos fundamentais, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é considerado um dos principais direitos para que o indivíduo possa exercer sua cidadania em sentido pleno. Entretanto, por maiores que sejam os avanços nas legislações considerando a alimentação como vital para o exercício dos demais direitos (no Brasil, o DHAA passou a ser um direito social por meio da Ementa Constitucional nº 64 de 2010), pouco se

¹ Observação: Este artigo é originário da dissertação de mestrado: ARAÚJO, Fábio Resende de. Projeto Café do Trabalhador como Promotor de Segurança Alimentar e Nutricional: Avaliação da Eficácia da Unidade Natal-RN. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2012.

² Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Assistente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Doutora em Administração pela Fundação Getúlio Vargas (SP). Professora Titular dos Programas de Pós-Graduação em Administração e Gestão Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴ Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵ Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

incorpora à alimentação a noção de um direito fundamental à vida do homem.

A lacuna de associação entre ações voltadas para viabilizar o acesso a alimentos e o exercício de direitos contribui para o enfraquecimento do controle social dos projetos e programas que têm por objetivo a promoção do acesso à alimentação, uma vez que os mesmos passam a ser vistos por uma perspectiva de voluntarismo, sem que se concretizem como uma pauta de reivindicações nos discursos de seus beneficiários. Programas de distribuição direta de alimentos historicamente têm se caracterizado por relações clientelistas com a sociedade, acentuando a troca de favores por lealdade. Essa disfunção não se caracteriza como ação de garantia de direitos e contraria princípios básicos da cidadania (FALEIROS, 2003).

Essa distorção ocorre na perspectiva de Takagi e Belik (2006), em função de dois pontos fundamentais: primeiro, a população pouco percebe que o acesso à alimentação adequada é um direito em decorrência de um histórico de disfunções da administração pública brasileira em torno desse tipo de ação pública; segundo, existe uma valorização excessiva de ações emergenciais de combate à fome que possuem um forte apelo político, porém com resultados fracos para superação dos determinantes de insegurança alimentar.

A inserção do tema da Segurança Alimentar e Nutricional na agenda governamental brasileira ocorreu de forma mais efetiva em 2003 com a criação da Estratégia Fome Zero (EFZ) que hoje integra o Plano Brasil sem Miséria lançado em 2011. Principais políticas da Estratégia Fome Zero e suas respectivas dimensões segundo Leão e Rancine (2011) são: Dimensão Disponibilidade de Alimentos – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), Aquisição

de Alimentos da Agricultura Família, Modernização do Mercado Hortigranjeiro, Reforma Agrária, Pesca e Aquicultura; Dimensão Gastos com Alimentação – Bolsa-Família, Benefício de Prestação Continuada, Previdência Social, Política de Reajuste do Salário Mínimo; Dimensão Acesso à Alimentação – Distribuição de Alimentos a Grupos Específicos, Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias, Bancos de Alimentos, Cisternas, Programa de Alimentação do Trabalhador; Dimensão Saúde – Suplementação de Ferro e Vitamina A, Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Imunização, Saneamento Básico; Dimensão Educação – Combate ao Analfabetismo, Política de Educação Básica.

Na dimensão Acesso à Alimentação enquadram-se os Restaurantes populares, uma política de caráter emergencial, visando atender aqueles que têm seu DHAA violado. Essa iniciativa, apensar de estar presente em praticamente todos os Estados brasileiros é de administração dos governos locais.

Desde 2008, no Estado do Rio Grande do Norte, dentro das ações locais da EFZ vem sendo implementado o Projeto Café do Trabalhador, um restaurante popular específico de desjejum, pela Secretária de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social (SETHAS) que se propõe a possibilitar à população de baixa renda e/ou em situação de exclusão social, o acesso a um desjejum com padrão nutricional de qualidade e com um valor monetário que não comprometa o salário mensal.

Atualmente, o Projeto contempla seis cidades no Estado do RN – Mossoró, Assú, Angicos, Ceará Mirim, João Câmara e Natal –, até o ano de 2010 teve o acompanhamento gerencial do Movimento de Integração e Orientação Social (MEIOS) e a partir de 2011 a avaliação pelo próprio Estado. Assim, a meta mensal

é de 17 mil refeições nos seis municípios, disponibilizadas ao valor de R\$ 0,30 (trinta centavos) a unidade.

Considerando o tempo de sua existência, torna-se pertinente pesquisar acerca da representação que os usuários da unidade Natal do Projeto Café do Trabalhador possuem sobre o Projeto com a finalidade de compreender de que forma se estabelece a relação entre os beneficiários e a política e as implicações daí decorrentes para a realização plena do DHAA.

Para responder tal questionamento o capítulo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, aborda a mudança de perspectiva das Políticas Sociais para compreender de que maneira essas ações se firmaram ao longo do tempo; posteriormente, faz um breve histórico sobre as Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil com o objetivo de contextualizar a Estratégia Fome Zero e o Programa Restaurante Popular; na sequência apresenta a metodologia; em quarto lugar analisa os resultados e por fim tece conclusões sobre a representação que os usuários fazem do Projeto Café do Trabalhador e a proximidade e/ou distância de sua percepção da perspectiva do DHAA.

A mudança de perspectiva das Políticas Sociais ao longo do tempo: do universalismo protetor ao particularismo social

Apesar da imprecisão do surgimento das políticas sociais, para uma parcela maior da população, há certo consenso entre os estudiosos que aponta a crise do capitalismo em 1929⁶ como o

⁶ A partir de 1929, com a queda da bolsa de Nova Iorque e a Grande Depressão (1929 a 1932), a crise econômica se instala pelo mundo ocorrendo uma redução de um terço do comércio mundial (SALVADOR, 2010).

momento em que o Estado passou a assumir um destacado papel de regulação das relações entre sociedade e mercado, tendo como resultante um conjunto de políticas sociais (SALVADOR, 2010). Essas só ganharam densidade institucional e dimensão cívica quando o WelfareState (WFS) que, para muitos, começou a ser formado na Europa, no último terço do século XIX, firmou-se em meados do século XX como instituição diretamente responsável pelo atendimento de necessidades sociais agravadas pelo inexorável desenvolvimento capitalista (PEREIRA, 2011).

Apesar de seu surgimento estar relacionado às demandas por maior igualdade e reconhecimento dos direitos sociais e segurança econômica, o WFS não se institui como forma de amparo às necessidades da sociedade, mas prioritariamente para lidar com a conversão do capitalismo em modo de produção dominante a partir da Revolução Industrial. Para Pereira (2011) o WFS é um fenômeno contraditório porque, ao mesmo tempo em que atende necessidades sociais, impondo limites às livres forças do mercado, o faz preservando a integridade do modo de produção capitalista.

O paradigma dominante do Estado de Bem-Estar Social se instituiu por meio de marcos distintos em diferentes países. Cada um desses marcos gira em torno de um eixo particular que conjuntamente forma as colunas mestras (teóricas, políticas e ideológicas) modernas do WFS e de suas políticas: pleno emprego (Keynes); direitos de cidadania (Marshall); seguridade econômica e de existência (Beveridge).

Salvador (2010) apoiado em Offe (1984) define WFS como um conjunto de disposições legais que asseguram aos cidadãos o recebimento de prestações da seguridade social obrigatória e acesso a serviços de saúde e de educação organizados pelo Estado, além do auxílio em casos definidos de necessidades e

contingências. Pereira (2011) afirma que o chamado Estado do Bem-Estar Social oferece claras evidências de que não é propriamente um Estado, mas um tipo histórico de sociedade que engloba diferentes esferas de produção, distribuição e consumo e diferentes interesses – do mercado, do estado, dos trabalhadores, dos cidadãos em geral.

Diferentemente do projeto de sociedade, gestado nos países que promoveram o Estado do Bem-Estar Social, uma nova ordem de gerenciamento público se estabeleceu em muitos países a partir da crise do final dos anos 70, em torno de um projeto apoiado na generalizada privatização do Estado com a venda de empresas estatais, a mercantilização de serviços públicos e a redução dos benefícios da seguridade social, ao tempo que oportunizava a financeirização do capital.

Essa nova ordem ocasionou mudanças no perfil das políticas sociais, uma vez que se estabelecia a primazia do mercado e que se reduzia o papel do Estado na proposição das políticas. Assim, nos países desenvolvidos houve uma junção dos sistemas de proteção universal e os sistemas de proteção focalizada em grupos vulneráveis. Nos países em desenvolvimento, os sistemas de proteção universal nem bem se instituíram e já foram associados a programas focalizados, principalmente, em grupos socialmente vulneráveis dado a concentração de renda desses países.

Mota, Amaral e Peruzzo (2012) indicam que esse cenário antagônico resulta no hibridismo que é justamente o principal elemento diferenciador que vai caracterizar a política social contemporânea: uma mescla entre sistemas universais básicos e formas individualizadas de proteção privada. Os sistemas universais básicos consistem no atendimento aos direitos de cidadania elucidados por Marshall, como saúde e educação,

por exemplo, já as formas de proteção individualizada dizem respeito a programa com critérios de elegibilidade, criados com base nas características dos grupos que se pretendem alcançar (incapazes ao trabalho, pessoas abaixo da linha da pobreza, idosos aposentados, entre outros).

O crescente desmonte do universalismo protetor – como fundamento da cidadania social, sendo atualmente privilégio de poucos – dá vez ao particularismo social e à mercantilização da política social (PEREIRA, 2011). Sposati (2011) indica que há recentralização do social, dessa vez no mercado, tornando-o locus privilegiado de ofertas de serviços paralelos, ampliando a privatização da educação, saúde, previdência social, assistência social, quer para o campo lucrativo como para o não lucrativo, na forma de responsabilidade social das empresas. Para Pastorini (2006), no contexto neoliberal, as políticas sociais redistributivas passam a ocupar um lugar residual, deixando espaço para o protagonismo das “novas políticas sociais” que aparentemente são apresentadas como ações solidárias produto da soma dos esforços do Estado (suposto representante do bem comum) e da sociedade civil (entendido como um espaço despolitizado e regido pela harmonia social).

A forma atualmente predominante de política social é resultado de uma minimização da proteção social e transmutação em políticas de combate à pobreza. Melhor dizendo, a centralização no combate à pobreza mascara o que de fato o Estado mínimo intenciona que é transferir a responsabilidade dos direitos conquistados para a população e o mercado (SPOSATI, 2011; MOTA, AMARAL; PERUZZO, 2012).

Dessa forma, existe pelo governo o abandono de um modelo de proteção social baseado nas ideias de seguridade social e dos direitos sociais, de universalização do atendimento,

da uniformidade de benefícios, da participação da população no controle do sistema de proteção social e da descentralização democrática. Para Pastorini (2006), nessa nova modalidade de intervenção social, denominada por alguns como “novo paradigma das políticas sociais”, o Estado delega parte de suas responsabilidades de proteção social para a sociedade civil e para o mercado, fazendo com que os aptos busquem por meio de seus próprios recursos a sua seguridade social e amparando de forma mínima os que não conseguem por si só atingir suas necessidades básicas.

Os programas sociais nesse novo paradigma não visam atender à população inteira, com características universalistas, mas sim à parcela da população que por sua não inserção no mercado de trabalho não consegue obter esses serviços no mercado privado. São exemplos desses programas, os programas de transferência de renda condicionada, políticas inclusivas como cotas a extratos sociais menos favorecidos na inserção no ensino superior, programas de financiamento para habitação com preços diferenciados, os bancos de alimentos, os programas de distribuição direta de alimentos e os restaurantes populares.

As políticas de Segurança Alimentar e Nutricional se destacam como ações de grande relevância para assegurar de direitos, uma vez que sem a realização do DHAA outros direitos são inviabilizados.

Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional: o desafio de se instituir a Alimentação Adequada como direito social além do texto constitucional

A concretização dos direitos humanos e mais particularmente do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) compreende responsabilidades tanto por parte do Estado quanto da sociedade. A garantia dos direitos humanos e sociais deve ser assegurada pela execução das políticas públicas. Trata-se de um instrumento importante para o alcance do desenvolvimento social. É possível com elas oferecer os serviços básicos com a devida qualidade que os cidadãos necessitam (SEN, 2000). Segundo Valente (2003) o direito humano à alimentação deve ser visto como inseparável do direito humano à nutrição, na medida em que o alimento só adquire uma verdadeira dimensão humana quando transformado em um ser humano bem nutrido, saudável, digno e cidadão.

O DHAA está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos no Artigo XXV -1:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 5).

Pinheiro e Carvalho (2010) corroboram essa visão ampliada do DHAA. Para as autoras o termo “adequação” não significa exclusivamente um pacote mínimo de calorias e nutrientes, mas

também condições sociais, econômicas, culturais entre outras necessárias para sobrevivência digna dos seres humanos. Uma alimentação só poderá ser assim considerada quando atender às expectativas de diferentes grupos da sociedade e for considerada uma alimentação saudável. Adequação da alimentação é uma resultante das dimensões de quantidade e qualidade associadas a padrões culturais, regionais, antropológicos e sociais da alimentação das populações.

É necessário que as pessoas que sofrem de fome não sejam vistas apenas do ponto de vista das necessidades, mas como sujeitos com direitos, o que implica em obrigações para as autoridades públicas para assegurá-los. As pessoas que se encontram em algum nível de insegurança alimentar têm o direito de exigir políticas dos governos para que as situações de fome e má nutrição sejam minimizadas. É preciso identificar os obstáculos que as pessoas enfrentam para se alimentarem com dignidade, passo essencial para que essas políticas sejam bem direcionadas (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011).

Baseadas no DHAA as políticas públicas de SAN no Brasil são uma preocupação datada do início do século passado, intensificada com o processo de urbanização do país. O processo de industrialização levou a um êxodo rural de uma população que tinha sua alimentação originária na agricultura de subsistência, com mudanças severas da configuração demográfica das cidades que passaram a sofrer um aumento populacional sem planejamento. Dessa forma, foram criadas situações de Insegurança Alimentar (IA) para uma parcela muito representativa da sociedade.

A questão da fome no Brasil, para alguns autores, tem suas raízes vinculadas ao processo histórico de formação da

sociedade brasileira, no período colonial. O diagnóstico e as políticas receitas para o combate à fome no país passaram por três fases. Até a década de 1930, os problemas de abastecimento estavam associados à questão da oferta de alimentos para a população que crescia dirigindo-se às metrópoles. Desse período até o final da década de 1980, a fome passou a ser encarada como um problema de intermediação entre a regulação de preços e o controle da sua oferta, teve como iniciativas ações em grupos focais escolares, trabalhadores e gestantes. Finalmente, a partir da década de 1990, os problemas de abastecimento passaram a ser combatidos, supostamente, mediante a desregulamentação do mercado, na esperança de que o crescimento econômico pudesse proporcionar renda, emancipando as famílias pobres e fazendo que alcançassem a cidadania (VASCONCELOS, 2005).

As abordagens do século XX para o DHAA foram focalizadas essencialmente no desenvolvimento de tecnologias para melhorar o uso e a produção alimentar. Isso foi muito importante naquela época, mas a situação mudou. Hoje, a forma como os alimentos são produzidos é tão importante quanto a quantidade. A abordagem do direito é uma forma de nos guiarmos na direção correta, é uma forma de obrigar os governos a fazerem a melhor escolha. É preciso associar o aumento dos níveis de produção alimentar ao aumento da renda dos pobres e ao enfrentamento dos desafios ambientais do nosso tempo (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011, p. 11).

Hoje, após a revolução verde, o problema da fome não é fundamentado na falta de alimentos, mas na falta de renda para se alimentar adequadamente. A produção de alimentos na

economia de livre mercado e sem regularização ou controle estatal está voltada para o lucro, portanto a falta de renda, traduzida por pobreza, consequência da desigualdade social, agravada pela grande taxa de desemprego e pelo crescimento econômico insuficiente para incorporar a população desempregada, além da falta de políticas públicas eficazes no campo da segurança alimentar, não favorecerem a erradicação da fome (GOES, 2009; HENRIQUES, 2000 apud BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

Diante da problemática da vulnerabilidade da fome, reflexo da má distribuição de renda no país, o governo federal desenvolveu uma complexa e abrangente política pública de SAN, a Estratégia Fome Zero, estratégia que tem por objetivo assegurar o DHAA às pessoas com dificuldades de acesso aos alimentos. Tal estratégia se insere na promoção da SAN à luz da inclusão social e a conquista da cidadania das populações mais susceptíveis à fome (BRASIL, 2012; SILVA, 2008).

O Programa Fome Zero atua a partir de quatro eixos articuladores os quais são formados pelo Acesso ao alimento, a Geração de renda, o Fortalecimento da agricultura familiar e a Articulação, mobilização e controle social (BRASIL, 2012). O Quadro 1 descreve esses eixos e identifica os programas que são promotores desses pontos estratégicos para promoção da SAN.

EIXO	COMPONENTES
ACESSO AO ALIMENTO	Programas de transferência de renda como, por exemplo: Bolsa Família; Programas de alimentação e nutrição como a Alimentação Escolar (PNAE); alimentos a grupos populacionais específicos; cisternas; restaurantes populares; bancos de alimentos; agricultura urbana/hortas comunitárias; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); distribuição de vitamina A (Vitamina A+); distribuição de ferro (Saúde de Ferro); alimentação e nutrição de povos indígenas; educação alimentar; nutricional e para consumo; alimentação saudável/ promoção de hábitos saudáveis. Há ainda o acesso ao alimento por meio de incentivos fiscais como o Programa de Alimentação do trabalhador (PAT) e a redução de tributos como a desoneração da cesta básica de alimentos.
GERAÇÃO DE RENDA	Qualificação social e profissional, Economia solidária e inclusão produtiva, Consórcio de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local (CONSAD), Organização produtiva de comunidades (PRODUZIR), Desenvolvimento de cooperativas de catadores, Microcrédito produtivo orientado.
FORTALECIMENTO DA AGRICULTURA FAMILIAR	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), Garantia-Safra, Seguro da Agricultura Familiar, Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA).
ARTICULAÇÃO, MOBILIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	Casa das Famílias – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Mobilização social e educação cidadã, Capacitação de agentes públicos e sociais, Mutirões e doações, Parcerias com empresas e entidades, Controle social – conselhos da área social.

Quadro 1 – Componentes dos eixos articuladores da Estratégia Fome Zero.

Fonte: Elaboração dos autores adaptado de BRASIL (2012).

Apesar de a Estratégia Fome Zero (EFZ) fortalecer principalmente as políticas de renda, são, igualmente, importantes e necessárias políticas de acesso aos alimentos em virtude do caráter emergencial da vulnerabilidade à fome nas populações carentes, que precisam se alimentar com dignidade. Compreendendo a importância dessas ações emergenciais Yasbek (2004) aponta que essas devam ser políticas educativas (em relação aos hábitos alimentares), organizativas (para defesa dos direitos) e emancipatórias (visando a autonomia). Programas do eixo “Acesso a alimento” são tidos como ações emergenciais, entre eles, programas de acesso a refeições por um baixo custo têm bastante relevância.

No Rio Grande do Norte, um exemplo de fornecimento de refeições de baixo custo é o Projeto Café do Trabalhador. O Projeto possui seis unidades (Mossoró, Assú, Angicos, Ceará Mirim, João Câmara e Natal) no Rio Grande do Norte, está inserido no Programa de Apoio ao Trabalhador por meio da Secretaria do Trabalho e Assistência Social do Estado, sendo esta refeição oferecida nas Centrais dos Trabalhadores (MEIOS, 2009). Projetos como o Café do Trabalhador são considerados políticas locais da EFZ, ações práticas para solucionar o problema da fome, cabendo aos governos estaduais e municipais a execução e avaliação dessas ações.

O Projeto idealizado em 2004 e implementado em 2008 tem como justificativa de criação a necessidade de atender grande parcela dos trabalhadores que, em atividade, não tem possibilidade de tomar o café da manhã em seus lares, o fazem de maneira precária, optando por alimentos de baixo valor nutricional e baixo custo para não comprometer o salário.

Metodologia

Este estudo é uma pesquisa do tipo exploratória de campo, sendo considerado um estudo de caso. Foi realizada na Unidade Natal-RN do Projeto Café do Trabalhador. Os participantes da pesquisa são os usuários do projeto que realizam suas refeições no local. Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e consentiram participar. Apenas maiores de 18 anos foram entrevistados. O número foi definido em 300 usuários (sendo esse o número de refeições servida no local diariamente). Em virtude de a pesquisa ter como critério a exclusão de usuários menores de idade e funcionários da unidade, considerando ainda que alguns usuários optaram por não participar do estudo, no total participaram 208 usuários.

Quanto à coleta de dados, os usuários foram abordados depois de realizarem a refeição. Esses foram convidados a responder um questionário socioeconômico com questões fechadas, elaborado baseado no aplicado na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) no ano de 2005 e um teste de associação de palavras para compreender como o usuário percebe a política. Segundo Bardin (1977, p. 52), “o teste por associação de palavras, permite em psicologia clinica ajudar a surgir espontaneamente associação relativa às palavras exploradas ao nível de estereótipos que engendram”. Pede-se aos sujeitos que associem livre e rapidamente, a partir da audição das palavras indutoras (estímulos), outras palavras (respostas) ou palavras induzidas. Como termo indutor foi utilizado o nome do projeto: Café do Trabalhador e foram solicitadas três palavras de resposta. O teste foi aplicado antes do questionário para as associações não serem tendenciosas.

O questionário foi analisado por estatística descritiva. O teste de associação de palavras foi analisado pela proposta de Bardin (1977). As diversas evocações ocorridas, uma vez listadas, compuseram um conjunto heterogêneo de unidades semânticas, no dizer da autora, o que exigiu um trabalho de classificação para facilitar as análises descritivas e explicativas necessárias para chegar às representações do objeto considerado. Na análise do teste de associação, as evocações foram classificadas em categorias determinadas pela similaridade semântica e representatividade percentual.

Para execução da pesquisa, dentre os seis municípios onde ficam as unidades do projeto, foi escolhida a unidade de Natal-RN por concentrar maior população (803.739 pessoas) e também o maior número de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, ou seja, com *renda per capita* mensal de até setenta reais (36.661 pessoas), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo 2010. Considerando a correlação de pobreza e insegurança alimentar, a unidade escolhida é a que apresenta o maior contingente populacional em condições de vulnerabilidade social. Igualmente, é a unidade que possui o maior número de refeições distribuídas (300 refeições).

Resultados e discussão

Perfil socioeconômico

O frequentador da unidade Natal-RN do Café do Trabalhador é majoritariamente homem, com mais de 51 anos, baixa escolaridade, com renda inferior a um salário (obtida mediante um trabalho informal), locomove-se até à

unidade por meio de transporte coletivo, utiliza o restaurante todos os dias de funcionamento, motivado, principalmente, pelo preço.

Percepção dos usuários sobre o Projeto Café do Trabalhador

A percepção dos usuários cria estereótipos sobre uma dada realidade, que é definido por Bardin (2010, p. 53) como:

Um estereótipo é a ideia de algo, a imagem que surge espontaneamente, logo que se trata deste. É a representação de um objeto (coisa, pessoas ou ideias mais ou menos desligada da sua realidade objetiva, partilhada pelos membros de um grupo social com alguma estabilidade). Corresponde a uma medida de economia da percepção da realidade, visto que uma composição semântica pré-existente, geralmente muito concreta e imagética, organizada em redor de alguns elementos simbólicos simples, substitui ou orienta imediatamente a informação objetiva ou a percepção real.

Conforme elucida Bardin (1977), para que a informação seja acessível e manejável é preciso tratá-la de modo a chegarmos à representatividade condensada (análise descritiva do conteúdo) e explicativa (análise do conteúdo, veiculando informações suplementares adequadas ao objetivo proposto compreendendo certos estereótipos). Na coleta, após a evocação do nome do projeto “Café do Trabalhador”, três palavras foram, livremente, solicitadas aos entrevistados. Além de respostas de uma palavra, foram também registradas as

palavras qualificativas (ex. *baixo preço, comida suficiente, fila grande*, entre outras) e expressões que remetiam a uma ideia generalizável (ex. *para os pequenos, mesmo barato é bom, ajuda todos*, entre outras).

As respostas, por sua vez, foram categorizadas. De acordo com Bardin (2010), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto. As categorias reúnem um grupo de elementos com caracteres e sentidos comuns, sob um título genérico. Na Tabela 1 temos a frequência de evocação das categorias do estudo realizado, em ordem decrescente de acordo com o total de evocação.

Tabela 1 – Porcentagem de frequência de citação pelos usuários das categorias associadas ao termo “Café do Trabalhador”.

CATEGORIAS*	1ª EVOC.	2ª ENVO.	3ª ENVO.	TOTAL	%
PREÇO	38	51	39	128	20,51
CARDÁPIO	48	38	33	119	19,07
ORGANIZAÇÃO DO RESTAURANTE	21	20	8	66	10,58
ASSISTENCIALISMO	28	12	20	60	9,62
PÚBLICO-ALVO	19	21	16	56	8,97
AMPLIAÇÃO DA POLÍTICA	13	13	17	43	6,89
PRATICIDADE/COMODIDADE	11	9	21	41	6,57

(continuação)

GOVERNO	8	15	14	37	5,93
RENDA	4	2	6	12	1,92
SOCIALIZAÇÃO	3	4	4	11	1,76
FREQUÊNCIA DE IDAS	3	2	2	7	1,12

*Categorias com frequências de menos de 1% das evocações: inclusão (0,96%); comparação com a própria casa (0,96%); utilidade (0,64%); melhoria de vida (0,32%); políticas similares (0,32%) e nome de outros municípios do projeto (0,32%).

Fonte: Elaboração dos autores, 2014.

As categorias de maior número de evocações remetem às percepções que tiveram maior frequência, apresentando significados passíveis de elucidação sobre a opinião dos usuários com relação ao Projeto. Nessas justificativas, é possível verificar elementos valorativos da opinião dos usuários acerca da política, sem que seja tendencioso. Pode-se ainda afirmar que as categorias que tiveram maior incidência de resposta ao estímulo estão fortemente ligadas ao núcleo de percepção dos usuários, enquanto as que não tiveram tanta frequência compõem os elementos periféricos de representação do projeto. No tocante à percepção geral (independente do momento de evocação), o gráfico apresentado na Figura 1 representa o ordenamento das categorias considerando seus percentuais no total de evocações.

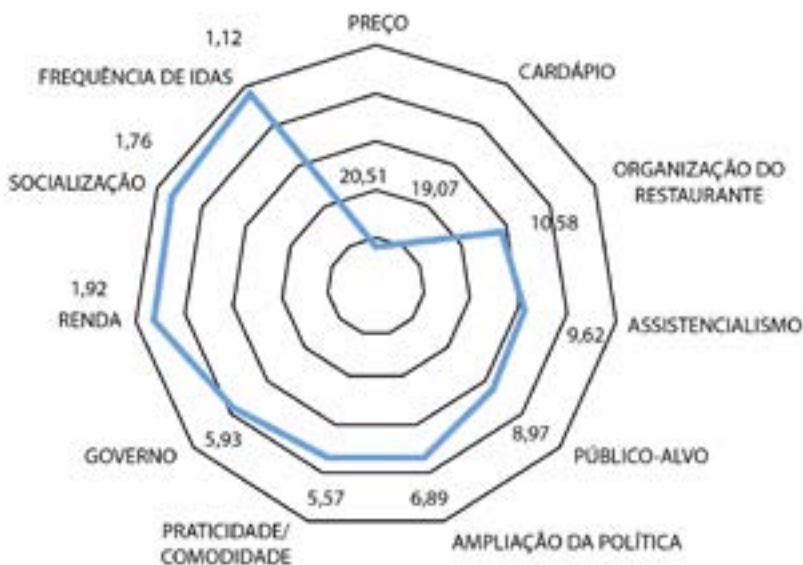


Figura 1 – Porcentagem de evocação das categorias no teste de associação de palavras com os usuários da Figura 1 – Projeto Café do Trabalhador.
 Fonte: Elaboração dos autores (2014).

Categoria Preço

A categoria preço, detalhada na Tabela 2, foi a de maior destaque nas três evocações (n:128), sendo composta em maior parte (n:64) pelas palavras *preço* e *R\$0,30*, sem menção de julgamento de valor. Como subcategoria aparece a palavra “Preço+”, em que foi verificado a valorização da quantia monetária pelos usuários, sempre colocada de modo positivo, representada pelos termos: *barato*, *baratinho*, *preço pequeno*, *mais em conta*, *preço acessível*, *de graça*, *não é caro* e *baixo preço*.

Tabela 2 – Categoria preço e suas as subcategorias.

CATEGORIA PREÇO		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
PREÇO	63	Preço e R\$ 0,30.
PREÇO POSITIVO	45	Barato; baratinho; preço pequeno; mais em conta; preço acessível; de graça; não é caro e baixo preço.
PREÇO-QUALIDADE-SATISFAÇÃO	20	Bom pelo preço; pelo preço não reclamo; mesmo barato é bom; comida boa e barata e, ainda, pouca comida por pouco dinheiro.
TOTAL	128	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

O preço, mesmo que baixo, também define quem participará da política e pode levar a uma baixa participação dos beneficiários potenciais. O perfil do usuário do projeto indicou que 2,88% dos entrevistados eram moradores de rua, o que retrata que parte dos usuários são indivíduos que vivem à margem da sociedade, sem renda própria. Durante a coleta de dados foi verificado que alguns moradores de rua pediam aos demais usuários para que pagassem sua ficha. O preço, mesmo que “simbólico”, acaba sendo selecionador de quem participa.

Outra subcategoria de “Preço” foi “Preço-Qualidade-Satisfação” (n:20) verificada em termos ou expressões curtas dos usuários em resposta à palavra estímulo: *Bom pelo preço, pelo preço não reclamo, mesmo barato é bom, comida boa e barata e pouca comida por pouco dinheiro*. Esse fato é de relevância, pois aponta

possíveis associações entre o valor monetário pago pelo usuário e a satisfação pela qualidade do serviço prestado, uma vez que o valor apresentado é simbólico (R\$ 0,30), não necessariamente se trata do valor pago pelo Estado do RN pela refeição à empresa terceirizada (R\$ 2,69). Os dados sugerem que os usuários associam o valor que pagam ao preço da refeição no mercado e a julgam mais barata. Essa subcategoria sugere que o preço real não sendo divulgado resulta na impressão errônea e consiste em uma forte limitação ao controle social da política, uma vez a associação do serviço prestado com parte do valor pago prevalece, permitindo a aceitação de condições incompatíveis com o que deveria acontecer.

Categoria Cardápio

A segunda categoria de maior representatividade remete-se ao cardápio do projeto, evidenciada na Tabela 3. A associação do projeto com aspectos de alimentação foi expressa em 120 menções relacionadas ao cardápio. Das 78 citações que associaram algum valor positivo ou negativo ao cardápio, a maioria expressou “satisfação” (60) e uma minoria “insatisfação” (20). Assim, os que relataram aspectos positivos utilizaram os termos: *boa comida*, *café reforçado* e *gostoso*. Já os que expressaram aspectos negativos expressaram as palavras: *cardápio fraco*, *pouca comida*, *melhorar a comida*, *comida salgada* e *mais mistura*. “Preparações” foi uma subcategoria, composta por nome de opções constantes do cardápio como, por exemplo: *café pingado*, *cafezinho* e *macaxeira* ou preparações atípicas que tenha tido rejeição como *moela de frango*. Alguns associaram com a rotatividade do cardápio ou alterações permanentes, a subcategoria

“Mudanças” com as palavras: *mudou a comida e todo dia muda*. Outra subcategoria de cardápio é “Saciedade”, expressado pelas palavras *saciedade e barriga forrada*.

Tabela 3 – Categoria cardápio e suas as subcategorias.

CATEGORIA CARDÁPIO		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
CARDÁPIO (COMIDA)	5	Comida e alimento
CARDÁPIO (POSITIVO)	58	Boa comida; café reforçado; comida de qualidade; alimenta bem e gostoso
CARDÁPIO (NEGATIVO)	20	Cardápio fraco; pouca comida; melhorar a comida e mais mistura
CARDÁPIO (RAZOÁVEL)	2	Comida suficiente
PREPARAÇÕES	7	Moela de frango; café pingado; cafezinho; comida salgada e macaxeira
DIETA (RESTRIÇÃO)	1	Dieta
CARDÁPIO (MUDANÇAS)	8	Mudou a comida e todo dia muda
SATISFAÇÃO (APETITE)	9	Saciedade e barriga forrada
NUTRIÇÃO	6	Nutrição; alimenta bem; alimentos de qualidade; comida saudável e alimentação boa
FOME	3	Combate à fome
TOTAL	119	

Fonte: Elaboração dos autores, 2014.

Com relação às percepções do cardápio, mesmo sendo a menor parte daqueles que manifestaram opinião espontânea sobre esse, as 20 invocações retratam aspectos de passível

melhora. A responsável técnica pela empresa terceirizada alegou que fez ajustes no cardápio em virtude da não atualização inflacionária do recurso para o menu. Outro ponto passível também de resultado da alteração é o não monitoramento do que é servido. Observou-se no cardápio pouca variedade dos ingredientes utilizados nas preparações, além de apresentações pouco atraentes dos pratos.

Os usuários expressaram que o atual cardápio atende às necessidades nutricionais, representado pela categoria “Nutrição” composta pelas palavras: *alimenta bem; alimentos de qualidade; comida de qualidade; alimentação boa e comida saudável*. A clientela do projeto desconhece os mecanismos de avaliação dos processos do projeto, mas confia que a refeição servida tenha uma preocupação nutricional. Mediante informações obtidas na entrevista, atualmente, a nutricionista responsável só faz uma análise qualitativa do cardápio, mas não estima o quanto ele contribuirá em calorias para os usuários. Como apontado pela literatura⁷, a transição nutricional no Brasil redireciona o olhar das políticas de SAN para o enfoque qualitativo, devendo as ações emergenciais serem dotadas dessa dimensão na oferta de alimentos que, além de satisfazer o apetite, seja a longo prazo benéfica para o organismo.

Categoria Assistencialismo

A categoria Assistencialismo, detalhada na Tabela 4, englobou as palavras: *ajuda; programa de ajuda; ajuda o pessoal; melhorar*

⁷ Autores que abordam a transição nutricional no Brasil: Mondoni e Gimeno (2011), Pinheiro e Carvalho (2010), Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009), Coutinho e Lucatelli (2006), Valente (2003), e Domene (2003).

a *miséria* e *programa social*. A associação da assistência à classe social menos favorecida foi tida na subcategoria “Benefício ao pobre” (19), contemplada pelos termos *beneficia o pobre* e *ajuda o pobre*. Ainda houve a subcategoria “Divindade” (6), explicitada pelos termos *benção* e *benção de Deus*. Tais concepções são o retrato fiel de que as políticas de SAN no Brasil ainda são apoiadas em apelo humanitário. Um dos maiores desafios da atualidade é que essas ações se apoiem na perspectiva do direito.

Tabela 4 – Categoria Assistencialismo e suas as subcategorias.

CATEGORIA ASSISTENCIALISMO		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
ASSISTENCIALISMO	38	Ajuda; programa de ajuda; ajuda o pessoal; melhorar miséria e ajuda todos
BENEFICIO AO POBRE	19	Beneficia o pobre
DIVINDADE	6	Benção; benção de Deus
TOTAL	63	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

Programas de distribuição direta de alimentos como leite pão e cesta de alimento têm um histórico de relação clientelista com a sociedade, acentuando a troca de favor por lealdade, sem de fato solucionar a pobreza, principal determinante da fome. Essa ação não se caracteriza como ação de garantia de direitos, contraria princípios básicos da cidadania (FALEIROS, 2003). A lógica que subordinou as políticas sociais brasileiras acarretou em um perfil despolitizado, privatizado e refilantropizado. Foram décadas de clientelismo que consolidaram nesse país uma cultura tuteladora que não favorece o protagonismo

nem a emancipação dos usuários. Dessa forma, permanece nas políticas de combate à fome a concepção de práticas assistencialistas, clientelistas e patrimonialistas, apoiadas em forte apelo humanitário, sem clara referência aos direitos humanos (YASBEK, 2004).

Mesmo diante de todo recente aparato normativo que instituiu a alimentação como direito social no Brasil (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) de 15 de setembro de 2006, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) criada por meio do Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010 e da Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010) a percepção ainda se apoia fortemente no favor e assistencialismo e até em divindade como foi verificado entre os resultados.

Categoria Público-alvo

A quarta categoria de maior representatividade na associação feita pelos usuários foi “Público-alvo”, descrita na Tabela 5. Em 37 respostas à evocação, os usuários identificaram o projeto como direcionado aos “Pobres”, citados pelas palavras: *moradores de rua; pessoal sem condições; muito mendigo; pessoas humildes; para pobres; carentes; pessoas de baixa renda; pra quem é de rua; população pobre; para os pequenos e necessitados*. Também obtida a subcategoria “Trabalhador”, citada por 11 associações com as palavras como, por exemplo: *trabalhador e para quem trabalha*. Outra subcategoria foi “Todos”, citada pelas palavras: *para todos*

e de todos. E ainda sobre a subcategoria “Não pobres”, indicada pelas expressões *tem gente de carro* e *gente de condições vem*.

Tabela 5 – Categoria Público-alvo e suas as subcategorias.

CATEGORIA PÚBLICO-ALVO		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
POBRES	37	Moradores de rua; pessoal sem condições; muito mendigo; pessoas humildes; para pobres; carentes; pessoas de baixa renda; pra quem é de rua; população pobre; para os pequenos e necessitados
NÃO POBRES	2	Tem gente de carro e gente de condições
TRABALHADOR	11	Trabalhador
TODOS	6	Para todos e de todos
TOTAL	56	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

Percebe-se que os usuários, em parte, sentem-se inferiores, quando associam o nome do programa às expressões como *para os pequenos*. Fato marcado por uma herança deixada pelas políticas de SAN – seletivas para os beneficiários que se situam abaixo da linha da pobreza e que reeditam o “dever solidário e humanitário”, configurando-se como uma política social excludente e sem princípios da cidadania. O entendimento de focalização nesse grupo reitera a matriz do favor e do apadriñamento, do clientelismo e de outras formas enraizadas na cultura política do país, sobretudo para as classes subalternas (YASBEK, 2004).

As propostas em relação ao Estado na esfera de proteção social são reducionistas e voltadas para situações extremas, com alto grau de seletividade e focalização, direcionada aos mais pobres entre os pobres. Para Faleiros (2006) o combate à fome só é possível pelo poder público quando os chamados excluídos, famintos, pobre, indigentes deixem de ser invisíveis para os que têm o poder instituído e dominante e não representem apenas fantasmas eleitores que devem ser tutelados para mantê-los no poder.

O público de uma política de SAN consiste em todas as pessoas que desejarem, pois hoje a alimentação adequada é um direito social e todos podem ter acesso às suas ações, como ocorre com a saúde e educação. Considerando a necessidade de focalização dessas ações, até mesmo sob a argumentação de escassez de recursos, é necessário que se estabeleçam critérios para delimitar quem fará parte da política e para que sejam implementados mecanismos que o favoreçam.

Organização do Restaurante

Parte dos usuários associou o nome do projeto aos aspectos da organização do espaço. Essa categoria, descrita na Tabela 6, foi a que obteve maior número de subcategorias em virtude desses aspectos serem diversos. As subcategorias e suas respectivas palavras foram: “Segurança policial” (15) – *boa segurança, segurança policial e policiamento*; “Atendimento+” (13) – *bom tratamento, entendem a gente e idoso tem prioridade*; “Atendimento” (6) – *humilhação, tratamento mal e fila grande*; “Higiene da cozinha” (8) – *cozinha limpa, cozinha fiscalizada e higiene*. “Localização” (7) – *bom local*; “Organização Geral” (5) – *boa administração e*

organizado; “Horário” (4) – cedo e 6h; “Localização” (7) – bom local; “Posto de saúde” (3) – posto de saúde; “Espaço Físico” (3) – poucos lugares e pouco espaço.

Tabela 6 – Categoria Organização do restaurante e suas as subcategorias.

