

O “isso” e o “aquilo” das políticas sociais brasileiras

Tatiane Moreira de Vargas¹

Eunice Maria Viccari²

Maria Isabel Barros Bellini³

Resumo: Este artigo aborda as políticas sociais destacando as políticas de saúde e de política de assistência social brasileira, assim como destaca a família brasileira como elemento central no campo das políticas sociais assumindo maior atualidade na Política Nacional de Assistência Social. Observa-se todavia que, ainda que a família tenha estado presente na história nas políticas brasileiras, essa presença sempre se deu de forma antagônica pois, ou era sobrecarregada ou desconstituída de poder. O artigo também adentra o tema das contribuições do Serviço Social na orientação e acompanhamento social a famílias na perspectiva de defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente seus direitos sociais.

Palavras-chave: Políticas sociais; família; Serviço Social.

¹ Assistente Social e Preceptora da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Mestranda em Serviço Social (PPGSS/PUC-RS), Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade/NETSI/PPGSS e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Serviço Social e Saúde/GFASSS/PPGSS.

Email: ytatiane@ghc.com.br

² Assistente Social, Doutora pelo PPGSS da PUCRS, Professora da UNISC, Assistente Social da Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social e integrante do Projeto de Pesquisa “A Intersetorialidade como elo de articulação entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social com enfoque na abordagem dos assistentes sociais com famílias em municípios do Rio Grande do Sul e Santa Catarina”. Pesquisadora Associada do Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Serviço Social e Saúde/GFASSS/PPGSS.

Email: eviccari@unisc.br e eumavic@ig.com.br

³ Assistente Social, Doutora pelo PPGSS, Docente da FSS/PUCRS, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade/NETSI/PPGSS e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Serviço Social e Saúde/GFASSS/PPGSS, Coordenadora de Pesquisa da Escola de Saúde Pública/ESP/SES, Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde/ESP/SES. Email: maria.bellini@pucrs.br

1. Introdução

Considerar como a política social é executada no Brasil é considerar as contradições presentes na própria história desse país. A política social brasileira traz impressa na sua origem e construção um arsenal de informações, motivações e eventos que tem implicações e determinações econômicas, políticas e culturais e sua existência é pautada em tensões e disputas que encerram questões ideológicas. A revelação ou não dessas determinações dará a condição de se conhecer a realidade para além do “mundo da pseudoconcreticidade”, para além do aparente, do imediato (BEHRING, 2009). Isto implica necessariamente na vigilância para não enveredar por um caminho, já conhecido, que analisa as políticas sociais a partir de dados, de informações técnicas, o que “despolitiza a questão, transferindo-a para uma dimensão instrumental e técnica, e esvaziando-a das tensões políticas e societárias que marcam a formulação e a cobertura das políticas sociais”(idem, p.303), é o “isso”ou “aquilo” que consta no título deste artigo. Outro cuidado ao analisar as políticas sociais, trata-se do risco de realizar análises virtuais, ou seja, como elas deveriam ser, deixando de adentrar no universo de como elas efetivamente são, de como são executadas no cotidiano, (idem,2009) o que impossibilita “o conhecimento mais aprofundado da política social, bem como a formulação de estratégias consistentes por parte dos sujeitos políticos envolvidos”(idem,303).

Amparados nestes “alertas”, esse artigo pretende realizar **mais** uma discussão a respeito das políticas brasileiras, em especial a Política de Saúde e a Política Nacional de Assistência Social e o trabalho do assistente social com famílias. Explica-se o **mais** em negrito, esse destaque deve-se ao fato de que essa não é uma discussão inédita, pelo contrário, ocupa a preocupação e as produções dos assistentes sociais e outros autores, porem entende-se que a quantidade de produções não garantiu o esgotamento do tema nem tampouco o diminuiu em importância.

2. Políticas sociais brasileiras: entre “isso” e “aquilo”

O título acima pretende ser provocativo na medida em que se observa que na trajetória das políticas sociais brasileiras está presente a disputa entre dois projetos de sociedade, entre dois sujeitos, entre duas visões de homem e de mundo, entre dois mundos... Essa é a história das políticas sociais em geral e aqui nos debruçamos especialmente sobre a política social brasileira.

Historicamente, na América Latina as políticas sociais têm sido frequentemente alvo da ação/omissão dos governos, que expressam de um lado despreocupação com os interesses da grande maioria da população e, de outro a atenção, ainda que não explícita, com os interesses dos grandes grupos econômicos e financeiros, o que resulta em arremedos de política social. Entende-se que as políticas sociais são “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classe que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação [...]” (BEHRING, 2009, p.304)

Os países de economias desenvolvidas, diferentemente dos da América Latina, erigiram modelos de Estado de Bem-Estar Social, no pós-guerra sustentados na teoria econômica keynesiana, o que incluiu condições especiais para a ampliação da capacidade de empregos, ganhos de produtividade nos salários, ampliação do consumo pela população. O Estado de Bem-Estar se caracterizou por ser um processo de implantação de programas sociais que compõem as políticas de proteção social, garantidas e efetivadas pelo Estado, caracterizando modelo(s) de Estado intervencionista denominado de Estado de Bem-Estar Social (ARRETCHE, 1995; DRAIBE e HENRIQUE, 1988).

Assim, o Estado de Bem-Estar Social configurou um período peculiar de proteção social (VIANA e LEVCOVITZ, 2005), cuja definição genérica é fundamentada no alcance do bem-estar dos cidadãos garantido como responsabilidade do

Estado (SPING-ANDERSEN, 1991)⁴. Embora esta pareça ser uma definição considerada comum, há diferenciações de modelos de Estados de Bem-Estar, mesmo em países integrantes de economias desenvolvidas, que envolve arranjos entre Estado, mercado e família, que produzem e conformam uma capacidade relativa de atendimento ora mais, ora menos efetivo. Além do nível de desenvolvimento econômico, também se entrelaçou na constituição dos Estados de Bem-Estar a condição democrática e organização política dos trabalhadores como um conjunto de determinantes necessários à consolidação de um regime de bem-estar.

Na América Latina, ao longo do século XX, não se estabeleceu um sistema de proteção social que pudesse ser qualificado como abrangente e forte. A realidade latino-americana guarda diferenças no âmbito econômico e geopolítico com o contexto europeu, o que por si demarca perspectivas de análises diferenciadas repercutindo na capacidade de criação e implantação de serviços sociais. Nos países da América Latina, para mencionar apenas alguns como Chile, Uruguai, Argentina e Brasil, ocorreram diferenciadas formas de abrangências de alcance de proteção social. Assim, algumas ações, a partir de características comuns, foram institucionalizadas e consolidadas. Entretanto, ao se refletir sobre contexto de proteção social que nesse continente se erigiu, é necessário considerar-se algumas semelhanças no que se refere às características do regime de bem-estar “liberal”. Ele se revelou como sendo dual, ocorrendo num contexto heterogêneo marcado, por

⁴ Há que ser levado em conta que, embora os Estados de Bem-Estar Social tenham se desenvolvido nos anos 1940, com expansão de serviços sociais, na Alemanha no final do século XIX houve a origem de programas de seguro social com expansão posterior (início do século XX em outros países). Diferentes estudos foram produzidos, por diversos autores, para explicar a emergência e o desenvolvimento dos regimes de Estado de Bem-Estar Social. Harold Wilensky, Richard Titmuss são alguns deles. Embora se encontra distinções entre os estudos de cada um dos autores há similitudes entre eles. Essas são encontradas no impacto do desenvolvimento industrial e quanto às formas de intervenção e atuação do Estado (ARRRETCHÉ, 1995).

[...] histórias políticas e culturais, o peso dos partidos, sindicatos, Igreja e dos parlamentos nos vários países do continente conformaram distintos modelos de proteção e entre estas particularidades vale destacar o peso das lutas democráticas, o tipo de intercâmbio entre as nações e entre estas e as agências internacionais na discussão de estratégias socioeconômicas, e o papel de entes de governo subnacionais na política social (FONSECA e ROQUETE, 2005, p.123).