CATEGORIA ORGANIZAÇÃO DO RESTAURANTE		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
ESPAÇO FÍSICO	3	Poucos lugares e pouco espaço
ORGANIZAÇÃO GERAL	5	Boa administração e organizado
DIVULGAÇÃO	1	Tem de divulgar
HORÁRIOS	4	Cedo
LOCALIZAÇÃO	7	Bom local
POSTO DE SAÚDE	3	Posto de saúde
ATENDIMENTO	1	Atendimento
ATENDIMENTO POSITIVO	13	Bom tratamento; entendem a gente e idoso tem prioridade
ATENDIMENTO NEGATIVO	6	Humilhação; tratamento mal e fila grande
HIGIENE DA COZINHA	8	Cozinha limpa; cozinha fiscalizada e higiene
SEGURANÇA POLICIAL	15	Boa segurança; segurança policial e policiamento
TOTAL	66	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

Os aspectos organizacionais do funcionamento do Projeto também devem ser considerados na avaliação das políticas de SAN, pois é possível por meio deles determinar

a permanência do usuário não apenas por necessidade, mas porque estão satisfeitos.

A subcategoria “Segurança policial” representou uma mudança ocorrida recentemente no Projeto, já que houve intervenção de policiais durante a distribuição de refeições. O fato se deu em razão da ocorrência de conflitos entre os usuários, que muitas vezes chegam alcoolizados ou sobre os efeitos de outro tipo de droga. A situação aponta a necessidade de se pensar essas ações sob um planejamento também voltado para evitar problemas decorrentes da violência mais intensa nas áreas periféricas onde o projeto se situa. Outra subcategoria relaciona-se ao atendimento, em geral bem avaliado voluntariamente pela maioria dos que emitiram opinião. Aqueles que reclamaram enfatizaram aspectos como a fila, fato decorrente da incompatibilidade do espaço com a demanda atendida. Ainda sobre a organização do restaurante, os usuários expressaram voluntariamente observações com relação à higiene da cozinha, indicando aspecto favorável e pressupondo que seja devidamente fiscalizada. Atualmente, a fiscalização da produção de refeições acontece pela Vigilância Sanitária municipal, apesar de também ser uma das atribuições de quem gerencia o projeto.

Considerando os aspectos físicos, os usuários citaram que a unidade é bem localizada, e ainda outros associaram o projeto à unidade básica de saúde como referência de motivo para estarem realizando a refeição, o que ressalta a necessidade desse tipo de política se situar próximo a aparelhos sociais que são da rotina dos usuários.

Ampliação/Continuidade do projeto

A possibilidade do atendimento de mais refeições, a presença do projeto em outras localidades e a permanência do projeto compuseram a categoria “Ampliação/Continuidade do projeto”, descrita na Tabela 7. A subcategoria “Localidades” (12) foi expressa pelas palavras: *mais lugares; outros lugares e mais bairros*. Enquanto os termos: *incluir almoço; devia ter almoço; almoço também; outras refeições e ter jantar* compuseram a categoria “aumento de refeições” (27). A preocupação com a continuidade da política foi externada pelos termos: *vai acabar e tomara que dure*.

Tabela 7 – Categoria Ampliação/Continuidade e suas as subcategorias.

CATEGORIA AMPLIAÇÃO/CONTINUIDADE DO PROJETO		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
AMPLIAÇÃO (LOCALIDADES)	12	Mais lugares; outros lugares e mais bairros
AMPLIAÇÃO (Nº DE REFEIÇÕES)	27	Incluir Almoço; devia ter almoço, almoço também; outras refeições e ter jantar
CONTINUIDADE	4	Vai acabar e tomara que dure
TOTAL	43	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

Essa categoria representou a preocupação dos usuários com manutenção das outras refeições ao longo do dia. Um dos pontos críticos apontados pelas políticas de SAN, em especial aos restaurantes populares é a desarticulação das ações. No Estado do Rio Grande do Norte existe outro programa na linha de fornecimento de refeições a baixo custo, o Barriga

Cheia, programa de restaurantes populares que serve a refeição do almoço e, apesar de também ser promovido pela SETHAS, não tem articulação com o Café do Trabalhador. Muitos usuários relataram que se deslocam no horário do almoço para a localidade do Barriga Cheia para realizarem a refeição a baixo custo. Sobressai, então, nessas falas que o atendimento de apenas uma refeição é insuficiente, uma vez que os usuários também não possuem condições de realizarem as outras refeições do dia.

Percebe-se nessa categoria a preocupação dos usuários com a expansão da política, sugerindo o projeto em outras localidades. E ainda foram identificados aqueles que se preocupam com a continuidade da política, uma vez que essas ações emergenciais apresentam oscilações de existência principalmente durante a mudança de partido na administração do Estado, fato que imprime as citadas ações um viés de “política de governo”, não de política de Estado.

Praticidade/Comodidade

A presença da categoria “Praticidade/Comodidade”, descrita na Tabela 8, indicou que nem sempre os motivos determinantes da realização da refeição são financeiros ou sensoriais com relação ao cardápio. A subcategoria “praticidade” (29) foi constituída pelas palavras: *praticidade; facilidade; prático; não faz em casa; sem tempo; rápido; ganhar tempo e agilidade*. Enquanto a subcategoria “Comodidade” teve como termos: *tudo já feito; comodidade; comida pronta; fácil e comodidade*.

Tabela 8 – Categoria Praticidade/Comodidade e suas as subcategorias.

CATEGORIA PRATICIDADE/COMODIDADE		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
PRATICIDADE	29	Praticidade; facilidade; prático; não faz em casa; sem tempo; rápido; ganhar tempo; agilidade
COMODIDADE	12	Tudo já feito; comodidade; comida pronta; fácil e comodidade
TOTAL	41	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

As ações destinadas à promoção da SAN devem considerar a realidade contemporânea que a alimentação fora do lar é uma necessidade em todos os extratos sociais. A praticidade de um restaurante popular não é apenas atrativa para o indivíduo que não possui renda suficiente para realizar outras escolhas, mas também determina a ida de muitos que não possuem tempo para realizar a refeições ou apenas acham mais cômodo não ter trabalho com o preparo delas ou dos alimentos. Desse modo, se a pretensão é que o grupo prioritário sejam os indivíduos mais carentes, o sistema de cadastro passa a ser uma necessidade.

Gobato, Panigssi e Vallalba (2010) relatam a necessidade da alimentação fora do lar ser comum a classes sociais menos privilegiadas economicamente, uma vez que na maioria das vezes os trabalhadores residem em áreas distantes dos seus locais de trabalho e, dessa forma, o custo e o tempo necessário ao deslocamento impedem de fazer as refeições em casa. Ainda é posto pelas autoras que os restaurantes populares quando não possuem cadastros atuam como reguladores de preço dos

estabelecimentos localizados em seu entorno, contribuindo para um maior acesso à alimentação fora do lar.

Governo

A associação do Projeto com a instituição que o administra, descrito pela categoria Estado, na Tabela 9, foi verificada pelas respectivas subcategorias “Pertencimento ao Estado” (28): *é do Estado; Estado e projeto do governo*. A manifestação de atribuição assistencialista do governo foi indicada pela presença da subcategoria “Doado pelo Governo” (5): *governo ajudando e ajuda do governo*. A indicação do nome da atual governadora foi expressa por um usuário. “Interesse partidário” surgiu em duas respostas com as palavras *política* e *voto*. Em uma das evocações manifestou-se a palavra *prefeitura*, indicando o desconhecimento desse usuário sobre quem administra a política.

Tabela 9 – Categoria Governo e suas as subcategorias.

CATEGORIA GOVERNO		
SUBCATEGORIAS	TOTAL	PALAVRAS
GOVERNO	28	É do Estado, governo e projeto do governo
NOME DO GOVERNADOR	1	Rosalba
PREFEITURA	1	Prefeitura
DOAÇÃO DO GOVERNO	5	Governo ajudando e ajuda do governo
INTERESSE PARTIDÁRIO	2	Política e voto
TOTAL	37	

Fonte: Elaboração dos autores (2014).

Essa categoria representa um obstáculo ainda a ser ultrapassado pelas políticas de SAN, as quais são vistas com aspecto assistencialista associado ao “favor” voluntário do governo. Em todo o estudo o Projeto não foi associado à palavra direito ou alguma palavra similar. A realidade aponta que essas políticas são usadas de modo utilitário, como *marketing* político levando aos usuários temerem a continuidade do Projeto caso o governante que o implementou não permanecer no poder. A marca institucional do Projeto apresenta de modo marcante as cores do partido que ocupa o governo naquele momento. A herança de disfunções da administração pública de programas similares leva a um estereotipo de tutela do Estado com esses grupos mais vulneráveis socialmente quando na verdade está apenas cumprindo sua obrigação legal.

Renda

A associação do Projeto Café do Trabalhador com renda ocorreu em 12 associações pelas palavras *econômica*, *econômico*, *economia de renda*, *salário mínimo* e *diminuir gastos*. Como prevê o Projeto, a ida do usuário representa uma economia monetária para outras necessidades do seu dia a dia.

Socialização

Ao se falar de alimentação não é possível dissociar seus veículos culturais, emocionais e simbólicos. Entre as categorias foi possível verificar a associação do Projeto com a necessidade de socialização dos usuários representada pelas palavras

encontro, amizade, amigos e pra se distrair. Os usuários consideram que o projeto era um momento de encontro e amizade, uma vez que parte tinha frequência assídua e se reencontravam. Daniel e Cravo (2005) afirmam que a comensalidade ao permear todos os estratos socioeconômicos, trata-se de uma dimensão cultural inerente às relações sociais. Na sociedade urbano-industrial os refeitórios tornam-se espaço não meramente de ingestão de alimentos, mas de criação de vínculos.

Este tipo de apreciação pelos beneficiários é relevante, pois permite uma visualização de particularidades do Projeto e suas representações sociais por parte dos usuários. É também possível por esse tipo de estudo identificar como o projeto se estabelece em meio à concepção da alimentação quanto Direito Humano fundamental, uma vez que ações de natureza emergencial possui um histórico de relação clientelista com seus usuários no Brasil.

Conclusão

As percepções sobre as ações de SAN relacionam pontos distintos do amplo conceito. De forma geral, as percepções retratadas dos usuários são produtos das dificuldades sintetizadas por Takagi e Belik (2006) a respeito da Política de Segurança Alimentar e Nutricional Brasileira:

1. A população pouco percebe que o acesso à alimentação adequada é um direito, em decorrência de um histórico de disfunções da administração pública brasileira em torno desse tipo de ação pública.

2. A valorização excessiva de ações emergenciais de combate à fome, por possuírem um forte apelo político com resultados fracos para superação dos determinantes de insegurança alimentar. Essas ações são realizadas em detrimento da busca por ações que instituíam a SAN de modo permanente.
3. A falta de um desenho claro das políticas tornando-as fragmentadas, pontuais e setorializadas, quando a política deve ser multisetorial e integrada.
4. A ênfase e o fortalecimento dos programas de transferência de renda dissociados da noção do acesso à alimentação de qualidade acarretam um agravamento da transição nutricional brasileira, levando indivíduos que tinham dificuldade de obter alimentos a se alimentarem de forma indevida.

Para Allain e Camargo (2007) as políticas de alimentação de nutrição ainda têm sua representação afetada pelos grandes contrastes do país. De um lado, os padrões de consumo foram globalizados, resultando em preocupações com a qualidade das refeições, em virtude do aspecto nutricional ou higiênico-sanitário. De outro, essas representações também simbolizam o quão é presente a preocupação dos indivíduos com a escassez de alimento.

Valente (2003) fortalece esse argumento ao defender que os diagnósticos sobre a questão alimentar brasileira se assemelham à metáfora do elefante indiano, em que vários sábios foram solicitados pelo rei que examinassem o animal de olhos vedados e lhe informasse de que se tratava. O que tocou a pata

definiu que se tratava do tronco de uma árvore, aquele que examinou a orelha achava que seria um leque, e assim por diante. As percepções do problema de SAN no país é algo análogo, já que todos estão falando do mesmo Brasil com diferentes olhares, o que acaba levando a diagnósticos diferentes.

As palavras utilizadas pelos beneficiários apontam para o fato de que apesar da evolução constitucional do DHAA no Brasil, permanecem características de cunho clientelista, assistencialista, imediatista e sem clara referência a direitos. Observa-se que ainda há muito que fazer para que a alimentação seja considerada pela população um direito social igual à saúde e educação.

Referências

ALLAIN, Julianan Mezzomo; CAMARGO, Brigido Vizeu. O papel da mídia brasileira na construção das representações sociais de segurança alimentar. **Psicologia: Teoria e Prática**. Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 92-108, 2007.

BARDIN, Laurrance. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELIK, Walter; SILVA, José Graziano da; TAKAGI, Maya. Políticas de combate à fome no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº1/92 a 64/2010 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 64. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Presidência da República Federativa do Brasil. **Fome Zero**. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov>>. Acesso em: 12 ago 2012.

DANIEL, Junbla Maria Pimentel; CRAVO, VeraluzZicarelli. Valor Social e Cultural da Alimentação. In: CANESQUI, Ana Maria; DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. **Antropologia e Nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. Fome, pobreza e exclusão social: desafios para o governo e a sociedade. **Ser Social**, Brasília, n.13, p.109-29, jul./dez. 2003.

GOBATO, Renata Cristina; PANIGASSI, Giseli; VILLALBA, Juliana Pasti. Identificação do perfil de usuário de um Restaurante Popular do Município de Campinas. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 14-25, 2010.

GOES, Carlos Roberto. **A produção de alimentos sob a égide da empresa capitalista: a produção de soja no Rio Grande do Sul**. Monografia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/index.php>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

LEÃO, Marília; RANCINE, Elisabetta. O Direito Humano à Alimentação Adequada. In: TADDEI et al. (Org.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. **Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. (Relatório Final). Brasília, 2011.

MOTA, Ana E.; AMARAL, Angela S.; PERUZZO, Juliane F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, Ana E. (Org.). **Desenvolvimentismo e Construção da**

Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade social. São Paulo: Cortez, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque: ONU, 1948.

PASTORINI, Alejandra. Assistencialização da proteção social e os programas de combate a pobreza no Brasil. **Revista Ser Social**. v.1, n.18, p. 253-284, jan./jun. 2006

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política Social:** temas e questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Maria de Fatima Cruz Correia. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 121-130, 2010.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Gidyenne Christine Bandeira. **Avaliação da política de segurança implementada através dos restaurantes populares do Rio Grande do Norte**. Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2008.

SPOSATI, Aldaíza. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. In: **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n.1, jan./jun. 2011.

TAKAGI, Maya; BELIK, Walter. A Implantação da Política Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: entre a caridade e os gastos sociais. Quito. **Anais do VII Congresso Latino-Americano de Sociologia Rural**, 2006.

VALENTE, Flávio. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 1, jun., p.51-60, 2003.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 4, n. 18, p. 439-57, 2005.

YASBEK, Maria Carmelita. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **Revista São Paulo em Perspectiva**. v. 2, n. 18, p. 104-112, 2004.



II Parte

Proteção Social, Políticas Públicas
e Questões Socioculturais

Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais

Maria Natália Pereira Ramos¹

Minha família anda longe [...],
Tão longe, a minha família!
Tão dividida em pedaços!
Um pedaço em cada parte.
Minha família anda longe.

Cecília Meireles, “Memória”, in *Poesia Completa*

Introdução

O aumento da globalização e dos fluxos migratórios no mundo, internos e internacionais, fizeram aumentar a multi/interculturalidade na sociedade e o número de famílias, mães e crianças migrantes e de minorias étnico-culturais. Nascer e viver entre culturas poderá constituir uma experiência capaz de favorecer o desenvolvimento, o bem-estar e a criatividade dos indivíduos e das famílias, como igualmente provocar inadaptação, doença, sofrimento e vulnerabilidades, nomeadamente de saúde e familiares, particularmente para as mães e para as crianças. Com efeito, ser mãe, nascer, viver, crescer em contexto

¹ Psicóloga; Doutorada e Pós-doutorada em Psicologia; Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Coordenadora do Grupo de Investigação “Saúde, Cultura e Desenvolvimento” do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Universidade Aberta. E-mail: natalia@uab.pt

intercultural e/ou migratório poderá representar um risco para a saúde mental e física, constituir uma fonte de estresse para a criança e sua família e, ainda, implicar dificuldades psicosociais e de adaptação social. São particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes dos processos migratórios, das mudanças culturais, sociais e espaciais.

A experiência migratória, para muitas mulheres que vivem entre culturas, é complexa e ambivalente. A feminização das migrações e a mobilidade familiar promovem mudanças positivas na dinâmica e na economia familiares, nos papéis parentais, femininos e educativos, proporcionam maior autonomia, autoconfiança e capacitação feminina, mas implicam também alguns riscos, sociais e culturais, e favorecem vulnerabilidades e conflitos (MOZÈRE, 2004). Com efeito, em contexto de mobilidade, as mulheres são agentes de mudança na região ou país de acolhimento e de origem, sendo objeto de múltiplos processos de transformação e desenvolvendo estratégias identitárias, que variam segundo as suas trajetórias individuais, de acolhimento e de origem (CAMILLERI, 1990; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2009). As mulheres migrantes mantêm múltiplas pertencas identitárias e redes interculturais e transnacionais, desenvolvem novas práticas de cidadania e conquistaram novas identidades e direitos, enfrentando, igualmente, novos problemas sociais, familiares, identitários, de saúde, discriminação e violência.

As questões da diversidade cultural e da mobilidade humana estão na agenda política da maioria dos Estados e são da maior atualidade ao nível da investigação, da formação e da intervenção nos setores social e da saúde, em particular as migrações femininas e familiares. Essas problemáticas

implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da pesquisa e da intervenção, nomeadamente no domínio das relações interculturais, da saúde e da comunicação e constituem um desafio mundial, europeu e nacional. Os contatos entre culturas e a diversidade cultural integram, cada vez mais, todos os domínios da esfera pública, e essa diversidade deverá ser considerada como a destacada pela UNESCO (2002, p. 6), na “Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural”, artigo 3: “Uma das fontes de desenvolvimento, entendido não só como crescimento econômico, mas, também, como meio de acesso a uma existência intelectual, afetiva, moral e espiritual satisfatória”.

A(s) interculturalidade(s) vem colocar novas questões quanto às práticas, estratégias e políticas relativas à gestão dos contatos interculturais e da comunicação, em particular da comunicação intercultural e da comunicação em saúde, à negociação das identidades e dos conflitos, bem como à *aculturação psicológica*, ou seja, às mudanças que o indivíduo vivencia em resultado da relação com outra cultura e da participação no processo de aculturação. Essa área de investigação e de intervenção constitui um domínio muito importante e atual nos diferentes setores, nomeadamente sociais, educacionais, comunicacionais, sanitários, laborais e jurídicos, implicando uma abordagem multi/interdisciplinar e multidimensional.

As relações interculturais, a gestão da diversidade cultural e da comunicação na sociedade multicultural, assim como os processos e as dificuldades resultantes dos contatos interculturais e o desenvolvimento de competências interculturais, são objeto de preocupação dos Estados, dos profissionais e de vários organismos internacionais, tais como a “Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura” (UNESCO),

a “Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico” (OCDE), a “Organização das Nações Unidas” (ONU), a “Organização Internacional para as Migrações” (IOM), a “Associação Americana de Psicologia” (APA) e o “Conselho da Europa” (CE). Também têm vindo a ser alvo na pesquisa e na formação intercultural os fatores cognitivos, afetivos, sociais, linguísticos, culturais, comportamentais e políticos, bem como os estereótipos, a discriminação e o etnocentrismo, os quais podem originar problemas nas relações entre os indivíduos e as culturas nas sociedades multiculturais e influenciam os comportamentos, as atitudes, o bem-estar e a saúde dos indivíduos. Assim, as problemáticas do domínio intercultural implicam aprender a viver e a trabalhar com o *outro*, exigem competências de cariz psicológico, social, cultural, pedagógico e comunicacional, baseadas na experiência da alteridade e da diversidade e no equilíbrio entre o universal e o singular. Nesse sentido, o Conselho da Europa (2001) acentua que é necessário evitar os perigos e os conflitos que podem resultar da marginalização daqueles que não possuem competências para viverem e comunicarem num mundo multicultural, interativo e global. Do mesmo modo, a Associação Americana de Psicologia salienta a importância de integrar as questões da multi/interculturalidade e da diversidade na educação, formação, investigação, prática profissional e mudança organizacional, assim como a necessidade de produzir bases teórico-conceituais e investigação empírica relevante nesse domínio, tanto em Psicologia como em disciplinas relacionadas, que justifiquem e forneçam suporte às orientações e intervenções no âmbito da interculturalidade (APA, 2003).

A articulação dos domínios da saúde, comunicação e cultura é reconhecida, cada vez mais, como um elemento

fundamental para melhorar a adesão e a qualidade das práticas de saúde, para promover o bem-estar e a saúde individual e coletiva, não só em contextos autóctones, mas, sobretudo, interculturais, migratórios ou minoritários e para a promoção de competências interculturais e definição de políticas de saúde.

Mobilidades e multiculturalidade na atualidade

A multiculturalidade, no sentido da coexistência numa mesma sociedade de várias culturas e etnias distintas, e o contato intercultural, ou seja, o encontro de pessoas e de grupos diferentes do ponto de vista cultural, étnico ou linguístico, são elementos que caracterizam, cada vez mais, o tecido social e profissional do mundo atual.

Muitos homens, mulheres e famílias emigram no interior do seu próprio país de origem ou para outro país para fugir da pobreza, da falta de oportunidades, da violência e da opressão dentro do próprio núcleo familiar ou comunitário. Emigram também motivados pelo desejo de concretizar sonhos, com a vontade de se emancipar, alcançar autonomia e independência financeira e afetiva e como estratégia para dar melhores condições de vida aos filhos e demais membros da família. Portanto, constata-se que os percursos migratórios, em relação ao passado, são hoje mais diversificados, complexos, feminizados, qualificados, internacionalizados e individualizados, atingindo todos os continentes, países, gêneros, classes sociais e gerações. Esses percursos migratórios estão na origem de profundas transformações identitárias, espaciais, territoriais e interculturais e implicam os vários domínios da esfera pública e privada, nomeadamente familiar e laboral, particularmente feminina.

No mundo globalizado de hoje, ainda que continuem a existir muitos migrantes que são objeto de medos, preconceitos, violência e exclusão, e ainda que haja muitos indivíduos vítimas de exploração e tráfico humano, principalmente mulheres, homens e jovens continuam a deslocarem-se dentro ou para fora dos seus territórios, por motivos econômicos, políticos, laborais, de desigualdades sociais e de gênero, acadêmico-científicos, individuais/subjetivos ou de guerras, desastres e catástrofes ambientais. A migração constituiu, assim, um fenómeno importante, sobretudo na Europa, na Ásia e na América do Norte, registando-se perto de mil milhões de pessoas em situação de mobilidade no mundo (OCDE, 2012). As migrações ocorrem, sobretudo, no interior dos países, estimando-se que haja mundialmente 740 milhões de migrantes internos e 240 milhões de migrantes internacionais. A UNICEF (2011) destacava que 33 milhões de migrantes internos são crianças e jovens menores de 20 anos de idade, os quais migraram com as suas famílias ou sozinhos, sobretudo de meios rurais para a cidade: na África, os migrantes com menos de 20 anos constituem o maior grupo da população total de migrantes (28%); na Ásia e na Oceania, 20%; e nos continentes americano e europeu, 11%.

Dos migrantes internacionais, mais de 100 milhões são mulheres, constituindo a feminização das migrações uma das características das migrações contemporâneas (OCDE, 2012). O número de deslocados e refugiados devido a catástrofes, a guerras ou por motivos políticos alcançou em 2014 um total de 60 milhões de pessoas e tende a aumentar (ONU, 2014). As migrações forçadas de pessoas, geralmente, tráfico de mulheres e crianças por redes criminosas internacionais, atingem 12 milhões de indivíduos. Segundo a OCDE, um terço das migrações internacionais corresponde a migrações familiares,

sendo a reunificação familiar a principal via de entrada da imigração para a União Europeia e EUA, verificando-se que 75% dos fluxos migratórios anuais são constituídos por cônjuges, filhos e outros familiares, ainda que os projetos migratórios sejam mais autónomos e individualizados (RAMOS, 2012a, b).

Dessa forma, deve-se destacar que o número de migrantes internacionais aumentou significativamente. Na década de 70 do século passado, registava-se apenas 75 milhões. Só na União Europeia (UE), o número de migrantes provenientes de países extraeuropeus aumentou 75% desde 1980, sendo a Europa o continente que acolhe o maior número de migrantes no mundo e o continente mais feminizado. No contexto europeu atual, a migração feminina representa 53,4% da população imigrante na Europa (a taxa mais elevada em relação aos outros continentes) e 45% da população imigrante em Portugal. De acordo com dados do Censo 2010 (IBGE, 2012), 53,8% dos emigrantes brasileiros no mundo são mulheres. Segundo esse organismo, o Brasil abriga 286.468 imigrantes internacionais que vieram de outros países, tendo o número de imigrantes a viver no Brasil aumentado 86,7% em dez anos. Do total de imigrantes internacionais, 174.597 nasceram no Brasil, significando que 65,1% destes são os chamados imigrantes de retorno (IBGE, 2012).

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, residiam, em Portugal, 394.496 indivíduos de origem estrangeira, representando 3,7% do total de residentes do país. Mais de metade dessa população estrangeira é constituída maioritariamente por mulheres (206.410), sendo os homens 188.086, e 51,6% reside na região de Lisboa (INE, 2012). A maior comunidade estrangeira é a brasileira (28%), seguindo-se a cabo-verdiana (10%), a ucraniana (9%), a angolana (6,8%), a romena (6,2%) e os originários da Guiné-Bissau (4,1%). Em Portugal, entre as mulheres

estrangeiras, as brasileiras são as mais numerosas, representando 57,9% da comunidade brasileira. O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) destacava que, em 2009, os nascimentos em Portugal de filhos de imigrantes representavam 10,4% da totalidade dos nascimentos neste ano, sendo os brasileiros os que contribuem com o maior número de crianças e os que se mantêm em primeiro lugar na união com portugueses. Em 2010, 25,3% dos recém-nascidos no Algarve eram filhos de mãe de nacionalidade estrangeira (sobretudo de origem africana dos PALOP, brasileira e europeia de leste). Os dados do INE registam, igualmente, um aumento de casamentos mistos em Portugal, ou seja, entre portugueses e estrangeiros. Portugal tem igualmente reforçado a sua diáspora no mundo, nomeadamente feminina, estimando-se que o número de portugueses e descendentes no estrangeiro atinja cerca de cinco milhões de indivíduos.

A Europa, a África, a Ásia Central, a América Latina e as Caraíbas constituem as zonas geográficas onde, desde 1960, se tem verificado grande aumento da emigração feminina. Destaca-se, assim, que a feminização das migrações internacionais faz parte da nova era das migrações, seja no quadro do reagrupamento familiar, seja como migrantes autónomas, sendo fundamental estudar a feminização das migrações respetivas implicações e impactos nos países de destino e de origem.

Políticas e estratégias migratórias de saúde e gênero

Na integração, no desenvolvimento e no bem-estar das famílias e mulheres migrantes são determinantes as atitudes e os comportamentos da população de acolhimento, bem como

as políticas da sociedade recetora. A diversidade cultural e as migrações têm colocado numerosos questionamentos ao nível internacional, europeu e nacional e têm conduzido à implementação de programas e políticas para responder às necessidades dessas populações, tendo sido tomadas também várias medidas com vista à gestão eficaz das migrações e a políticas efetivas de migração e integração, nomeadamente na União Europeia (PNUD, 2009).

As migrações internas e internacionais constituem um desafio importante para os Estados, nomeadamente ao nível político, social e jurídico, assumindo particular importância a definição dos direitos dos trabalhadores migrantes e das suas famílias. É nesse contexto que foi adotada, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução n.º 45/158, 18 de dez. de 1990), a “Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos dos Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias” a qual entrou em vigor em 2003. Para o Comité Económico e Social Europeu (CESE, 2004 apud RAMOS, 2012c), essa convenção tem como objetivo: “A proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas que emigram por razões económicas ou laborais em todo o mundo, mediante legislações adequadas e boas práticas nacionais”.

No contexto europeu, a “Convenção Europeia de Assistência Social e Médica” e a “Carta Social Europeia” (2006) constituem instrumentos fundamentais para a garantia dos direitos de proteção social e de saúde, em situação de igualdade com os nacionais, da população estrangeira residente nos estados-membros do Conselho da Europa. Ao nível europeu, foi igualmente desenvolvido o Projeto *Migrants – Friendly Hospitals – MFH* (2002-2005), tendo como objetivo identificar áreas prioritárias de intervenção nesse domínio, com vista a facilitar o

acesso à saúde dos migrantes, reduzir as barreiras linguísticas e a iliteracia dos utentes e promover cuidados de saúde culturalmente competentes. Um dos produtos desse projeto europeu foi a “Declaração de Amesterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada” (WHO, 2004), onde são feitas recomendações para uma política de saúde de acolhimento às populações migrantes e onde foram selecionadas três áreas de intervenção prioritárias: melhoria da interpretação e tradução na comunicação clínica; produção de informação amiga do migrante e formação em cuidados materno-infantis; e formação dos profissionais de saúde para a aquisição de competências culturais, de modo a capacitar os profissionais para uma melhor gestão da interculturalidade, nomeadamente em contexto hospitalar.

Em Portugal, a legislação garante aos migrantes o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, estatuto legal e nível económico (Despacho 25 360/2001, do Ministério da Saúde). Também no mesmo país, várias estratégias e políticas têm sido desenvolvidas, a nível governamental, tendo em vista a proteção e a promoção dos direitos das populações migrantes, nomeadamente das famílias e mulheres migrantes. O Alto Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) incluiu no “Plano para a Integração dos Imigrantes” (PCM/ACIDI IP, 2010) várias medidas, tendo em vista a promoção da integração, saúde, desenvolvimento e educação das populações migrantes, bem como o apoio aos profissionais que cuidam desses grupos, tais como: promoção do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde; plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde; implementação de um programa de serviços de saúde amigo dos

imigrantes; institucionalização de procedimentos com vista a uma melhor gestão dos acordos de saúde e agilização do acesso dos imigrantes e seus acompanhantes aos serviços de saúde; investimento na promoção da saúde mental dos imigrantes.

O ACIDI integrou, também, diversas medidas, com o objetivo de promover as questões de gênero e os direitos das mulheres migrantes, nomeadamente: reforço do *mainstreaming* de gênero no acolhimento e na integração de imigrantes; divulgação, junto das mulheres imigrantes, de informação sobre os seus direitos e deveres específicos enquanto mulheres; capacitação dos agentes de mediação intercultural, no atendimento em serviços públicos, em questões de gênero e na área da violência doméstica; promoção da participação das mulheres no movimento associativo e na área do empreendedorismo; prevenção da violência doméstica e da violência de gênero junto dos homens e das mulheres migrantes; desenvolvimento de ações de combate ao tráfico de seres humanos e outras formas de violência de gênero com a criação da Rede de Apoio e Proteção a Vítimas de Tráfico de Seres Humanos e do Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos.

Também o “V Plano Nacional para a Igualdade de Gênero, Cidadania e Não Discriminação 2014-2017” (V PNI, 2013), enquadrando os compromissos assumidos por Portugal nas várias instâncias internacionais, pretende reforçar a intervenção, sobretudo nos domínios da educação, saúde e mercado de trabalho, por meio de medidas e políticas públicas destinadas a combater as desigualdades de gênero, a melhorar a situação das mulheres em situação de maior vulnerabilidade, nomeadamente das mulheres migrantes, e a promover os direitos e a construção da igualdade entre mulheres e homens.

A Comissão Europeia e o Conselho da Europa defendem que os estados da União Europeia (UE) devem promover cuidados de saúde adaptados às necessidades dos diferentes grupos populacionais. Muito embora os países da UE tenham desenvolvido políticas de saúde incluindo os migrantes, refugiados e minorias, permanecem ainda muitas lacunas e desequilíbrios entre as práticas e as políticas (BRORING et al., 2003). As pesquisas sobre a saúde dos migrantes sublinham que os problemas mais frequentes na origem da doença mental ou física, no acesso e continuidade aos cuidados de saúde dessa população, dizem respeito ao desconhecimento dos seus direitos e dos locais onde se devem deslocar para aceder aos mesmos, às dificuldades administrativas, aos custos dos tratamentos, ao isolamento familiar, à discriminação, à exclusão, à falta de suporte social, ao medo de serem denunciados, em caso de clandestinidade, à precariedade das condições econômicas, habitacionais e laborais, a hábitos e crenças culturais e às barreiras culturais, linguísticas e comunicacionais (RAMOS, 2004, 2006, 2008a, 2009, 2012a, 2012b; SCHEPPERS et al., 2006; STAMPINO, 2007; LAZEAR et al., 2008). Com efeito, na saúde dos migrantes e minorias, ainda que o direito e acesso aos cuidados de saúde constituam dimensões importantes, existem outros fatores que influenciam a saúde, nomeadamente os estilos de vida, a pobreza, a exclusão social, o desemprego, a discriminação, o isolamento, a falta de informação e a baixa escolaridade (CSDH, 2005).

É importante ter em conta que entre a população imigrante existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente os imigrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento, os que nunca tiveram contato com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação

de isolamento, de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e exclusão. É necessário ter em conta que muitos migrantes têm maior tendência a adotar menos medidas de saúde preventivas, recorrendo, sobretudo, aos médicos e hospitais em caso de emergência ou em estado avançado de doença, têm maior risco de desenvolver doenças mentais, diabetes, doenças cardiovasculares, de apresentar uma maior taxa de mortalidade associada ao cancro e que uma grande parte das doenças graves a que estão mais expostos (por exemplo, doenças infecciosas como a tuberculose, a hepatite B e C e o HIV-SIDA) pode ser prevenida ou tratada.

Maternidade entre culturas e perspectivas de saúde

Os migrantes são confrontados com numerosas perdas e mudanças, nomeadamente familiares, culturais, linguísticas, sociais, biológicas, territoriais, ambientais, políticas, religiosas, das redes de convívio e amizade, elementos que podem aumentar os riscos e as vulnerabilidades em relação aos problemas de saúde mental e física e dificultar a adaptação e a integração na nova sociedade. A experiência migratória envolve uma mudança psicossocial profunda semelhante a um luto ou a uma incapacidade, estando, em geral, associada ao estresse e ao sofrimento, mais ou menos significativos, segundo os diferentes tipos de migração, verificando-se, igualmente, que as características dos países de origem dos migrantes e dos próprios migrantes influem também na saúde desses nos países ou regiões para onde emigram (RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2008b, 2009, 2012a).

Múltiplos fatores interferem na integração das famílias e mulheres migrantes na sociedade ou região de acolhimento e nas mudanças de valores, atitudes e comportamentos, nomeadamente os respeitantes à maternidade e a práticas de maternagem: o tempo decorrido desde a chegada à região ou país de acolhimento; o nível de escolaridade; a origem urbana ou rural da família; a situação económica da família na região/país de chegada; a estrutura, funcionamento e características da família, por exemplo monoparental ou nuclear; a cultura de origem e a rutura ou manutenção dos contatos com esta; e o nível de integração e as possibilidades de contato da mulher migrante com a sociedade de acolhimento, nomeadamente ao nível do trabalho, associações, grupos de mulheres, serviços de saúde ou educativos.

Na sociedade de acolhimento, o trabalho assalariado das mães migrantes (não exercido frequentemente no país de origem ou radicalmente diferente do da região de origem), a dupla jornada de trabalho, o isolamento familiar e social, novos modos de vida e novas referências socioculturais, por vezes contraditórias, trazem mudanças no estilo de vida, nas práticas reprodutivas e de fecundidade, nomeadamente na diminuição do número de filhos, e nas práticas de maternagem, por exemplo, na diminuição do período de aleitamento materno, no abandono de algumas práticas tradicionais de cuidados e socioeducativas, podendo, a migração, dificultar a vivência da maternidade e a educação dos filhos (DONNAY; THOSS, 1985; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2009, 2011a, 2012c).

Como já salientava Bastide (1969), nas sociedades onde a coesão do grupo migrante é fraca e a aculturação é grande, constata-se uma ruptura das tradições, que origina uma perda de referências e de sentido relativamente às práticas

de cuidados e educação das crianças. A situação de migração poderá representar uma fonte de estresse e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança, devido às rupturas, ao isolamento, à solidão, às dúvidas e à ansiedade que acompanham essa etapa. Com efeito, são especialmente as mães e as crianças as mais vulneráveis ao estresse, às rupturas, às transformações e aos problemas resultantes da migração (RAMOS, 1993, 2004, 2008b, 2009; UNFPA, 2006).

Algumas mulheres, sobretudo as que migram sozinhas, confrontam-se com a solidão, o isolamento, o sofrimento e a culpabilidade, ainda que se sintam mais autônomas, do ponto de vista financeiro e das relações conjugais e familiares. Muitas mulheres migrantes no passado e no presente (nomeadamente de Portugal, da Ásia, da América Latina) são obrigadas a deixarem os seus filhos no país de origem ao cuidado de familiares, sobretudo mulheres (avós, mães, irmãs, tias, meninas), ou de empregadas domésticas mais pobres, para cuidarem de outros, principalmente crianças e idosos, nos países de acolhimento, o que alguns autores designam de “maternagem transnacional” (HONDAGNEU-SOTELO; ÁVILA, 1997), de “cadeias globais de assistência” ou de “cadeias globais de cuidados” (HOCHSCHID, 2000; EHRENREICH; HOCHSCHID, 2002). Essa situação que tende a aumentar na atualidade, tem implicações psicológicas, familiares e sociais importantes, particularmente para as mães e crianças que ficam – os designados “orfãos das migrações” – e tem tendência para se repetir no tempo e no espaço (PARRENAS, 2001, 2005; RAMOS, 1993, 2004, 2008b, 2011a, 2012c).

Com efeito, a globalização e a mercantilização das tarefas domésticas e de cuidados é um fenómeno que tem vindo a

registar-se, sobretudo desde os finais do século XX, estando cada vez mais associado às mulheres migrantes, muitas delas convertidas em “mães substitutivas da infância global”, processo que reproduz a questão da transmissão das funções domésticas e do cuidar, principalmente entre mulheres (NASH, 2012).

Em situação de migração, a família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear ou monoparental, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada ou pela comunidade, verificando-se uma diminuição ou perda das redes de apoio familiar e suporte social, situação que vem reforçar o isolamento e a vulnerabilidade das famílias. A situação de migração poderá representar uma situação de risco e fonte de sofrimento, ansiedade, estresse, conflito e depressão para a mulher migrante, em especial durante a gravidez, no nascimento e no pós-parto, com consequências para a mãe e para a criança, devido às rupturas, à separação, ao isolamento, à solidão, à ansiedade, às dúvidas e ao desconhecimento que acompanham essa etapa (FRANKS; FAUX, 1990; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2008b, 2009, 2011a, 2012a, 2012c; RADEMAKERS; MOUTHAAAN; NEEF, 2005; MUNK-OLSEN et al., 2006; NY et al., 2007; LOPES, 2008; SOPA, 2009; FUNG; DENNIS, 2010).

O nascimento de um filho provoca importantes mudanças na vida dos pais e das famílias, principalmente das mães, implicando um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos e alterações nos papéis familiares, hábitos e rotinas diárias. Essa situação exige um conjunto de adaptações, readaptações e mudanças por parte dos pais, tanto ao nível psicológico, social, biológico e físico, como na gestão do tempo e compromissos, e na responsabilidade de cuidar de uma criança, processo que origina algumas dificuldades e ambivalência de

sentimentos, bem como níveis de ansiedade e de estresse, por vezes, elevados. Em contexto migratório, o nascimento, momento de ruptura psíquica e física, reativa, em geral, o sofrimento, a memória, a perda e a dor do exílio e da separação. A migração poderá vulnerabilizar a vivência da gravidez e da maternidade e as primeiras interações com a criança pelos condicionalismos impostos pela migração, nomeadamente a aculturação psicológica, a solidão/isolamento e o individualismo. O nascimento em situação migratória favorece conflitos de maternagem e disfuncionamentos culturais e psicológicos que são também verificados nas mulheres autóctones das sociedades ocidentais, problemas ligados ao isolamento e à solidão das famílias, sobretudo das mães, às mudanças e conflitos culturais, à necessidade de conciliar diversos papéis e identidades na vida familiar e profissional e à cultura do individualismo, valor dominante na sociedade contemporânea (RAMOS, 1993, 2004, 2011a; HAYS, 1997). Essa situação poderá constituir-se traumática e fonte de sofrimento, de ansiedade e de estresse, em especial para as mulheres que vêm de meios rurais ou tradicionais, onde a mãe e a criança são fonte de cuidados e acompanhamento da família e da comunidade, sobretudo feminina.