Estas incluem algumas características que contribuíram na América Latina para constituir a proteção social através de políticas sociais, com baixa segurança de direitos sociais. Outras características que integram o conjunto desses países residem na:

[...] transição do modelo de dominação oligárquica; industrialização constitutiva de importações; a influência européia na composição da classe trabalhadora, a emergência de múltiplas instituições fragmentadas; os governos populistas; as ditaduras militares; crise financeira da seguridade; o envelhecimento dos sistemas e a transição demográfica; as tentativas de reforma (FLEURY, 1994, p. 164).

Embora em cada país as conformações apresentem singularidades, no seu conjunto diferenciam-se da realidade européia, pois, além do grau de cobertura, há um descompasso interno entre os países latino-americanos no que se refere a época em que os sistemas ou as ações de proteção emergiram, se consolidaram e se expandiram.

Se considerada a realidade da implantação de serviços sociais, ainda que esparsos, a proteção social na América Latina teve início no final do século XIX passando por modificações nas primeiras décadas do século XX. Essas ocorreram conforme as alterações de ordem econômica, política e social e se vincularam tanto ao contexto interno de cada país quanto a influências internacionais que rebateram diretamente na

capacidade de instituir a proteção social (FLEURY, 1994).

No caso da América Latina, ainda que se considerem as peculiaridades de cada país, há outras características comuns que se expressam na atuação seletiva e intermitente do papel do Estado. As diferenças do âmbito da proteção social dos países latino-americanos, em relação ao conjunto dos países europeus, se evidenciam fundamentalmente nas discrepâncias no desenvolvimento econômico, nos índices de desigualdade social, na inexistência de rupturas da estrutura da sociedade burguesa e da capacidade de pleno emprego. Características que refletem o reconhecimento de direitos sociais tardiamente e vinculando subalternidade à regulação econômica dominante operada pelo mercado financeiro da economia mundial (SPOSATI, 2002). O limite dos direitos é confirmado ao constatar que,

O Brasil dentre outros países latino-americanos só reconhece os direitos sociais e humanos no último quartel do século XX após lutas sangrentas contra ditaduras militares que, embora empregando a ideologia nacionalista – ou o modelo desenvolvimentista de Estado-Nação - não praticavam (ou praticam) a universalidade da cidadania (SPOSATI, 2002, p.2).

A autora ao fazer essa afirmação situa o contexto latino-americano com base na categoria de “regulação tardia” que interfere na institucionalização dos direitos sociais que integram as políticas sociais⁵. O caráter limitado dos avanços dos direitos sociais, transcendendo a vinculação ao trabalho, é instituído tardiamente, ou seja, depois da segunda metade do século XX. Uma conjuntura distinta dos países europeus que instituíram

⁵ Conforme Couto (2004) a política de educação é reconhecida como direito na CF de 1946 afirmada como a “educação primária gratuita é obrigatória” (p.106), entretanto, ainda não se caracteriza como consolidação para todos pois, mesmo no ensino fundamental considerado obrigatório além de carecer de disponibilidade de vagas para todos, também mantém índices de analfabetismo (SPOSATI, 2002).

regimes de bem-estar social nos anos quarenta, e que sofreram um “enfraquecimento” na década de setenta.

No Brasil, ao lado das possibilidades relativas de serviços que foram implantados historicamente, em razão da crise orçamentária, houve desmonte e/ou substituição de vários dos serviços, no mesmo período que os mesmos deveriam ampliados pelo amparo legal da Constituição de 1988. Assim, a política social enquanto um direito alcançado constitucionalmente para todos se conforma, em tempos de neoliberalismo destinada a atender aos indigentes na contramão da universalidade de acesso ao atendimento (VIEIRA, 2004).

No “*isso*” ou “*aquilo*” é possível identificar a política social como um instrumento que pode interferir na mobilidade da desigualdade social ainda que não a reduza, porém, focalizada para indigentes, ela interfere somente para que não haja morte por fome e potencialize novos consumidores ao invés de cidadãos, como por exemplo, da transferência de renda. Em consonância a essa reflexão em publicação recente encontra-se a seguinte contribuição:

[...] como diante de tanta desigualdade alguém vai se por contra um programa (referindo-se a indagação do economista Chico de Oliveira ao Programa Bolsa Família) que destina alimentação aos mais pobres? [...] deve-se ressaltar que programas dessa natureza mesmo que reduzam a pobreza, local e individualmente, não eliminam a desigualdade. Ao contrario, a aceitação dessas medidas é uma forma de consentimento que consolida a desigualdade, como se fosse, de fato, natural (TAVARES, 2009,p253).

A partir da década de 1990, têm se presenciado nos países latino-americanos, as aplicações de diretrizes e programas socioeconômicos gerados pelas agências internacionais de financiamento. Com repercussões para as políticas sociais, assistiu-se privatização de empresas estatais, parceria do público com o privado utilizada para desresponsabilizar o Estado

enquanto sua primazia na responsabilidade com as políticas públicas, descentralização político-administrativa substituída por repasse de responsabilidades sobretudo aos municípios, consentimento com renda mínima ao invés de renda necessária. Esse conjunto de medidas representa o que há de mais atualizado no combate à desigualdade, porém seguiram uma lógica invertida se comparado com o preconizado nos fundamentos legais das diferentes políticas sociais. Neste contexto, é visível a existência de ações do Estado, da sociedade civil e do mercado, vislumbrando e favorecendo ações privadas na área das políticas sociais principalmente no campo da seguridade social. “Tudo tem sido feito para converter o custo/benefício e o mercado em principais pilares da política social” (VIEIRA, 2004, p. 111) Nesta lógica, a miséria humana não constitui violação de direitos, e sim é vista como falta de aptidão pessoal para fazer frente ou “exclusão” que é produzida socialmente pelo mercado.

A análise dessas condições históricas permite identificar a contradição das políticas Sociais e identificar avanços na conquista de direitos que atendem também as necessidades produzidas a partir de necessidades do setor econômico. A política social, analisada isoladamente, se apresenta tanto como medida boa quanto ruim para o trabalhador. No entanto reside num instrumento de luta de interesses, enquanto situada num campo de disputas que pode garantir direitos a partir do tensionamento de relações sociais. Assim, a organização coletiva, condiciona o Estado ao confronto ou a incorporação de parte de reivindicações da classe trabalhadora e, nesse sentido, há concessões do capital para desestimular a contra-hegemonia dos trabalhadores.

Nesse sentido, o contexto atual das políticas sociais no Brasil identifica características de fragmentação e subordinação à lógica econômica. A partir dos anos 1970, a política social não é a mesma orientada pelo intervencionismo keynesiano e após período de estagnação econômica, dos anos 80 o fundo público é redirecionado para garantir condições de produção e reprodução do capital e diminui a alocação e o impacto junto às demandas

do trabalho (BEHRING, 2008) Assim, se apresenta uma retomada de taxas de lucro, e a reação burguesa apresenta como iniciativas a flexibilização das relações de trabalho e dos direitos sociais conquistados historicamente. Isto significa, a recuperação da rentabilidade do capital que é, portanto,

[...] a razão direta da diminuição dos custos do trabalho, tendo em vista assegurar altos níveis de extração da mais-valia. [...] Considerando, assim, a característica do trabalho de criar e acrescentar valor, a busca pelas melhores condições de sua exploração permanece visceral ao capital (BEHRING, 2008, 46).

É esta a base que incide no desmonte dos direitos sociais e que se materializa através da focalização da política social, da precarização dos serviços pela diminuição do financiamento. Assim, são instituídos critérios de seletividade para o atendimento aos direitos sociais universais, constitucionalmente garantidos. (IAMAMOTO, 2008). Ainda nesta perspectiva vale lembrar que:

Trata-se de uma política social para este mundo: longe do sentido de solidariedade, pacto social e reforma democrática e redistributiva, embutidos na idéia *beveridgeana*⁶ e social-democrata de seguridade social. Temos agora a conjugação de políticas seletivas e focalizadas para a “horla” (...) combinadas à transformação em mercadoria de determinados serviços, pela via da privatização (BEHRING, 2008, 46).