Igualmente, sendo a gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança nas sociedades tradicionais – por exemplo, em mulheres indígenas e ciganas, bem como africanas, asiáticas e da América Latina (de onde são originárias muitas mulheres migrantes) – rodeados de práticas e rituais que passam de geração em geração e onde a figura materna e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental no nascimento e nos cuidados à mãe e à criança, as mudanças vivenciadas em contexto migratório poderão originar vulnerabilidades e

sofrimento psicológico para essas mães migrantes e de minorias étnico-culturais.

A migração origina numerosas rupturas nesse processo de transmissão, de partilha e de construção de sentido, traduzindo-se, por exemplo, na perda de apoio e acompanhamento pelo grupo, na falta de suporte familiar, social e cultural e na dificuldade em atribuir um sentido culturalmente aceitável a disfuncionamentos, tais como a tristeza e o sofrimento da mãe, as queixas psicossomáticas, o sentimento de incapacidade materna, as interações mãe-criança desarmoniosas ou os distúrbios psicológicos e somáticos da criança.

A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da proteção física, psicológica, familiar e também da tradição. Quando a cultura e o grupo desaparecem como fonte de transmissão, nomeadamente ao nível das práticas de *maternagem*, as competências da mãe são fortemente solicitadas, tendo esta de fazer face não só às exigências de ser uma boa mãe, como também aos conflitos culturais, ao trabalho de luto e à adaptação a um novo meio social e laboral. Para algumas mulheres, ser mãe, longe da cultura materna e da família – principalmente para as que vêm de meios culturais e familiares onde esses elementos são fundamentais na transmissão, nos cuidados, na saúde e na educação –, bem como conciliar diversos papéis familiares e profissionais, esse luto, afastamento e mudanças podem originar conflitos e insegurança no papel materno e nas relações familiares, devido às contradições culturais e ao desequilíbrio entre as crenças e representações e a realidade vivenciada.

A família, especialmente a mãe migrante, transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada, corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adotar, pois as referências não são as mesmas e o sistema referencial vacila. As práticas de saúde e educativas das sociedades industrializadas, muito dependentes dos especialistas e frequentemente diferentes ou até contraditórias das da sociedade de origem, podem colocar em causa os comportamentos tradicionais das famílias migrantes, levando-as a questionar se os seus saberes são maus ou ultrapassados. A situação de conflito cultural e a insegurança e ansiedade daí resultantes estão na origem de “conflitos de maternagem” prejudiciais para a saúde, para a relação mãe-criança e para as competências maternas e familiares (STORK, 1986; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2011a, 2012c).

As dificuldades psicossociais, emocionais e culturais, sobretudo nos primeiros anos de migração, a insegurança, a depressão e o isolamento das relações sociais e familiares, assim como a sobrecarga de trabalho, poderão provocar, em certos casos, um empobrecimento nos cuidados e nas estimulações dos filhos, um desequilíbrio no sistema de interação mãe-criança, uma inadequação das respostas familiares, em particular maternas, as necessidades da criança ou mesmo o fortalecimento de certas práticas protetoras, nomeadamente de práticas mágico-religiosas (RABAIN; WORNHAM, 1990; RAMOS, 1993, 2004, 2008a; MONTEIRO, 2005).

Algumas mães migrantes, vivenciando dificuldades de aculturação, isoladas, desenraizadas, muitas vezes deprimidas, faltando-lhes referências tradicionais sobre as quais se apoiam, por vezes, mães muito jovens ou que não tiveram contato com as práticas e as tradições de maternidade da sua cultura

de origem, não encontram em si mesmas, nem no meio familiar e social, os recursos necessários para se adaptarem a um novo meio e cultura e para cuidarem dos seus filhos. Verificamos, nesses casos, uma maior vulnerabilidade da mãe e da criança, mais situações de risco, mais depressões e psicoses, nomeadamente pós-parto, mais distúrbios psicossomáticos, tais como vômitos na gravidez, insônias, sobretudo nas mães primíparas, menor vigilância pré-natal, mais problemas de identidade, assim como mais distúrbios funcionais do bebê, nomeadamente problemas de sono e alimentação.

Em contexto migratório, a gravidez e o parto poderão ser vivenciados com alguma dificuldade e sofrimento, pois existe um conjunto de rituais que desaparece e que desempenhava um papel protetor e uma função psicológica importante. O universo anônimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e de certas práticas médicas consideradas pelas mães, violentas, traumatizantes e impúdicas, não respeitando modalidades de protecção tradicionais, vem aumentar a vulnerabilidade, reforçar a situação de isolamento, de estresse e de angústia para a mulher originária de outro universo cultural. A mulher migrante, sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez, vive esse período, frequentemente, com medo, ansiedade e muito estresse devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem e o universo anônimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Essa situação “estranha”, de estresse e de vulnerabilidade, poderá ter consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebê, influenciar na comunicação com os profissionais de saúde, na adesão e utilização dos serviços de saúde e, ainda, desencadear, nos profissionais de saúde, desmotivação, comportamentos inadequados, etnocêntricos e

agressivos, atitudes de rejeição, problemas de comunicação e dificuldades de diagnóstico (RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2012a, 2012b; BULMAN; MCCOURT, 2002; CUADRADO, 2004; FLORES, 2006; SCHEPPERS et al., 2006).

Importa destacar que as representações e as crenças que as mulheres e as famílias têm sobre os conceitos de saúde e doença, de cuidados de saúde e meios de proteção, bem como dos próprios serviços de saúde formais, influenciarão nos seus cuidados de saúde e na procura dos serviços de saúde. Também a situação de clandestinidade em que se encontram algumas mulheres grávidas imigrantes contribui para que só iniciem o acompanhamento médico em uma fase avançada do processo de gravidez, por temerem ser denunciadas às autoridades. Os estudos evidenciam que o atraso ou a falta de procura de serviços de saúde para vigilância de gravidez ou outros problemas de saúde deve-se às experiências de isolamento e discriminação e aos múltiplos obstáculos e dificuldades que elas encontram, de carácter informativo, administrativo/burocrático, comunicacional, cultural, econômico, laboral ou familiar, quando acedem ou tentam aceder aos serviços de saúde.

Investigações sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia, registam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde associados a essas mulheres, bem como maior tendência para assumir comportamentos de risco, menor predisposição para adotar comportamentos de prevenção e maior falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva. Muitas mulheres migrantes têm poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde, utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços

de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes, não recebem com frequência cuidados pré-natais – ou recebem de modo inadequado ou tardio –, apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos e maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, registrando mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil (RAMOS, 2004, 2008a, 2009, 2011a, 2012c; RADEMAKERS; MOUTHAN; NEEF, 2005; MACHADO et al., 2006; BRAGG, 2008; ZHOU, 2000; WOLFF et al., 2008).

Destacamos, por exemplo, que, na Holanda, as taxas de mortalidade perinatal e infantil são mais elevadas nas famílias imigrantes do que na população holandesa (TROE, 2008). No Reino Unido, as taxas de mortalidade infantil são cerca de 1,5 vezes superiores em filhos de mulheres migrantes do que em crianças inglesas (SMITH et al., 2000). Já na Noruega, constatou-se um número mais elevado de bebês com baixo peso à nascença nas mães imigrantes, comparativamente às mães autóctones (VANGEN et al., 2002). Em Portugal, dos nascimentos verificados entre 1995 e 2006, destaca-se a maternidade em idades mais jovens e maior frequência de nascimentos de bebês prematuros de baixo peso nas mulheres imigrantes africanas, comparativamente às mulheres portuguesas (HARDING et al., 2006).

Comunicação e competências interculturais nos cuidados de saúde

A cultura e as especificidades culturais influenciam a forma de pensar, sentir e agir numa sociedade cada vez mais multicultural, pelo que as competências interculturais dos diversos profissionais dos domínios social, da saúde, da

psicologia e da educação têm sido objeto de estudo, tanto nos EUA como na União Europeia, e de recomendações de várias associações profissionais, nomeadamente da Associação Americana de Psicologia (APA, 2003).

Os profissionais que trabalham no âmbito da saúde necessitam conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades comunicacionais e a sua relação com as crenças, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados, sendo importante adotar uma comunicação culturalmente competente e desenvolver competências interculturais. Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimento e de respeito dos profissionais sobre as representações e as crenças de saúde e doença dos doentes/usuários e sobre as relações destes com o seu mundo social, familiar, espiritual, cultural e comunitário. No caso dos imigrantes, é necessário conhecer as experiências pré-migração e pós-migração, o contexto social, cultural e familiar e as relações com os cuidados de saúde, relativamente à região ou país de origem e à região ou país de acolhimento, de modo a prevenir e a identificar adequadamente o tipo de cuidados de saúde necessários.

Com efeito, os aspetos sociais e culturais podem constituir barreiras e dificuldades aos cuidados de saúde: por um lado, pela sua influência na forma de percecionar a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde; por outro, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico, comunicacional, relacional e cultural.

O encontro com a diferença cultural nos cuidados de saúde pode levar a reações emocionais e a comportamentos de

insegurança, rejeição e abandono, ou a atitudes etnocêntricas, de preconceito, de discriminação e de violência dos profissionais de saúde, sobretudo quando não há conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da comunicação e das relações interculturais. Também a falta de informação e de conhecimentos da legislação e dos direitos por parte das populações migrantes e de minorias étnico-culturais, bem como dos prestadores de cuidados nas unidades de saúde poderá conduzir a um inadequado acesso à saúde e a processos de discriminação, atraso e recusa de atendimento da parte dos profissionais de saúde. Do mesmo modo, a falta de formação adequada para trabalhar com esse tipo de população poderá conduzir a dificuldades no acolhimento, comunicação, diagnóstico, cuidados prestados e insatisfação no doente/usuário. Por exemplo, as queixas das mães migrantes em relação aos serviços e aos cuidados de saúde são variadas, nomeadamente: falta de informação ou informação incompreensível ou inadequada; diferenças nas representações e nas práticas de cuidados; insegurança e sentimentos de incompreensão e discriminação; problemas de comunicação; dificuldades administrativas e de acesso aos serviços de saúde (RAMOS, 1993, 2004, 2007, 2008a, 2012c).

Os profissionais que não possuem formação e competência para trabalhar com indivíduos e grupos de diferentes origens culturais encontram também dificuldades de várias ordens e manifestações, frequentemente, insatisfação, atitudes etnocêntricas e comportamentos inadequados. Trabalhar, comunicar, viver e educar em contexto multicultural exige o desenvolvimento de um conjunto diversificado de competências do domínio intercultural, que podemos agrupar deste modo (RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2011b, 2012a, 2012b):

- *Competências individuais* que desenvolvam atitudes e comportamentos os quais favoreçam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas e que promovam uma atitude de descentração, a qual permitirá flexibilizar e relativizar princípios, modelos e competências apresentados como únicos e universais e evitar muitos comportamentos de intolerância, discriminação e exclusão.

- *Competências (inter)culturais*, sobretudo linguísticas, comunicacionais e pedagógicas, que facilitem, por um lado, a comunicação intercultural e a consciencialização cultural e, por outro, que promovam intervenções culturalmente competentes, inclusivas, profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados.

- *Competências tecnológicas*, nomeadamente ao nível do domínio e utilização das técnicas audiovisuais e das tecnologias de informação e comunicação (TIC).

- *Competências de cidadania* que tornem possível o funcionamento democrático, aberto e plural das sociedades, organizações e serviços, particularmente sociais e de saúde.

As competências interculturais promovem a reflexão e a capacidade de colocar em prática a consciência e os conhecimentos multi/interculturais nas relações com indivíduos culturalmente diferentes. A competência intercultural implica que, em um contexto de diversidade cultural, de interação e de coabitação intercultural, o indivíduo tenha consciência, capacitação e competências técnicas que lhe permitam compreender,

aceitar e dialogar com o *outro* e fazer-se compreender ao nível comunicacional e relacional. As competências interculturais dão aos profissionais a capacidade para integrar a diversidade individual e cultural nas suas abordagens teóricas e práticas, tendo em vista um melhor desempenho profissional e a compreensão da alteridade e das relações entre o *Eu* e o *Outro* (RAMOS, 2007, 2008a, 2012a, 2012b). Para Cross et al. (1989), a *competência cultural* é concebida como um conjunto articulado de comportamentos, atitudes e políticas que se manifestam num serviço, organização ou entre os profissionais, os quais permitem intervir adequadamente em situações interculturais. A *competência cultural* poderá assim ser trabalhada ao nível de diferentes dimensões: individual/interpessoal, centrada nos profissionais; de serviço (social, educativo, de saúde, etc.); e institucional/organizacional (hospital, centro de saúde, escola, etc.).

As competências interculturais exigem o desenvolvimento de um conjunto diversificado de atitudes, valores, conhecimentos e aptidões básicas que capacitem os profissionais para trabalhar em contextos de diversidade cultural com grupos minoritários, nos vários setores de intervenção, nomeadamente ao nível individual, interpessoal e comunicacional. Ao nível dessas competências, alguns autores salientam como muito importante para a qualidade da intervenção social, psicológica, educacional ou da saúde o desenvolvimento de algumas aptidões dos profissionais, tais como as competências comunicacionais e relacionais baseadas na empatia, respeito mútuo, curiosidade, generosidade, abertura, confiança e reconhecimento do *outro*, bem como a adaptabilidade, consciência cultural, autorreflexão e conhecimento dos seus preconceitos, estereótipos e atitudes discriminatórias e racistas e dos outros grupos culturais (LADMIRAL; LIPIANSKY, 1992; SUE, 2001; COHEN-ÉMERIQUE,

1993; BYRAM, 1997; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2011b, 2012a, 2012b; PAILLARD, 2011). Investigadores como Brislin e Yoshida (1994) sublinham ainda três aspetos a terem em conta no âmbito das competências interculturais: a consciência, o conhecimento e a informação sobre as culturas e as diferenças culturais; as atitudes em relação às diferenças culturais, como os preconceitos, o entusiasmo ou o “choque emocional”, quando comunicam com pessoas de culturas diferentes; as competências comportamentais. Outros autores, como Weaver (2008), acentuam igualmente a importância da consciência crítica, da autoconsciência no desenvolvimento da competência intercultural, assim como outros valores e atitudes, nomeadamente a abertura de espírito, a motivação para a aprendizagem, o sentido de justiça social e a humildade. Já para Hoopes (1980 apud RAMOS, 2011A), no desenvolvimento das competências interculturais e na comunicação intercultural, é importante a tomada de consciência do grau de determinismo cultural dos comportamentos e é necessário desenvolver a *consciencialização cultural*. Essa constitui um processo de aprendizagem cultural que visa desenvolver a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de outra cultura, bem como a aquisição de competências para reconhecer as diferenças, a pluralidade e a alteridade.

Considerações finais

É necessário proporcionar ao indivíduo migrante e à sua família um contexto capaz de transformar a vulnerabilidade, a exclusão, o sofrimento e os riscos frequentemente associados à migração num processo dinamizador, participativo, criativo e inclusivo.

É importante um paradigma de abordagem da diversidade cultural, da mobilidade e dos grupos minoritários, não como um problema, mas como um recurso de capacitação e revalorização de identidades culturais e de cidadania(s), uma oportunidade de desenvolvimento individual, social e cultural e um processo de resiliência. Isso de modo a fortalecer as competências dos indivíduos e dos grupos para se conscientizarem dos seus direitos e deveres e para enfrentarem a diferença, a alteridade, a mudança e o projeto de vida de forma positiva e participativa.

É fundamental ter em conta as desigualdades, a discriminação social, econômica e de gênero, e a violência a que, muitas vezes, a população de diferentes origens sociais e culturais e as minorias étnico-culturais estão sujeitas. As políticas interculturais e migratórias têm de ter em conta as questões de gênero, analisar e dar importância aos problemas e às necessidades das mulheres e dos homens oriundos de outras culturas, assim como às desigualdades de gênero. Na integração social, bem-estar e saúde das famílias e mulheres migrantes são determinantes não só as atitudes e os comportamentos da sociedade de acolhimento, como também as políticas internacionais e nacionais relativas à diversidade cultural e à migração, sobretudo sociais, educacionais e de saúde.

É importante reconhecer a migração feminina como uma fonte de desenvolvimento individual e familiar, levando em consideração, ao mesmo tempo, os riscos e as vulnerabilidades para a saúde, para a discriminação social, laboral e econômica e para a exploração a que essa população está frequentemente sujeita. Assim, deverá promover-se o acesso de todos, em particular das mulheres e das famílias em contexto de interculturalidade e migração, aos serviços sociais, educacionais, de saúde e de informação, nomeadamente capacitar sobre a

conscientização dos seus direitos e deveres e o recurso aos diferentes serviços.

O desenvolvimento de políticas e programas de saúde eficazes, nomeadamente, de saúde sexual e reprodutiva, exige o tomar em conta das realidades sociais, económicas, familiares, culturais e migratórias das comunidades e indivíduos, bem como do acesso aos serviços de saúde. Deverá, igualmente, ter em conta as representações, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados com a sexualidade, a reprodução e a maternidade dos indivíduos e dos grupos de culturas diferentes, bem como cuidados de saúde culturalmente competentes.

Torna-se importante intervir ao nível da prevenção perinatal, escutar as famílias, principalmente ajudar os pais e as mães a investirem no seu papel paterno e materno e na relação com as suas crianças, sendo necessário, também, aprender a reconhecer o sofrimento e as dificuldades das mães migrantes e de outras culturas, por meio da expressão de queixas físicas, de distúrbios psicossomáticos, de preocupações em relação à criança e de pedidos de ajuda social. Favorecer a partilha das suas vivências com outras mães na mesma situação ou da mesma cultura e permitir-lhes comunicar na sua língua, quando necessário, por intermédio de outras mulheres que partilham a mesma língua, revela-se também importante.

É necessário desenvolver uma abordagem integrada, global e multi/interdisciplinar da mobilidade humana, baseada nos direitos humanos fundamentais e na formulação de políticas públicas adequadas e coordenadas, nomeadamente sociais e de saúde. Essa abordagem deverá incluir e enfrentar as causas principais das migrações no país de origem, como, por exemplo, a pobreza, a exclusão, as desigualdades, a discriminação e a instabilidade social e política, e deverá integrar estratégias e

políticas específicas dirigidas a essa população, tanto nos países de origem, como nos países de acolhimento.

É importante facultar aos trabalhadores migrantes informação antes da partida sobre as condições sociais, culturais e de trabalho na sociedade de acolhimento, sobre seguro de vida, planos de pensão e proteção na saúde, bem como formação ao nível de conhecimentos básicos de língua, a fim de facilitar a transição e a integração dos migrantes e membros das suas famílias na região/país de acolhimento.

As problemáticas sociais, culturais, educacionais e sanitárias decorrentes do encontro de culturas, da vivência entre culturas, exigem novos modelos conceptuais e metodológicos, novas estratégias de intervenção e políticas públicas coerentes na sua aplicação prática, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar a inclusão, os direitos e a igualdade de oportunidades com a participação, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, nacionais ou migrantes, de grupos minoritários ou majoritários, em particular das mulheres e famílias vivendo em contextos de interculturalidade.

A formação na área da multi/interculturalidade, da comunicação intercultural e da comunicação em saúde é muito importante para o diálogo entre culturas, para a comunicação entre usuários e profissionais e para o desenvolvimento de *competências interculturais* nos vários setores de intervenção, em particular no âmbito social e da saúde. Essa formação, visando o desenvolvimento de cuidados culturalmente competentes, é essencial, sendo fundamental para o conjunto dos intervenientes, para os profissionais que trabalham em contextos nacionais, cada vez mais multiculturais, como ao nível da cooperação internacional e da ajuda humanitária.

Referências

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice and Organizational Change for Psychologists. **American Psychologist**, v. 58, n. 5, p. 377-402, 2003.

BASTIDE, R. La socialisation de l'enfant en situation d'acculturation. **Carnets de l'enfance**, n. 10, p. 26-35, jun. 1969.

BENNEGADI, R., BOURDIN, M., PARIS C. Les apports de l'anthropologie médicale clinique dans la relation soignant-soigné en situation interculturelle. **La revue du soignant en santé publique**. Paris, n. 34, p. 14-16, nov./dec. 2009.

BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. **Lancet**, v. 371, n. 9616, p. 879- 881, 2008.

BRISLIN, R.; Yoshida, T. **Intercultural communication training: an introduction**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

BRORING, G. et al. **Access to care: Privilege or right?** Migration and HIV Vulnerability in Europe. Woerden: European Project AIDS e Mobility, 2003.

BULMAN, K.; MCCOURT, C. Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study. **Critical Public Health**, v. 12, n. 4, p. 365-380, 2002.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BYRAM, M. **Teaching and assessing intercultural communicative competence**. Clevedon: Multilingual Matters, 1997.

CAMILLERI, C. **Les Stratégies Identitaires**. Paris: PUF, 1990.

COHEN-ÉMERIQUE, M. Travailleurs sociaux et interculturel: Quelle démarche? In: GRONG-DAHMANE, F. (Ed.). **Enfants d'ici, enfants d'ailleurs**. Ramonville Sainte-Agne: Érés, 1993.

CONSELHO DA EUROPA – CE. **Diversity and cohesion: new challenges for the integration of immigrants and minorities**. Strasbourg: Publicações do Conselho da Europa, 2001.

CROSS, T. et al. **Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed**. Washington, D.C: Georgetown University Child Development Center, 1989.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – CSDH. **Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences**. Geneva: WHO, 2005.

CUADRADO, S. et al. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. **Anales de Pediatría**, v. 60, n. 1, p. 3-8, 2004.

DONNAY, F.; THOSS, E. **Aspects of family planning and migration**. Copenhagen: World Health Organization, 1985.

EHRENREICH, B.; HOCHSCHILD, A. (Ed.). **Global women: nannies, maids and sexworkers in the new economy**. New York: Henry Holt and Company, 2002.

FLORES, G. Language barriers to health care in the United States. **N. England J. Med.**, v. 355, n. 3, p. 229-231, 2006.

FRANKS, R.; FAUX, S. Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 13, p. 283-292, 1990.

FUNG, K.; DENNIS, C. Postpartum depression among immigrant women. **Current opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 342-348, 2010.

HARDING, S. et al. Birth Weights of Black African Babies os Migrant and Non-Migrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal in Portugal. **Annals of Epidemiology**, v. 16, n. 7, p. 572-579, 2006.

HAYS, S. **The cultural contradictions of motherhood**. New Haven: Yale University Press, 1997.

HOCHSCHILD, A. Global care chains and emotional surplus value. In: HUTTON, W.; GIDDENS, A. (Ed.). **On the edge: living with global capitalism**. New York: Free Press, 2000.

HONDANGNEU-SOTELO, P.; AVILA, E. "I'm here but I'm there". The meanings of Latina transnational motherhood. **Gender and society**, v. 11, n. 5, p. 548-571, 1997.

HOOPEES, D. Intercultural Communication concepts and the psychology of intercultural experience. In: PUSCH, M. (Ed.). **Multicultural education: a cross cultural training approach**. Chicago: Network, Inc., 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.
Estatísticas da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE. **A população estrangeira em Portugal.** Lisboa: INE, 2012.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION – IOM. **World Migration Report 2010 - the future of migration: building capacities for change.** Geneva: IOM, 2010.

LADMIRAL, J.; LIPIANSKY, E. **La communication interculturelle.** Paris: Armand Colin, 1992.

LAZEAR, K. et al. Depression among low-income women of colour: qualitative findings from cross-cultural focus groups. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 10, p. 127-133, 2008.

LOPES, L. C. Gravidez em contexto de seropositividade num grupo de migrantes da região de Lisboa. In: RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade.** João Pessoa: EDUFPB, 2008. p. 311-347.

MACHADO, M. C. et al. **Iguais ou diferentes?** Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Lisboa: Bial, 2006.

MANUEL, H. I. Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e práticas sobre planeamento familiar. In: RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade.** João Pessoa: EDUFPB, 2008. p. 261-310.

MONTEIRO, I. **Ser mãe na cultura hindu: maternidade e cuidados à criança na comunidade hindu de Lisboa.** 2005. 230 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, Lisboa, 2005.

MOSHER, W. et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. **Advance Data**, n. 350, p. 1-36, 2004.

MOZÈRE, L. Travail informel et projet de vie: les domestiques philippines à Paris. In: BARBE, N.; LATOUCHE, S. (Dir.). **Economies choisies, Mission à l’Ethnologie.** Paris: Ed. Maison des Sciences de l’Homme, 2004. p. 93-108. (Ethnologie de la France, 20)

MUNK-OLSEN, T. et al. New parents and mental disorders. **Journal of the American Medical Association**, v. 269, n. 21, p. 2582-2589, 2006.

NASH, M. Nuevos horizontes y viejos dilemas: los retos de la era global. In: NASH, M. (Ed.). **Mujeres en el mundo: historias, retos y movimientos.** Madrid: Alianza Editorial, 2012. p. 309-339.

NY, P. et al. Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner’s involvement. **Reproductive Health**, n. 4, p. 9-12, 2007.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **International Migration.** New York: OECD, 2000.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **International Migration.** New York: OECD, 2012.

PAILLARD, S. Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. In: RECHEL, B et al. **Migration and health in the Europe Union**. New York: Mc Graw Hill, 2011.

PARRENAS, R. **Servants of globalization**: women, migration and domestic work. California: Stanford University Press, 2001.

PARRENAS, R. **Children of global migration**. Stanford: Stanford University Press, 2005.

PCM/ACIDI, IP. **II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013**. Lisboa: ACIDI, IP, 2010.

PLANO NACIONAL PARA A IGUALDADE DE GÉNERO, CIDADANIA E NÃO DISCRIMINAÇÃO 2014 -2017 (V PNI). Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2013. **Diário da República**, 31 dez. 2013. Série 1, n. 253.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT – PNUD (2009). **Lever les barrières**: mobilité et développement humain. New York: Programme des Nations Unies pour le développement, 2009.

RABAIN, J; WORNHAM, W. Transformation des conduites de maternage et des pratiques de soins chez les femmes migrantes originaires de l’Afrique de l’ouest. **Psychiatrie de l’enfant.**, v. 33, n. 1, p. 287-319, 1990.

RADEMAKERS, J.; MOUTHAAAN, I.; NEEF, M. Diversity in sexual health: Problems and dilemmas. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 10, n. 4, p. 207-211, 2005.

RAMOS, N. **Maternage en milieu portugais autochtone et immigré**: de la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique. 1993. 736 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade René Descartes, Paris, Sorbonne, 1993. v. 2.

RAMOS, N. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004a.

RAMOS, N. Género, identidade e maternidade em famílias na diáspora. In: SIMAS, R. (Coord.). **A vez e a voz da mulher. Relações e migrações**. Lisboa: Colibri, 2004b. p. 285-299.

RAMOS, N. Famílias migrantes: acolhimento e solidariedade na sociedade multicultural. **Revista Cidade Solidária**. Lisboa, Santa Casa da Misericórdia, v. 32, p. 14-21, 2004c.

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. **Psychologica**, Coimbra, v. 45, p. 147-169, 2007.

RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: EDUFPB, 2008a.

RAMOS, N. Crianças e famílias em contexto migratório e intercultural. Desafios às práticas e políticas educacionais, sociais e de cidadania. In: RAMOS, N. (Coord.). **Educação, interculturalidade e cidadania**. Bucareste: Milena Press, 2008b.

RAMOS, N. Saúde, migração e direitos humanos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2009.

RAMOS, N. Género e Migração: Dinâmicas e políticas sociais, familiares e de saúde. In: BOSCHILA, E. R.; ANDREAZZA, M. L. (Org.). **Portuguesas na diáspora: histórias e sensibilidades**. Curitiba: EDUFPR, 2011a. p. 263-282.

RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: Princípios e desafios. In: ALCOFORADO, L. et al. (Org.). **Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011b. p.189-200.

RAMOS, N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspetivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012a.

RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidad cultural. In: PRIEGO ALVAREZ, H; REMOALDO, P. (Org.). **Mercadotecnia social en salud: teoría y práctica**. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012b.

RAMOS, N. Migração, Maternidade e Saúde. **Reportório, Teatro e Dança**. Salvador, v. 15, n. 18, p. 71-83, 2012c. Número Temático – Movimento Criatividade e Cura.

RAMOS, N. Migração, Tráfico de pessoas e trabalho doméstico. **Revista Políticas Públicas**. São Luís, v. 18, n. 2, p. 425-438, 2014a.

RAMOS, N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde coletiva. In: CAVALCANTE, L.; TEIXEIRA, S.; RODRIGUES, S. (Org.). **Psicanálise, saberes e práticas em saúde**. Curitiba: CRV, 2015. p. 271-300.

SCHEPPERS, E. et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. **Family Practice**, v. 23, n. 3, p. 325-348, 2006.

SMITH, G. et al. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. **Critical Public Health**., v. 10, n. 4, p. 375-408, 2000.

SOPA, M. **Representações e práticas da maternidade**: em contexto multicultural e migratório. 2009. 366 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

STAMPINO, V. Improving Access to multilingual health information for newcomers to Canada. **Journal of the Canadian Health Libraries Association**, n. 28, p. 15-18, 2007.

STORK, H. **Enfances indiennes**: étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant. Paris: Le Centurion, 1986.

SUE, D. Multidimensional facets of cultural competence. **The Counseling Psychologist**, v. 26, p. 790-821, 2001.

TROE, E. **Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality**. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. **Déclaration Universelle sur la Diversité Culturelle**. Paris: UNESCO, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162f.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND – UNICEF. Situação mundial da infância – 2011. **Adolescência – Uma fase de oportunidades**. New York: UNICEF, 2011.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNICEF. State of world population 2006. **A passage to hope: women and international migration**. New York: UNFPA, 2006.

VANGEN, S. et al. The heavier the better? Birth weight and perinatal mortality in different ethnic groups. **International Journal of Epidemiology**, n. 3, p. 654-660, 2002.

WEAVER, H. Striving for cultural competence: Moving beyond potential and transforming the helping professions. In: DANA, R.; ALLEN, J. (Ed.). **Cultural competency training in a global society**. New York: Springer, 2008. p. 135-155.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Migration and health: towards and World Health Organization. **Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities**. Netherlands: Ed. M. Colledge, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethno Culturally Diverse Europe**. MFH: Task Force, 2004.

WOLFF, H., et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. **BMC Public Health**, v. 8, n. 93, 2008.

ZHOU, Y. The fall of “the other half of the sky”? Chinese immigrant women in the New York area. **Women’s Studies International Forum**, v. 23, p. 445-459, 2000.

Crianças filhas de pais alcoólicos: prevenção de comportamentos de risco

Ana Isabel Mateus da Silva¹

Resumo

As crianças filhas de pais alcoólicos têm sido referidas como tendo maior predisposição ao desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais. Este estudo teve como objetivo principal avaliar comparativamente crianças filhas de pais alcoólicos e crianças filhas de pais não alcoólicos. A amostra foi de 20 crianças, filhas de pais alcoólicos e 20 crianças, filhas de pais não alcoólicos, com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos, a frequentar o jardim de infância. Cada grupo foi formado por 10 meninos e 10 meninas. Utilizamos os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada, observação participante, teste desenho da figura humana e escala comportamental infantil A2 de Rutter. Na análise dos resultados, as crianças filhas de pais alcoólicos apresentaram diferenças estatisticamente significativas no aspeto emocional e comportamental, nomeadamente, revelaram: maior timidez, insegurança e baixa autoestima. Segundo a opinião das mães, as crianças filhas de pais alcoólicos são mais impacientes, mais irritadas, mais agitadas, mais desobedientes e revelam maior dependência. As meninas filhas de pais alcoólicos apresentaram mais problemas emocionais e de comportamento que as

¹ Doutorada em Psicologia. Professora e Investigadora do CEMRI, Universidade Aberta, Lisboa. E-mail: anizabel063@gmail.com

meninas filhas de não alcoólicos. Neste trabalho, as meninas revelaram-se com maior grau de vulnerabilidades que os meninos nos domínios emocional e comportamental.

Palavras-chave: Crianças. Alcoólicos. Pais.

Abstract

The children of alcoholic parents have been reported to have greater predisposition to develop emotional and behavioral problems. The present study aimed to comparatively evaluate children of alcoholics and children of without alcohol. The sample of 20 children of alcoholics and 20 children of without alcohol aged 8 and 9 years, attending primary school. Each group consisted of 10 boys and 10 girls. We use segments instruments; Human Figure Drawing Test and Behavioural Scale Rutter. In analysing the results, children of without alcohol as showed statistically significant differences in emotional and behavioural aspects. They showed shyness, insecurity and low self-esteem. According to the mothers, showed impatience, irritation, restlessness, disobedience and dependence. Girls whose parents are alcoholics showed more emotional and behavioural problems than girls daughters of non-alcoholics. In this work the girls have proved more vulnerable than boys on emotional and behavioural domains.

Keywords: Children. Alcoholics. Parents.

Introdução

O indivíduo nunca poderá ser considerado fora do seu contexto ambiental, não pode existir fora dele, sem uma rede mais ou menos coordenada de interações. Por isso, não poderemos apenas nos fixar nos aspetos relacionados com o nascimento de uma criança, nas suas competências, no seu desenvolvimento, nos fatores biológicos que a influenciaram. Há que olhar, também, para os fatores sociais e culturais que a rodeiam, influenciam e lhe vão servir de suporte.

Dos fatores sociais, o primeiro, o fundamental e mais determinante é a família e as experiências de interação que se desenvolvem no seu interior. Para a criança, a experiência de interação começa com o nascimento; a mãe, como iniciadora e a sua principal responsável, tem sido considerada como a fonte de informação mais importante, nas abordagens do contexto social sobre o seu desenvolvimento.

Qualquer que seja o tipo de parentalidade que a caracteriza e a sua dimensão, a família representa o meio mais significativo para a criança, pelas suas atitudes, pelas práticas, pelos valores educativos, pela grande influência sobre o seu desenvolvimento a todos os níveis.

Cada cultura tem um modo de educar as suas crianças para que mais tarde possam constituir as bases da sociedade, isto é, obter empregos e constituir famílias. E dentro de cada cultura existem vários estilos educativos e uma heterogeneidade no sistema de valores, de crenças, de costumes, de práticas culturais ligadas às várias camadas sociais.

A literatura internacional tem apontado as dificuldades emocionais e comportamentais das crianças que convivem com pais alcoólicos, afirmando, ainda, que estas têm probabilidades

de desenvolverem dependência química na adolescência ou na fase adulta e/ou podem apresentar alguns comportamentos de risco, como iniciação sexual precoce, gravidez na adolescência, envolvimento com problemas de aprendizagem e legais.

A presente pesquisa tem como objetivo verificar as características emocionais, cognitivas e comportamentais de crianças filhas de pais alcoólicos comparadas com crianças filhas de pais não alcoólicos, realizando uma avaliação emocional, cognitiva e comportamental. A interpretação dos dados foi realizada de acordo com a teoria do desenvolvimento infantil, uma vez que esse referencial teórico pode despertar a importância da prevenção, a qual pode contribuir para diminuir os efeitos negativos do alcoolismo na vida dessas crianças e, futuramente, apontar estratégias de promoção da saúde mental.

A prevenção primária deve incidir em todas as crianças que apresentam qualquer alteração, no entanto, a pertinência aumenta consideravelmente nas crianças filhas de pais alcoólicos. Facilmente, nesses casos, surgem perturbações na relação da família com a criança.

Alcoolismo

O alcoolismo foi incluído, em 1952, no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) da associação Psiquiátrica Americana (APA). Em 1970, Edwards e Gross propuseram o conceito de Síndrome de dependência do álcool, a qual passou a ser definida como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância. De acordo com esse conceito, a sua etiologia e perpetuação seriam

decorrentes de aspetos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo (EDWARDS; GROSS, 1976).

A Organização Mundial de Saúde adotou, em 1977, a definição da dependência de álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade e publicou um relatório no qual diferencia essa desordem em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento dessa diferença também está presente na DSM-III R (1980), tanto em relação ao álcool, como para outras substâncias psicoativas.

Nas versões mais recentes, de acordo com Anthony et al. (1991), a dependência de outras drogas, estimulantes ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central, passou a ter uma descrição mais detalhada. O aumento do consumo de drogas a partir dos anos 1960 provocou um aumento das pesquisas sobre os seus mecanismos de ação e propostas para tratamento da dependência.

Segundo Jaffe (1993), o uso abusivo do álcool sofre impreterivelmente interferências culturais, sociais, religiosas, políticas e, atualmente, científicas, de cada população e, apesar dessa multifatorialidade da síndrome de dependência, ainda hoje, em muitos países, como, por exemplo, na Nigéria, os problemas decorrentes do uso do álcool são considerados influência de “espíritos do mal” no indivíduo.

De acordo com Moraes et al. (2006), a etiologia e as consequências da síndrome da dependência estão relacionadas aos problemas de ordem biopsicossocial, como o sofrimento e complicações físicas e mentais, desemprego, violência e criminalidade, mortalidade, morbidade, entre outros, decorrentes do abuso e/ou dependência alcoólica, que afetam tanto o próprio usuário como os seus familiares.

Basicamente, existem duas vertentes nas pesquisas realizadas sobre o alcoolismo: aquela que procura identificar as causas que levam um adolescente ou adulto a fazer uso do álcool e aquela que investiga os prejuízos decorrentes do alcoolismo, para o alcoólico, mulher, filhos e familiares.

Em relação às pesquisas que demonstram que o comportamento do progenitor alcoólatra afeta o filho, a grande maioria foi realizado em instituições fora do país. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) apontam a doença mental de um dos pais, o alcoolismo parental, por exemplo, como um fator de risco que pode trazer prejuízos para o desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, os Açores são produtores de vinhos e licores, existindo 14 marcas oficialmente reconhecidas: oito marcas de vinhos brancos, quatro de tintos e três de licores. De acordo com Peixoto (2010), nos Açores, existem 131.760 indivíduos consumidores regulares de álcool, sendo difícil saber quantos são os alcoólicos, porque o conceito de dependente de álcool é complexo, porque, além dos considerados doentes, existe todo um conjunto de consumidores ocasionais que abusam do álcool nomeadamente aos fins de semana, desencadeando problemas gravíssimos ao nível da sinistralidade.

Ao precisar a regularidade e gravidade do consumo de bebidas alcoólicas, no universo de consumidores, constata-se que 16,9% consomem todos os dias, correspondendo a 21.950 açorianos. O consumo semanal é praticado por 14,3% dos consumidores, ou seja, 18.260 açorianos, e o consumo ocasional é efetuado por 68,8% dos indivíduos, equivalendo a um grupo de 89.238 açorianos (PEIXOTO, 2010, p. 87).

De acordo com o mesmo autor, são os homens os principais consumidores, ao apresentarem um agrupamento de 70% dos inquiridos, enquanto 30% dos consumidores são mulheres. Em termos médios nos Açores, 11,6% dos consumidores começam entre os 15 e 20 anos. O início do consumo do álcool é influenciado pelos amigos/colegas e também por familiares.

Características psicológicas de filhos de pais alcoólicos

Atualmente, muitos estudos têm sido realizados na área da saúde mental, com crianças que estão expostas a situações estressantes, com objetivo de identificar os fatores de risco que mais provavelmente estão associados às desordens mentais infantis, lembrando, ainda, que tais problemas psicológicos podem repercutir outras consequências negativas para a sua vida futura.

Muitas são as situações que têm sido referidas pelos pesquisadores como prejudiciais para a saúde mental infantil. O alcoolismo parental é considerado um fator familiar de risco para o desenvolvimento de crianças que apresentam cuidados nesse contexto. Alguns estudos têm mostrado que os filhos de alcoólicos mostram-se em desvantagem, quando comparados com filhos de não alcoólicos numa série de domínios, nomeadamente: déficit cognitivo, autoestima baixa, dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, dificuldades emocionais e de relacionamento (MYLANT et al, 2002).

Segundo Black (1982), as crianças filhas de pais alcoólicos crescem vendo os adultos como insensíveis e descuidados, pois, geralmente, eles não se encontram disponíveis quando elas

precisam de ajuda. Nesse sentido, Deutsch (1982) aponta algumas características psicológicas de filhos de alcoólicos, como timidez, insegurança, medo, raiva, ódio e culpa, as quais podem predispor-los a dificuldades de relacionamento.

Mylant et al. (2002) delinearão um estudo a partir da seguinte questão: ter pais alcoólicos pode ser um fator de risco para que os adolescentes apresentem problemas de comportamento? Foram avaliados 1632 estudantes do estado de Wyoming que apresentavam comportamento de risco, tais como uso de drogas e álcool e iniciação sexual precoce. Utilizaram questionários que analisaram questões psicossociais (coesão na família, avaliação de autoestima, grau de escolaridade e vínculo com a escola, adaptação familiar) e atitudes, comportamentos e sentimentos de alto risco (temperamento negativo, sentimentos, pensamentos e comportamentos autodirigidos, uso de drogas e comportamento sexual precoce).

Os resultados revelaram que adolescentes filhos de pais alcoólicos apresentaram baixos níveis em todos os fatores psicossociais, familiares, vínculos escolares e pessoais, e níveis significativamente altos em todos os fatores de temperamento, sentimentos, pensamentos e comportamentos de alto risco. Essa amplitude de comportamento de risco pode mostrar que filhos de alcoólicos são mais vulneráveis para comportamentos violentos, acidentes, depressão, suicídio, distúrbios alimentares, dependência química e gravidez na adolescência.

Mulder (2002) analisou os estudos que relacionaram alcoolismo e personalidade e concluiu que comportamento antissocial e hiperatividade são os comportamentos mais diretamente associados com o alcoolismo. Porém, lembra que esses comportamentos não são específicos para o alcoolismo, estão associados com muitas outras distúrbios do foro psiquiátrico.

Variáveis da personalidade explicam somente uma pequena parcela do risco para dependência de álcool. É prematuro associar variáveis da personalidade ao alcoolismo.

Vários estudos descritos sugerem que o alcoolismo dos pais pode aumentar o risco das crianças experimentarem outros stressores, os quais direcionam consequências negativas para o desenvolvimento infantil. Crianças com mais fatores de risco são mais prováveis de experimentar desordens psicológicas, pois os fatores podem ser potencializados a partir da combinação de vários fatores, resultando em muito maior risco do que em uma amostra na qual os fatores são menores (RUTTER, 1980).

As pesquisas citadas revelaram que crianças que cresceram nas famílias de pais alcoólicos têm maior probabilidade de apresentarem dificuldades psicológicas, problemas interpessoais, comportamentais e baixo rendimento escolar do que as crianças cujos pais não são alcoólicos.

Método

Participantes

Participaram deste estudo um grupo de 40 crianças, com idades cronológicas entre 4 e 6 anos, a frequentar o jardim de infância e respetivos pais. O grupo de crianças compreende 10 meninas e 10 meninos, todos filhos de pais alcoólicos, e 10 meninas e 10 meninos, filhos de pais não alcoólicos, frequentando a Escola Básica do Rossio – Capelas, São Miguel e Açores.

Colocada a questão de partida – existem diferenças nas características emocionais, cognitivas e comportamentais de crianças filhas de pais alcoólicos e pais não alcoólicos?

– e formulado o objeto de estudo – verificar as características emocionais, cognitivas e comportamentais de crianças filhas de pais alcoólicos comparados com crianças filhas de pais não alcoólicos –, realizando uma avaliação emocional, cognitiva e comportamental, fizemos um estudo de caso qualitativo, pois centramos a investigação do fenômeno no seu próprio contexto, dando importância aos processos, à compreensão e à interpretação (CARMO; FERREIRA, 1998).

Procedimento

Começamos por fazer um estudo exploratório, no sentido de uma primeira abordagem com o Conselho Executivo, em que apresentamos oralmente, de uma forma sucinta, o projeto que pretendíamos realizar. Sentimos uma grande abertura e entusiasmo, o que nos levou a marcar entrevistas com os pais das crianças. Apesar de termos um bom contato com a escola mencionada, optamos por apresentar o nosso projeto, para termos a garantia da realização do nosso trabalho e para envolver a própria escola.

Recolha de dados

Todos os dados foram colhidos entre outubro de 2010 e junho de 2011, no âmbito do projeto de intervenção na escola, e permanecemos nessa instituição de ensino uma tarde por semana, durante o tempo letivo.

Quanto aos instrumentos de colheita de dados, foram utilizados os seguintes:

- entrevista semiestruturada;
- observação participante;
- teste do desenho da figura humana;
- escala comportamental infantil A2 de Rutter.

Apresentação dos resultados

Foram avaliadas 40 crianças, com idades compreendidas entre os 4 e 6 anos, as quais encontravam-se a frequentar o jardim de infância. Elas foram divididas em dois grupos: FA (crianças filhas de pais alcoólicos) e FNA (crianças filhas de pais não alcoólicos).

Para a composição dos dois grupos, tomamos como base as seguintes características: idade, sexo e escolaridade. Comparamos a idade dos pais e das mães utilizando o teste U Mann Whitney. Este teste é um teste não-paramétrico para comparar as médias de duas amostras independentes. O único pressuposto exigido para a aplicação do teste M-W-W é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias, e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais.

Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre os grupos, nem dos meninos, nem das meninas, bem como para os filhos de pais alcoólicos (FA) e filhos de não alcoólicos (FNA).

Quanto à escolaridade, os pais e as mães dos meninos FNA apresentam nível superior, enquanto os pais e as mães dos meninos FA não apresentam. Para as meninas, não houve diferenças significativas em nível de escolaridade dos pais.

Em relação ao estado civil dos pais, consideramos a presença do pai na família, independentemente do estado civil em que os casais se encontram. Eles foram divididos em dois grupos para análises estatísticas por meio do teste de Fisher, considerando os pais que vivem juntos (casados e união de fato) e pais separados. Os resultados não apontaram diferenças estatísticas significativas no que diz respeito à presença do pai na família.

No que diz respeito ao emprego dos pais, fizemos a divisão em três categorias – desempregado, independente e empregado. Para as mães, foi introduzido mais uma categoria – doméstica. Consideramos independentes os profissionais que assumem trabalhos de maneira esporádica. Os que possuíam negócios próprios foram considerados como empregados.

Os resultados mostraram que os pais de FA têm mais empregos como independentes (sendo 16 independentes, 2 empregados e 2 desempregados), enquanto os pais de FNA apresentam-se mais empregados (16 empregados e 8 independentes). Quanto às mães do grupo FA, tanto dos meninos como das meninas, a maioria não trabalha fora (11 mães), algumas estavam desempregadas na ocasião (3 mães) e, das que trabalhavam, 3 possuíam emprego e 3 eram independentes.

Em relação à história familiar de alcoolismo, consideramos uma história familiar positiva aquela família que apresentasse pelo menos um parente de primeiro ou segundo grau que tivesse história de internamento psiquiátrico devido a alcoolismo.

Os dados referentes à história familiar de alcoolismo das mães e dos pais são apresentados nos Quadros 1 e 2, respetivamente.

Mães	Sexo feminino		Sexo masculino	
	FA	FNA	FA	FNA
1	Pai	Não	Pai	Não
2	Pai	Pai e irmão	Pai e irmão	Não
3	Não	Não	Não	Não
4	Pai e irmão	Não	Avô, pai e sobrinho	Não
5	Irmão	Não	Pai e irmã	Não
6	Não	Não	Pai e irmão	Pai e irmão
7	Pai	Não	Pai e 3 irmãos dos 4	Não
8	Pai	Não	Não	Não
9	Pai e irmão	Pai, irmão e mãe	Pai e irmão	Não
10	Pai	Não	Pai	Não

Quadro 1 – História de alcoolismo familiar das mães das crianças.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Podemos verificar, se considerarmos o Quadro 1, que 80% das mães dos filhos de pais alcoólicos apresentam história positiva de alcoolismo e apenas 15% dos filhos de não alcoólicos revelam história positiva de alcoolismo.

Pais	Sexo feminino		Sexo masculino	
	FA	FNA	FA	FNA
1	Pai	Pai	Pai, mãe e irmão	Não
2	Pai e irmão	Pai e irmão	Pai e irmão	Não
3	Pai	Não	Pai e irmão	Não
4	Pai e irmão	Não	Pai e irmão	Não
5	Pai	Não	Pai	Irmão
6	Não	Não	Pai e irmão	Avós e tios
7	Pai, tios e irmão	Não	Pai e irmãos	Irmãos
8	Pai, tios e irmão	Não	Pai	Não
9	Pai, tios e irmão	Não	Pai e irmão	Irmão
10	Pai	Não	Não	Irmão

Quadro 2 – História de alcoolismo familiar dos pais das crianças.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Os resultados relativos à história familiar para alcoolismo na família dos pais das crianças revelam, no Quadro 2, que 90% dos pais alcoólicos apresentavam história familiar positiva para o alcoolismo, sendo só uma família do grupo dos meninos de alcoólicos com história familiar negativa. Para os pais não alcoólicos, 35% mostraram história familiar positiva para alcoolismo. Seguidamente, apresentamos os resultados do teste do desenho da figura humana.

Os scores obtidos na escala evolutiva do desenho da figura humana foram comparados considerando os grupos de filhos de alcoólicos (FA) e filhos de não alcoólicos (FNA). Utilizamos o

teste U de Mann-Witney, considerando-se $\alpha = 0,05$. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, o que nos leva a dizer que as crianças não diferem quanto ao aspeto cognitivo avaliado.

A seguir são apresentadas as distribuições das crianças dos dois grupos com relação aos percentis da escala evolutiva do teste do desenho da figura humana.

Tabela 1 – Distribuição das crianças dos dois grupos nos percentis da escala evolutiva do teste do desenho da figura humana.

Percentis	FA		FNA		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P
< 25	03	15	03	15	06	15
$25 \leq P \leq 75$	14	70	15	75	29	72
> 75	03	15	02	10	05	12
Total	20	100	20	100	40	99

Fonte: Pesquisa de Campo.

Utilizando o teste exato de Fisher e considerando-se $\alpha = 0,005$, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos ($p = 0,3557$), o que significa que os dois grupos se distribuíram de forma semelhante nas classificações segundo os percentis.

Em relação à avaliação da escala emocional do teste desenho da figura humana (DFH), verificou-se que o grupo de crianças filhos de alcoólicos (FA) apresentou mais sinais emocionais ($p < 0,02$).

Os dados de distribuição das crianças dos dois grupos, em relação aos percentis da escala emocional do teste do desenho da figura humana (DFH), encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das crianças dos dois grupos quanto aos percentis da escala emocional do desenho da figura humana.

Percentis	FA		FNA		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P
< 25	07	35	04	20	11	27
25 ≤ P ≤ 75	13	65	14	70	27	67
> 75	00	00	02	10	02	05
Total	20	100	20	100	40	99

Fonte: Pesquisa de Campo.

Comparando-se a distribuição das crianças dos dois grupos, por meio do teste exato de Fisher, nos extremos dos percentis, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,19231$).

Utilizando-se o teste U de Mann-Whitney, procedeu-se à comparação entre os grupos de acordo com o sexo das crianças.

Tabela 3 – Comparações dos resultados obtidos na escala emocional do teste do desenho da figura humana, segundo o agrupamento por gênero e no total.

Comparação	Feminino N1 = 10 e N2 = 10	Masculino N1 = 10 e N2 = 10	Total (N1 e N2 = 20) N1=20 e N2 = 20
FA x FNA	FA > FNA*	n.s	FA > FNA**

Legenda *p < 0,005; **p < 0,02

Fonte: Pesquisa de Campo.

Verificamos que as meninas filhas de pais alcoólicos (FA) apresentaram mais sinais emocionais que as meninas filhas de pais não alcoólicos (FNA). Em relação aos meninos, não foram encontradas diferenças significativas. Considerando-se os dois grupos (FA e FNA) como um todo, verificamos diferenças estatisticamente significativas, possivelmente, porque o resultado das meninas interferiu nos resultados como um todo.

Em relação à análise qualitativa do desenho da figura humana (DFH) dos filhos de pais alcoólicos, selecionando-se os indicadores emocionais que aparecem com uma frequência acima de cinco (25%), foram encontrados dois sinais: figura pequena e braços curtos. Considerando-se o seu significado psicológico e de acordo com Koppiz (1968), podem-se apontar as seguintes características psicológicas dessas crianças: autoestima baixa, timidez, insegurança, retraimento, sinais de depressão e dificuldades de relacionamento. Só as meninas, nos indicadores emocionais, apresentaram autoestima baixa e dificuldades de relacionamento.

Escala comportamental infantil

A2 de Rutter – ECI

Os scores obtidos na escala comportamental infantil A2 de Rutter pelos sujeitos dos dois grupos, utilizando-se o teste U de Mann-Witney, considerando-se $\alpha=0,005$, revelaram que as crianças filhas de pais alcoólicos apresentaram mais problemas de comportamento, se comparadas com as crianças filhas de pais FNA.

Comparando-se os dois grupos, em relação a cada um dos três fatores da escala comportamental infantil A2 de Rutter (saúde, hábitos e afirmações comportamentais), verificamos que as crianças FA apresentaram scores mais altos nas subescalas de comportamento e de saúde. As diferenças encontradas alcançaram significância estatística, o que nos leva a dizer que as crianças FA apresentaram mais problemas de saúde e de comportamento que as crianças FNA. Podemos verificar os dados sintetizados na Tabela 4.

Tabela 4 – Escala comportamental infantil A2 de Rutter, comparação de FA e FNA – teste U de Mann-Witney.

Fatores de ECI	FA (N = 20) FNA (N020)
Problemas de saúde	FA > FNA*
Hábitos	n.s.
Afirmações de comportamento	FA > FNA**
Total	FA > FNA**
Legenda *p = 0,005; **p < 0,02	

Fonte: Pesquisa de Campo.

De acordo com as mães das crianças FA, elas mostram-se mais impacientes e irrequietas, irritam-se mais rapidamente, “perdem as estribeiras”, são mais acanhadas e tímidas e mais apegadas às mães, quando comparadas às filhas FNA.

Tabela 5 – Escala comportamental infantil A2 de Rutter, (ECI) comparações entre o gênero.

Fatores de ECI	Meninos		Meninas	
	FA (N = 10)	FNA (N = 10)	FA (N = 10)	FNA (N = 10)
Problemas de saúde	n.s.		n.s.	
Hábitos	n.s.		n.s.	
Afirmação de comportamento	n.s.		FA > FNA**	
Total	FA > FNA*		FA > FNA*	

Legenda: *p < 0,025; **p < 0,001

Fonte: Pesquisa de Campo.

Na comparação entre meninos FA e meninas FNA, quanto aos fatores da escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

Para verificarmos a distribuição dos dois grupos, considerando o score de corte igual a 16 (critério para identificação de problemas comportamentais), os resultados demonstram que as crianças FA apresentam mais problemas de comportamento.

Tabela 6 – Distribuição das crianças segundo o gênero.

Crianças		< 16		≥ 16	
		F	P	F	P
Feminino	FA	04	.40	06	.60
	FNA	09	.90	01	.10
	Total	13	.65	07	.35
Masculino	FA	05	.05	05	.50
	FNA	08	.80	02	.20
	Total	13	.65	07	.35

Fonte: Pesquisa de Campo.

Os dados da tabela mostram que os meninos tendem a distribuir-se igualmente com relação aos scores de corte (teste exato de Fisher = 0,17492). As meninas FA, no entanto, tendem a apresentar scores mais elevados, indicadores de problemas comportamentais, se comparadas às meninas de FNA (teste exato de Fisher, $p = 0,002864$).

Quanto à análise das descrições comportamentais mais utilizadas pelas mães para falar dos seus filhos, foram verificadas como respostas mais frequentes, valor acima de quatro (25%), para filhos FA do sexo masculino, como: criança impaciente, irritável, agitada, agarrada à mãe e acanhada. Para os meninos filhos FNA: irritável e agarrado à mãe. Para as meninas FA: agitadas, impacientes, briguentas, irritáveis, desobedientes e agarradas à mãe. Para as meninas FNA, como: agarradas à mãe.

Quanto à indicação dos problemas, segundo a classificação da escala comportamental de Rutter, resultado igual e acima de 16, as mães do menino e da menina FA os apontaram com comportamento antissocial, ainda nesse mesmo sentido, foi apontado um menino e duas meninas com comportamentos de somatizações.

As crianças filhas de pais alcoólicos foram identificadas, pelas mães, com mais problemas de comportamento, cinco crianças com comportamentos de somatizações. Três filhos de pais não alcoólicos foram apontados com comportamentos de somatizações e um menino e uma menina com comportamento antissocial.

Tabela 7 – Respostas das mães na subescala comportamento relativos às alternativas “aplica-se com certeza”.

Subescala comportamental	Masculino		Total	Feminino		Total
	FA	FNA		FA	FNA	
1. Muito agitado, dificuldade de permanecer sentado por muito tempo	07	03	10	04	0	04
2. Criança impaciente, irrequieta	06	02	08	05	0	05
3. Muitas vezes destroem as suas próprias coisas com os outros	02	01	03	02	0	02
4. Briga frequente ou é extremamente briguento	0	0	0	04	0	04
5. Não é uma criança muito querida pelas outras	0	0	0	0	0	0
6. Fica facilmente preocupado com tudo	02	02	04	03	02	05

(continuação)

7. Tende a ser criança fechada um tanto solitária	01	0	01	0	01	01
8. Irritável. Rapidamente perde as estribeiras	04	04	08	06	01	07
9. Frequentemente a criança parece triste/angustiado	0	0	0	0	0	0
10. Chupa frequentemente os dedos	01	0	01	0	0	0
11. Roí frequentemente as unhas ou os dedos	03	01	04	03	01	04
12. Muitas vezes é desobediente	02	02	04	05	0	05
13. Não consegue permanecer na atividade por muito tempo	03	03	06	02	0	02
14. Tem medo ou receio de coisas novas ou situações	01	01	02	02	0	02
15. Criança difícil de comportamento ou muito particular	0	0	0	03	0	03
16. Diz mentiras muitas vezes	01	0	01	02	0	02
17. Maltrata outras crianças	0	0	0	01	0	01
18. Diz palavrões	02	0	02	03	0	03
19. É uma criança muito agarrada à mãe	05	07	12	08	04	12
20. Acanhada, tímida e retraída	06	02	08	03	01	04
21. Criança insegura, não tem confiança em si	03	02	05	03	01	04

Fonte: Pesquisa de Campo.

Fomos verificar se havia associação entre os resultados das avaliações emocionais do teste do desenho da figura humana (DFH) e da escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI). Não encontramos associação entre os scores emocionais do teste do desenho da figura humana (DFH) e os scores da escala comportamental infantil A2 de Rutter (ECI) ($p = 0,3446$) utilizando-se o coeficiente de correlação de postos de Kendall, com um valor de $\alpha = 0,05$. O mesmo foi obtido para a associação entre os scores emocionais e o score de comportamento da escala comportamental infantil (ECI), ($p = 0,1112$).

As avaliações colhidas por meio do teste do desenho da figura humana (DFH), desenhos feitos pela própria criança e as avaliações feitas pelas mães na escala comportamental A2 de Rutter, tenderam a não estar associadas.

Fizemos uma avaliação exploratória de caso a caso, para verificar se houve convergência entre a avaliação feita pela mãe e a avaliação emocional feita por meio de análise do desenho produzido pela própria criança e encontramos os seguintes resultados: proporcionalmente, verifica-se uma menor convergência na indicação de problemas, especialmente entre filhos NA, indicando somente uma casa (5%) e cinco casos para filhos FNA, dois meninos e três meninas (25%). Na identificação de ausência de problemas de filhos FNA, houve maior convergência entre as avaliações das mães e as dos filhos. Entre filhos FA, houve ainda maior divergência entre as duas avaliações que para os filhos FNA em termos proporcionais.

Análise da observação participante

A análise da observação foi realizada tendo como variáveis o gênero. Os itens analisados foram: atividades lúdicas (tipos e objetos utilizados); comunicação não verbal (postura e gestualidade) e comunicação verbal.

Filhos de pais alcoólicos			Filhos de pais não alcoólicos	
Sujeito/ Sexo	Atividades	Brinquedos	Atividades	Brinquedos
1. Fem.	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
2. Fem.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças
3. Fem.	Tipo agressivo: lutas	Muitos: Carros, pistolas	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
4. Fem.	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis
5. Fem.	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
6. Fem.	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros

(continuação)

7. Fem.	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças
8. Fem.	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
9. Fem.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças
10. Fem.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
11. Mas.	Tipo agressivo: lutas	Muitos: Carros, pistolas	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis
12. Mas.	Tipo doméstico: lavar a louça e preparar a refeição	Poucos: bonecas, louças	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
13. Mas.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis
14. Mas.	Tipo agressivo: lutas	Muitos: Carros, pistolas	Tipo pedagógico: desenhos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
15. Mas.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
16. Mas.	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis
17. Mas.	Tipo agressivo: lutas	Muitos: Carros, pistolas	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros

(continuação)

18. Mas.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis
19. Mas.	Tipo agressivo: lutas	Muitos: Carros, pistolas	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros
20. Mas.	Tipo pedagógico: desenhos	Poucos: papel e lápis	Tipo pedagógico: jogos didáticos	Muitos: lotos, puzzles, legos, livros

Quadro 3 – Atividades lúdicas.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Nas atividades lúdicas, observamos diferença nas meninas filhas de pais alcoólicos: enquanto 5 apresentavam o tipo doméstico; 3 tinham tipo pedagógico: desenho; 1 tipo pedagógico: jogos didáticos e desenhos; e um tipo agressivo.

As atividades lúdicas nas meninas filhas de pais não alcoólicos foram as seguintes: 3 apresentavam o tipo doméstico; 1 tipo pedagógico: desenho; 6 o tipo pedagógico: jogos didáticos e não aparece o tipo agressivo.

Podemos concluir que não observamos diferenças nos rapazes, em relação às atividades lúdicas, enquanto nas meninas existem mais meninas filhas de pais não alcoólicos com gosto pelos jogos pedagógicos.

Na análise referente à comunicação não verbal (posturas e gestualidade), tomamos em consideração a postura geral predominante, o contato face a face, proximidade e gestualidade, ao se comunicar verbalmente.

Tabela 8 – Comunicação não verbal.

Comunicação não verbal		Masculino		Total	Feminino		Total
		FA	FNA		FA	FNA	
Postura predominante	De pé	06	03	09	06	02	08
	Sentado	02	06	08	02	06	07
	Alternado pé/sentado	02	01	03	02	02	04
Contato face a face	Afastamentos físicos momentâneos	01	08	09	02	06	08
	Afastamentos físicos frequentes	06	02	08	06	03	09
	Generalizado	03	0	03	02	01	03
Proximidade	Entre íntima, pessoal e pública (0-+3,5m)	08	02	10	08	03	11
	Entre íntima, pessoal (0-1,20m)	02	08	10	02	07	09
Gestualidade	Gesticula muito com as mãos	07	02	09	05	01	06
	Gesticula pouco com as mãos	02	04	04	04	06	10
	Gesticula de acordo com a comunicação verbal	01	04	05	01	03	04

Fonte: Pesquisa de Campo.

Comparando os filhos de alcoólicos com os dos não alcoólicos, no que diz respeito à postura, as meninas e os rapazes filhos de alcoólicos, na sua maioria (12), mantêm uma postura predominante de pé, enquanto os dos não alcoólicos, com o mesmo número, mantêm uma postura essencialmente sentada.

No contato face a face, há um afastamento físico frequente entre as meninas e os rapazes filhos de pais alcoólicos (12), enquanto que há afastamento físico momentâneos nos filhos de não alcoólicos (12).

No que diz respeito à proximidade, as crianças filhas de pais não alcoólicos aproximam-se mais do que as dos alcoólicos.

Em nível da gestualidade, há uma grande diferença entre os dois grupos: os filhos de alcoólicos gesticulam muito mais com as mãos do que os dos não alcoólicos. Assim, podemos concluir que existem diferenças na comunicação não verbal; nomeadamente postura, o contato físico é muito menor nos filhos FA, bem como há um afastamento maior face a face, proximidade e maior gesticulação nos FA.

No âmbito da comunicação verbal, incidimos no número de enunciados produzidos, na utilização de sons expressivos, nos enunciados de reforço positivo, negativo e de manipulação, nas funções da linguagem mais frequentes, nas particularidades da linguagem e nos temas observados pelos que apresentamos na tabela seguinte.

Tabela 9 – Comunicação verbal.

Comunicação verbal		Masculino		Total	Feminino		Total
		FA	FNA		FA	FNA	
Enunciados	Pequeno ou médio número de enunciados	04	07	11	04	08	12
	Geralmente pequenos e pouco completos, com algumas repetições	06	03	09	06	02	08
Sons expressivos	Fraco recurso	08	06	14	06	04	10
	Grande recurso	02	04	06	04	06	10
Reforço positivo	Algum recurso	08	02	10	08	03	11
	Grande recurso	02	08	10	02	07	09
Reforço negativo	Algum recurso	02	06	08	04	07	11
	Fraco recurso	08	04	12	06	03	09
Manipulação	Algum recurso	02	06	08	04	07	11
	Pouco recurso	08	04	12	06	03	09
Funções frequentes	Interrogativa e Imperativa	08	08	16	08	08	16
	Interrogativa e Informativa	02	02	04	02	02	04
Particularidades da linguagem	Uso de formas linguísticas consideradas “vulgares”.	08	08	16	04	05	09
	Uso de diminutivos	02	02	04	06	05	11

(continuação)

Temas	Aprendizagens da vida diária	08	06	14	06	08	14
	Aprendizagens recreativas e sociais	01	03	04	02	01	03
	Aprendizagens acadêmicas	01	01	02	02	01	03

Fonte: Pesquisa de Campo.

Comparando os filhos de pais alcoólicos com os de não alcoólicos, no que diz respeito à comunicação verbal, utilizam, na sua maioria, enunciados pequenos e pouco completos, com algumas repetições (FA). Em nível dos sons expressivos, os FA utilizam, na sua maioria, fraco recurso, enquanto os FNA, no sexo feminino, utilizam grande recurso.

Em relação ao reforço positivo, os FA utilizam, em grande parte, algum recurso; enquanto os FNA utilizam um grande recurso. O mesmo já não acontece no reforço negativo: os FA utilizam um fraco recurso e os FNA, algum recurso. Na manipulação, os filhos de não alcoólicos utilizam mais do que os FA. Nas funções frequentes, não se apresentam diferenças significativas, bem como nas particularidades da linguagem e nos temas.

Podemos concluir que, no nosso universo, existe alguma diferença na comunicação verbal dos FA e dos FNA, nomeadamente em nível dos enunciados, dos sons expressivos e em nível do reforço positivo. Os FNA apresentam maiores competências nessas três áreas.

Conclusões

Os resultados do nosso estudo estão em conformidade com as pesquisas realizadas sobre este tema, os resultados revelaram que filhos de alcoólicos apresentaram mais problemas emocionais e comportamentais, se comparados aos filhos de não alcoólicos (MORAES; PAYÁ, 2006; MYLANT et al., 2002). O mesmo já não se verifica em relação ao desenvolvimento cognitivo nas crianças, uma vez que, quanto ao domínio cognitivo avaliado no teste do desenho da figura humana, a maioria das crianças de ambos os grupos apresentou desempenho de acordo com o esperado para suas idades. Esses dados apontam que a maior parte das crianças participantes neste estudo apresentou capacidade cognitiva preservada.

Nos dois grupos, foram identificadas crianças com níveis intelectuais abaixo da média e em ambos a distribuição nos níveis inferior, médio e superior foi semelhante. Isso diverge do que foi encontrado por Sher (1991), que obteve resultados indicativos de que filhos de alcoólicos apresentavam déficit cognitivo.

As características das crianças filhas de alcoólicos, apresentadas neste estudo, confirmam dados de outras pesquisas, em que essas crianças são caracterizadas como tímidas, inseguras, retraídas, mostrando sinais de depressão, baixa autoestima e dificuldade de relacionamento (CORMILLOT, 1992; MORAES; PAYÁ, 2006; HALL; RAYMOND-E, 2002).

Quando comparados os grupos separadamente, segundo o gênero, as crianças do sexo feminino, filhas de alcoólicos, apresentaram mais sinais emocionais e problemas comportamentais que as meninas filhas de não alcoólicos. Segundo a percepção das mães, as meninas filhas de alcoólicos são agitadas, impacientes, briguentas, irritáveis, desobedientes e

agarradas à mãe. Nesse sentido, Krestan e Bepko (1995) afirmam que o gênero e a ordem de nascimento são aspetos que devem ser observados como fatores que afetam a forma de os filhos responderem a essa situação de estresse.

O desempenho cognitivo dentro da média, os comportamentos adequados de regulação fisiológica (sono, alimentação, digestão-eliminação), o bom desenvolvimento na área da linguagem e a não apresentação comportamento antissocial (não roubar, não falar mentira), avaliados na escala comportamental infantil, são algumas habilidades que as crianças desenvolveram, mesmo expostas à situação de risco (alcoolismo paterno). Essas habilidades podem protegê-las das consequências negativas desse ambiente, portanto, podem ser consideradas como fatores de proteção (RUTTER, 1987).

Por meio de uma análise qualitativa e da procura da relação entre o significado dos indicadores emocionais e as descrições comportamentais das crianças filhas de alcoólicos, pode-se inferir que as características psicológicas de timidez, retraimento e insegurança, possivelmente, contribuem para que essas crianças sejam agarradas às mães. Pode-se pensar na hipótese de que as mães não tenham tempo e disposição psicológica para atender às necessidades das crianças ou de que sejam superprotetoras, podendo, assim, estar moldando essa dependência e insegurança nos filhos. A dependência pode ser um fator dificultador para a aprendizagem das habilidades para o confronto de conflitos. Algumas pesquisas apontam que filhos de alcoólicos desenvolvem menos estratégias efetivas para lidar com situações de stress e absorvem modelos de negação, de afastamento e de evitação de conflitos (MORAES; PAYÁ, 2006; HALL; RAYMOND-E, 2002; SILVA, 2002).

Outro aspecto apontado pelas mães é a irritabilidade das crianças, revelando que estas apresentam baixa tolerância a frustrações, confirmando a sua dificuldade no confronto de conflitos; porém, para entender esses comportamentos, é necessário ter mais dados sobre o relacionamento familiar, o qual não foi abordado neste estudo.

De acordo com Sameroff (1990) e Rutter (1980), a combinação de múltiplas variáveis de risco interfere negativamente no desenvolvimento das crianças, potencializando os efeitos negativos. Esses pesquisadores encontraram algumas variáveis ambientais, atuando em conjunto na produção de risco, como histórico de doença mental dos pais (alcoolismo), baixa escolaridade, nível socioeconômico baixo e eventos de vida estressantes. Pode-se afirmar que esses estressores estão presentes nas famílias de alcoólicos (MORAES; PAYÁ, 2006; SILVA, 2002).

O alcoolismo é um fenômeno complexo e multifatorial, no qual estão presentes fatores sociais, familiares e culturais. Relacionar os prejuízos do desenvolvimento infantil somente ao alcoolismo paterno é uma análise simplista do alcoolismo e do desenvolvimento infantil, deixando de correlacionar as variáveis ambientais e individuais presentes nessa problemática.

Os dados desta pesquisa são limitados para generalização, sobretudo em função do pequeno número dos sujeitos dos grupos estudados. A avaliação dessas crianças focalizou somente três áreas (cognitiva, emocional e comportamental), o que limitou também o entendimento de algumas questões levantadas na análise.

Não obstante, não se pode negar que as características psicológicas das meninas desta amostra (timidez, autoestima baixa, insegurança, dificuldade de manter contato com os demais e os problemas de comportamentos percebidos pelas

mães, como: irritabilidade, impaciência, briguenta e desobediente, agarradas à mãe) podem predispor-las ao desenvolvimento da dependência química e/ou a estabelecer relacionamentos com companheiros alcoólicos, repetindo, assim, a história de suas mães, conforme aponta a literatura (KRESTAN; BEPKO, 1995; MYLANT et al., 2002). Dessa forma, podemos concluir que não observamos diferenças nos rapazes nas atividades lúdicas, enquanto nas meninas existem mais meninas FNA com gosto pelos jogos pedagógicos.

Verificamos que existem diferenças na comunicação não verbal; nomeadamente postura, contato físico, o qual é muito menor nos FA, bem como há um afastamento maior face a face, menos proximidade e maior gesticulação nos FA. Na comunicação verbal, existe alguma diferença dos FA e FNA, nomeadamente em nível dos enunciados, dos sons expressivos e em relação ao reforço positivo. Os FNA apresentam maiores competências nessas três áreas.

Por intermédio desta pesquisa, podem ser sugeridos alguns caminhos no tratamento e na prevenção da problemática do alcoolismo, como: inclusão dos filhos de alcoólicos no tratamento do alcoolismo; criação de programas direcionados para o desenvolvimento de competências dessas crianças, possibilitando ajudá-las a se proteger dos possíveis danos causados por esse ambiente estressante; orientação educacional para os pais, com o objetivo de auxiliá-los no cuidado de seus filhos e na organização de sua família; e terapia familiar.

Os estudos nesta área realçam os efeitos do alcoolismo parental no desenvolvimento mental infantil ou no funcionamento psicológico das crianças e traz uma grande contribuição para o entendimento e prevenção da psicopatologia infantil. Os pais são as principais referências para as crianças, são os

primeiros educadores. A forma como eles se relacionam com elas é fundamental para a saúde mental das mesmas, podendo, algumas formas de relacionamento, trazer sérios prejuízos para o desenvolvimento infantil (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1986).

Referências

- AJURIAGUERRA, J. de; MARCELLI, D. Manual de Psicopatologia Infantil. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 454 p.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Manual de publicação da American Psychological Association. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 329 p.
- ANTHONY, G. et al. Double-blind tests of subliminal self-help audiotapes. *Psychological science*, v. 2, n. 2, mar. 1991.
- BLACK, C. It will never happen to me. Colorado: MAC, 1982.
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. Metodologia da Investigação: guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.
- CORMILLOT, A. Beber e no beber: Esa es la cuestión? Buenos Aires: Paidós, 1992.
- CUJJPERS, P.; LANGENDOEN, Y.; BIJL, R. V. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction*, California, v. 94, n. 10, p.1489-1502, 1999.
- DEUTSCH, C. Broken Bottles, Broken Dreams. New York: Teachers College Press, Columbia University, 1982.
- EDWARDS, G.; GROSS, M. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med. J.*, v. 1, p. 1058-1061, 1976.

MORAES, E.; PAYA, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de riscos bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? Revista de Psiquiatria Clínica, v. 31, n. 2, p.53-62, 2006.

GRAMINHA, S. S. V. Escala Comportamental Infantil Rutter A2. Estudos de adaptação e fidedignidade. Estudos Psicologia, v. 3, n. 11, p. 34-42, 1994.

HALL, C. W.; RAYMOND-E. W. Traumatic symptomatology, characteristics of adult factors, and stressamong of adult children of alcoholics. Journal of Drug Education, v. 3, n.32, p.199-211, 2002.

HUTZ, C. S.; ANTONIAZZI, A. S. O desenvolvimento do desenho da figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: normas para avaliação. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 1, n. 8, p. 3, 1995.

JAFFE, J. The Concept of Dependence. Historical Reflections. Alcohol Health & Research World, v. 17, p.88-189, 1993.

KOPPIZ, E. M. Psychological evolution of children'shuman figure drawings. New York: Grune Stration,1968.

KRESTAN, J. M. A.; BEPKO, C. M. S. W. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 415-439.

MULDER, R. T. Alcoholism and personality. Australian and New Zealand Journal of psychiatry, Australian, v. 36, n.1, p. 44-50, 2002.

MORAES, E. et al. Conceitos Introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 28, n. 4, 2006.

MYLANT, M. et al. Adolescent children of lcoholics: vulnerable or resilient? Journal of the American Psychiatric Nurses Association, v. 8, n. 2, p. 57-64, 2002.

PEIXOTO, A. Dependências e outras violências. Ponta Delgada : Edições Macaronésia, 2010.

RUTTER, D. R, Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Orthopsychiatric Association, v. 57, p. 316-331, 1987.

RUTTER, M. Changing youth in a changing society. Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1980.

SAMEROFF, A. Neo-environmental perspectives on developmental theory. In: HODOPP, R. M.; BURACK, J. A.; ZIGLER, E. Issues in developmental approach to mental retardation. New York: Cambridge, 1990. p. 93-111.

SHER, K. J. Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, v. 100, p. 427-448, 1991.

SILVA, M. R. S. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSEN, I.; MARCONE, S. S.; SANTOS, M. R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002. p.140-160.

A interrupção de gravidez na adolescência: sob a perspectiva bioética¹

José Humberto Belmino Chaves²

A interrupção da gravidez

A interrupção voluntária da gravidez representa um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Representa, também, uma experiência traumática para qualquer mulher, independente da faixa etária, interrompendo-se a expectativa de alegrias e novidades presumidas com a gestação. Portanto, algumas vezes, ainda, a essa dor se somam os riscos de morbimortalidade materna relacionados ao quadro de abortamento e seu tratamento (HARLAP; SIONO; RAMCHARAN, 1980).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência vai dos 10 aos 20 anos incompletos, enquanto que, para o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil (ECA), dos 12 aos 18 anos. Entretanto, para o Código Civil Brasileiro, em seu art. 5º: “a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil, caso contrário, para a validade dos seus atos, será preciso

¹ Recebido do Programa de Pós-doutorado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa, Portugal.

² Médico. Doutor em Bioética e Ética Médica. Mestre em Ciências. Docente em Ginecologia, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Brasil. E-mail: coordenadordoutorado@portalmedico.org.br

que estejam representados por seu pai, sua mãe ou por tutor”. Essa fase da vida apresenta-se, frequentemente, vinculada à vulnerabilidade e ao risco, inerentes às mudanças e às transformações que a caracterizam (HARDY, 1994).

Por outro lado, a questão do aborto é fonte de reflexões desde os primórdios da civilização e demanda diligências para a tentativa de seu enquadramento social ao longo da história do pensamento humano. Por ser o abortamento provocado considerado crime em alguns países, como é o caso do Brasil, é preciso que se discutam as razões que levam as adolescentes a abortar e as consequências dessa decisão (BRASIL, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o termo “aborto provocado” refere-se à interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica após a implantação e antes que o conceito tenha se tornado viável (WHO, 1987).

Representando um consenso para a maioria das correntes filosóficas, médicas e religiosas, uma conceituação clássica do aborto seria a expulsão ou extração de toda ou qualquer parte da placenta ou das membranas, sem um feto identificável, ou de um recém-nascido, vivo ou morto, que pese menos de quinhentos gramas (ABEL, 1980).

Numa avaliação semântica dos conceitos utilizados na literatura para o aborto, a variedade conceitual é proporcional ao impacto social causado pela escolha de cada termo. Cada categoria possui sua força na guerrilha linguística, numa cadeia de definições intermináveis que gera uma confusão semântica aparentemente intransponível. No entanto, no Quadro 1, executou-se a classificação do aborto, utilizando a nomenclatura mais próxima do discurso médico oficial, por considerá-la a que mais justamente representa as práticas a que se refere.

Classificação quanto à época	
Aborto precoce	Quando a interrupção da gravidez se dá até 12 semanas.
Aborto tardio	O que acontece com mais de 12 e até 22 sem.
Classificação quanto à clínica	
Aborto evitável	O conceito mantém a vitalidade, tem quadro clínico discreto quanto à hemorragia e dor e o orifício uterino permanece fechado. Pode evoluir como gravidez até o termo ou passar a ser aborto inevitável.
Aborto inevitável	O produto conceptual perde a vitalidade e não existe possibilidade de evolução da gestação.
Aborto inevitável completo	Há eliminação total do material intrauterino.
Aborto inevitável incompleto	Dá-se apenas a eliminação parcial do conteúdo uterino.
Aborto inevitável incompleto afebril	Quando ainda existe conteúdo intrauterino sem vitalidade e sinais de infecção.
Aborto inevitável incompleto febril	Quando há restos intrauterinos com presença de infecção local ou generalizada. A infecção pode restringir-se ao útero.
Classificação quanto à motivação	
Aborto espontâneo	Decorrente de causas naturais.
Aborto induzido	Quando motivado por fatores externos
Aborto induzido legal	No Brasil, até hoje, só são consideradas legais as interrupções de gravidez resultantes de estupro e as que colocam a mãe em risco de vida iminente.
Aborto induzido ilegal	Quando provocado por motivos não incluídos na constituição brasileira, como razões socioeconômicas ou mesmo malformações fetais.
Formas especiais de abortamento	
Aborto por <i>clostridium welchii</i>	Devido à patogenicidade do agente, nesse tipo de abortamento, ocorre quadro de choque com icterícia cianótica e hemoglobinúria e elevado grau de mortalidade materna.