⁶ O modelo *beveridgeano* tem por objetivo principal o combate à pobreza e se pauta pela instituição de direitos universais a todos os cidadãos incondicionalmente, ou submetidos a condições de recursos; porém, são garantidos mínimos a todos os cidadãos que necessitam. O financiamento é proveniente dos tributos (orçamento fiscal) e a gestão é pública/estatal. Trata-se de um modelo baseado na unificação institucional e na uniformização dos benefícios (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

Neste contexto, grande parcela dos recursos financeiros arrecadados para investimentos necessários às políticas sociais passa a ser comprometida com a transferência de riqueza para os detentores de excedentes financeiros. Há, desta forma, uma intensificação da financeirização⁷ da riqueza e do papel estratégico desempenhado pelo Fundo Público da Seguridade Social. Destinam-se recursos, que deveriam ser aplicados em políticas sociais, para o pagamento de juros da dívida pública brasileira, cujos credores são os correntistas do capital financeiro. Além da distribuição dos recursos financeiros serem desiguais no âmbito das políticas da Seguridade Social, ocorre a transferência de verbas do Orçamento da Seguridade Social para o Orçamento Fiscal (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

É importante situar neste contexto que o favorecimento do mercado e do capital não estabelece limites à exploração, possibilitando e reforçando o surgimento da contra-reforma do Estado, rejeitando assim, tudo aquilo que não consegue integrar a sua lógica. A contra-reforma socorre-se das seguintes estratégias: privatizações, flexibilização dos direitos trabalhistas, mudanças na Administração Pública e na Seguridade Social, considerada deficitária em seus três componentes: Saúde, Assistência Social e Previdência Social (BEHRING, 2003).

São efeitos de um pacto social, situado em restrições orçamentárias como limites, sem levar em consideração as especificidades territoriais, setoriais, regionais e nacionais e pressupondo que o sucesso na administração dos problemas econômicos e sociais está relacionado à eficácia dos programas de ajuste estrutural, implementados por meio das aberturas comercial, produtiva, tecnológica e financeira abruptas e abrangentes; das reformas gerais do Estado; da desregulação das economias, da privatização do setor público; do estímulo à modernização dos setores privado e público; e da flexibilização dos direitos sociais e trabalhistas (POCHMANN, 2003).

⁷ Financeirização é expressão geral das formas contemporâneas de definir, gerir e realizar riqueza no capitalismo” (BRAGA, 1992, p. 26).

Assim, a contra-reforma implementada a partir da década de 90 vai demandar da política pública de saúde brasileira: 1) o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, com o Estado encarregando-se da parte não lucrativa e a rede privada complementando os serviços; 2) a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde, com repasse para Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, Fundações de Apoio e Cooperativas de profissionais de medicina e com a criação de Fundações Estatais de direito privado; 3) estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. (CORREIA, 2007).

3. O “isso” e o “aquilo” das políticas de saúde e de assistência social na relação com a família

O “isso” e “aquilo” na política de saúde se expressa na disputa entre a implementação do projeto de saúde preconizado na Reforma Sanitária, conquistado legalmente através da institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS e o conflito com a radicalização da política macroeconômica, que tem reduzido ao máximo os compromissos do Estado com as políticas públicas.

Construído nos anos 80, o projeto de reforma sanitária, contou com a participação de sujeitos sociais (profissionais de saúde, o movimento sanitário, partidos políticos de oposição, movimentos sociais urbanos) num amplo debate que permeou a sociedade civil, assumindo uma dimensão política, vinculada à democracia. A questão da saúde referia-se a sociedade como um todo, propondo não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

O texto constitucional, em relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário (BRAVO, 2006), com aspectos como o direito universal à saúde e dever do Estado, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando

serviços em rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, de atendimento integral e com participação da comunidade. Entretanto, verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a omissão dos governos na regulamentação e fiscalização das ações de saúde.