(continuação)

Aborto retido (<i>missed abortion</i>)	Quando não houver expulsão do conteúdo uterino até trinta dias após a morte do concepto.
Aborto habitual	Quando ocorrem três ou mais abortamentos espontâneos e consecutivos, o que acontece em torno de 0,4% das grávidas.

Quadro 1 – Classificação do aborto.

Fonte: Harlap; Siono e Ramcharan (1980); Abel (1980); Who (1987) e Hardy (1994).

Dependendo do ordenamento jurídico vigente, o aborto é considerado uma conduta penalizada ou despenalizada, atendendo às circunstâncias específicas. As situações possíveis vão desde o aborto considerado como um crime contra a vida humana, ao apoio estatal à interrupção voluntária da gravidez, a pedido da grávida sob determinadas circunstâncias (DINIZ; RIBEIRO, 2004). No Quadro 2, executado por França (2004), estão descritas as doutrinas jurídicas para terminologia do aborto.

Terminologia jurídica	
Aborto terapêutico	São os casos de aborto ocorridos em nome da saúde materna, isto é, situações em que se interrompe a gestação para salvar a vida da gestante.
Aborto sentimental, moral ou piedoso	É o aborto nos casos de estupro. França explica que estará justificada a não punibilidade por não se admitir que uma mulher chegasse à maternidade pela violência e pela coação, trazendo no seu ventre um filho indesejado e marcado para sempre pelo ultraje recebido.

(continuação)

Aborto eugênico	É o executado ante a suspeita de que o filho virá ao mundo com anomalias graves, por herança genética. Diferentemente do praticado pela medicina nazista, isto é, situações em que se interrompe a gestação por valores racistas, sexistas, étnicos, etc.
Aborto social	É quando a gravidez é interrompida com o aborto por falta de recursos financeiros, em outras palavras, ocorre quando a mãe não possui condições econômicas para sustentar o filho.
Aborto por motivo de honra	É o aborto provocado para esconder motivos que manchem a imagem da mulher perante a sociedade, é utilizado para esconder a desonra.

Quadro 2 – Terminologia Jurídica.

Fonte: França (2004).

É claro que o tema aborto sempre significa uma oportunidade para uma ampla e necessária discussão com a sociedade, dado o caráter complexo e delicado da questão. Isso não quer dizer, todavia, o desrespeito à legislação vigente, a subversão da ordem constituída e a pregação à desobediência civil; mas uma oportunidade de trazer ao debate, dentro das políticas sociais de demografia e planejamento familiar, as questões que o aborto traz como repercussão no conjunto dos problemas de ordem pública e de saúde coletiva, elevando, desse modo, o nível de informação da sociedade (FRIGÉRIO, 2002).

O Código Penal brasileiro, que atualmente vigora, data de 1940 e é o terceiro existente no Brasil. Os dois primeiros, de 1830 e 1890, eram bem mais rigorosos que o atual, não prevendo a exceção do aborto para salvar a vida da mãe ou em caso de gravidez decorrente de estupro, conforme se tem hoje (DIRECEU, 2006).

Em relação aos atos que atentam contra a vida intrauterina, são reconhecidas somente duas formas de exclusão da antijuridicidade: para salvar a vida da gestante e na gravidez resultante de estupro. Em outras palavras, o aborto só é admitido, na Lei Penal brasileira, nessas duas hipóteses (CAPEZ, 2004).

No atual Código Penal, sob o Título dos crimes contra a pessoa e no Capítulo dos crimes contra a vida, nos artigos 124, 125, 126, 127, o objeto da tutela penal é a vida do nascituro; apenas no art. 128, essa proteção desloca-se para a vida e para o sentimento de repulsa da mãe, de ter um filho resultante de um ato de violência, em grau superior (SCHOR, 1994).

A própria ilegalidade e os sentimentos que cercam o ato do abortamento constituem-se em dificuldade para se obterem dados reais e fidedignos sobre o assunto. Essa situação tem impacto maior numa cidade menos populosa, onde o controle social é mais rígido do que numa metrópole, já que, nos grandes centros, os preconceitos se dispersam no anonimato dos cidadãos, o que possibilita maior sigilo familiar e social para a realização de atos condenados moral e socialmente, como é o caso do abortamento (STABILE; CAMPBELL; GRUDZINSKAS, 1987).

Apesar dos esforços parcialmente bem-sucedidos de reduzir o número de abortos provocados no mundo, como também no Brasil, as estimativas não têm mudado significativamente. Envolto em tantos números alarmantes, a prática do abortamento suscita uma questão de saúde pública (BRASIL, 2008).

Somam-se a isso diferenças regionais importantes: no Brasil, a curetagem pós-aborto tem sido sistematicamente um dos procedimentos obstétricos mais realizados nas unidades de internação na rede pública de serviços de saúde. Destaca-se uma menor ocorrência de eventos infecciosos e hemorrágicos, atribuídos, em sua maioria, ao uso do misoprostol (BRASIL, 2008).

Em que pese o fato de que a morbimortalidade materna representa apenas parte do problema, constituindo sua face mais dramática, os dados referentes à hospitalização por abortamento provocado confirmam a frequência da realização desse procedimento como método de pôr fim a uma gravidez não desejada (BRASIL, 2005).

Sendo assim, o aborto é uma das questões conflitantes em qualquer esfera do debate, porque sua essência encontra-se nos dilemas morais, onde não existem soluções imediatas nem tampouco consenso na busca de soluções (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

O aborto provocado e a disponibilidade de métodos contraceptivos, particularmente nas adolescentes, ganham maior relevância nas pesquisas, aspectos como pouca informação, e a utilização de forma irregular ou incorreta, favorecendo uma gravidez não desejada, resultando, assim, frequentemente na autoindução do aborto ou a se submeterem a abortos clandestinos (GRIMES et al., 2006).

Dessa forma, a gravidez na adolescência que termina em aborto parece estar associada a uma gama heterogênea de fatores, entre esses a idade da adolescente, a situação conjugal/familiar e o contexto social. Por outro lado, o abortamento provocado, para um grande contingente de adolescentes, resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, estando envolvidas nesse processo a ausência de informações sobre a anticoncepção e a dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais existentes (COSTA et al., 2005).

Embora a contracepção seja uma das ações previstas nas políticas de saúde desde a década de 1980, constando como direito na Constituição Brasileira desde 1988, a sua implementação não assegura a efetividade de suas ações. Entretanto,

para evitar uma gravidez após relações sexuais desprotegidas, o Conselho Federal de Medicina reconhece a eficácia da contracepção de emergência, a despeito é pequena sua divulgação e prescrição nos serviços de saúde (WHO, 1987).

Sendo assim, a contracepção não representa estratégia profilática para o aborto, uma vez que a causa desse pode ser a dificuldade de acesso ou de adequação aos métodos existentes e disponíveis. Chama-se a atenção para o fato de que a disponibilidade de métodos contraceptivos não é fator suficiente para erradicar o aborto provocado (VIEIRA et al., 2007).

Estima-se que todos os anos, 80 milhões de mulheres no mundo têm uma gravidez não desejada e 60% são abortadas (SINGH, 2006). De modo semelhante, estima-se que ocorram 19 milhões de abortos inseguros por ano, no mundo, com uma em cada dez gestações terminando nesse tipo de abortamento. Isso significa um abortamento provocado para cada sete nascimentos à escala global (WHO, 2000).

Embora sejam pouco identificados, no Brasil, calcula-se que 31% das gestações reconhecidas terminam em aborto, proporcionando, nas últimas décadas, ao aborto provocado ser tratado como um problema social, levando a um conjunto de ações de políticas públicas voltadas para seu controle, desde que 20% a 50% das mulheres acabam hospitalizadas em virtude de suas complicações (BRASIL, 2005).

Tais complicações comprometem a saúde da mulher e são a causa de 10 a 15% dos óbitos maternos no Brasil (PAPINELLI et al., 1999). Além disso, gera ônus para o Estado, utilizando substancial quantia de recursos do sistema público de saúde, em países da América Latina (SOUZA, 1999). Há que se considerar que essas consequências sobrecarregam e oneram os serviços de saúde, podendo o gasto com internações por complicações

de o aborto chegar a 50% de todo o valor consumido com intervenções obstétricas. Entretanto, há indícios de que as taxas de morbidade e hospitalização têm diminuído nas últimas décadas (BRASIL, 2004).

Berquó e Cavenaghi (2003) têm feito referência ao uso do misoprostol como substituindo métodos inseguros mais invasivos, provavelmente tem contribuído para a redução das complicações. Por sua ilegalidade no Brasil, os dados estatísticos sobre aborto provocado são obtidos por meio de procedimentos hospitalares.

No Brasil, atualmente, é de fundamental importância que o poder público defina e implemente políticas públicas de saúde que atinjam o conjunto da população em todas as etapas evolutivas do desenvolvimento reprodutivo. Dessa forma, a educação sexual que hoje se apresenta como imprescindível, seja na escola, na família ou na comunidade, certamente encontraria o respaldo e a atenção devidos, contribuindo, substancialmente, para que os adolescentes iniciem sua sexualidade de forma saudável e plena (CAPEZ, 2004).

Na tentativa de ampliar o conceito de políticas públicas, cabe aqui lembrar a palavra vulnerabilidade, que vem do latim *vulnerare* (ferir); *vulnerabilis* (que pode ser fisicamente ferido; sujeito a ser atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido (KRUG et al., 2002).

Os seres humanos são vulneráveis e precisam de proteção, eis uma compreensão comum a todas as culturas. Na verdade, as culturas e as estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas justamente para combater a vulnerabilidade e a exploração (WALDNER; VADEN; SIKKA, 1999).

Nesse contexto, a violência sexual é um problema mundial que atinge, sobretudo crianças, adolescentes e mulheres jovens.

Por ser um problema complexo, enraizado em dimensões culturais, possibilita diferentes abordagens e definições, o que traz dificuldade para estudos comparativos e visões globais sobre sua magnitude (BRASIL, 2004).

A multiplicidade de interpretações do que é considerado como violência sexual dificulta a comparabilidade dos estudos desenvolvidos nessa temática. O modo como o casamento está constituído, no qual as relações sexuais são tratadas como um dever conjugal; a importância dada à manutenção da família, bem como as convenções sociais em torno da sexualidade; o estigma que paira sobre a vítima de violência sexual e as diferenças culturais existentes, no que tange à facilidade de revelação das situações de violência sofridas, são outros fatores que dificultam o dimensionamento do problema (MORAES; CABRAL; HEILBORN, 2006).

Portanto, quando entendemos que o aborto é o resultado das práticas de abortamento e que esperam ter como produto a morte do conceito, evidentemente, passamos a entender o abortamento como uma ação, e o aborto como o produto dessa ação (HEIKINHEIMO; GISSLER; SUHONEN, 2008).

Demonstra a história, desde os primórdios da civilização, que os povos, por suas legislações, têm disciplinado, de forma não homogênea, o trato ao nascituro, em especial, quando a ação do ser humano envolve a interrupção voluntária da gravidez no período em que o feto não dispõe de condições de sobreviver afastado do corpo da mãe (BRASIL, 2000).

Os avanços mais recentes na área da genética têm contribuído para o surgimento de novos dilemas antes não enfrentados pelo ser humano. Na prática, são casos em que situações de anormalidade, deficiência ou inviabilidade, detectadas na fase intrauterina, exigem tratamento transdisciplinar, especialmente

em razão dos conflitos que afloram e que envolvem a gestante, a família e a equipe médica (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

O debate em torno do direito à vida, como bem maior da humanidade, em contraste com a interrupção voluntária da gravidez, vem de longa data. Oscilam, de acordo com a cultura e o desenvolvimento da ciência, parâmetros legais que regulam a proteção à vida, em especial, do nascituro (MATTOS, 1990).

A interrupção da gravidez, vulgo aborto, é uma das poucas questões sociais atuais que tem o potencial de agitar a opinião pública ao ponto de provocar protestos populares e debates acérrimos (KAPPARIS, 2002).

O aborto é um caso típico em que as posições, quanto ao fundamento ético, são inconciliáveis, pois, para alguns, se trata do direito à vida, para outros, é evidente que envolve o direito da mulher ao próprio corpo. É óbvio, portanto, que o debate ético exige atitude pluralista, ou seja, unir os indivíduos em torno de um projeto comum (DALLARI, 2009).

Diante do dilema entre moralidade prescrita pela sociedade atual, realidade concreta de existência e qualidade de vida a oferecer para a criança que está sendo gerada, eclodiu a bioética com o interesse de resgatar as ciências humanas, principalmente nas ciências biológicas e na medicina (PEDROSO; GARCIA, 2000).

A bioética e a interrupção da gravidez

É fácil reconhecer que a questão do aborto é polêmica e que, cada vez mais, impõe-se a necessidade de um direcionamento para a tomada de decisões em relação ao assunto, tanto por parte da gestante como da família, da sociedade e

dos governos. De grande valia para isso foi o surgimento, em 1970, da bioética, cujos princípios tornaram-se ferramentas indispensáveis para o embasamento das reflexões sobre itens polêmicos, entre os quais tem destaque a questão do aborto (FAÚNDES, 2007).

A criação da expressão bioética é atribuída a Van Rensselaer Potter. O termo *bioética* é um neologismo derivado do grego *bios* (vida) e *ethike* (ética) e pode ser definido como o “estudo sistemático das dimensões morais, incluindo: visão, decisão, conduta e normas, das ciências da vida e dos cuidados da saúde” (POTTER, 1970, p. 127).

A bioética faz parte de um universo maior onde se insere a própria ética e as regras morais que esta comporta em inúmeras áreas – como na ética dos negócios, na ambiental ou na econômica, entre outras. A bioética também engloba a conhecida e conservadora ética médica, mais envolvida com a relação médico-paciente e médico-médico, mas que ainda não foi capaz de apresentar propostas de solução para inúmeros problemas emergentes no campo das ciências da vida (COSTA; ALVES NETO; GARRAFA, 2000).

O centro da questão é o modo como se entende a ética numa sociedade plural. Para Nunes (2010), perspectivando a ética como uma das categorias do espírito e do pensamento humanos, tal como a lógica ou a estética, categoria esta que norteia o desejo e o comportamento subsequentes segundo determinados valores positivos, podemos encontrar uma alternativa mais atraente de encarar o problema.

Naturalmente que esses valores estão relacionados, de alguma forma, com a edificação da personalidade por meio da educação ministrada desde o dealbar do nosso psiquismo individual. Trata-se, efetivamente, de um conjunto de regras que

se impõem à vida cognitiva. Essa dimensão categorial da ética não a impede de uma efetiva interligação com as restantes ciências normativas do pensamento humano. Na sua forma básica, elementar, a ética mais não é do que o livre exercício do raciocínio, característica suprema da espécie humana (NUNES, 2010).

Contudo, o aborto tem sido uma das questões paradigmáticas da bioética, porque nele reside a essência trágica dos dilemas morais que, por sua vez, é um dos nós conflitivos que recebe a atenção da bioética. Para certos dilemas morais, sabe-se bem, não existem soluções imediatas, mas sim os dilemas-limite (ENGELHARDT, 1998).

Assim, em relação à bioética, o problema é o de integrar, na justa medida e para o caso concreto, uma ética da tolerância, uma ética da responsabilidade e uma ética de solidariedade, adotando a perspectiva engelhardtiana de que a tolerância é uma conquista no caminho em direção à solidariedade e que esta é o laço que une pessoas como corresponsáveis pelo bem uma das outras (TAQUETTE, 2005).

Entre os especialistas em bioética, há os que se preocupam em defender a ampliação do aborto, lutando por torná-lo legal nos casos de má formação fetal ou de doença hereditária que impossibilite a criança de ter uma vida normal. Afirmam eles que a escolha entre ter ou não ter a criança não deve ser uma imposição do Estado, mas, sim, dos pais, respeitando-se a autonomia do casal, pois só eles saberão se terão condições financeiras e emocionais para ter um filho com doença grave (BEAUCHAMP; CHIIDRESS, 2002).

Tratar do tema do aborto, em qualquer de suas situações, gera angústia e sofrimento. Contudo, a maior carga de dor, ao certo, está reservada às adolescentes em cujo útero habita o ser humano, no momento em que se deparam com o dilema criado

pela possibilidade de poder interromper uma gravidez, ainda que essa seja indesejada (BEAUCHAMP; CHIIDRESS, 2002).

Indiscutivelmente, nossas políticas públicas são deficitárias: vale, então, repetir que a prática do aborto, por vezes, é o resultado de faltar à gestante orientação, apoio ou perspectiva de vida digna (COSTA; ALVES NETO; GARRAFA, 2000). É de todo lamentável ver, no despertar do século XXI, o aborto ser buscado como método de planejamento familiar, como já faziam os romanos, em priscas eras. O que se constata, com indignação, é o desinteresse das políticas públicas pela situação das gestantes adolescentes (NUNES; REGO; BRANDÃO, 2005).

Conhecer a realidade das mulheres, as quais buscam o aborto como alternativa, parece-nos ser o primeiro passo para lidar adequadamente com o tema. A partir do levantamento de dados, poder-se-ia pensar na adoção de medidas eficazes de prevenção, envolvendo o enfrentamento da violência; a criação de programas de acompanhamento e orientação em relação à mulher e ao casal, aqui incluída a questão do planejamento familiar; o estudo do histórico familiar, voltado à prevenção de doenças genéticas; entre tantas outras que poderiam ser acrescentadas (MOTTA, 2005).

Arriscamo-nos a afirmar que o aborto é o sintoma de um mal maior. Na verdade, enquanto não tratarmos as causas, estaremos no cômodo papel de espectadores, dirigindo nossos esforços a ações paliativas, desprovidas de efetividade em relação à tão almejada garantia do princípio da dignidade humana que elegemos a partir da Carta Magna de 1988 (SGRECCIA, 1996).

O aborto continua a acontecer na clandestinidade, para as mulheres de classes menos favorecidas. O trabalho de reversão da dura realidade que nos circunda não pode ser executado por setores isolados da saúde, da justiça, da área social ou

mesmo da área política. Ele exige, cada vez mais, ações transdisciplinares, preferencialmente de caráter preventivo, à luz da Bioética, privilegiando o desenvolvimento de mecanismos que favoreçam a dignidade da vida em detrimento da morte desassistida (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

A bioética tem como desafio argumentar em um contexto de multiplicidade de vozes éticas. O mundo hoje está constituído por “amigos” e “estranhos” morais, no dizer de Engelhardt (1998), o que torna difícil a busca de autoridade moral tendo como base um único conteúdo.

Portanto, a bioética tem como característica primordial o estudo das problemáticas que afetam a saúde das pessoas incorporadas ao seu meio, viabilizando condições para solucioná-las (BAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Dessa forma, para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a bioética se sustenta em quatro princípios, que devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Assim, a reflexão bioética utilizada foi sistematizada a partir da utilização desses princípios: a autonomia, que parte do pressuposto de que, para o exercício da liberdade, é necessário que o indivíduo seja autônomo, ou seja, que no exercício da sexualidade todos os participantes devem consentir de forma esclarecida e voluntária; a beneficência, pressupondo que todo ato tem como objetivo fazer o bem; e a não maleficência, baseada no princípio deontológico de que se deve evitar ao máximo a possibilidade de causar danos e a justiça.

Esses princípios éticos estão fundamentados na discussão moral proveniente da interação entre indivíduos. A ênfase está na autonomia individual. A partir da década de 1990, surgiram

novas teorias que passaram a problematizar a hegemonia da teoria principialista. Com efeito, a globalização econômica, os problemas de exclusão social vividos nos países periféricos, a inacessibilidade de grupos vulneráveis ao desenvolvimento científico-tecnológico e a desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens de consumo indispensáveis à sobrevivência, passaram a fazer parte da reflexão bioética (MOTTA, 2005).

Nesse sentido, uma ética baseada em princípios universais não pode ser aplicada, ou simplesmente incorporada, em um contexto de desigualdade. É importante desenvolver também uma reflexão que permita abarcar a complexidade das sociedades do Terceiro Mundo (CHAVES et al., 2010).

Quando analisamos o modelo de políticas públicas existente no Brasil, por parte do Ministério da Saúde, proposto para assistência humanizada ao abortamento, observamos que não há recomendação para a realização do exame anatomopatológico do material proveniente desses abortamentos. No âmbito do princípio da beneficência, é considerado pertinente o acesso a esses cuidados de saúde como expressão do direito de autodeterminação em matéria de saúde das mulheres afetadas por essa problemática (DINIZ, RIBEIRO, 2004).

Portanto, à luz desse princípio, Sgreccia (2006) considera que se devem empenhar todos os mecanismos capazes de evitar danos à saúde da população. De igual forma, e numa perspectiva de justiça distributiva, os mesmos devem ter igual acesso às oportunidades de diagnóstico e tratamento (SGRECCIA, 2006).

Doutro modo, o princípio da beneficência indica que se deve prevenir o dano e o mal, deve-se evitar causar dano ou mal e se deve fazer ou promover o bem. Enquanto o princípio da beneficência implica ajudar ativamente o paciente, o da não

maleficência pressupõe apenas a abstenção da realização de ações que intencionalmente possam causar dano.

Sendo assim, o princípio da não maleficência, no âmbito da ética médica, encontra-se intimamente associado à máxima *primum non nocere*, que pressupõe, no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, primeiramente, não causar dano ao paciente. Esse princípio impele a não fazer mal intencionalmente, relacionando-se, assim, com a máxima do Juramento de Hipócrates que considera que, pelo menos, não se deve causar mal (BAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Assim como transparece do Juramento de Hipócrates, algumas teorias éticas consideram existir similaridade entre os princípios de não maleficência e beneficência. No entanto, à luz dessa teoria, considera-se a sua diferenciação possível do ponto de vista conceptual. Dessa forma, subjacente ao princípio da não maleficência, considera-se que não se deve causar dano ou mal (ENGELHARDT, 1998).

Constata-se que os quatro princípios não estão sujeitos a qualquer disposição hierárquica. Se houver conflito entre eles, no sentido de aplicá-los corretamente, deve-se estabelecer como, quando e o quê determinará o predomínio de um sobre o outro (BAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

No domínio da bioética, o principal dilema concerne ao conflito que se estabelece entre o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana intrauterina. A atribuição de um estatuto moral à vida humana intrauterina apresenta como principal argumento uma perspectiva biológica do desenvolvimento humano, evidenciando os marcos do desenvolvimento intrauterino que lhe conferem uma maior individuação e valoração ao nível das sucessivas semanas de gestação.

No entanto, a discussão acerca do estatuto moral do embrião humano, visando o reconhecimento do seu valor não como uma pessoa humana no sentido filosófico do termo, pretende identificar a partir de quando o respeito pela vida humana lhe deve ser outorgado. Assim, as asserções mais comuns a esse respeito apresentam duas correntes. Uma indica que a vida humana existe desde o momento da concepção e outra afirma que o estatuto moral do embrião humano deve ser atribuído a partir da constituição do sulco primitivo no desenvolvimento embrionário (WHO, 1987).

Em relação à magnitude do problema, Vieira et al. (2007) chama a atenção para o fenômeno nessa faixa etária e sugere haver uma procura do aborto como meio de evitar filhos, não havendo a etapa preventiva correta do uso de métodos contraceptivos.

Outra questão frequente nesse domínio é a colocada a propósito de determinadas formas de contracepção. Nomeadamente métodos impeditivos de nidação como o dispositivo intrauterino (DIU) ou a contracepção de emergência, constituem-se em formas de abortamento (MOTTA, 2005).

A resposta a essa questão remete novamente para a diferenciação do embrião no seu estatuto moral. Para os que consideram esses métodos abortivos, apresentam uma concepção relativa ao estatuto moral do embrião humano no sentido em que este deve ser valorizado a partir do momento da concepção. Por outro lado, ao considerar-se o valor da vida humana a partir do momento em que a nidação se completa, por volta do 14º dia de gestação, esses métodos não poderão ser considerados abortivos, mas sim anticoncepcionais (VIEIRA et al., 2007).

Para Sgreccia (2006) e Menezes et al. (2007), em uma avaliação do ponto de vista social, a prática do abortamento na adolescência deve ser analisada em uma perspectiva mais

ampla, à luz das mudanças ocorridas nas sociedades ocidentais, com a massificação da escolarização feminina, a disseminação dos valores do feminismo e o recurso a contraceptivos eficazes.

Por outro ângulo, o raciocínio acerca dos princípios de autonomia e de beneficência torna-se difícil, por se envolverem na reflexão duas entidades distintas, a gestante e o nascituro. Nesse sentido, Nunes (2000) considera que nunca se saberia quem seria beneficiado com determinada ação. Há ainda a questão da autonomia, difícil de definir no seu exercício por parte do nascituro.

Para saber o que é o melhor para cada uma das adolescentes que busca o abortamento provocado como terapêutica a uma gravidez não desejada, é preciso que se estabeleça um relacionamento interpessoal de confiança mútua e que o médico esteja atento aos limites de sua atuação, uma vez que poderá estar ferindo o princípio da autonomia.

A proposta da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (2006) decorre do direito da mulher à sua autonomia, combinado com a necessidade de prevenir o abortamento realizado de modo inseguro e clandestino. No entanto, considera que os governos devem esforçar-se em promover os direitos, os graus de protagonismo social e saúde da mulher, tentando prevenir a gravidez indesejada por meio da educação, do aconselhamento e da disponibilização da informação adequada que permita uma decisão reprodutiva adequada, recorrendo ao planejamento familiar e não ao abortamento que não se constitui num método contraceptivo (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Schraiber et al. (2009) adverte que, mesmo a bioética contemporânea esteja atravessada por uma tensão produzida por dois paradigmas éticos distintos, a “sacralidade da vida”, fortemente influenciada pela doutrina religiosa baseada na

inviolabilidade da vida humana, e a “qualidade de vida”, característica da bioética secular e laica, é fundamental compreender o contexto biopolítico da atualidade, sob pena de não atingir a rede de complexidade constituída pelos desafios dos dilemas da atualidade.

Em uma compreensão da bioética como um palco de pluralidade, a legalização do aborto não significa a obrigatoriedade de abortar. O caráter humano do embrião é indiscutível e foi há muito estabelecido pela ciência. Gracia (1998) condena o que ele denomina de “formas escondidas” de aborto, como a contracepção de emergência, ou seja, o uso de substâncias interceptoras que impedem a implantação do zigoto e/ou contragestatórias, não permitindo o prosseguimento da gravidez.

De acordo com Moraes, Cabral e Heilborn (2006), as condições psicológicas e econômicas se tornaram relevantes para que se aceite o aborto, segundo as necessidades da mulher. Nesse contexto, as mulheres poderão ter autonomia e condições sociais e materiais de decidir o que fazer, quando colocadas em situação de complexidade, como em uma gravidez indesejada. Entretanto, o Código Penal brasileiro abre exceção para o aborto realizado por profissional médico para salvar a vida da gestante ou em caso de estupro (MORAES; CABRAL; HEILBORN, 2006).

Considerações finais

De uma forma geral, os dados encontrados indicaram a necessidade de promoção de programas voltados para a assistência ao planejamento familiar, enfocando o uso correto de contraceptivos e ênfase na continuidade da aplicação do método de escolha, tendo como meta assegurar a redução da incidência do abortamento provocado.

Por fim, os princípios bioéticos nos guiarão para reflexões cotidianas, permitindo criar diretrizes mínimas de assistência que protejam a adolescente da vulnerabilidade à gravidez não desejada e auxiliem os programas de políticas públicas voltadas ao acesso de métodos contraceptivos eficazes e de serviços de saúde que prestem seus atendimentos baseadas na complexidade dos fatos.

Tendo em vista o entendimento da literatura, infere-se ser recomendável que o médico evite a prática paternalista de assumir, sozinho, a escolha da adolescente pela interrupção da gravidez, mas que tenha mecanismos subsidiários para que possa exercer sua profissão sem que tenha de desrespeitar promoção da autonomia da gestante adolescente, ao proteger o seu direito de escolha.

Desse modo, por meio de uma educação para a saúde realizada de modo longitudinal, estar-se-ia a contribuir para uma tomada de decisão livre e informada de cada indivíduo sobre si e sobre o seu corpo. Pelo reconhecimento de que o abortamento provocado não é, nem deve ser, encarado como um método anticoncepcional, a educação para a saúde deve ser exercida de modo que as mulheres previnam e minimizem o seu recurso a essa prática (SGRECCIA, 2006).

Assim, considerando-se o referencial apresentado e os dados descritos, pode-se considerar que é dever do Estado garantir o acesso ao planejamento familiar, respeitando sua liberdade de escolha e subsidiando os meios para que a mesma se baseie em uma prática de fato autônoma, salvo recomendações médicas em contrário. Nesse sentido, cumpre salientar que tal proposta estaria respaldada não apenas no referencial principialista, focado na reflexão sobre os critérios definidores da autonomia pessoal, mas também nas diretrizes apontadas pelas bioéticas dos países de língua portuguesa.

Para tanto, faz-se necessário reconhecer, conforme o pensamento que reside no principialismo, o mérito de ter sido o primeiro referencial teórico capaz de colocar de forma sistemática, na arena de discussões acadêmicas e para o público em geral, a necessidade de se proteger as pessoas vulneráveis (CHAVES et al., 2010).

Nesse contexto, a bioética propõe ações mínimas no sentido de envolvimento de profissionais das áreas da saúde e educação, a fim de promover a saúde sexual e oferecer assistência imediata às mulheres acometidas pelo abortamento, principalmente no grupo das adolescentes, no qual a prevenção da gravidez não planejada poderia evitar a ocorrência do abortamento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade e valorização da vida.

Reconhece-se a necessidade de contar com uma equipe multidisciplinar que possua a competência necessária para a abordagem da atenção nesse tema complexo (NUNES; REGO, 2002). As proibições expressas não impedem a ocorrência do aborto, mas o acesso à informação e aos serviços públicos de saúde eficazes pode, no entanto, diminuir o problema, à medida que possam oferecer serviços de planejamento familiar que

esclareçam e informem, atuando no fenômeno antes que ele aconteça. A ênfase deveria recair na prevenção (POTTER, 1970).

Explicitar a forma de agir corretamente nessa situação concreta ajudará os profissionais a esclarecerem qual é a conduta correta (NUNES, 2003). Desse modo, servirá para mostrar à comunidade como se comportarão os profissionais médicos diante dessa situação, respeitando a autonomia dos sujeitos, o que redundará em afiançar a relação de confiança entre o médico e as pacientes (SGRECCIA, 2006).

Enquanto, para alguns, o que está em jogo na discussão sobre o aborto é o direito à vida, para outros, a questão relaciona-se aos direitos das mulheres a autodeterminação reprodutiva. Acreditamos que uma nova mentalidade esteja nascendo, onde a responsabilidade pela concepção e, eventualmente, o aborto não sejam encarados apenas como “problema de mulher” (NUNES; REGO; BRANDÃO, 2005).

Não existem dúvidas de que o aborto é um problema social de grande magnitude em todo o mundo, é uma “ferida aberta” no nosso país, como podemos comprovar de acordo com o resultado de nosso estudo, é muito alta a frequência de abortamentos provocados entre adolescentes (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000). Portanto, o abortamento é uma situação de grande conflito e não se faz sem deixar marcas e repercussões no equilíbrio emocional de quem o pratica (NUNES, 2006).

Além do mais, o tema do aborto é de abordagem complexa e difícil, que origina correntes de aprovação ou rejeição nas diferentes comunidades do mundo. Nas sociedades pluraristas que respeitam os valores de todos, o tema não será solucionado sob a perspectiva ética, mas, sim, após debates em que se realize a análise reflexiva deste e se tente alcançar um consenso social numa sociedade democrática (NUNES; MELO, 2007).

Dessa forma, em termos da produção do conhecimento, são imprescindíveis mais estudos que busquem identificar a associação entre a prática do abortamento e os fenômenos que desencadeiam a gravidez não planejada. É somente a partir do conhecimento detalhado desses contextos é que poderemos ter ações mais eficazes no sentido de garantir a autonomia e a liberdade no exercício da sexualidade e reprodução das adolescentes (NUNES, 2009).

Referências

ABEL, F. **Dimensión sociológica del aborto**. Barcelona: Labor Hospitalaria, 1980.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. **Parecer n. P/02/APB/05 sobre a dimensão ética da contracepção de emergência**. Relator Rui Nunes, Guilhermina Rego, Cristina Brandão. 2005. Disponível em: <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802569471128590675contracepcao_parecer_02.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHIDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 441-453, 2003.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível n. 70001010446**. Relator Des. Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, 3 maio 2000, São Lourenço do Sul: Sétima Câmara Cível, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de prevenção da violência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Datasus. **Sistema de informações de saúde (SIS)**. 2008.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtmexe?sim/cnv/matuf.def>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**.
Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal?** Parte especial.
São Paulo: Saraiva, 2004.

CHAVES, J. H. B., et al. Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, n. 8, p. 94-100, 2010.

COSTA, C. O. M. et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2005.

COSTA, S. I. F.; ALVES NETO, O.; GARRAFA, V. Anestesia e bioética. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, n. 50, p.178-188, 2000.

DALLARI, S. G. **Aborto um problema ético na saúde pública**. 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v2/abortprob.html>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

DINIZ, D.; RIBEIRO, D. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: Letras Livres, 2004.

DIRECEU, B. F. **Código Penal – parte geral**. Comentado e exemplificado com a sua interpretação. 1. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2006.

ENGELHARDT, T. H. **Fundamentos da bioética**. Tradução José A. Ceschim. São Paulo: Loyola; 1998. p. 116-22.

FARIAS JÚNIOR, J. C. et al. Comportamentos de Risco à Saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 25, p. 34-52, 2009.

FAÚNDES, A. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 4, p. 92-199, 2007.

FRANÇA, G. V. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

FRIGÉRIO, M. et al. O obstetra brasileiro frente ao abortamento seletivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal**, São Paulo, n. 8, p. 15-32, 2002.

GRACIA D. **Ética de los confines de la vida**. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.

GRIMES, D. A. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **Lancet**, New York, v. 368, n. 9550, p. 1908-1919, 2006.

HARDY, E. et al. Características atuais associadas à história de aborto provocado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 28, p. 82-85, 1994.

HARLAP, S.; SIONO, P. H.; RAMCHARAN, S. A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables. In: PORTER, E.; HOOK, E. (Org.). **Human embryonic and fetal death**. New York: Academic Press, 1980. p. 145-146.

HEIKINHEIMO, O.; GISSLER, M.; SUHONEN, S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. **Contraception**, n. 78, p. 149-154, 2008.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS – FIGO. **Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction**. London: FIGO, 2006.

KAPPARIS, K. **Abortion in the ancient world**. London: Gerald Duckworth e Co. Ltda, 2002.

KRUG, E. G. et al. **World Report on Violence And Health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MATTAR, R. et al. Abortamento. In: RAMOS, P.; VALLE, R. (Org.). **Atualização Terapêutica**. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1209-121.

MATTOS, L. T. B. A Proteção ao nascituro. **Revista de Direito Civil**, n. 14, p. 30-37, 1990.

MENEZES, G. M. S. et al. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Caderno de Saúde Pública**, n. 20, p. 1121-1130, 2007.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L.; SILVA, O. D. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Caderno de Saúde Pública**, n. 22, p. 1431-1446, 2006.

MORAES, C. L.; CABRAL, C. S.; HEILBORN, M. L. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre; Rio de Janeiro; Salvador. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 22, p. 1493-1504, 2006.

MOTTA, I. S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: o olhar da mulher. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 5, p. 219-228, 2005.

NUNES, R. A plataforma ética da saúde. **Revista Portuguesa de Filosofia**, v. 62, n. 1, p. 185-205, 2006.

NUNES, R. O diagnóstico pré-natal da doença genética. In: NUNES, R.; MELO, H. (Org.). **Genética e reprodução humana**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2000. p. 81-132.

NUNES, R. **Obrigações profissionais e regras de conduta: olhar o presente, projectar o futuro - direitos do Homem e Biomedicina**. Lisboa: Universidade Católica, 2003.

NUNES, R. Ética e medicina baseada na evidência. **Revista da Ordem dos Médicos**, n. 102, p. 41-42, 2009.

NUNES, R. **Bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2010. (Colectânea Bioética Hoje, 18)

NUNES, R.; MELO H. A Nova Carta dos Direitos do utente dos serviços de saúde. In: NUNES, R., BRANDÃO, C. (Org.). **Humanização da Saúde**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2007. (Colectânea Bioética Hoje, 13)

NUNES, R.; REGO, G. **Prioridades na Saúde**. Lisboa: McGraw-Hill, 2002.

PAPINELLI, M. A., et al., Mortalidade materna na cidade de Campinas, no período de 1992 a 1994. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, n. 21, p. 227-32, 1999.

PEDROSO, I. L.; GARCIA, T. R. Não vou esquecer nunca: a experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n. 8, p. 50-58, 2000.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 5. ed. São Paulo: Loyola; 2000.

POTTER, V.R. Bioethics, the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine. **Autumn**, v. 14, n. 1, p. 127-153, 1970.

SCHOR, N. Mortalidade por Aborto: A causa não declarada. In: ENCUESTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE ABORTO INDUCIDO EM AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 1994. Santafé de Bogotá. **Anais...** Santafé de Bogotá: Universidad Externato de Colombia, 1994. p. 82-87.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T. de. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.**, São Paulo, v. 4, n. 2, 1994. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/38134-44820-1-SM.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

SCHRAIBER, L. B., et al. Gender-based violence in Public Health: challenges and achievements]. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n. 4, p. 1019-1027. 2009.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética I: fundamentos e ética biomédica**. 2. ed. São Paulo: Brasil, 1996.

SGRECCIA, E. **Aborto – O ponto de vista da bioética**. Estoril: Princípiá, 2006.

SINGH, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. **Lancet**, Ney Work, n.1887-92, p. 368, 2006.

SOUZA, A. I. et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.161-165, 1999.

STABILE, I.; CAMPBELL, S.; GRUDZINSKAS, J. G. Ultrasonic assessment of complications during the first trimester of pregnancy. **Lancet**, Ney Work, n. 2, p. 1237-1240, 1987.

TAQUETTE, S. R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 1717-1725, 2005.

VIEIRA, L. M. et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1201-1208, 2007.

WALDNER, L.; VADEN, L.; SIKKA, A. Sexual coercion in India: an exploratory analysis using demographic variables. **Archives Sex Behavior**, v. 28, n. 6, p. 523-538, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Protocol for hospital Based descriptive studies of mortality, morbidity related to induced abortion. **WHO Project n. 86912**: Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. Geneva: WHO, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Unsafe abortion**: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4. ed. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42976/1/9241591803.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2012.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos como alternativa de proteção social e de garantia de direitos no município de Rio do Fogo¹

Anna Karollyne Ferreira Lopes²

Resumo

O presente artigo propõe uma reflexão introdutória sobre a execução do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos executado pelo município de Rio do Fogo. Busca analisar e compreender as dinâmicas e problemáticas que envolvem o processo de mundialização do capital e seus desdobramentos na execução da política de assistência social e os desafios encontrados para a materialização da proteção social básica de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Assistência Social. Pobreza. Família. Proteção Social. Direitos.

¹ Artigo científico apresentado à disciplina de Metodologia da Pesquisa e Sistematização do Trabalho de Conclusão de Curso, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Assistência Sociojurídica e Segurança Pública.

² Assistente Social. Especialista em Assistência Sociojurídica e Segurança Pública. Coordenadora do Sistema Único de Assistência Social do Município de Rio do Fogo. Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Rio do Fogo. Técnica Colaboradora do Grupo de Estudo e Pesquisas em Seguridade Social e Serviço Social. E-mail: akflopess@gmail.com

Abstract

This article proposes an introductory reflection of conceptual references about of the implementation of the Service Coexistence and Strengthening Linkages run by the municipality of Rio do Fogo. Seeks to analyze and understand the dynamics and issues involving the process of globalization of capital and its development in the implementation of social welfare policy and the challenges encountered in the realization of basic social protection of children and adolescents.

Keywords: Service Coexistence and Strengthening Linkages. Social Assistance. Poverty. Family. Social Protection. Rights.

Introdução

Desde o processo de acumulação primitiva que expropriou os trabalhadores dos meios de produção, da terra e de suas condições de subsistência, assim como na fase imperialista onde a aliança do capital industrial com o capital bancário gerou o capital financeiro, até os dias atuais, onde o processo de mundialização do capital trouxe a completa flexibilização e fragmentação das relações de trabalho, “monsieur capital” (como se expressa Maranhão) não tem outro objetivo que senão o de se produzir e reproduzir indefinidamente, não importando os resultados nefastos que esse processo traga para a humanidade.

No Brasil, assim como nos demais países periféricos, a barbárie instalada pela ordem do capital assumiu proporções gigantescas, tendo em vista que as políticas públicas orientadas pelo neoliberalismo não ofereceram o lastro necessário para a garantia da proteção social na perspectiva de direito para os

cidadãos. Historicamente, tais políticas são marcadas pela fragmentação e seletividade, tendo em vista o projeto neoliberal que prevê uma intervenção mínima do Estado no que concerne ao social e sua ampliação para investimentos no capital financeiro.

Nesse contexto, o maior desafio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é materialização da política de assistência social (integrante da seguridade social) como direito do cidadão e dever do Estado, em uma perspectiva de universalização, tendo como horizonte a proteção social integral para todos aqueles que dela necessitem.

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar introdutória-mente categorias conceituais sobre assistência social, pobreza e família, tendo como horizonte a execução do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos executado pelo município de Rio do Fogo, por meio de reflexões que buscam analisar e compreender as dinâmicas e as problemáticas que envolvem o processo de mundialização do capital e seus desdobramentos na execução da política de assistência social e os desafios encontrados para a materialização da proteção social básica de crianças e adolescentes. Para tanto, são utilizados alguns dos mais importantes autores da contemporaneidade, dentre os quais estão: Araújo et al. (2012), Behring (2009), Boschetti (2003, 2004), Iamamoto e Carvalho (2007), Mészáros (2002), Maranhão (2010), Martins (1997), Miotto (2000), Mota (2010) e Padilha (2010).

Desse modo, o primeiro capítulo traz uma análise sobre os limites da política de assistência social brasileira, no que tange ao fato dela não conseguir atingir seu público alvo em sua totalidade, tendo em vista que ela (assim como as demais políticas sociais) nasce no seio da sociedade capitalista como estratégia de reafirmação do projeto neoliberal de um Estado

mínimo para investimento no social e máximo para a expansão sem limites do capital.

No segundo capítulo, abordamos as potencialidades e os limites para execução do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, o qual assume um importante papel no que concerne a proteção social básica de crianças e adolescentes, uma vez que tem como objetivo a prevenção de situações de vulnerabilidade ou risco social por meio da realização de atividades fundamentadas no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, no estímulo e orientação dos usuários na defesa e afirmação de seus direitos, bem como no desenvolvimento de capacidades e potencialidades que vislumbram o alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento de tais situações.

As discussões apresentadas ao longo de todo texto vislumbram alcançar o cotidiano profissional de todos os trabalhadores que atuam no SUAS, porém não com o intuito de estimular consensos e sim de trazer para a nossa realidade um debate qualificado acerca da essência das questões em tela, na perspectiva de encontrarmos alternativas que possam melhorar efetivamente os serviços ofertados para a população que deles necessita.

Assistência social, pobreza e família: referências conceituais e desdobramentos no âmbito do serviço social

Os 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/1993) apontam importantes avanços na trajetória da política pública de assistência social no país e o principal deles é a

concepção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, e criado pela Lei nº 12.435, que alterou a LOAS. Esse sistema é de caráter público, não contributivo, descentralizado e participativo, representando, na atualidade, um dos mais modernos mecanismos para a garantia da efetivação dos direitos sociais que integram a seguridade social prevista na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A Norma Operacional Básica do SUAS (NOB-SUAS), que é quem disciplina a gestão da Política de Assistência Social em todo território nacional, prevê que um dos princípios organizativos do SUAS é a universalidade, a qual determina que

todos têm direito à proteção socioassistencial, prestada a quem dela necessitar, com respeito à dignidade e à autonomia do cidadão, sem discriminação de qualquer espécie ou comprovação vexatória da sua condição (BRASIL, 2012, p. 16).

Contudo, observamos que as ações do Estado nesse sentido ainda estão muito distantes do que de fato representa a proteção social integral como direito de cidadania, tendo em vista que a assistência social tem se voltado somente para aqueles que estão excluídos do mercado de trabalho, seja pela idade (crianças, adolescentes e idosos) ou pelo desemprego, pois, segundo Boschetti (2003, p. 110),

[...] vem ganhando força um discurso corrente e perigosamente “aceito”, até mesmo por setores da esquerda, que as políticas sociais devem pautar-se pelo combate à pobreza absoluta e, como tal, voltar-se prioritariamente (e em alguns casos exclusivamente) para a garantia de acesso a mínimos

de sobrevivência, o que em teoria asseguraria igualdade de oportunidade no acesso a bens e serviços básicos. Esta perspectiva incorre em alguns equívocos: 1) contenta-se com a igualdade de oportunidades, abandonando o princípio de igualdade de condições, sem questionar as controvérsias acerca de sua impossibilidade em uma sociedade de classes; 2) restringe as políticas sociais à função de combate à pobreza, abandonando sua potencialidade na redução de desigualdades sociais e, com isso, cedendo terreno para as exaltações ao mercado como “fonte” de bem estar e 3) atribui às políticas sociais um caráter minimalista, focalizadas em situações de extrema pobreza, o que as esvazia de seu potencial universalizante e equânime.

Assim, tais considerações estão intimamente ligadas ao projeto neoliberal de reforma do Estado³, que prevê o enxugamento das ações do mesmo para o financiamento das políticas

³ Partimos do conceito do Estado como “capitalista total ideal”, que protege e amplia o próprio modo de produção acima dos interesses conflitantes e quase incontroláveis dos capitalistas (capitalista total real). O Estado precisa ser, em geral, mais que um instrumento; ser algo a “imagem e semelhança” da burguesia, que esteja ao lado dela, porém fora da concorrência capitalista “que não esteja [sujeito] à suas limitações, cujas ações não sejam determinadas, portanto, pela necessidade de produzir (sua própria) mais valia” (ALTVATER apud MANDEL, 1985, P. 336). O Estado será, assim, funcional ao sistema capitalista, não apenas um instrumento, mas capaz de instrumentalizar inúmeros seres humanos e instituições em favor da reprodução em si e do próprio capitalismo (ANDRADE, 2013, p. 35).

sociais⁴ e aplicação do fundo público para ampliação e fortalecimento do capital financeiro. O que se verifica, então, são estratégias de superação da extrema pobreza incapazes de romper com a desigualdade social em sua essência, ou seja, os serviços, os benefícios e os projetos ofertados à população vulnerável tornam-se ações pontuais, perdendo o caráter de direito e assumindo uma postura focalista, fragmentada, assistencialista e clientelista, com critérios de inclusão cada vez mais seletivos, aspectos que afastam a assistência social de um dos princípios básicos estabelecido pela LOAS, que é a “universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (BRASIL, 1993, p. 11).

⁴ As políticas sociais são um fenômeno associado à emergência da ordem burguesa, diga-se, ao modo de produção e reprodução social capitalista. O Estado, fiel depositário da incumbência superestrutural da reprodução do capitalismo, é peça importante na resposta às demandas ocasionadas pelo reconhecimento da questão social (hipertrofiada no decurso da história da sociedade burguesa). Essas respostas já se alinham em um sistema político-econômico liberal, em que o mercado e o individualismo imperavam no trato com a questão social, direcionando as políticas sociais a um patamar mínimo. Com as crises cíclicas inerentes ao próprio capitalismo, o liberalismo entrou em crise e o capitalismo reorganizou-se em volta do chamado “pacto keynesiano”, este que ampliou o poder do Estado nas economias capitalistas – para além de um capitalista total ideal – tornando-o um dos capitalistas totais reais (empresário e monopolista) em sua base material (produção, globalização...), o que evidencia o porquê das mudanças ocorridas em relação a intervenção das políticas sociais estatais, a ampliação da ação das entidades não governamentais e do mercado de bens e serviços. A política social enquadra-se precisamente entre os meios ou recursos empregados pelo Estado capitalista para efetivar, legitimar e/ou “naturalizar” a dominação da classe trabalhadora ao nível da superestrutura jurídico-político-ideológica e da infraestrutura socioeconômica do sistema. Ao examinar a essência tanto do Estado capitalista quanto da política social, observar-se-á mais claramente como esses elementos fazem parte de uma única e contraditória totalidade concreta passível de ser apreendida (ANDRADE, 2013, p. 37).

Dessa forma, sendo a pobreza o alvo principal da assistência social, consideramos pertinente conceituá-la (mesmo que introdutoriamente) e torná-la ponto de partida para a compreensão dos dados e demais categorias conceituais que serão apresentadas ao longo deste texto. Desse modo, iniciamos esta discussão pela constatação de que até então não existe nenhuma metodologia específica para medi-la e por isso a insuficiência de renda tem sido amplamente utilizada para determiná-la.

Baseado nessa proposição e nas diretrizes do Banco Mundial, o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) definiu como pobres aqueles que possuem renda inferior a meio salário mínimo e como indigentes os que sobrevivem com renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, ou seja, utilizando como referência o salário mínimo de setembro de 2002, naquele ano, eram pobres, no Brasil, 49 milhões de pessoas (29% da população); bem como a pobreza atingia 10 milhões de domicílios. Dessas parcelas, 18,7 milhões de pessoas e 3,7 milhões de domicílios eram indigentes.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2012 informa que diminuiu o número de pessoas na linha ou abaixo da linha de pobreza, ao mesmo tempo em que a desigualdade social permaneceu estável, porém com uma renda média superior em todas as camadas sociais. Esses dados demonstram no país uma superação em 12 anos, das metas estabelecidas para reduzir a pobreza pela metade até 2025.

De acordo com esta pesquisa e ainda utilizando a classificação de pobreza do IPEA, cerca de 3,5 milhões de pessoas saíram da pobreza em 2012. Continuaram pobres cerca de 15,7 milhões, dos quais 6,53 milhões são indigentes. Em 2011, esses números eram, respectivamente, de 26,8 milhões de pobres, dos

quais 19,2 milhões eram indigentes. O quadro seguinte detalha e compara esses dados e possibilita a visualização de que o número de indigentes está contido no total do número de pobres.

ANO	POBRES	INDIGENTES
2002	49 Milhões	18,7 Milhões
2011	26,8 Milhões	19,2 Milhões
2012	15,7 Milhões	6,53 Milhões

Quadro 1 – Demonstrativo sintético de pobres e indigentes.

Fonte: PNAD 2012.

Diante das informações apresentadas, o que mais nos chama atenção é que, apesar da redução considerável do número de pobres e indigentes, a desigualdade social, manifestada na pobreza e na miséria na qual se encontram milhares de pessoas, permaneceu estagnada ao longo desses 10 anos, o que demonstra que a riqueza socialmente produzida ainda se encontra nas mãos de poucos (o IPEA indicou que em 2002 1% da população detinha 13,5 do rendimento total, enquanto que aos 50% mais pobres cabiam 14,4% desse investimento) e, apesar dos grandes investimentos do Governo Federal nas políticas de combate à pobreza e nos programas sociais de renda mínima, o distanciamento entre ricos e pobres continua sendo abissal.

Tais políticas nascem no seio da sociedade capitalista como estratégias para reafirmação do projeto político burguês e, como já foi abordado, pressupõe um Estado mínimo com menor investimento no social e menor intervenção nas relações de mercado. Seu surgimento data da década de 1990, ocupando espaços significativos na agenda de organismos internacionais como o Banco Mundial, o Banco Interamericano

de Desenvolvimento (BID) e a Organização das Nações Unidas (ONU). É interessante pontuar que o Banco Mundial define a “linha de pobreza” nos países centrais por meio de um cálculo que compara a renda dos indivíduos com a renda média nacional, enquanto que nos países periféricos ela é arbitrariamente definida pela renda per capita de um ou dois dólares diários.

Utilizar esse critério para detectar se de fato a pessoa deve ou não ser atendida é reduzir as políticas públicas apenas a concessão de benefícios pela baixa renda, fragilizando sua concepção de direito, quando se sabe que a pobreza hoje é mais que privação econômica, pois conforme Martins (1997, p.18-19),

Há nela, portanto, certa dimensão moral. A velha pobreza oferecia ao pobre a perspectiva da ascensão social, com base em pequenas economias feitas à custa de duras privações ou por meio da escolarização e do estudo dos filhos e netos, quando possível. A nova pobreza já não oferece essa alternativa a ninguém. Ela cai sobre o destino dos pobres como uma condenação irremediável.

Constatando a superação da antiga pobreza pela nova, concluímos que esta última é muito mais perversa, tendo em vista que não dispõe de alternativas de melhoria de condições socioeconômicas e objetivas de vida, o que nos parece um retorno ao feudalismo e à sociedade estamental, no qual os indivíduos que nasciam pobres (pela vontade de Deus) se tornavam vítimas de um estigma permanente, sendo condenados a viver na pobreza sem possibilidade de ascensão social.

Não obstante e trazendo essa discussão para o campo do serviço social, compreendemos que os assistentes sociais trabalham diretamente com a mediação da pobreza e das demais

expressões da questão social⁵, as quais são resultantes dos embates constantes entre o capital e trabalho.

Assim, conforme Iamamoto e Carvalho (2007, p. 20):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

Compreendemos também que o serviço social enquanto especialização do trabalho na sociedade possui limites estabelecidos pela própria realidade social, e a relação existente entre ele como trabalho e a assistência social como política pública pode trazer riscos ainda não devidamente reconhecidos.

⁵ A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposta à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do ‘trabalhador livre’, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. Esse processo denso de conformismos e rebeldias forjados ante as desigualdades sociais expressando a consciência e [a busca] exercício da cidadania dos indivíduos sociais. Historicamente a questão social tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do bloco no poder, e em especial, do Estado e do empresariado industrial. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos (IAMAMOTO; CAVALHO, 2007, p. 54).

O Programa Bolsa Família⁶, como qualquer outro de combate à pobreza por meio da transferência de renda (e também de qualquer governo), é um exemplo concreto em todos os aspectos dessas afirmações, tendo em vista o poder que exerce sobre os mais pobres e seu alcance em todo território nacional, inclusive nos locais mais longínquos. Tal poder se resume ao alcance de interesses políticos partidários específicos, que estão simbioticamente ligados à produção e à reprodução das relações sociais existentes. Isso se torna evidente uma vez que, por um único centavo, a família poderá ser incluída ou excluída do programa, tendo em vista que só são beneficiadas aquelas com renda per capita de até R\$ 140,00, caso possuam crianças e adolescentes em sua composição. Caso contrário, esse valor baixa para R\$ 70,00 per capita, o que contraria outro princípio básico da LOAS, que é o da supremacia do atendimento às necessidades sobre as exigências de rentabilidade econômica, o que é reforçado por Pereira (2009, p. 102-103) do seguinte modo,

Como concretizadoras de direitos sociais, as políticas públicas não podem estar voltadas para o atendimento de necessidades meramente biológicas. O ser humano, seja ele quem for, é um ser social e, como tal é dotado de dimensões emocionais, cognitivas e de capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, que devem ser consideradas pelas políticas públicas. Isto explica porque as políticas públicas, além de se

⁶ O Programa Bolsa Família é um dos programas que integram o eixo garantia de renda do Plano Brasil Sem Miséria (instituído pelo Decreto nº 7.492, de 02/06/2011) e tem como principal objetivo a transferência de renda com condicionalidades em todo território nacional para famílias extremamente pobres (com renda mensal de até R\$ 70,00 per capita) ou pobres (com renda mensal de R\$ 70,00 a R\$ 140,00 per capita).

preocuparem com a provisão de bens materiais (“dar o peixe”, como reza um provérbio chinês) têm de contribuir para a efetiva concretização do direito do ser humano à autonomia, à informação, à convivência familiar e comunitária saudável, ao desenvolvimento intelectual, às oportunidades de participação e ao usufruto do progresso (“ensinar a pescar”).

Apesar de produzir um efeito imediato no consumo das famílias beneficiadas, possibilitando o acesso a bens de primeira necessidade, o programa não tem criado alternativas eficazes para que seus beneficiários saiam permanentemente da condição de pobreza, uma vez que o aumento da renda provocado pelo mesmo não é suficiente para garantir a universalidade do acesso aos direitos sociais preconizados pelo artigo 6º da Constituição Federal, dentre os quais estão educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, proteção à maternidade e à infância.

A não concretização desses direitos sociais, ligada ao fato de o Estado desobrigar-se de assumir essa responsabilidade na atual conjuntura, faz com que os indivíduos busquem na família recursos para lidar com as mais diversas situações de precariedade social, desemprego, doença, velhice, as quais devem ser solucionadas pelos seus membros. Nesse contexto, as mulheres (que chefiam grande parte das famílias) são as mais exploradas, pois, além de estarem inseridas no mercado de trabalho para garantir o sustento da família, assumem toda a responsabilidade com o cuidado dos filhos menores, com os idosos, doentes e deficientes (ALENCAR, 2006).

Na realidade, compreendemos que a pobreza está intimamente ligada à relação conflituosa existente entre a família e o Estado, no que tange a disputa do controle sobre o comportamento dos indivíduos, seja por meio da legislação que define e

regula as relações familiares, tais como idade mínima do casamento, obrigatoriedade escolar, deveres e responsabilidade dos pais, posição e direitos dos cônjuges; das políticas demográficas de incentivo ou de controle da natalidade e da difusão de uma cultura de aparatos policiais e assistenciais do Estado destinados especialmente às classes populares. Segundo Miotto (2000, p. 51):

[...] a construção histórica dessa relação foi permeada pela ideologia de que as famílias, independentemente de suas condições de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros. Essa crença [...] permitiu estabelecer uma distinção básica para o processo de assistência às famílias. A distinção entre famílias capazes e incapazes⁷. Na categoria das capazes incluem-se aquelas que, via mercado, trabalho e organização interna, conseguem desempenhar com êxito as funções que lhes são atribuídas pela sociedade. Na categoria de incapazes estariam aquelas que, não conseguindo atender às expectativas sociais relacionadas ao desempenho das funções atribuídas, requerem a interferência externa, a princípio do Estado, para proteção de seus membros. Ou seja, são merecedoras de ajuda pública as famílias que falharam na responsabilidade do cuidado e proteção de seus membros.

Fundamentados nessa concepção, os serviços oferecidos estão centrados basicamente em indivíduos-problema

⁷ A autora explica que essa divisão é apenas para efeito de exposição, pois, na realidade, não existem essas categorias em estado puro. Ela também afirma que nenhuma família é totalmente autossuficiente, assim como totalmente dependente.

(a criança, o adolescente, a mulher o idoso, que são vítimas de doença, delinquência, abandono, maus-tratos, exploração) para a resolução de situações individuais. Essa abordagem, embora seja sofisticada do ponto de vista dos recursos técnicos e profissionais utilizados, faz uma leitura limitada das demandas que lhe são colocadas e perdem de vista os processos relacionais como um todo.

Como observa Miotto (2000), é importante não perder de vista que existe uma conexão direta entre proteção das famílias, nos seus mais diversos arranjos, e proteção aos direitos individuais e sociais de crianças e adolescentes e, para se conseguir resultados positivos, é necessário abandonar distinções entre famílias capazes e incapazes, buscando construir um novo olhar sobre elas e novas relações entre elas e os serviços relacionados à orientação e ao apoio familiar.

Diante da breve análise aqui realizada, compreendemos que, para trazer resultados satisfatórios, “as estratégias de combate à pobreza têm que, necessariamente, interferir nas relações de mercado, uma vez que é no mercado que se originam as condições de desigualdade social do capitalismo, contribuindo profundamente para a reprodução dos mecanismos de exclusão social” (ALENCAR, 2006, p. 65).

Em função do crescimento do desemprego e das massas trabalhadoras supérfluas para o capital, a assistência social deve ser entendida e implementada tendo como horizonte a redução das desigualdades sociais e não esgotar-se em si mesma. Enquanto política setorial, ela não tem (nem deve ter) a função de dar respostas cabais à pobreza. Seu horizonte dever ser o da sua inserção efetiva num projeto de desenvolvimento econômico e social, tanto local quanto nacional (BOSCHETTI, 2003).

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: alternativa de proteção social e de garantia de direitos no município de Rio do Fogo

Quem é rico mora na praia? Essa reflexão se faz importante nesse texto considerando que o *lôcus* deste trabalho é município de Rio do Fogo do Estado do Rio Grande do Norte, que, conforme dados do Censo de 2010, realizado pelo IBGE, possui uma população de 10.059 habitantes, estando localizado na microrregião do Litoral Nordeste, mais precisamente integrando o Território de Cidadania da Região do Mato Grande⁸, ou seja, faz parte de um grupo de 15 municípios que têm em comum a situação de pobreza, baixo dinamismo econômico e alta concentração de agricultores familiares.

A economia ainda é baseada na agricultura familiar e na pesca. Contudo, devido ao alto potencial de belezas naturais de uma considerável área de praias, parrachos, rios, lagoas e mangues, a atividade turística tem sido explorada (timidamente) por empresários locais e internacionais. No que tange ao seu potencial eólico, o município tem sido alvo da investida de grandes grupos internacionais, mas é importante elucidar que tais empreendimentos geram apenas empregos temporários e uma modesta movimentação da economia local, tendo

⁸ O Programa Territórios de Cidadania, lançado em 2008 pelo Governo Federal, tem como objetivo atender regiões específicas do país para promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. Suas ações são direcionadas ao desenvolvimento social, à organização sustentável da produção, à saúde, saneamento e acesso à água, educação, cultura, infraestrutura e ações fundiárias com participação social e integração da união, estados e municípios.

em vista que a infraestrutura de comércio e serviços ainda é bastante precária.

Dados de 2010 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD) registram que o Índice de Desenvolvimento Humano (mensurado por meio da expectativa de vida, acesso ao conhecimento e renda) de Rio do Fogo é de 0,569, considerado baixo na média nacional e ocupando a 149ª posição no ranking estadual. O Mapa da Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros – 2003 (IBGE, Censo Demográfico 2000) complementa essas informações, uma vez que aponta uma incidência de pobreza 53,75 e Índice de Gini de 0,39, cuja escala varia de 0 (menos desigual) a 1 (mais desigual).

A mais importante ferramenta para coleta de dados sobre informações sociais, o Relatório de Programas e Ações do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação), aponta o seguinte quadro da população em situação de pobreza no município.

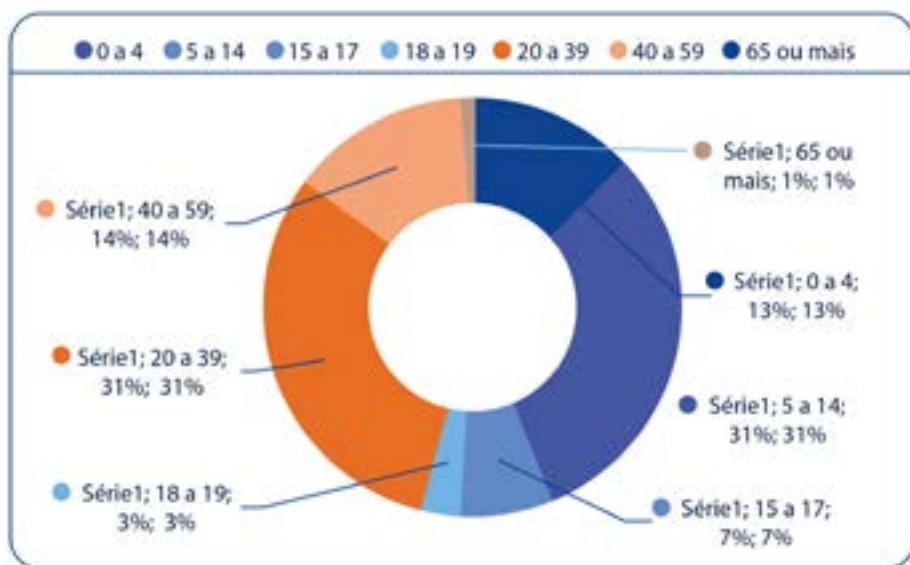


Gráfico 1 – População em situação de pobreza por faixa etária.

Fonte: Relatório de programas e ações do MDS (2014).

Os dados revelam uma situação extremamente preocupante no que concerne à população por faixa etária mais pobre do município, pois, desse total, 51% são crianças e adolescentes (0 a 17 anos), os quais, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, são os mais vulneráveis e, portanto, devem ter com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Considerando que a situação de pobreza é determinada pela falta de acesso a tais necessidades, constata-se que tais direitos estão sendo violados.

O elevado número de adultos pobres (que naturalmente são os responsáveis pelo sustento dessas crianças e adolescentes) indica que eles integram a superpopulação relativa criada

pela lei geral de acumulação e composta por um conjunto de grupos bastante amplos e heterogêneos, abrangendo aqueles trabalhadores que se encontram desempregados ou parcialmente empregados que estão totalmente espoliados dos mais básicos meios de subsistência (MARANHÃO, 2010).

Essas informações nos permitem afirmar que quem é rico não mora nessa praia, considerando que a maior parte de sua população é, em sua maioria, criança ou adolescente, pobre ou extremamente pobre (conforme dados apresentados no primeiro capítulo deste artigo), ou seja, a população é, em sua maioria, alvo da política pública de assistência social, a qual lida diretamente com os que estão excluídos do processo de produção, dentre os quais estão crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e os desempregados.

Entendemos ainda que essa pobreza⁹ convive lado a lado com a riqueza do turismo e da exploração de energia eólica, atividades que, apesar de serem promessas para o desenvolvimento do município, podem gerar também outras situações de vulnerabilidade ou risco socioeconômico, assim como a própria agricultura e a pesca, caso não seja estabelecido um pacto pela proteção integral da infância e da juventude, articulado entre as políticas públicas em execução, a iniciativa privada e toda a comunidade.

A materialização da pobreza no município está registrada no mesmo Relatório de Programas e Ações do MDS, que

⁹ Conforme Martins (1997, p.18), o que vulgarmente chamamos de pobreza é, de fato, a privação de emprego, privação de meios para participar do mercado de consumo, privação de bem estar, privação de direitos, privação de liberdade, privação de esperança.

apresentar os seguintes dados sobre o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)¹⁰ e Programa Bolsa Família (PBF):

Famílias cadastradas com renda per capita mensal de até ½ salário mínimo	462
Famílias cadastradas com renda per capita mensal entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00	382
Famílias cadastradas com renda per capita mensal de até R\$ 70,00	1.720
Total de famílias beneficiadas pelo PBF	1.689

Quadro 2 – Famílias beneficiadas pelo PBF no município de Rio do Fogo.

Fonte: Relatório de Programas e Ações do MDS (abril/2014).

Essas informações possibilitam a constatação de que o número de famílias beneficiadas é inferior ao total com perfil para Bolsa Família, o que determina que, além da seletividade, esse programa de transferência de renda ainda possui outra limitação que é o não atendimento do total de famílias mais pobres, o que implica em “desproteção e barbarização da vida social, considerando que este é um mundo onde não há emprego para todos, donde decorre a perversa associação entre perda de direitos e criminalização da pobreza” (BEHRING, 2009, p. 46).

Por outro lado, reconhecemos que o PBF é muito importante para a população pauperizada do município, pois é por meio dele que muitos garantem a saciedade de suas necessidades

¹⁰ O Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda. Sua função é manter o registro de todas as famílias de baixa renda em um único cadastro. Por isso, é uma importante ferramenta de apoio à ação de gestores municipais que atuam na área social, pois, além de servir como referência para diversos programas sociais, permite que os municípios e os estados conheçam melhor os riscos e as vulnerabilidades as quais sua população está exposta.

básicas, porém suas limitações impedem a concretização da universalidade do acesso, não atingindo todos aqueles que se encontram em condição de vulnerabilidade ou de risco social¹¹.

A implantação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), reconhecido como serviço socioassistencial de proteção social básica do SUAS, por intermédio da Resolução 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, deve assumir no município a responsabilidade de prevenir a ocorrência das situações de

¹¹ A PNAS (2004) conceitua as vulnerabilidades como situações, ou ainda identidades, que determinam a exclusão social dos sujeitos e originam-se no processo de produção e reprodução de desigualdades sociais, nos processos discriminatórios, segregacionistas engendrados em construções sócio-históricas, não sendo vinculada apenas à situação financeira, como também envolve a relação entre direitos e rede de serviços e políticas públicas e a capacidade dos indivíduos ou grupos sociais de acessar esse conjunto de bens e serviços, de modo a exercer sua cidadania. Desse modo, é constituída por fatores biológicos, culturais, sociais, econômicos e pela dificuldade de acesso a direitos. O risco social, conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS 2010), é a probabilidade ou iminência de um evento acontecer. É um conceito articulado com a disposição ou capacidade de se antecipar para preveni-lo ou, caso isso não seja possível, ao menos minorar seus efeitos. Conforme a PNAS, é uma situação instalada que ao se impor afeta negativamente a identidade e a posição social de indivíduos e grupos, decorrente dos processos de omissão ou violação de direitos, tais como situações de violência intrafamiliar; negligência; maus-tratos; violência, abuso ou exploração sexual; trabalho infantil; discriminação por gênero, etnia, etc., bem como fragilização ou rompimento de vínculos familiares ou comunitários, englobando famílias ou indivíduos em situação de rua; afastamento de crianças e adolescentes do convívio familiar em decorrência de medidas protetivas ou de medidas socioeducativas; privação de convívio familiar ou comunitário de idosos em instituições de acolhimento; indivíduos dependentes submetidos à privação do convívio comunitário, ainda que residindo com a própria família e ainda a incidência do desemprego; as questões de segurança pública e violência urbana; riscos socioambientais relacionados a desabamentos, enchentes e secas, etc.

risco social e o enfrentamento de vulnerabilidades citados anteriormente, por meio de atividades realizadas em grupos, organizadas a partir de percursos, fundamentadas no estímulo e orientação de usuários na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades que visam o alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento dos problemas que impactam diretamente no núcleo familiar, enfraquecendo seu papel protetivo e que geram consequências diretas para a infância e adolescência, tais como: negligência; violência física; psíquica; sexual; abandono; situação de rua e exploração do trabalho infantil.

Nesse sentido, o SCFV tem sido uma alternativa importante e, muitas vezes, única em âmbito municipal no que diz respeito ao atendimento dessas demandas. Todavia, muitos são os desafios enfrentados para a oferta do serviço com a qualidade e continuidade determinadas pelos instrumentos legais, dentre os quais destacamos:

1. Queda no cofinanciamento federal (apenas 240 usuários atendidos no município).
2. Dificuldade de acesso ao Sistema de Informações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SISC).
3. Ausência de cofinanciamento do SCFV por parte do Estado do RN.
4. Insuficiência e atraso nos repasses referentes ao Piso Básico Variável (recurso utilizado para a execução do SCFV) por parte do Governo Federal.

5. Insuficiência de técnicos no MDS e órgãos gestores estaduais para execução do devido monitoramento, bem como para a concessão de orientações necessárias para a implantação/execução do SCFV.
6. Inexistência de recursos financeiros destinados à construção de prédios próprios com condições arquitetônicas adequadas para atender as necessidades dos usuários.
7. Dificuldade de cobertura de todo o território, especialmente das áreas mais afastadas das sedes dos municípios.
8. Não realização de concursos públicos para composição das equipes de referência integradas por servidores efetivos e de capacitações que permitam que os servidores possam desempenhar as atividades em conformidade com as prerrogativas da PNAS.
9. O não envolvimento de algumas famílias nas atividades direcionadas para o fortalecimento de vínculos.

Especificamente no caso de Rio do Fogo, antes do reordenamento, o SCFV contava com repasses mensais da união na ordem de R\$ 28.550,00¹². Após o reordenamento, esse valor foi reduzido para R\$ 12.000,00, o que (segundo representantes

¹² O montante geral de R\$ 28.550,00 é a soma do Piso Básico Variável de Média Complexidade (PVMC – PETI), igual a R\$ 17.500,00, do Piso Básico Variável I (PBVI – PROJOVEM) igual a R\$10.050,00 e do Piso Básico Variável II (PBVII) igual a R\$ 1.000,00.

do MDS, no XV Encontro Nacional do CONGEMAS¹³) aconteceu devido a diferença do número de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil identificados no CadÚnico e os dados declarados no censo IBGE de 2010. Contraditoriamente, segundo o próprio site do MDS, a capacidade de atendimento do SCFV deverá ser calculada tendo como base as informações do CadÚnico sobre o quantitativo de pessoas na faixa de 0 a 17 anos e maiores de 60 anos, de famílias com renda per capita de até ½ salário mínimo.

Assim, por não alcançar a totalidade do público alvo nos municípios, uma vez que não há cofinanciamento suficiente para a execução das atividades, nem cobertura total do meio rural e urbano, o serviço “serve muito mais para fragmentar do que para erradicar a pobreza, na medida em que somente alguns extremamente pobres são, temporária e descontinuadamente, atendidos” (PADILHA, 2010, p. 209).

Para solucionar o problema dos municípios prejudicados pelo reordenamento, o Conselho Nacional de Assistência Social publicou a resolução 01/2013, que concedeu a possibilidade de revisão da meta estabelecida, caso fosse encaminhado até o MDS no prazo de até 30/08/2013 uma manifestação de aprovação do Conselho Municipal de Assistência Social; parecer técnico do Estado dos municípios sob sua jurisdição e justificativa do município com informações sobre a oferta existente, estrutura física e recursos humanos para execução do SCFV. Os procedimentos foram efetuados em tempo hábil, mas até então nenhuma resposta foi dada aos municípios nesse sentido.

Conforme Araújo et al. (2012, p. 132) a ausência do cofinanciamento por parte da esfera estadual pode ser explicada,

¹³ Colegiado Nacional de Gestores Municipais da Assistência Social.

pelo teor da Norma Operacional Básica que, ao propor critérios de partilha de recursos, formas de pactuação e deliberação, não determina um percentual mínimo de transferência. Nesse sentido, a esfera estadual pode utilizar recursos em outras frentes, sem que o seu distanciamento criticável se constitua propriamente, em um descumprimento da legislação em vigor, embora cause prejuízo no que diz respeito ao atendimento das demandas dos usuários do Sistema.

Assim, com o repasse mensal insuficiente de R\$ 12.000,00, pago em parcelas trimestrais de 26.000,00, aliada a ausência de cofinanciamento por parte do Estado do RN, recai sobre o município a grande responsabilidade de construção/locação e manutenção de prédios, pagamento de serviços de internet, telefonia, água, luz e gás, além da aquisição de equipamentos, merenda, materiais de expediente, limpeza e pagamento de pessoal.

Além do atraso para sua disponibilização, da grande quantidade de acessos e da deficiência dos serviços de internet nos municípios mais distantes da capital, o SISC (Sistema de Informações dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) esteve inoperante inúmeras vezes, entre abril e junho de 2014 (prazo máximo determinado pela CIT – Comissão Intergestores Tripartite), para inserção de usuários atendidos pelo SCFV nos municípios.

Essa deficiência resultou no seguinte resumo preliminar divulgado pelo MDS: 907 municípios conseguiram cadastrar 100% dos usuários; 4.007 conseguiram cadastrar 25% ou mais e 150 não fizeram nenhum acesso ao sistema até o dia 20/06/2014. Os que conseguiram inserir 100% receberão o repasse integral, já os que não alcançaram a meta, receberão proporcionalmente conforme os dados que foram lançados.

A insuficiência de quadros técnicos efetivos e capacitados nas três esferas de governo para execução, avaliação e monitoramento do SCFV fragilizam em muitos casos as atividades desenvolvidas, devido a rotatividade gerada pela flexibilização das relações de trabalho e pelos baixos salários pagos aos trabalhadores do SUAS. O que tem se verificado é um completo retrocesso na contratação desses profissionais, tendo em vista que parte considerável dos processos seletivos atuais é realizada para contratação temporária de trabalhadores e o próprio MDS (em alguns casos) tem seguido essa linha.

Diante dessa realidade, compreendemos ainda que para que o SCFV consiga alcançar seu público-alvo e atingir seus objetivos é necessário que ele seja desempenhado conforme a perspectiva de Carvalho (1997, p. 112):

O desenvolvimento de crianças das camadas populares precisa, além de escola, o acesso efetivo às demais políticas que complementam o processo de formação: esporte, lazer, cultura, assistência social... Sem essas políticas não é possível conceber a formação cidadã capaz de incluir nossas crianças e adolescentes no acesso às riquezas da civilização contemporânea, à cultura necessária ao domínio de seu tempo, à socialização e às habilidades requeridas pelo mundo do trabalho.

Ou seja, o serviço deve ser intersetorial, visando potencializar suas ações por meio da articulação e integração com outras políticas públicas e direcionado a partir da reflexão sobre o lugar social que a criança e o adolescente ocupam na sociedade contemporânea, com horizonte na valorização da infância e no reconhecimento das várias adolescências, de modo a garantir proteção e assegurar uma infância e adolescência saudáveis.

Nesse processo, o que se busca é o pleno desenvolvimento das crianças e dos adolescentes atendidos pelo SCFV, que eles sejam protegidos integralmente por suas famílias e comunidade, que se sintam acolhidos e integrados e, principalmente, que tenham maior conhecimento sobre o mundo que os cerca, e que seja ampliada sua capacidade de análise crítica da realidade.

O Plano Municipal de Assistência Social, que deverá ser atualizado para o quadriênio de 2014 a 2017, será fundamental nesse processo e, para que possa trazer bons resultados, deverá partir de um diagnóstico preciso da situação concreta vivenciada por crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade ou de risco social, buscando traçar estratégias e metas que, articuladas com a rede de proteção e atendimento, possam de fato materializar esses direitos.

Contudo, compreendemos que para dar início a elaboração dele, se faz necessário responder os seguintes questionamentos: o que, de fato, essa praia oferece para o pleno desenvolvimento de suas crianças e adolescentes? O que permeia o cotidiano desses usuários e de suas famílias? Quais os desafios enfrentados pela política pública de assistência social para a materialização dos seus direitos de cidadania?

Não obstante, é indispensável para a elaboração do plano a utilização dos demais instrumentos legais que integram o ciclo orçamentário municipal, tais como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e o Plano Plurianual (PPA), uma vez que o financiamento é peça fundamental para sua eficácia e acesso à proteção social via implementação de políticas públicas, como uma alternativa incluyente que provoque a necessidade de resolver, de criticar, de recusar a exclusão dessa nossa dupla sociedade, onde alguns têm apenas obrigações de trabalho e

absolutamente nada mais, enquanto outros têm em princípio absolutamente tudo e nenhuma responsabilidade com os demais (MARTINS, 1997, p. 37).

Assim, longe de ser apenas uma constatação de deficiências, este artigo se destina a apresentação de um diagnóstico introdutório (devido aos limites de um artigo) relacionado à implantação do SCFV em Rio do Fogo, com a perspectiva de se buscar caminhos para as mudanças a serem adotadas que vislumbrem a proteção integral daqueles que são mais vulneráveis às múltiplas expressões da questão social, em um tempo duro, escuro e quente, onde a voracidade do grande capital traz consequências desastrosas para o estado democrático de direito.

Considerações finais

Podemos afirmar, diante de todas as reflexões realizadas neste artigo, que a regulamentação da assistência social como política pública integrante da seguridade social, concretizada por meio do SUAS, é um avanço histórico considerando que sua gênese e trajetória são vinculadas à caridade e à filantropia, ao primeiro-damismo e ao clientelismo, à fragmentação e à seletividade, que esvaziavam as possibilidades de torná-la política pública de caráter institucional, capaz de garantir acessos que repercutissem na qualidade de vida da população a qual se destinava.

Contudo, é importante não perder de vista que o quadro social contemporâneo gerado pelo projeto neoliberal, que prevê a reforma do Estado como estratégia para enfrentamento da crise econômica, por intermédio da liberalização, privatização e desregulamentação de direitos sociais, tem aumentado a cada

dia a demanda pelos programas, projetos, serviços e benefícios da assistência social, a qual é o meio concreto de acesso às necessidades básicas para as pessoas dos setores e das classes subalternas mais empobrecidas da sociedade, haja vista que no Brasil essa política se desloca da esfera da universalidade da proteção social, sendo direcionada para o atendimento de grupos em situação de vulnerabilidade ou de risco, sob a argumentação de serem especificamente programas ou ações de combate à pobreza e única e exclusivamente para o atendimento desse público.

Sob essa ótica, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos é, atualmente, a única alternativa encontrada no município de Rio do Fogo para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade ou risco socioeconômico, uma vez que não verificamos a presença de ONG's ou demais organizações da sociedade civil que prestem serviços socioassistenciais no território. Esse fato amplia a sua importância e determina a necessidade de ser dada uma maior atenção para todos os elementos que envolvem direta ou indiretamente a execução do serviço.