Um evento reacendeu a preocupação dos defensores da universalização dos direitos e equidade quando em maio deste ano em decisão do Supremo Tribunal Federal é retomada a discussão sobre a cobrança por serviços de saúde (“diferença de classe no SUS”, 18/05/2010)⁸. Interpretada como uma decisão isolada, monocrática, retrocesso histórico na luta pelo direito à saúde no Brasil, facilitadora do atendimento seletivo e contrária ao texto constitucional na medida em que antagoniza com o acesso à saúde de forma universal, integral e gratuito. Estabelece a diferença dos que podem e os que não podem pagar e, de certa forma essa decisão pode ser associada ao “darwinismo social, em que a inserção social dos indivíduos se define por mecanismos de seleção natural” (BEHRING, 2009, p.305), ou seja os melhor nascidos terão melhor acesso. Sem dúvida é uma decisão que esta em consonância com o projeto privatista de saúde e que se constrói articulado ao mercado, pois delega ao Estado a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado e dessa forma reitera que o investimento financeiro, ou a desfinanciarização, é determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização do trabalho.

Na América Latina, o perfil da política social sofre uma profunda inflexão a partir da introdução do plano de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado,

⁸ A decisão do ministro Celso de Mello, remete para decisão anterior da Primeira Turma do STF: “... o direito à saúde, como está assegurado no artigo 196 da Constituição, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele. Inexistência, no caso, de ofensa à isonomia”.

com a adoção da perspectiva de racionalização do gasto público (MONNERAT et al, 2007, p.103).

Assim, o projeto privatista tem suas repercussões na execução da política de saúde, mas, concomitante a ele, a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma variedade de contextos locais e singularidades de práticas que caminham na direção do projeto da Reforma Sanitária. E, nesse cenário, na década de 1990, a “Saúde da Família” ganha destaque, através do Programa Saúde da Família – PSF (MONNERAT et al, 2007), uma das prioridades do governo federal como estratégia para transformação no modelo assistencial do SUS. Neste artigo destaca-se o PSF pois, além de agregar saúde e família os dois temas centrais, este programa, apesar das contradições avança na concepção de saúde.

O modelo de atenção proposto pelo PSF se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pretende ultrapassar as concepções marcadas por um viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive o centro da atenção à saúde (MONNERAT et al, 2007, p.106).

As contradições desse programa apontam para: a perspectiva de racionalização de gastos e a necessidade de ações cotidianas capazes de reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde (FRANCO E MERHY, 2000); a aproximação com as principais recomendações de contenção de gastos públicos feitas pelas agências multilaterais como FMI e Banco Mundial sendo assim o PSF caminha em direção contrária ao SUS preconizado na Reforma Sanitária (MISOCZKY ,1994 e PAIM ,1996) ; o PSF tem provocado alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e nas formas de remuneração das ações sanitárias, quanto na forma de organização dos serviços (VIANA & DAL POZ ,1998), estes autores são apontados por Monnerat et al (2007).

O cenário de radicalização econômica identificado nas políticas sociais se reflete na Política Nacional de Assistência Social e neste contexto de precarização das políticas sociais, a família tem sido considerada recurso para a garantia da proteção social dos indivíduos e os debates sobre políticas sociais e família perpassam diferentes perspectivas que expressam a concepção de proteção social a ser garantida pelo Estado e a concepção do que seja família e de suas funções.

O protagonismo da família está preconizado na organização e direção da PNAS (2004), porém há também o risco de incidir em práticas e ações onde a lógica da culpabilização, do aprisionamento e imobilização dos membros das famílias, expressas em práticas disciplinadoras e moralizadoras tanto por parte dos profissionais de Serviço Social como de outras áreas do conhecimento que atuam junto a esta política (FRONZA & BELLINI, 2009,p.212).

O Serviço Social ao buscar uma aproximação com os debates realizados, além de elaborar uma análise a respeito desta temática também situa e constrói subsídios para sua atuação no âmbito dessas políticas e na abordagem com famílias⁹. Nos espaços ocupacionais onde os assistentes sociais estão inseridos profissionalmente, diferentes riscos e desafios são colocados e impõe o conhecimento e reconhecimento da realidade social, analisando-a e identificando as possibilidades de atuação voltada à superação de vulnerabilidades que afetam sujeitos, grupos e famílias, sempre em consonância com o projeto profissional.

De fato, desde a crise econômica mundial do final da década de 1970, a família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social, com medidas de

⁹ Este artigo foi elaborado a partir dos estudos realizados na execução do projeto A Intersetorialidade como elo de articulação entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social com enfoque na abordagem dos assistentes sociais com famílias em municípios do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, aprovado pelo CNPq em dezembro de 2009 para execução em 2010/2012.

apoio familiar em quase todas as agendas governamentais (PEREIRA, 2004).