Dentre esses elementos, podemos destacar a questão da ausência ou insuficiência de seu financiamento, a qual só poderá ser superada quando as três esferas de governo assumirem devidamente as responsabilidades que lhes são atribuídas pela Lei Orgânica da Assistência Social e pela Constituição Federal, pois somente com a destinação adequada de recursos é que se pode superar os demais elementos necessários para tornar o SCFV uma estratégia de superação das situações de vulnerabilidade ou de risco, como forma de garantir direitos que precisam ser materializados no cotidiano das crianças, adolescentes e suas famílias.

Os investimentos na construção/reforma de espaços adequados de lazer, de cultura e de esporte, bem como a aquisição de equipamentos e o desenvolvimento de atividades que levem em consideração a realidade social, cultural e econômica local e global, anseios das crianças e jovens da comunidade, é o primeiro passo para garantir a sua permanência nos percursos propostos pelo serviço. Somente dessa maneira poderemos vislumbrar a possibilidade de eles internalizarem que são cidadãos de direito e, de fato, prioridade absoluta para o “mundo dos adultos”.

Não obstante, é imprescindível que união, estados e municípios direcionem esforços no sentido de efetivar, por meio de concursos públicos, as equipes permanentes (de nível médio e superior) que devem compor o SUAS, buscando estabelecer planos de cargos, carreiras e salários como estratégia de valorização e fixação do trabalho e dos trabalhadores e desenvolver a política de capacitação continuada determinada pela NOB-RH, que permita uma interlocução entre o que já é conhecido e as novas aquisições exigidas pelo sistema em virtude das demandas específicas geradas pelas múltiplas expressões da questão social na sociedade capitalista e que se apresentam diariamente nos seus processos de trabalho.

As condições de pobreza demonstradas nesta análise nos permitem compreender que as famílias atendidas pelo SCFV necessitam da intervenção pública do Estado para a superação de suas precárias condições de vida. Por isso, os serviços, programas, projetos e benefícios do SUAS, interligados as demais políticas públicas como a da saúde, educação, emprego, renda e habitação, são, na atualidade, o único caminho para a redução da desigualdade social gerada pelas transformações

no mundo do trabalho, ocasionadas pela crise do capital e seus perversos mecanismos de enfrentamento.

Esse sistema de garantia de direitos, aliado a um projeto atrativo e eficaz que possibilite que as crianças e adolescentes atendidos possam brincar, praticar esportes, ter acesso a arte e a cultura e interagir com outros grupos, garante a permanência e referência positiva dos usuários ao SCFV e fortalece as relações familiares e comunitárias, favorecendo as expectativas de um futuro melhor para eles.

Referências

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, Mione Apolinário et al. (Org.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ARAÚJO, Cleonice Correia et al. Implantação e implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos Estado do Pará, Maranhão e Pernambuco: uma análise dos resultados de pesquisa empírica. In: COUTO, Berenice Rojas et al. (Org.). O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). et al. Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. A seguridade social e o projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano 25, v. 79, p. 108-132, set./nov. 2004.

BOSCHETTI, Ivanete S. Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo. 2. ed. Brasília/DF: UnB, 2003.
BRASIL. Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente

e dá outras providências. Rio do Janeiro: Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, 1990.

BRASIL. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009). Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília/DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas sobre o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 1 anos: prioridade para crianças e adolescentes integrantes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Brasília/DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2010.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília: MDS, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. RI Bolsa Família e Cadastro Único. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/relatorio_form.php?p_ibge=240895&area=0&ano_pesquisa=&mes_

pesquisa=&saida=pdf&relatorio=153&ms=585,460,587,589,450,448,464,601>. Acesso em: 13 jan. 2013.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Trabalho precoce: qualidade de vida, lazer, educação e cultura. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 55, P. 105-113, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 20. ed. São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades@. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240895&search=rio-grande-do-norte|rio-do-fogo>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MARANHÃO, César Henrique. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In: MOTA, Ana Elisabete (Org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARTINS, José de Souza. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

MÉSZÁROS, István. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: UNICAMP, 2002.

MIOTO, R. C. T. *Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis. O trabalho do assistente social e as políticas sociais*, mod. 04. Brasília: UnB, CEAD, 2000.

MOTA, Ana Elisabete (Org.). O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PADILHA, Miriam Damasceno. Assistência Social, trabalho infantil e família. In: MOTA, Ana Elisabete (Org.). O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. IDHM municípios 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

As relações familiares com a criança autista

Ana Flavia de Oliveira Borba Coutinho¹

Resumo

O objetivo geral deste estudo consistiu em apreender as concepções maternas sobre o autismo, observando o papel da família na promoção da interação social da criança autista. Para atingir tal objetivo, realizaram-se quatro estudos de caso com díades mãe-criança autista com idades variando de quatro a seis anos. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. Para processamento e análise dos conteúdos advindos das entrevistas, utilizou-se o modelo de análise temática proposto por Bardin. Os resultados permitiram uma maior reflexão acerca da síndrome, desde o processo de diagnóstico até as perspectivas em relação ao futuro, destacando que as mães acreditam que o computador é uma ferramenta rica de possibilidades e altamente estimulante para seus filhos. Nesse sentido, apresentaram-se estratégias de uso do computador como aliado para que o mediador, no caso a mãe, promova a interação social da criança autista. Conclui-se que a interação mãe-criança autista é essencial na promoção da interação da criança autista primeiramente com a família e posteriormente alargando para as demais redes sociais.

¹ Doutorada em Psicologia Social. Professora e pesquisadora na UFPB – EAD e IESP, João Pessoa. E-mail: anaflaviabc@gmail.com

Introdução

Primeiramente, é importante definir e caracterizar o autismo, uma síndrome complexa, que, apesar de ser estudada desde 1943 pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner (KANNER, 1943), é um quadro de extrema complexidade, pois ainda persistem indefinições acerca de sua origem e natureza, o que faz com que o autismo seja um tema instigante e fascinante. Em seu artigo intitulado “Os transtornos autistas do contato afetivo”, Kanner (1943, p. 1) afirmou que:

[...] desde 1938, chamaram-nos a atenção várias crianças cujo quadro difere tanto e tão peculiarmente de qualquer outro tipo conhecido até o momento que cada caso merece – e espero que venha a receber com o tempo – uma consideração detalhada de suas peculiaridades fascinantes.

Em seu estudo, Kanner caracterizou de forma tão precisa os onze casos por ele estudados que essa caracterização continua a ser empregada até os dias atuais, como sendo um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice. Segundo esse autor, as crianças possuíam características reincidentes baseadas em três aspectos: qualitativo da relação; alterações da comunicação e da linguagem; e falta de flexibilidade mental e comportamental. Elas apresentavam uma falta de aconchego ao colo e importantes alterações na linguagem: uso descontextualizado das palavras, ecolalia, lateralidade e inversão pronominal (KANNER, 1943).

Atualmente, o autismo é caracterizado como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID). A tríade de

comprometimento do autismo está relacionada aos domínios da imaginação, comunicação e interação social.

As crianças diagnosticadas como autistas apresentam dificuldades em se relacionar com as pessoas e o mundo que as rodeia, apresentando um atraso no desenvolvimento global que se manifesta também na aquisição da linguagem. Como consequência, elas tendem a apresentar, desde cedo, um distúrbio severo no desenvolvimento, principalmente relacionado à comunicação e interação social, tendo dificuldades na linguagem, alterações relacionadas ao déficit simbólico, dificuldade na imitação e na integração sensório-motora (KANNER, 1943; HOBSON, 2004; LAMPREIA, 2007; BOROWSKI, 2009).

É importante destacar a diversidade de perfis das crianças autistas (LAMPREIA, 2007), pois cada uma delas pode ser considerada um caso de estudo particular, em virtude de as características e o grau de comprometimento serem muito peculiares e específicos. Corroborando com essa constatação, Wing e Gould (1979) já descreviam as crianças autistas como isoladas, passivas, ativas, mas bizarras. Assim sendo, as formas de tratamento e intervenção devem acompanhar essa diversidade, considerando a ideia de que cada caso é um caso único e particular a ser trabalhado.

De acordo com Passerino e Santarosa (2007), as crianças autistas possuem uma grande dificuldade em interagir com o outro, sendo tal dificuldade mais observada no desenvolvimento de atividades cooperativas, na troca com o parceiro e na construção conjunta. Concluem ainda que, possivelmente, tais entraves estejam relacionados com a dificuldade de descentralização, ou seja, do colocar-se no ponto de vista do outro.

Segundo Hobson (2004), logo ao nascer, o ser humano inicia as interações à medida que se mostra responsivo e

sensitivo ao mundo que o rodeia. E essa sensibilidade inicial, que diferencia o ser humano dos animais, será a precursora do desenvolvimento da linguagem. Nesse período inicial do desenvolvimento começam a se desenvolver as habilidades comunicativas diádicas básicas – contingência, reciprocidade, antecipação, alternância de turno –, sem as quais não há diálogo.

Para que haja linguagem, é preciso que o bebê seja capaz de realizar um engajamento afetivo e seja sensível e responsivo às expressões emocionais dos outros. Uma grande quantidade de interação social acontece a serviço da regulação fisiológica e pode-se dizer que essas interações são o berço para o desenvolvimento da linguagem, o que não acontece com bebês autistas (HOBSON, 2004).

A família constitui a unidade básica de desenvolvimento das experiências do homem. É uma rede complexa de relações e emoções pela qual perpassam sentimentos e comportamentos. É por meio das relações familiares que os próprios acontecimentos da vida recebem seu significado.

Nesse sentido, destaca-se a interação mãe-criança autista que consiste em um processo de interação inicial no qual a criança construirá a base do seu desenvolvimento que *a posteriori* será estendido a outras redes sociais. Essa relação constitui um dos pilares para o desenvolvimento da criança, visto que a mãe possui o importante papel de mediadora do desenvolvimento de seu filho.

Nessa relação diádica, considera-se o conceito de Vygotsky (2007) de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que constitui um dos princípios básicos da sua teoria. Esse conceito representa a diferença entre a capacidade da criança de resolver problemas por si própria e a capacidade de resolvê-los com ajuda de alguém. A pessoa que intervém, para ajudar

a criança, pode ser tanto um adulto quanto um colega que já tenha desenvolvido a habilidade requerida. A ideia de ZDP é de grande relevância, principalmente para a área da educação, pois a criança se desenvolve a partir da zona de desenvolvimento real para a zona de desenvolvimento potencial. A função do educador seria a de favorecer a aprendizagem, servindo de mediador entre a criança e o mundo. Existe, portanto, uma interação entre desenvolvimento e aprendizagem.

Considera-se também a bidirecionalidade, entendida como a influência dos pares, isso porque os comportamentos da mãe e da criança influenciam um ao outro. A criança autista é considerada um ser ativo que estabelece uma relação de trocas com seu parceiro internacional.

Nessa interação mãe-criança autista, o mediador deve estar atento para identificar as habilidades da criança e estimulá-las visando seu desenvolvimento e utilizando estratégias de estimulação que promovam estas características. Isso porque, embora o censo comum sobre o autismo, os instrumentos para o diagnóstico e a literatura específica centrarem o olhar para as dificuldades e comprometimentos das crianças autistas, sabe-se que tais características típicas, como a obsessão por detalhes e assuntos específicos, podem levá-los a se destacarem em algumas atividades.

Geralmente, essas potencialidades estão relacionadas com a capacidade de memorização, cálculos matemáticos, desenhos, artes plásticas, música, literatura, entre outras. Denominam-se essas habilidades “ilhas de conhecimento” que fazem com que as pessoas autistas sejam extraordinárias em realizar certas atividades. E, nesses casos, é importante valorizar e augar os talentos em detrimento de suas dificuldades (SILVA, 2012).

Diante dessas características presentes na relação mãe-criança autista, se faz importante conhecer as concepções das mães frente a essa síndrome complexa de forma a poder subsidiar a elaboração de propostas de intervenção.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, caracterizada por uma abordagem qualitativa e quantitativa. Participaram quatro (4) díades mãe-criança. Para a inserção da díade utilizou-se quatro critérios de inclusão: (i) ser mãe de criança autista, (ii) criança com idade de 4 a 6 anos, (iii) criança com diagnóstico de sintomatologia autística e (iv) possuir computador em casa.

Os dados foram coletados nas residências dos participantes que foram contatados por intermédio de uma associação vocacionada ao trabalho com crianças com autismo da cidade de João Pessoa, a Associação dos Pais e Amigos dos Autistas (ASAS). Utilizaram-se dois instrumentos: (i) questionário biosociodemográfico (Apêndice 1) e (ii) entrevista semiestruturada (Apêndice 2).

O questionário biosociodemográfico foi utilizado com a finalidade de identificar o perfil dos participantes: crianças autistas (idade, escolaridade, sexo) e mães (idade, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar) (Apêndice 1).

A entrevista semiestruturada foi utilizada por ser um dos principais recursos usados como técnica de coleta de informação. Ela é caracterizada pela “[...] formulação da maioria das perguntas previstas com antecedência e sua localização é provisoriamente determinada” (COLOGNESE; MÉLO, 1998, p. 18). Nela o entrevistador tem uma participação ativa, apesar de

observar um roteiro, podendo fazer perguntas adicionais para esclarecer questões permitindo melhor compreensão acerca do objeto social de estudo (Apêndice 2).

Este estudo foi realizado considerando-se aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a “Resolução 196/96”, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Emília de Rodat – Processo no 018/2010.

Procedimento de coleta de dados

As díades foram contatadas em uma reunião da Associação dos Pais e Amigos dos Autistas (ASAS) considerando os critérios de inclusão. As visitas eram feitas na casa da díade onde eram aplicados os instrumentos de coleta de dados.

Procedimento de análise dos dados

Ao término da aplicação dos instrumentos, os dados advindos das entrevistas foram processados pelo modelo de análise temática proposta por Bardin. Para analisar os conteúdos apreendidos pelas entrevistas, elaborou-se um plano geral de análise e tratamento dos dados, segundo o modelo proposto por Bardin (2010), constituído por: (i) Corpus (04 entrevistas); (ii) Leitura Flutuante (primeira leitura de todo o material coletado, sem grande controle para, em seguida, deter-se em leituras mais orientadas e concisas); (iii) Codificação das Unidades de Análise (codificação dos temas por unidade de registro); (iv) Categorias e Subcategorias (categorização do corpus) e (v) Tratamento dos Resultados (descrição e interpretação das

categorias). Por fim, os dados quantitativos, que se referem às frequências simples e percentuais, foram computados a partir das coocorrências das unidades temáticas e tratados por meio do programa Excel 2007.

Resultados

Como se pode observar na Tabela 1, as mães participantes da pesquisa estavam situadas na faixa etária dos 30 a 40 anos ($M = 35,5$; $DP = 4,12$), sendo 3 casadas e 1 divorciada; 3 mães possuíam nível de escolaridade superior e 1 com nível de escolaridade do 2º grau; quanto à profissão, 2 com profissão do lar, 1 contabilista e 1 professora. No que diz respeito à religião, todas afirmaram ser católicas, e em relação ao nível socioeconômico, 3 possuíam nível médio e 1 nível baixo (renda familiar inferior a dois salários mínimos).

Tabela 1 – Perfil das mães.

Díade	Idade mãe	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Religião	Nível socioeconômico
A	40	Divorciada	Superior	Do lar	Católica	Baixo
B	36	Casada	Superior	Contabilista	Católica	Médio
C	36	Casada	2º Grau	Professora	Católica	Médio
D	30	Casada	Superior	Do lar	Católica	Médio

Fonte: Pesquisa de Campo.

Ainda de acordo com a Tabela 1, destaca-se que, quanto à profissão, duas mães enfatizaram a necessidade de permanecer

no lar, com dedicação integral ao filho, o que as impedem de desenvolver uma atividade profissional, fora de casa, conforme os enunciados a seguir:

[...] fico o dia inteiro em casa, cuidando de tudo, de olho nele, [...] quando a pessoa tem alguém para ajudar é bom, mas tudo sou eu, estou sozinha, o pai tem que trabalhar, [...] só tem eu com ele o dia todo, o pai só chega de noite, [...] e não aparece ninguém aqui, [...] ninguém quer tomar conta.

Esses relatos corroboram os estudos desenvolvidos por Tunali e Power (2002) quando afirmam que, normalmente, as mães de crianças autistas possuem dificuldades em prosseguir na carreira profissional devido à demanda de cuidados que a criança autista necessita no seu dia a dia.

Conforme a Tabela 2, todas as crianças são do sexo masculino, com idade variando entre 4 a 6 anos ($M = 5$; $DP = 0,82$), todas frequentando a escola, sendo duas no infantil 2; uma no infantil 1 e uma no infantil 3. Das quatro crianças, duas são filhas únicas e duas possuem um irmão mais velho.

Tabela 2 – Perfil das crianças.

Díade	Sexo	Idade	Escolaridade	Nº irmãos	Ordem de nascimento
A	Masc.	6	Infantil 3	-	1º filho
B	Masc.	5	Infantil 2	1	2º filho
C	Masc.	5	Infantil 2	1	2º filho
D	Masc.	4	Infantil 1	-	1º filho

Fonte: Pesquisa de Campo.

Todas as crianças participantes são do sexo masculino, confirmando os dados da literatura que apontam para a maior incidência do autismo em meninos do que em meninas, com proporções médias de 3,5 a 4,0. Essa proporção pode variar em função do nível intelectual, pois, em crianças com autismo sem retardo mental, a proporção é de até 6 meninos para cada menina, enquanto para os que têm retardo mental de moderado a grave varia de 1,5 a 1 (KLIN, 2006).

Em relação à entrevista semiestruturada, os dados obtidos foram categorizados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). A decomposição do material das unidades de conteúdos resultou no somatório de 245 unidades de contextos que permitiu a derivação de 5 categorias e 15 subcategorias. As categorias foram denominadas: Concepção do Autismo, Diagnóstico, Interesses Motivacionais, Tratamento e Projeto de Vida, conforme a Tabela 3.

A primeira categoria, denominada de **Concepção do Autismo** dividiu-se em quatro subcategorias: a) Cognitivo; b) Psicomotor; c) Afetivo; d) Atividades da Vida Diária. A segunda, nomeada **Diagnóstico**, foi dividida em quatro subcategorias, a saber: a) Desconhecimento da Síndrome; b) Processo de Diagnóstico; c) Aquisição de Conhecimento e d) Aceitação. A terceira, denominada de **Interesses Motivacionais**, deu origem a três subcategorias: a) Escola; b) Artefatos tecnológicos; c) Leitura e Música. A quarta, referente ao **Tratamento**, deu origem a duas subcategorias: a) Tratamento Terapêutico e b) Tratamento Medicamentoso. A quinta e última categoria, denominada **Projeto de Vida**, permitiu a elaboração de duas subcategorias: a) Preocupação e b) Visão Positiva (ver Tabela 3).

A primeira categoria, denominada **Concepção do Autismo**, refere-se à percepção materna de que seus filhos,

comparados a outras crianças, possuem algo diferente, ora na esfera cognitiva psicomotora, afetiva e nas atividades da vida diária. A primeira subcategoria diz respeito ao comprometimento **Cognitivo**, principalmente no que se refere aos aspectos comunicativos verbais, conforme os exemplos a seguir:

[...] eu vi que ele não iniciava a fala, [...] a gente achava que ele não falava muito, [...] falava mamãe, papai, [...] pedia algumas coisas: pão, leite, [...] eu vi que ele não iniciava a fala, [...] apresenta ecolalia, [...] ele repete não na hora que está no computador, mas depois, [...] ele gosta de botar o computador para ficar falando várias vezes, [...] a gente achava que ele não falava muito, [...] ele falava pouco, [...] eu vi que ele não iniciava a fala, e foi nesse tópico que eu achei diferente.

As interlocuções advindas das mães retratam que o comprometimento da fala, juntamente com a interação social, provavelmente seja o déficit mais característico do autismo. Além disso, normalmente, o comprometimento da linguagem é o primeiro indício, percebido pelos pais de que há uma alteração no desenvolvimento cognitivo da criança.

Tabela 3 – Análise de conteúdo das entrevistas.

	Categorias	Subcategorias	Unidades temáticas	f	%
C L A S S E T E M Á T I C A A U T I S M O	Concepção do Autismo	Cognitivo	“[...] a gente achava que ele não falava muito (4) falava mamãe, papai () pedia algumas coisas: pão, leite () eu vi que ele não iniciava a fala (4) apresenta ecolalia (2) ele repete não na hora que está no computador, mas depois () ele gosta de botar o computador para ficar falando várias vezes () tinha um menino autista que não falava nada () a verbalização é em todos (2) ele fala quando ele quer (2)”	19	7,7
		Psicomotor	“[...] brincava com a gente () sabia andar de motoquinha () mas depois regrediu () estereotipia (3) ele bate muito palma (3) tinha aversão em pegar em tinta, massinha (3) não sabe pegar a uva e apertar na boca () não sabe pegar no lápis com quatro anos () a hiperatividade é demais () só dormia numa posição () balançando até adormecer (2)”	18	7,3
		Afetivo	“[...] ele é até bonzinho (2) espera um olhar da gente pra dizer: assim está certo (3) sempre teve contato visual (4) sentava na rede e colocava ele no colo (3) geralmente a criança quer o colo da mãe () como se ele não quisesse o contato de pele () estava agitado () com autoagressão () era um bebê que não chorava () chamava a atenção pela tranquilidade () nunca pediu para ir para meu braço () começou o olhar a faltar (2) com um ano e oito meses voltou a tomar água na mamadeira () não foi difícil tirar o peito (3) mamou até um ano e dois meses () do primeiro filho foi difícil tirar com um ano (3) não queria dormir ()”	30	12,3
		Atividades da vida diária	“[...] a questão dele é só com as AVDs () comer só () ir ao banheiro só () a gente tenta trabalhar a independência em casa, tomar banho só, vestir uma roupa só ()”	04	1,6
	Diagnóstico $\Sigma = 76$ % = 31,2	Desconhecimento da síndrome	“[...] nunca tinha ouvido falar (4) não conhecia ninguém autista (2) eu não atentava para autismo (2) até porque eu conhecia pouco (2) teu filho pode ser autista () achava que era uma coisa passageira () achava que tinha mais uma coisa errada () percebi que ele era diferente ()”	14	5,6

(continuação)

C L A S S I F I C A T O R I O	Diagnóstico $\Sigma = 76$ % = 31,2	Processo de diagnóstico	“[...] fiz uns exames para descartar outra coisa (2) diagnóstico dele teve uns quatro () diagnóstico dele é autismo clássico (2) passou pela psicóloga, pelo neuro, uma fono e uma TO () o diagnóstico da fono era atraso de linguagem () meu último diagnóstico foi com Dr. Salomão () era muito cedo para fechar o diagnóstico com três anos () incluía no transtorno global do desenvolvimento () eu dei o diagnóstico do meu filho (4) todo médico tem medo de um diagnóstico fechado (2) processo foi um pouco longo, mas nem tanto () fui pra fono (8) levei para ver se ia fazer um trabalho de fala () o médico olhou e disse: autismo () comecei a peregrinar com neuropediatras (5) fui a uma psicopedagoga () eu falava com a pediatra (2) o pediatra não notava nada (2) a psicóloga tratava os meninos de uma forma grosseira (2) passou por uma TO () conheci uma pedagoga ()”	41	16,7
		Aquisição de conhecimento	“[...] aí comecei, fui à internet (4) bastou ler uma página na internet e era ele todinho () autismo mesmo é isso aí () vou fazer uns cursos (5) quando eu cheguei em casa que comecei a estudar (2)”	13	5,3
		Aceitação	“[...] e eu aceitei muito rápido () nunca neguei () sempre cuidei () melhor jeito de encarar é de forma positiva () quando eu soube disse: pronto, agora eu sei e tenho um norte para começar () se você souber o diagnóstico você começa a trabalhar () quando eu percebi logo eu disse: eu não vou esperar ninguém fechar diagnóstico não () eu não vou esperar cura milagrosa não ()”	08	3,6
	Interesses Motivacionais $\Sigma = 62$ 25,3%	Escola	“[...] ele gosta (2) tem época que mais e tem época que menos () na primeira infância eu acho a escola muito importante (3) sempre que eu chego lá ele está bem (3) ele adorava ver aquilo tudo e entrar na sala de aula (2) ele sentava tranquilamente na rodinha com os coleguinhas ()”	12	4,9

(continuação)

C L A S S E T E M Á T I C A A U T I S M O	Interesses Motivacionais $\Sigma = 62$ 25,3%	Artefatos tecnológicos	“[...] via muita televisão (2) a habilidade dele é no computador (2) quando chega em casa entra na internet (3) tem facilidade em entender o que o computador fala () algumas palavras que teve contato escreve no Word (2) se eu disser, B, A, ele vai fazendo () dou muita credibilidade ao computador (2) aprendeu muito no computador () gosta de fazer no computador do jeito dele () cada um tem um computador () coloca para os meninos fazer joguinho () se comunicava pelo computador () tem que ter algo no computador que ele goste (2) quando chegava numa loja que tinha computador () ele ficava lá no teclado () ele adorava fotografia (3) só fotografava objetos, televisão (3) nunca fotografava gente () foi a primeira vez que eu vi a foto de uma luz (2) cada foto linda () ele sabe ligar o dvd daqui de casa do meu quarto, do dele, e da casa de mainha (2) onde você ensinar que tiver um play ele faz ()”	35	14,3
		Leitura e música	“[...] o atrativo dele é o livro () ele gosta de ler (3) ele identifica o nome dele () mas não sabe fazer () como é que ele lê antes de escrever o nome () ele aprendeu a ler só () ele adora a revistinha da Mônica (3) lê uma revista () a habilidade dele é na música (2) o pai começa a tocar no violão e ele acompanha ()”	15	6,1
	Tratamento $\Sigma = 17$ 6,9%	Tratamento terapêutico	“[...] usa o Teach aqui na associação (3) faz TO () método padovan () e atividade motora (2) faz natação, tem aulas com a professora lá em cima () tem fonoaudióloga (2)”	10	4,1
		Tratamento medicamentoso	“[...] só vitamina que o pediatra passa (3) suplemento () cálcio () está tomando o medicamento Haldol () o médico disse que agora tentasse tirar ()”	07	2,8

(continuação)

C L A S S E T E M Á T I C A A U T I S M O	Projeto de vida $\Sigma = 19$ 7,7%	Preocupação	“[...] o que me deixa apreensiva é não saber o que vai acontecer daqui a meia hora () me preocupo com o dia em que não puder cuidar dele () sou realista e não espero tanto dele (2) para eu não me decepcionar () pode ser que eu me surpreenda e muita coisa boa aconteça com ele () me preocupava muito antes, pois tinha cobrança da escola ()”	07	2,8
		Visão positiva	“[...] não me preocupo com o futuro não (2) busco a independência dele (4) penso no que vai ser dele quando crescer () o que ele vai fazer () penso em fazer uma poupança, por que quem for tomar conta dele já não se preocupa com dinheiro (2) ele tem melhorado a cada dia (2)”	12	4,9
	$\Sigma = 245$				

Fonte: Pesquisa de Campo.

Devido ao atraso ou falta de aquisição da linguagem, muitas vezes a criança autista repete com frequência as últimas palavras das frases, o que se denomina ecolalia. Já as crianças que verbalizam, geralmente percebem o sentido literal das palavras, não entendendo a mudança de significado que pode ocorrer diante de uma alteração no contexto da fala. Além disso, a fala pode ser estranha, sem emoção, entonação ou sentimento (LAMPREIA, 2007).

Segundo os estudos de Koegel et al. (1992), o déficit cognitivo da criança autista constitui um dos maiores focos de estresse dos pais, pois eles se preocupam com as inabilidades linguísticas e cognitivas identificadas. Os cuidadores devem procurar formas de fazer com que a comunicação se torne funcional, para que a criança consiga exprimir suas necessidades e desejos.

A segunda subcategoria relaciona-se à concepção relativa ao aspecto **Psicomotor**, conforme pode ser observado nos recortes seguintes:

[...] não sabe pegar no lápis com quatro anos, [...] não sabe pegar a uva e apertar na boca, [...] a hiperatividade é demais, [...] só dormia numa posição, [...] balançando até adormecer [...] batia muito palma.

Percebe-se pelos enunciados que a criança autista apresenta comprometimentos psicomotores, no que diz respeito ao aspecto comportamental, especificamente à motricidade fina.

A terceira subcategoria refere-se à esfera do **Afetivo**, emergindo falas maternas exemplificadas a seguir:

[...] ele é até bonzinho, [...] espera um olhar da gente pra dizer: assim está certo, [...] como se ele não quisesse o contato de pele, [...] era um bebê que não chorava, [...] chamava a atenção pela tranquilidade, [...] nunca pediu para ir para meu braço, [...] começou o olhar a faltar.

Diante das falas que emergem das mães, observam-se as características que as crianças autistas apresentam em relação à afetividade, pois demonstram uma aversão ao contato corporal. Além disso, o que parece para a mãe uma tranquilidade comportamental da sua criança é, na verdade, um isolamento que constitui uma característica expressiva da síndrome autista.

Wing e Gould (1979), analisando o isolamento da criança autista, afirma que esse comportamento é, na verdade, uma inferência feita pelo observador a partir de problemas cognitivos, de linguagem e de comunicação não verbal que interferem

nas interações sociais. Inclusive, a autora supracitada considera que crianças surdas, as quais apresentam isolamento social, quando aprendem métodos alternativos de comunicação, deixam de apresentar comportamentos autistas. Além disso, as crianças com desordem de desenvolvimento da fala receptiva, que apresentam comportamentos autistas, manifestam uma maior tendência em usar gestos e algum jogo simbólico.

Esses achados da esfera afetiva vão ao encontro de estudos que mencionam que as crianças autistas apresentam a falta de aconchego no colo, a antecipação postural e a ausência de contato ocular. Na fase de bebês, as crianças autistas, ocasionalmente, riem ou choram e raramente procuram os outros para ter consolo e afeição (DAWSON et al., 1990; RUTTER, 1996).

A quarta subcategoria, **Atividades da Vida Diária (AVD)**, diz respeito à dificuldade que a criança autista apresenta em realizar atividades rotineiras e que fazem parte dos cuidados básicos, como, por exemplo, tomar banho, vestir-se, calçar sapatos, necessitando de um apoio sistemático para que adquiram a capacidade de realizá-las de forma autônoma, conforme exemplos seguintes: “[...] a questão dele é só com as AVDs, [...] comer só, [...] ir ao banheiro só, [...] a gente tenta trabalhar a independência em casa, tomar banho só, vestir uma roupa só.”

Esses resultados confirmam estudos que apontam a dificuldade materna no cuidar do cotidiano dos seus filhos. De acordo com Schmidt, Dell’Aglia e Bosa (2007, p. 127), na pesquisa que realizaram com 30 mães de crianças autistas, identificou-se que 26,8% dessas mães relataram que a realização das AVDs constitui uma das dificuldades encontradas no cuidado da sua criança, como pode ser constatado nas interlocuções: “[...] dar banho. Porque ele é bem maior que eu. Sabe? Eu dou banho, aquela coisa toda, mas ele quer sempre tomar banho com a

mangueirinha, o chuveirinho, só que é difícil. Molha o chão do banheiro todo, aí é complicado”. Nesse mesmo estudo, foi identificado que, sobre os cuidados pessoais, 53,3% dos participantes realizavam as AVD de modo independente: “veste-se, amarra seus sapatos, sai sozinho, faz a higiene”.

As concepções advindas das mães, elaboradas a partir dos comprometimentos nas diferentes esferas do desenvolvimento da criança autista, corroboram os estudos desenvolvidos por Lampreia (2007), quando ela afirma que o autismo não é definido por um sintoma específico, mas por uma tríade de comprometimentos nas áreas do comportamento social, de comunicação e estereotípias. Além disso, por ser um desvio, e não um atraso, as características mudarão conforme o desenvolvimento da criança.

A segunda categoria, **Diagnóstico**, foi subdividida em quatro subcategorias, a saber: a) Desconhecimento da Síndrome; b) Processo de Diagnóstico; c) Aquisição de Conhecimento e d) Aceitação.

Quanto à subcategoria **Desconhecimento da Síndrome**, mostra-se que as mães não têm clareza do que é o autismo, devido à complexidade dos assinalamentos da síndrome, conforme falas a seguir:

[...] nunca tinha ouvido falar, [...] não conhecia ninguém autista, [...] eu não atentava para o autismo, [...] até porque eu conhecia pouco, [...] aí foi que eu comecei a ver que eles tinham coisas parecidas, não eram iguais, mas tinham umas coisinhas parecidas, [...] se eu soubesse o que era autismo, não teria nem condições de dirigir até em casa, [...] aí eu liguei para meu marido, e ele perguntou como foi lá na fono, [...] eu

disse que ela falou que ele poderia ser autista, [...] meu marido disse: O que? Vou pra casa agora. Aí eu disse: então é grave!

Face às interlocuções mencionadas, infere-se que três dessas mães desconheciam a síndrome do autismo. Além disso, como o autismo é normalmente diagnosticado em torno dos 36 meses, essas mães vivenciaram os três primeiros anos da vida de seus filhos, imaginando que eles possuíam um desenvolvimento típico. Esse desconhecimento pode ser justificado pela reduzida difusão de saberes e de ações informativas sobre a síndrome autística.

A segunda subcategoria, **Processo de Diagnóstico**, refere-se ao período que vai desde a busca de um profissional até o recebimento do diagnóstico, conforme exemplos a seguir:

[...] passou pela psicóloga, pelo neuro, comecei a peregrinar com neuropediatras uma fono e uma TO, [...] diagnóstico dele teve uns quatro, fui a nove no total, [...] cada neuro que eu ia ele me dava um diagnóstico diferente, [...] eram vários diagnósticos[...]o processo foi um pouco longo, mas nem tanto, [...] por causa da fala eu procurei uma fono, [...] fiz uns exames para descartar outra coisa, [...] se eu tivesse um diagnóstico cedo eu podia ajudar meu filho, [...] o que dificulta muito o diagnóstico no autista é que eles não são iguais, [...]na verdade é por que não são todos iguais, [...] e às vezes não manifesta naquela fase e manifesta depois.

Por meio dos recortes dos enunciados maternos, identifica-se que as mães buscam respostas para o atraso que observam nos seus filhos, quando os comparam com outras crianças. As mães externam o sofrimento que vivenciam quando não

conseguem obter um diagnóstico preciso, pois esse é essencial para a compreensão dessa síndrome.

Esses achados corroboram os estudos de Guralnick (2000), Fávero e Santos (2005) sobre os estressores familiares de crianças com problemas no desenvolvimento, em que os resultados retratam o sofrimento interpessoal e familiar ocasionado pelo longo processo de diagnóstico, contribuindo para um isolamento social da família.

Nesse contexto, é importante destacar que a dificuldade dos profissionais em definir o diagnóstico pode ser justificada pelo fato de que as crianças autistas apresentam perfis variados, já que existem diversos sintomas e graus de autismo, havendo, na verdade, um espectro autístico, no qual o autismo é considerado o principal transtorno.

A dificuldade no diagnóstico também pode ser justificada pela sua complexidade, pois deve ser realizado por um profissional habilitado por intermédio da anamnese e da observação da criança e do seu comportamento. Portanto, é um processo complexo, pois não é realizado através de exames laboratoriais ou de imagem, além de não haver marcador biológico que caracterize o autismo, nem aspectos sindrômicos morfológicos específicos, isto, é a associação dos sintomas e sinais neurológicos apresentados pelo paciente (BALLONE, 2003).

A demora nesse diagnóstico dificulta a identificação precoce, que, no caso do autismo, é primordial, pois permite um encaminhamento adequado da criança, influenciando significativamente na sua evolução e melhoria da qualidade de vida. Segundo Lampreia (2007), existem muitos problemas para o diagnóstico precoce do autismo, pois o diagnóstico é realizado por instrumentos que analisam as anormalidades

do desenvolvimento social e comunicativo que geralmente são mais visíveis a partir dos três anos de idade.

A terceira subcategoria consiste na busca da **Aquisição de Conhecimento** que possibilite o suporte necessário para lidar com o dia a dia diante desta nova realidade:

[...] bastou ler uma página na internet e era ele todinho, [...] vou fazer uns cursos, [...] quando eu cheguei em casa comecei a estudar, [...] aí fui buscar informações primeiro na internet, [...] aí depois fui me informando mais pela internet e levei o assunto à pediatra, [...] de terapia ele faz tudo na ASAS, [...] a pessoa só ela não anda, não anda por que tudo é muito parado aqui, em termos de estrutura, em termo de tudo, [...] na ASAS você troca muita coisa, eu aprendi tanto, tanto, tanto.

Segundo as interlocuções anteriores, constata-se que as mães revelam a necessidade da aquisição de conhecimentos sobre o autismo não apenas no que tange ao tratamento, mas, sobretudo, na instrumentalização do agir frente às necessidades peculiares que uma relação mãe-criança autista exige. Observou-se que a constelação familiar participante deste estudo integra uma associação de pais de autistas, na qual buscam alternativas e apoio por meio da convivência com outras famílias.

Atualmente existem inúmeras associações de pais de crianças autistas no Brasil e sua importância é essencial por diversas razões: pressionar o poder público para a criação de políticas públicas de apoio, tratamento e divulgação do autismo; o debate e a troca de experiências entre os pais.

Corroborando com o discurso das mães, estudos (AMY, 2001; GLAT; DUQUE, 2003) destacam a importância da orientação

dos pais conjuntamente com o tratamento do filho, com o objetivo maior de permitir uma melhor relação com o filho autista, inclusive na forma de compreenderem os progressos, que, muitas vezes, têm que ser vistos “ao microscópio” e constituem uma dose de esperança e motivação para avançarem com otimismo na luta diária.

A quarta e última subcategoria se refere à **Aceitação** do diagnóstico:

[...] e eu aceitei muito rápido, [...] nunca neguei, [...] melhor jeito de encarar é de forma positiva, [...] quando você chega para uma mãe e diz: olhe, eu não vou fechar o diagnóstico. É pior, [...] se você disser, você começa a trabalhar, tem este caminho e este.

Nesse momento de aceitação do diagnóstico, percebe-se que as mães enfrentam um conjunto de sentimentos, desde a angústia inicial do processo do diagnóstico, ao alívio da aceitação.

Segundo Amy (2001), no interior de uma família, o anúncio do autismo é a abertura de um drama, ocasionando mudanças e prejuízos na vida social, conjugal e profissional dos familiares. Nesse momento, os profissionais devem procurar informar e se unir aos pais, apresentando-os alternativas de intervenção e de possíveis instituições e fundações que seriam pontos de apoio para a família. E, assim, tendo a família como principal pilar de apoio, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, o tratamento poderá ser bem-sucedido.

Na terceira categoria, denominada **Interesses Motivacionais**, emergiram três subcategorias: Escola, Artefatos Tecnológicos, Leitura e Música. A primeira subcategoria refere-se à **Escola**, na qual as mães relataram que as crianças

autistas apresentavam interesses em ir à escola, conforme exemplos a seguir:

[...] ele gosta (2) tem época que mais e tem época que menos
[...] sempre que eu chego lá ele está bem (3) ele adorava ver
aquilo tudo e entrar na sala de aula (2) ele sentava tranqui-
lamente na rodinha com os coleguinhas [...].

Diante desses discursos maternos, infere-se que as crianças autistas demonstram interesse em frequentar a escola regular, onde se encontram matriculadas. Desse modo, a escola deve ser uma instituição de apoio a essas crianças na implementação de práticas inclusivas e na elaboração de um plano de ensino com conteúdos adaptados às suas características, afinidades e habilidades.

É importante ressaltar a importância da escolarização da criança autista enquanto meio de inclusão social, pois, segundo Camargo e Bosa (2009), a escola possibilita o alargamento progressivo das experiências socializadoras, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos e comportamentos.

A segunda subcategoria está relacionada aos **Artefatos Tecnológicos**, pois evidencia os interesses e as habilidades da criança autista pela tecnologia, de acordo com as interlocuções a seguir:

[...] a habilidade dele é no computador, [...] quando chega em casa entra na internet, [...] tem facilidade em entender o que o computador fala, [...] algumas palavras que teve contato escreve no Word, [...] gosta de fazer no computador do jeito dele, [...] se comunicava pelo computador, dou muita credibilidade ao computador, [...] aprendeu muito no computador

[...] tem que ter algo no computador que ele goste, [...] quando chegava numa loja que tinha computador ele ficava lá no teclado, [...] ele adorava fotografia, [...] só fotografava objetos, televisão, [...] nunca fotografava gente, [...] ele sabe ligar o dvd daqui de casa, [...] onde você ensinar que tiver um play ele faz.

Conforme as interlocuções das mães, identifica-se a motivação que as crianças deste estudo apresentam em utilizar os diversos recursos tecnológicos, como o computador, a máquina fotográfica e o DVD. Além disso, foi possível observar, durante a realização das sessões de observação das díades, o interesse das crianças deste estudo pela filmadora e a curiosidade e fascínio quando utilizavam o computador.

Corroborando as falas das mães, que ressaltam a aptidão para a tecnologia que seus filhos apresentam, destacam-se os estudos de Herskowitz (2009), ao defender que os recursos tecnológicos constituem o caminho para que a criança autista possa se desenvolver, isso porque a tecnologia está presente nos dias atuais em tudo que nos rodeia e irá evoluir significativamente no futuro. Além disso, a tecnologia oferece inúmeras possibilidades para as pessoas com deficiência, tanto para as crianças como para os adultos. Estudos recentes (KING, 2011; VENKATESH et al., 2011) demonstram que os autistas apresentam familiaridade com o computador, inclusive utilizando dispositivos que são comandados pelo toque, como os iPhone e iPad.

Na terceira subcategoria, denominada **Leitura e Música**, destaca-se, segundo as mães, que as crianças autistas apresentam interesses em atividades específicas, demonstrando aptidão para a leitura e música, conforme exemplos a seguir:

[...] o atrativo dele é o livro, [...] ele gosta de ler, [...] ele identifica o nome dele, [...] mas não sabe fazer, [...] como é que ele lê antes de escrever o nome, [...] ele aprendeu a ler só, [...] ele adora a revistinha da Mônica, [...] adora ler uma revista, [...] a habilidade dele é na música (2) o pai começa a tocar no violão e ele acompanha [...].

De acordo com Lampreia (2007), é possível que as crianças autistas tenham habilidades especiais em áreas específicas. Alguns autistas podem apresentar desempenhos extraordinários em áreas como a matemática, a música, a leitura autodidata, a mecânica, mas, em outro extremo, cerca de 60% dos autistas possuem retardo mental.

Na quarta categoria, denominada **Tratamento**, emergiram duas subcategorias: Tratamento Terapêutico e Tratamento Medicamentoso. A primeira delas se refere às diversas terapias que são utilizadas nas intervenções de profissionais com as crianças autistas, conforme recortes seguintes: “[...] usa o Teach na associação, [...] faz TO, método padovan, e atividade motora, [...] faz natação e tem aulas com a professora, [...] tem fonoaudióloga e psicólogo.”

Sabe-se que não há cura para o autismo, existem, sim, tratamentos multidisciplinares que visam o controle sintomático da doença, pois as terapias e a estimulação cotidiana podem melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

Entretanto, como indicam os estudos de Nunes e Santos (2009), são escassos os serviços especializados para tratamento da criança autista, com equipe multiprofissional, o que leva os pais ao fenômeno da “peregrinação” por sucessivas instituições de saúde e educação. A consequência desse fenômeno causa o prejuízo na qualidade do cuidado e compromete a intervenção

precoces. Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de qualificação de profissionais que possam oferecer um atendimento integral às crianças com transtorno autístico e suas famílias.

A segunda subcategoria refere-se ao **Tratamento Medicamentoso**, que consiste na utilização da terapia medicamentosa para minimizar os sintomas inadequados. “[...] toma só vitamina que o pediatra passa, [...] suplemento, [...] cálcio, [...] está tomando o medicamento Haldol, [...] o médico disse que agora tentasse tirar.”

Em alguns casos, o uso de medicamento é necessário para controlar os comportamentos indesejados, como as estereotipias, o retraimento social e os comportamentos agressivos e autoagressivo, que são característicos das crianças autistas. Os medicamentos atuam em áreas cerebrais, a dopamina e a serotonina, com o objetivo de reduzir tais sintomas, e, além disso, melhorar o poder de concentração.

Segundo estudos de Klein e Slomkowski (1993), o uso de medicamentos permite controlar a agitação psicomotora e os comportamentos descontrolados, ocasionando melhorias na permanência da criança em casa, a ser cuidada pela família, porém não revertem a ausência de responsividade comunicativa e social. Estudos (FÁVERO; SANTOS, 2005) afirmam que o uso de medicamentos esteve mais relacionado com a irritabilidade da criança do que propriamente com a gravidade da sintomatologia.

A quinta, e última categoria, reporta-se ao **Projeto de Vida**, e foi subdividida em duas subcategorias: Preocupação e Visão Positiva.

A primeira subcategoria **Preocupação** está relacionada com a forma como a mãe visualiza o futuro da criança diante das suas limitações advindas da síndrome. Ver exemplos a seguir:

[...] me preocupo com o dia em que não puder cuidar dele, [...] penso no que vai ser dele quando crescer, [...] eu penso em fazer uma poupança, por que quem for tomar conta dele já não se preocupa com dinheiro.

As mães participantes deste estudo externalizam, nas suas falas, que a preocupação com a criação do filho autista não se resume ao momento presente, mas sim se estende pelo futuro, visto que a mãe é consciente de sua responsabilidade materna em ser cuidadora e se inquieta com sua possível ausência.

A preocupação que emana dessas falas maternas corrobora os estudos de Roncon (2003), que constatou que as mães de crianças autistas relatam possuir diversas interrogações face ao futuro do filho, que são dolorosas e as afetam profundamente.

A segunda subcategoria, **Visão Positiva**, retrata a esperança que a mãe externaliza quando é questionada sobre o futuro do seu filho, conforme relatos a seguir: “[...] busco a independência dele, [...] pode ser que eu me surpreenda e muita coisa boa aconteça com ele, [...] ele tem melhorado a cada dia, [...] cada dia tem ficado mais fácil cuidar dele.”

Apesar das dificuldades e dos desafios na criação de um filho autista, todas as mães deste estudo evidenciaram, com otimismo, que esperam melhores dias, que buscam a independência das crianças e que acreditam que acontecerão surpresas agradáveis nessa caminhada. Nesse contexto, os relatos maternos estão em consonância com os estudos de Koegel et al. (1992) que afirmam que os pais de autistas possuem uma preocupação futura em relação ao bem-estar das crianças quando eles não puderem mais cuidar delas.

Considerações

Diante dos resultados, foi possível obter uma maior reflexão acerca da síndrome do autismo, desde o processo de diagnóstico até as perspectivas em relação ao futuro, destacando que as mães acreditam ser o computador uma ferramenta rica de possibilidades e altamente estimulante para seus filhos.

Com o avanço tecnológico, o computador surge como uma ferramenta auxiliar no processo de aprendizagem. No caso da criança autista, a habilidade que ela apresenta com artefatos tecnológicos vem a ser um ponto forte, justificando o desenvolvimento de estudos que abordem a interação social de crianças autistas em ambientes digitais. Segundo Coutinho (2012), o computador vem a ser uma ferramenta aliada no processo de estimulação e desenvolvimento da criança autista, permitindo trabalhar conteúdos escolares, da vida diária e até mesmo profissionalizantes, permitindo, assim, a inclusão social da criança autista.

Destaca-se a importância do mediador nesse processo, visto que o computador é uma ferramenta auxiliar e o importante é que o mediador utilize estratégias de mediação adequadas para promover o desenvolvimento da criança. Algumas táticas consistem na capacidade da mãe em ser responsiva com seus filhos, em perceber seus interesses e direcionar as atividades para algo que os motive. A escolha do programa a ser utilizado é essencial, pois deve atender à faixa etária e ao nível de desenvolvimento da criança, além de ter conteúdos que sejam atrativos para ela, motivando o seu uso.

Dessa forma, conclui-se que, apesar da ampla diversificação que o autismo apresenta, é possível alcançar um avanço significativo no seu desenvolvimento. O olhar deve estar

pautado nos pilares da inclusão, considerando o papel do mediador, e utilizar a tecnologia assistiva como promotora da interação social, pois há recursos e estratégias que podem ser utilizados com a criança autista para a promoção do desenvolvimento. O futuro reserva muitas possibilidades, e estudos como este permitem pensar em estratégias que promovam a interação mãe-criança usando o computador.

Referências

AMY, M. D. **Enfrentando o autismo**: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BALLONE, G. J. Estratégias de Tratamento Medicamentoso do Autismo Infantil. **PsigWeb**. 2003. Disponível em: <<http://www.psigweb.med.br/autism.html>>. Acesso em: 6 mar. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOROWSKI, K. A Inclusão social do autista é um caminho difícil, mas que deve ser enfrentado. **Planeta Educação**. 2009. Disponível em: <<http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=972>>. Acesso em: 6 abr. 2010.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 65-74, 2009.

COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. de. A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. In: COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. de. **Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas**. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, 1998. v. 9. (Cadernos de Sociologia)

COUTINHO, A. F. O. B. **Interação mãe-criança autista em situações de brincadeira livre e computador**. 2012. 261 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

DAWSON, G. et al. Affective exchanges between young autistic children and their mothers. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 18, n. 3, p.335-345, 1990.

FÁVERO, M., A., B.; SANTOS, M. A. Autismo Infantil e Estresse Familiar: uma revisão da literatura. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p 358-369, 2005.

GLAT, R.; DUQUE, M. A. T. **Convivendo com filhos especiais: o olhar paterno**. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.

GURALNICK, M. J. Early childhood intervention: evolution of a system. **Focus on autism and other Developmental Disabilities**, v. 15, n. 2, p. 68-79, 2000.

HERSKOWITZ, V. **Autism & Computers: maximizing independence through technology**. EUA: AuthorHouse, 2009.

HOBSON, P. **The cradle of thought: exploring the origins of thinking**. London: Macmillan, 2004.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. New York: Wiley, 1943.

KING, M. L. **Effectiveness of the iPad in Enhancing the Mand Repertoire for Children with Autism**. 2011. 144 f. Dissertação (Mestrado da Southern Illinois) – University Carbondale, 2011.

KLEIN, R. G.; SLOMKOWSKI, C. Treatment of psychiatric disorders in children and adolescents. **Psychopharmacology bulletin**, v. 29, p. 525-535, 1993.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral.

Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, p. 3-11, 2006.

KOEGEL, R. L. et al. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.

22, n. 2, p. 205-216, 1992.

LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia. Campinas**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2007.

NUNES, M. A. F.; SANTOS, M. A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2009.

PASSERINO, L.; SANTAROSA, L. M. C. Interação social no autismo em ambientes digitais de aprendizagem. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, p. 54-64, 2007.

RUTTER, M. Autism research: Prospectus and priorities. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 26, p. 257-275, 1996.

SCHMIDT, C.; DELL'AGLIO, D. D.; BOSA, C. A. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, p. 124-131, 2007.

SILVA, A. B. B.; GAIATO, M. B.; REVELES, L. T. **Mundo singular: entenda o autismo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

TUNALI, B.; Power, T. Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 32, p. 25-34, 2002.

VENKATESH, S. et al. **Cognitive Intervention in Autism using Multimedia Stimulus**. Austrália: Curtin University; Department of Computing, 2011.

VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WING, L.; GOULD, J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 9, p. 11-29, 1979.

Apêndice 1 – Questionário biosociodemográfico

Data da aplicação: ____ / ____ / ____

1. Nome da mãe: _____

2. Idade: _____

3. Estado civil:

☐ casada ☐ solteira ☐ divorciada ☐ viúva

4. Escolaridade:

☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo

☐ 2º grau ☐ Pós-graduação

5. Profissão: _____

6. Religião:

☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Outra

7. Renda familiar: _____

8. Nome da criança: _____

9. Idade: _____

10. Sexo: ☐ F ☐ M

11. Está matriculado na escola? ☐ Sim ☐ Não

12. Em caso afirmativo, qual a série? _____

Apêndice 2 – Entrevista semiestruturada

1. Concepções sobre o autismo

1.1 Para você, o que é o autismo?

2. Diagnóstico

2.1 Quando você soube que sua criança era autista?

2.2 Qual o diagnóstico e quem o realizou?

3. Habilidades e comprometimentos

3.1 Em sua opinião, quais as habilidades do seu filho? O que ele gosta de fazer?

3.2 Quais são seus comprometimentos?

4. Computador

4.1 Seu filho utiliza o computador?

4.2 Em caso afirmativo, que programas utiliza?

4.3 Ele utiliza o *mouse*?

5. Escolaridade

5.1 Qual é a escola do seu filho?

5.2 Desde quando ele estuda?

5.3 Como foi a adaptação dele? Ele gosta de ir para a escola?

5.4 Você acha importante seu filho frequentar a escola?

6. Tratamento e terapia

6.1 Seu filho faz algum tratamento medicamentoso? Qual?

6.2 Seu filho faz terapia?

6.3 Onde e desde quando faz terapia?

6.4 Em sua opinião, houve melhorias no comportamento ou na interação do seu filho após a terapia?

7. Futuro

7.1. O que você pensa a respeito do futuro, visto que tem uma criança com autismo? O que espera? Preocupa-se com que?

Criança pobre e sua assistência no Maranhão¹

Kilza Fernanda Moreira de Viveiros (UFRN)²

Este estudo se constitui como parte das análises desenvolvidas sobre a infância e a criança durante o nosso processo de formação doutoral, que discorre sobre práticas de educação socioeducativas em São Luís do Maranhão, Brasil. Assim, objetivamos conhecer os sentidos da infância, suas concepções, seus cuidados e sua educação não escolar durante as primeiras décadas do século XX, no Maranhão. Para tanto, ressaltamos que as nossas observações se construíram teórico-metodologicamente com base na literatura internacional, nacional, local, dando privilégio às fontes documentais com a utilização de um periódico de época.

Considerando as singularidades locais, vale dizer que este estudo se sustenta em abordagens teóricas da história social da infância, associadas à compreensão das concepções de higienismo e eugenia, que subsidiam metodologicamente a análise das fontes documentais. Assim, nosso estudo evidencia a importância da criação de instituições assistencialistas socioeducativas, bem como a articulação de suas finalidades ao projeto republicano de progresso, urbanização e modernização do Brasil.

Entre as preocupações que marcam o início do século XX no Brasil, uma diz respeito à infância, denunciada pelos

¹ Texto originário de estudos desenvolvidos durante a formação doutoral da autora.

² Pedagoga, Doutora em Educação pela UFRN, Professora do Departamento de Fundamentos e Políticas da Educação da UFRN. E-mail: kilza.fernanda@hotmail.com.

médicos, juristas, educadores e jornalistas. Um grande número de crianças morria açoitado³ pelas epidemias e ausência de condições de higiene física e moral nos aglomerados urbanos. Porém, o que chamava a atenção dessa elite era as estatísticas criminais (RIZZINI, 1993, p. 25), levantando a possibilidade de estarem, as crianças, correndo riscos ou serem elas responsáveis por colocar a sociedade em situação de perigo.

Essa preocupação com a infância do início dos novecentos estava relacionada ao projeto de normalização da sociedade, que apontava crescimento desordenado de crianças em situação de pobreza e graças aos problemas sociais advindos antes da transição do Império para a República, como a abolição da escravatura.

No entanto, as medidas tomadas para reparar a ordem e adequar a sociedade brasileira ao modelo europeu implicaram uma série de intervenções autoritárias à população, como foi o caso da vacinação obrigatória nas grandes cidades contra a varíola, além do combate aos focos do mosquito transmissor da febre amarela.

Com a expansão desordenada das cidades, criaram novas necessidades de organização social em que o Estado, associado ao saber médico, buscava maneiras de intervenção sanitária e assistencial, porém prevalecendo a função de policiamento sanitário em detrimento da assistência pública. Vale salientar ainda que essas medidas sanitárias preventivas, ao contrário das de assistência, reuniam recursos e atenção em todo território brasileiro.

Nessa ótica, as crianças abandonadas ou pobres, alvo da assistência, “[...] vagavam pelas ruas das principais cidades,

³ Aqui, a palavra açoitada assume o significado de flagelo.

como Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador em busca da sobrevivência, quadro que também se desenhava em São Luís do Maranhão” (LIMA, 1951, p. 88).

Às crianças pobres, programas de assistência se constituíam em dispensários, tratamento e profilaxia das doenças, creches e distribuição de gêneros de primeira necessidade. “Ao menor abandonado e delinquente, estavam reservados o asilo preventivo e o asilo reformatório” (RIZZINI, 1993, p. 25). Entretanto, a participação do Estado na assistência era vista como insignificante, apenas se consolidando nos anos de 1920, com a criação do Juízo de Menores e a promulgação do primeiro Código de Menores.

No entanto, a preocupação com as crianças nas ruas, nos asilos, nas famílias, nas fábricas, com a mortalidade e a criminalidade, continuava a ser foco de olhares, tendo em vista a necessidade de criação de medidas que viessem a proteger e a assistir à infância desvalida, como também que pudessem “[...] aliviar a consciência de uma sociedade envergonhada e ameaçada com a sua presença” (RIZZINI, 1993, p. 26).

A compreensão de criança desvalida perpassa a concepção daquele “[...] que não possui valor, encontra-se desprotegido, desamparado, desgraçado, miserável” (DICIONÁRIO..., 1998, p. 352). No entanto, o Dicionário da Língua Portuguesa (1927) define desvalido como “desprotegido, desamparado, pobre, desgraçado, e desvalimento, falta ou perda de favor, de proteção, de valimento”. Então, observamos que tal significado se assemelha em dicionários do século XIX e início do século XX.

Mais que um significado, a criança desvalida legitimava o descaso social no Brasil se fazendo representar nas ruas das grandes cidades com aparência desnutrida, usando poucas

vestes e com aspecto doentio. Essas crianças carregavam no olhar a falta de perspectiva de vida futura.

Dada essa compreensão, a infância desvalida e maltratada tomou assento nas denúncias médicas nas classes desafortunadas. De acordo com Moncorvo Filho (1926, p. 35), o problema era originário da ignorância dos pais “[...] dos mais rudimentares preceitos da higiene [...]”, levando os filhos a consumirem álcool, drogas, como o ópio, além de alimentos inadequados em todas as idades.

Esse consumo atendia a diversas finalidades, de acordo com os serviços clínicos de ambulatório nos Institutos de Assistência e Proteção à Infância do Rio de Janeiro. O álcool – vinho e aguardente –, segundo os pais, servia aos filhos como fortificante ou calmante. Prática semelhante a essa percebemos no relatório do Instituto de Proteção à Infância de Lisboa, em que a criança bebia sopa de vinho antes de ir para o campo, no entanto, do sentido cultural do consumo da bebida alcoólica se associava à obtenção de força para o trabalho no campo.

O ópio e a alimentação inadequada também se evidenciavam nos relatos do instituto. O ópio era utilizado para prolongar o sono das crianças, fazendo com as mães pudessem descansar por horas. No que se refere à alimentação inadequada, registraram-se, na dieta alimentar das crianças, incluindo as de menor idade, angu, peixe, feijão, arroz e carne seca (MONCORVO FILHO, 1914, p. 40).

Entretanto, não só o uso de álcool, o ópio e a má alimentação faziam parte dos registros ambulatoriais. Havia um bom número de crianças que buscava cuidados médicos devido à violência doméstica e castigos cruéis, como exposição à chuva e ao frio, bem como espancamentos com os mais variados objetos.

Do ponto de vista médico, outra preocupação se assolava. As crianças internadas nos asilos, devido à falta de condições de higiene nesses locais, eram acometidas de viroses e doenças, o que aumentava as taxas de enfermidade e mortalidade infantil.

Essa preocupação trazia para debate a defesa ou não desses asilos e sua eficácia na prevenção da criminalidade pelas autoridades, porém o caráter disciplinador dessas instituições se tornou a tônica do discurso jurista à situação do menor moralmente abandonado, tendo em vista representar uma ameaça social.

Entretanto, essa ameaça social se entrelaçava à preocupação médica expressada nas palavras de Moncorvo Filho (1926, p. 132), quando diz:

Quantas crianças temos nós encontrado, isoladas ou em maltas, seminuas, sórdidas, maltrapilhas [...]. Acordadas ou deitadas, durante o dia, no limiar das casas particulares? [...]. A dormirem a noite nas escadarias dos edifícios públicos [...].

O quadro descrito anteriormente foi capaz de provocar sentimentos e atitudes reveladores de posicionamentos sociais, científicos e políticos, os quais demarcam uma época em que civilizar a sociedade era sinônimo de eliminar as ameaças representadas pelas condições de vida insalubre.

Nesse âmbito, a criança desvalida (o menor moral e materialmente abandonado nos centros urbanos) concebia um perfil de sociedade não civilizada. A situação de pobreza originária de problemas que não eram privilégio da República era perceptível na medida em que a essa infância faltavam medidas eficazes e de responsabilidade pública.

Essas medidas, porém, eram muito mais atenuadas como mantenedoras de uma ordem imposta pelos preceitos republicanos⁴ do que numa dimensão educativa. Assim, a preocupação com a infância, sobretudo pobre, recaía como meio de reconhecimento social a diversos segmentos políticos.

Nessa ótica, construir uma ordem social com base nos preceitos republicanos atenuava os aspectos da pobreza. “Apesar da miséria, os pobres são iguais na medida em que participam do mesmo estatuto jurídico dos demais cidadãos” (BEGHIN, 2005, p. 43); nesse segmento, a igualdade nos leva a refletir a pobreza como questão social, adentrando um espaço de discussões políticas e de direitos. No entanto, percebemos que os pobres de que falamos neste trabalho, ou seja, as crianças em situação de miséria, desvalimento⁵, apresentavam-se esvaziados da sua dimensão política, sendo interpretados como problema moral capaz de associar interesses particulares, ou de pequenos grupos, ao interesse geral.

Na medida em que a pobreza da criança brasileira, particularmente a maranhense, passou a ser o centro de discussões e medidas de um grupo da elite, tendendo à sua socialização, percebemos práticas implicadas no poder. Nessa perspectiva, o social se configurava como espaço político resultante de um projeto de alcance maior. Vale acrescentar que o grupo a que nos referimos era representado pelos militares, médicos,

⁴ Para a autora, são considerados preceitos republicanos de uma ordem social as bases individualistas de liberdade e igualdade, afirmando a soberania do indivíduo.

⁵ Sem valor. Tem origem na utilização da terminologia “criança desvalida” utilizada pelos jornais de época, na sociedade maranhense, como criança sem valor, desprotegida, desprovida de cuidados.

políticos, juristas, escritores e jornalistas, entre outros que exerciam algum tipo de poder sobre a sociedade.

Sendo a criança uma construção cultural, resultado de práticas e representações (CHARTIER, 1990) pontuadas num determinado tempo e espaço, faz-se necessário, neste trabalho, compreender os sentidos da pobreza⁶ nas primeiras décadas do século XX, a fim de tecermos as relações da criança pobre com os exercícios de filantropia na sociedade brasileira e maranhense.

Etimologicamente, a palavra pobre/pobreza origina-se no latim e tem seu significado associado a terrenos agrícolas, que produziam aquilo que não era desejado ou eram considerados inférteis (DICIONÁRIO..., 2005, p. 1180). Com a evolução das sociedades, sua empregabilidade assumiu novos sentidos, porém sempre relacionados a alguma coisa não almejada.

Entre os seus vários significados, destacamos, essencialmente, dois: aqueles relacionados à falta de alimentação, moradia, cuidados com a saúde; e os referentes à incapacidade de participação na vida social, incluindo a falta de educação escolar, de informação, de acesso à cultura, em seu significado amplo. Nessa perspectiva, o primeiro sentido pode ser entendido como um estado de carência de bens essenciais e o segundo, como carência social.

Apesar de essas duas denominações estarem relacionadas à riqueza, a noção de pobreza conota de forma negativa, implicando uma condição vil, frágil, podendo assumir o sentido popular daquele que precisa de algo.

⁶ Terminologia utilizada pela autora para expressar o significado do vocábulo em nível da carência material e social.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa (MICHAELIS, 2002, p. 610), a palavra “pobre” significa, também, desprotegido, digno de compaixão – indigência, miséria, penúria.

Quando falamos de pobreza, sempre perpassa a ideia de que a miséria é uma coisa e a pobreza é outra. Entretanto, é importante compreender que, segundo Fonseca (1935), a miséria é um aspecto integrante da condição humana, resultante de um fenômeno natural e inevitável como é a desigualdade, que, segundo o mesmo autor, é outro aspecto importante na definição de pobreza. Se a pobreza é condição natural e inevitável, jamais se extinguirá de que é um aspecto das sociedades e suas condições de vida material e social. Porém, o termo indica sentimentos e atitudes, como compaixão, medo, desprezo e até piedade.

Apesar de compreendermos a miséria como uma circunstância da pobreza que inspira indigência, penúria e estado indigno, esta esteve sempre relacionada às práticas das igrejas cristãs que, por meio de suas obras caritativas, devolviam às pessoas chamadas pobres a dignidade e a melhoria social.

Entretanto, é preciso ampliar a noção de pobreza, fenômeno associado, geralmente, a fatores econômicos das sociedades contemporâneas, mas que sempre esteve presente na humanidade, podendo sua explicação, por intermédio, dessa via nos trazer uma noção limitada ao propósito deste trabalho.

É necessário perceber a pobreza de maneira interdisciplinar, fazendo ligações entre a ordem vigente e sua temporalidade, conhecer a sociedade de que falamos da pobreza, quem eram considerados pobres e em que condições de vida material e social viviam, além de perceber a quem a pobreza chamava a atenção e com que finalidade política ela deveria permanecer ou não.

Outro elemento importante associado à pobreza é o fenômeno do “[...] pauperismo, forma mais dramática da pobreza que supõe a sobrevivência de alguns dependentes do auxílio do outro ou da assistência pública” (FERNANDES; VIDIGAL, 2005, p. 72).

A partir dessa compreensão, devemos pensar a criança pobre brasileira e maranhense do início dos anos 1900 como aquela que necessitava sobreviver às transformações impostas pelo novo ordenamento, por meio de ações que viessem a favorecer-lá não apenas em seu aspecto material, mas também social.

Pensar essa criança nos conduziu, também, ao entendimento sobre o que realmente a sociedade política e intelectual queria dela. Cuidar de seus surtos epidêmicos, saneá-la, educá-la para ser uma nova nação ou livrar-se de seu convívio ameaçador?

Associar essa criança às suas condições de miséria nos remeteu a práticas de assistência que se desenvolveram pelo meio de instituições sociais, como a Confraria da Misericórdia de Portugal fundada, em 1498, pela rainha Leonor de Lancastre, a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, fundada pelo Padre Anchieta, em 1553, e o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, fundada pela Irmandade da Misericórdia, em 1653.

A rainha D. Leonor de Lancastre, viúva do rei D. João II, instituiu uma irmandade de invocação a Nossa Senhora da Misericórdia, na capela de Nossa Senhora da Piedade, no ano em que os navegadores portugueses chegaram à Índia, completando quase um século de navegação; em devoção e agradecimento a Nossa Senhora, a confraria seria orientada por princípios estabelecidos no compromisso com a misericórdia. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro era considerada, pela Igreja, um prolongamento da Confraria da Misericórdia de Lisboa.

Já o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Maranhão foi instalado em 1653, por iniciativa da Irmandade da Misericórdia, dos jesuítas, tendo à frente o padre Antonio Vieira (MEIRELES, 1994). Funcionava em imóvel alugado, pois foram em vão os esforços para a sua construção, “[...] embora a obra não fosse adiante, conseguiu sempre que se dispusesse uma casa particular para receber os enfermos” (LISBOA, 1864, p. 209). Sua sede própria e definitiva, na Rua do Norte, em São Luís, só foi inaugurada no dia 19 de março de 1814, cento e sessenta e um anos após a benemérita iniciativa do Padre Vieira, com a denominação de Hospital de São José da Santa Casa de Misericórdia. Assistência emocional para a autora representa toda prática de assistência determinada por sentimentos piedosos.

A exemplo dessas instituições, é importante observarmos que a concepção de pobreza “[...] já se encontrava secularizada [...]” (KUHLMANN JÚNIOR, 1998, p. 59) e abraçada pela caridade das ações religiosas. Com isso, percebemos que a caridade

[...] relaciona-se a um período anterior e assumiu significados diferentes ao longo da história, referindo-se à religião, ao Estado, ou a um sentimento de ordem individual em relação à pobreza. O mesmo ocorreu com a palavra filantropia que pode se referir à secularização, à iniciativa não governamental, ou à organização racional da assistência (KUHLMANN JÚNIOR, 1998, p. 60).

Mediante tais denominações, observamos, por meio dos discursos jornalísticos sobre a Assistência à Infância do Maranhão, o modelo de assistência de caráter filantrópico, compatível com a prestação de serviços por intermédio do saber

médico, bem como a organização racional da assistência em substituição à assistência emocional⁷.

No que se refere ao binômio “caridade” e “filantropia”, podemos dizer que, através das atividades lideradas pelas Damas da Assistência, tivemos o indicativo de aproximação dos diferentes conceitos assistenciais, não sendo possível perceber o instituto como protagonista de atividades somente filantrópicas, como diziam os médicos.

As Damas da Assistência eram senhoras da elite maranhense, esposas de médicos higienistas, jornalistas, militares e advogados que organizavam atividades sociais de cunho assistencialistas a fim de que outras pessoas da sociedade participassem e assumissem a causa da pobreza infantil como ação política.

Sobre a perspectiva da prática assistencialista do instituto, observamos o grande alcance social a partir da aplicação do saber médico e do cumprimento dos ideais republicanos por meio do higienismo e da medicina social.

Nessa perspectiva, também, percebemos a comparação entre a utilização das palavras “caridade” e “filantropia”, evidenciando um polo de discussão entre suas ações, dando relevância à filantropia como organização racional da assistência. Entretanto, segundo Rizzini (1993, p. 48), “[...] a caridade e a filantropia apresentavam o mesmo objetivo, que vinha a ser a proteção da ordem social [...]”.

A luta de forças entre a caridade e a filantropia foi antes de tudo uma disputa política e econômica pela dominação sobre o pobre. A pobreza, até o século XIX, pertencia ao domínio

⁷ Assistência emocional para a autora representa toda prática de assistência determinada por sentimentos piedosos.

absoluto da Igreja. A preocupação com a pobreza por parte das ciências, como a medicina, a economia, a sociologia, a pedagogia, e outras, permitiu tomarem pra si diversos aspectos do pauperismo como objetos de estudo. Desta forma fornecem às elites sociais e políticas os instrumentos que possibilitaram-nas reclamar para si o domínio de uma situação que as ameaçava diretamente e que a Igreja mostrava-se incapaz de controlar (RIZZINI, 1993, p. 48).

Assim, a filantropia emergiu fundamentada pela ciência com a finalidade de organizar a assistência de acordo com as necessidades sociais, políticas, econômicas e morais, as quais vieram com o advento da República.

Apesar de sua raiz humanitária⁸, a filantropia foi se solidificando, desde os primórdios do liberalismo⁹, mas possui uma base na sensibilidade moral como modo de aproximar a miséria e a ordem. “Com isso, a filantropia elabora, pragmaticamente, uma referência ao interesse coletivo, de natureza essencialmente moral, que é o de reduzir a miséria e o perigo social que ela representa” (BEGHIN, 2005, p. 45).

Com práticas que promoveram a fusão entre o interesse individual, ou de grupos, e o interesse geral, a filantropia possibilitava ações que não interferiam nos interesses da ordem, ao contrário, ajudavam a minimizar o papel do Estado¹⁰ em

⁸ Etimologicamente, a palavra “filantropia” origina-se do grego, em que *philos* quer dizer amor e *antropos*, homem, ou seja, amor do homem pelo ser humano, amor pela humanidade (BEGHIN, 2005, p. 45).

⁹ Liberalismo como um sistema de dominação (BEGHIN, 2005, p. 45).

¹⁰ Estado: “[...] significa conjunto de poderes políticos de uma nação, nação politicamente organizado por leis próprias” (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2005, p. 653).

relação à pobreza. Nessa vertente, percebemos, por intermédio das práticas filantrópicas no Maranhão, a preocupação da sociedade que a praticava em preservar a imagem da capital limpa das mazelas causadas pelo pauperismo.

Apesar de o Maranhão não ter tido nenhuma junta republicana e sendo o Estado mais ligado a Portugal do que ao Brasil durante o período imperial, a preocupação sanitária assolava a sociedade e práticas caritativas já se desenvolviam antes do advento da República.

Percebemos, nos textos do jornal A Pacotilha, já nos 1910, um ano antes da fundação do Instituto de Assistência à Infância, ações beneficentes que não estavam somente sob o interesse da igreja, mas, sobretudo, relacionadas ao interesse de determinada camada da sociedade, assumindo o caráter filantropo em detrimento da caridade.

Muitas dessas manifestações ganharam força na medida em que a infância pobre tomava as páginas desse periódico como forma de chamar a atenção para os perigos dela decorrente. Entretanto, como a pobreza se constituía um perigo ao futuro, o problema da criança pobre trazia à sociedade preocupações que determinariam o apoio à constituição de um instituto que viesse cuidar da problemática.

Desse modo, o movimento aderido pelo jornal A Pacotilha sobre a infância desvalida ganhou força e adeptos. Por meio do discurso médico-higienista, somaram-se novos esforços sociais, pontuando a finalidade de cuidar das crianças em situação de pobreza.

Com a libertação do cativo negro, muitas crianças andavam pela capital maranhense sem vestes, descalças e sem nenhuma forma de acolhimento social, como, por exemplo, ser educada em escolas ou asilos.

Então, as campanhas, através do campo médico social, se direcionaram não apenas a essa criança, mas apontavam, também, preocupações com as mulheres, sendo estas as mães das crianças desvalidas, e suas condições de vida.

Nesse percurso, também era foco de atenção o controle à natalidade, o acompanhamento da gravidez e do nascituro, controle de doenças venéreas e doenças de ordem degenerativas, como as pestes, a lepra, entre outras enfermidades.

Com a intenção de afastar a criança de um ambiente sócio-familiar conturbado, circundado por alcoolismo, prostituição, criminalidade e vida insalubre, os médicos higienistas maranhenses, com apoio social dado à repercussão das matérias jornalísticas, organizam modos de atendimento doméstico e domiciliar, a fim de cuidar da infância pobre, mas apontando, também, evidenciarem, reconhecerem e legitimarem seu campo de atuação naquela cidade.

Embora as ideias médico-higienistas tenham sido o grande impulsionador da assistência à infância pobre no Maranhão, é relevante assinalar que a ação desse grupo era, acima de tudo, assegurar e legitimar um campo científico naquela sociedade. A infância pobre e suas necessidades, apesar de se constituírem um campo real para a assistência, não se configuravam, realmente, como prioridade social e sim como ascensão de um campo.

As práticas realizadas no Instituto de Assistência à Infância, por meio dos serviços médicos oferecidos às crianças pobres, consolidaram o significado das representações do saber médico naquela sociedade, pois foi por meio da criação e fundação do Instituto de Assistência à Infância do Maranhão que esse saber se tornou imprescindível ao sucesso do projeto republicano naquela capital, dando início a uma perspectiva política de ação socioeducativa por intermédio da assistência à criança pobre.

Assim, podemos dizer, tendo em vista este estudo, que foi a partir das ações do campo médico que, oficialmente, no período republicano, se inicia uma prática de assistência com a criança, sobretudo, pobre, no Maranhão.

Referências

BEGHIN, Nathalie. **A filantropia empresarial**: nem caridade e nem direito. São Paulo: Cortez, 2005.

CHARTIER, Roger. **A História cultural**: entre práticas e representações. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

DICIONÁRIO da Língua Portuguesa. Lisboa: Texto editores Ltda, 2005. p. 1546. (Coleção completa de dicionários e auxiliares de línguas)

DICIONÁRIO da Língua Portuguesa: etimológico, prosódico e ortográfico. 24. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; Paris-Lisboa: Livrarias Aillaund e Bertrand; 1927.

FERNANDES, Rogério; VIDIGAL, Luis (Coord.). **Infantia et Pueritia**. Santarém: Escola Superior de Educação de Santarém, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p. 214

KUHLMANN JÚNIOR, Moysés. **Infância, história e educação**. In: KUHLMANN JÚNIOR, Moysés. **Infância e educação infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 15-42.

MEIRELES, M. M. **Dez estudos históricos**. São Luís: ALUMAR, 1994.

MICHAELIS. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002. p. 868.

MONCORVO FILHO, Arthur. **Em torno do berço**. Rio de Janeiro: Conferência Médico-Social, 1914.

MONCORVO FILHO, Arthur. **Histórico da Proteção à infância no Brasil: 1500-1922**. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica Editora – Paulo, Pongetti & Cia, 1926.

LIMA, Olavo Correia. **História da Assistência à Infância no Maranhão**. Revista do Instituto Histórico-Geográfico do Maranhão, ano 28, n. 3, ago. 1951.

LISBOA, João Francisco. **Obras de João Francisco Lisboa**. Maranhão: [s.n.], 1864.

RIZZINI, Irma. **História da Assistência à Infância no Brasil: uma análise de sua construção**. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1993.

Sobre as organizadoras

Marcia Maria de Sá Rocha

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (1974), mestrado em Ciências Sociais pela UFRN (1989), doutorado em Educação pela UFRN (2006). É Professora Associada III da UFRN. Concluiu Estágio de Pós-doutoramento na Universidade Aberta de Lisboa, em maio de 2012, desenvolvendo estudos comparativos sobre Políticas Sociais de enfrentamento à Pobreza e às Desigualdades Sociais nos contextos do Brasil e de Portugal. É membro líder do Grupo de Pesquisa em Seguridade Social e Serviço Social vinculada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social – PPPGSS. Credenciada na qualidade de docente no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN. Desenvolve pesquisas sobre a Política de Seguridade Social, focalizando mais precisamente a Política de Assistência Social e Práticas Socioeducativas da Igreja Católica no RN, famílias de crianças e adolescentes em situação de risco e Políticas de Saúde e inclusão social.
e-mail: marciadesa27roc@gmail.com

Maria Natália Pereira Ramos

Professora Associada da Universidade Aberta de Lisboa, Departamento de Ciências Sociais e de Gestão, onde leciona ao nível da graduação e da pós-graduação. Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), onde coordena o Grupo de Investigação “Saúde, Cultura e Desenvolvimento”. Doutorada e pós doutorada em Psicologia, especialidade saúde e clínica intercultural, pela Universidade René Descartes, Paris V, Sorbonne; especializada em Aconselhamento Psicológico pela Universidade René Descartes, Paris V, Sorbonne. Formação especializada em Antropologia Fílmica pela Escola Prática de Altos Estudos, Sorbonne, Paris.

Psicóloga de formação. Docente, investigadora e autora de trabalhos científicos, escritos e fílmicos, nomeadamente dedicados a questões interculturais, migratórias, psicossociais, comunicacionais, educacionais e de saúde e suas interfaces com problemáticas familiares, intergeracionais, de género, desenvolvimentais, clínicas/sanitárias, sociais e ambientais, e organizado igualmente seminários e colóquios nacionais e internacionais nesses âmbitos. Tem coordenado projetos de pesquisa nacionais e internacionais e orientado/acolhido investigações de mestrado, doutorado e pós-doutorado em diferentes domínios.
e-mail: natalia@uab.pt

Silvana Mara de Moraes dos Santos

Assistente Social, doutora em Serviço Social e docente dos cursos de graduação e pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordena o Grupo de Estudos e Pesquisa – Trabalho, Ética e Direitos (GEPTED/UFRN) e coordenou o Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN (2006-2008 e 2012-2014). Desenvolve estudos e pesquisas na área de Serviço Social, Ética, Direitos Humanos; Diversidade e Movimentos Sociais, com ênfase na questão da orientação sexual e na organização política da categoria dos assistentes sociais.
e-mail: silufrn@gmail.com

Maria Dalva Horácio da Costa

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DESSO/UFRN), doutora em Serviço Social e pós-doutora em Políticas Públicas e Gestão Democrática. Integra o Grupo de Pesquisa Seguridade Social e Serviço Social do DESSO/UFRN, realiza atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre a saúde como direito de cidadania e política de seguridade social.
e-mail: dalvahoracio.natal@gmail.com



Este livro foi projetado pela
equipe da Editora da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte.

ISBN 978-85-425-0673-0



9 788542 506730 >