De 2000 a 2004 há um aumento significativo de políticas sociais voltadas para a família, destacam-se os programas: Família Cidadã, Bolsa Família, Fome Zero, Escola da Família, PAIF, bem como a PNAS e o Núcleo de Apoio a Família (NAF). Destes programas cabe ressaltar e enfatizar o programa Família Cidadã, o Bolsa Família, o PAIF e a PNAS. O Programa de Garantia de Renda Mínima Familiar – Família Cidadã, implantado no Rio Grande do Sul em 2001 propunha inovações promissoras e objetivava problemas absolutamente atuais, inclusive usando como concepção de família o mesmo conceito utilizado pelo Ministério da Assistência Social e que possibilita um olhar mais ampliado sobre esse grupo (FRONZA & BELLINI, 2009, p.211).

Porem, apesar das transformações familiares ainda prevalece uma visão “idílica” da família, das comunidades locais e de grupos informais, tais como as que existiam há cinquenta anos (JOHNSON apud PEREIRA, 2004). Essa visão oculta processos de reestruturação atual da família, traduzindo-os somente em “patologias”.

Assim, a família é elemento central na atenção básica à saúde e em outras políticas, como a de assistência social. É necessário compreender essa centralidade no contexto de crise econômica e retração do Estado. Discursos e práticas de revalorização da família, fundamentados numa concepção ideológica de cunho conservador, que a definem como a grande responsável por prover as necessidades dos indivíduos (ALENCAR, 2004).

A persistência da família como elemento central para a vida dos indivíduos justifica-se diante da despolitização das questões afetas à reprodução social dos trabalhadores, percebida muito mais como questão de ordem privada do

que pública, numa tendência de privatização da vida social brasileira (ALENCAR, 2004, p. 62).

Dessa forma, verifica-se o risco de subsidiar a análise de uma realidade e seus diferentes determinantes no processo de saúde-doença, na culpabilização da família, como principal responsável pela condição vivenciada. À mulher, em geral, previamente identificada pelos profissionais de saúde como a cuidadora da família, recai a maior parcela de responsabilização em muitas situações. Alencar (2004) considera dois aspectos centrais antes de atribuir a família essa responsabilidade: 1) alterações recentes na organização e dinâmica familiar; 2) a fragilidade da família para suporte material e de integração social, a partir da desregulamentação dos direitos sociais. Assim, a família para ser o enfoque central das intervenções nas situações de saúde, precisa de políticas sociais integradas para garantir a proteção social através do enfrentamento da questão social.

No contexto de operacionalização das Políticas Sociais, a atuação dos profissionais de Serviço Social convive com a tensão entre projetos político-institucionais distintos como já mencionado. Segundo Iamamoto (2008), o primeiro projeto norteia os princípios da seguridade social na Constituição de 1988, apostando no avanço da democracia, implicando na partilha e deslocamento de poder que supõe politizar a participação. O segundo, de inspiração neoliberal, parte das políticas de ajuste recomendadas pelos organismos internacionais, comprometidas com a lógica financeira do grande capital internacional, num contexto de crise.

Os dois projetos políticos em disputa na saúde, descritos anteriormente, requisitam diferentes demandas aos assistentes sociais (BRAVO, 1998): o projeto da reforma sanitária, com demandas de busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade na atuação dos profissionais, ênfase nas

abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. O projeto privatista, por sua vez que demanda seleção dos usuários pelo critério sócio-econômico dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Implicados por esse tensionamento, as instituições e as práticas de seus técnicos, em geral, mantêm uma leitura hegemônica sobre a família, onde predomina concepções estereotipadas, prevalência de propostas residuais e centralização de ações em situações-limite e não situações cotidianas. Espera-se da família um mesmo padrão de funcionalidade, a partir de postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno e materno em que desempenho dessas funções está vinculado a julgamentos morais. Assim, o termo “famílias desestruturadas”, largamente utilizado nos relatórios técnicos de serviços, pode ser considerado não apenas como uma questão semântica, mas como forma de nomear famílias que falharam no desempenho das funções de cuidado e proteção dos seus membros.

Com esta conjuntura, pode-se dizer que os processos de análise e intervenção no grupo familiar têm se limitado a dois níveis, em que se desconsidera o contexto social: 1) em que a família é tomada como auxiliar nos processos diagnósticos e de tratamento de problemas individuais; 2) a família é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico (MIOTO, 2004). E assim, “A família atingida pelas transformações sociais transforma também suas relações familiares colocando, muitas vezes, em risco a integridade de seus membros, do bebê ao idoso, sendo exposta e culpabilizada por situações de vulnerabilidade (violência intrafamiliar, exploração do corpo infantil, do trabalho infantil, etc) absolvendo o Estado de sua responsabilidade na garantia da proteção a ela e a seus membros para superar essas situações” (FRONZA & BELLINI, 2009, p 201). Desta mesma forma, se identificam soluções residuais aos problemas e demandas familiares dando a elas significados e

interpretações estigmatizantes, que padronizam e desconhecem as singularidades de cada grupo familiar.

As famílias não seguem um padrão de vida e de comportamento único, por isso seu significado também pode variar, não apenas sua estrutura de acordo com seus membros, mas toda realidade que ela envolve e está envolvida. Ela é apresentada ideologicamente como um “espaço de relações baseadas no amor, na proteção e na segurança” (ROCHA, 2001, p. 114), entretanto, nem sempre isso acontece, pois em alguns casos, é também, na família que se vivenciam situação de violência, insegurança, desrespeito, etc (FRONZA & BELLINI, 2009,p 201).

Neste contexto, é fundamental o direcionamento ético-político do projeto profissional para incentivar uma cultura democrática em contraponto aos valores liberais que perpassam no trabalho realizado pelos profissionais. Trata-se de ter presente um projeto de caráter universalista e democrático, com princípios da participação e do controle popular, da universalização de direitos, gratuidade no acesso aos serviços, integralidade das ações na defesa da cidadania, na perspectiva da equidade.

Assim, é possível construir possibilidades reais de intervenção, dando visibilidade à dimensão coletiva das situações, fortalecendo os usuários como sujeitos coletivos. A partir do conhecimento do modo de vida e de trabalho desses sujeitos, dos processos sociais são construídas condições para impulsionar ações, rompendo com rotinas e burocracias estéreis, reorganizando planos de trabalho, buscando atender às efetivas necessidades dos segmentos subalternizados (IAMAMOTO, 2004).

O Serviço Social no acompanhamento às famílias, através da execução da política de saúde, no tenso terreno de disputa de projetos políticos, deverá orientar a sua atuação na viabilização do acesso aos direitos dos usuários, através da

socialização de informações. Essa socialização, através da ótica dos direitos sociais será construída com qualidade diferenciada, considerando a realidade macrossocial, através da relação democrática com o usuário, da reflexão e crítica do real significado social e implicações de suas demandas (IAMAMOTO, 2004).

Mioto (2009) aborda as ações socioeducativas que caracterizam a orientação e o acompanhamento do Serviço Social aos indivíduos, grupos e famílias, no âmbito dos processos socioassistenciais, também vinculados à política de saúde. Segundo a autora, essas ações fundamentam-se em dois pilares: socialização das informações, trabalhadas para a construção da consciência crítica e o processo reflexivo para que os usuários se façam sujeitos do processo de construção da sua história, da história dos serviços e das instituições e da história da sua sociedade. Cabe lembrar que, conforme Mioto (2009, p. 505) as “demandas trazidas ao Serviço Social são expressões da Questão Social e não podem ser conduzidas de forma fragmentada e aleatória”. Essas ações requerem ao Serviço Social o conhecimento do espaço sócio-ocupacional. Daí a importância da apreensão crítica da análise da política social no Brasil, para desburocratização dos serviços e criação de espaços democráticos, com a participação dos usuários. Requerem também o conhecimento das demandas, complementado a partir das informações sobre o território onde vivem os usuários (MIOTO, 2009). Este aspecto sugerido por Mioto (2009), pode ser exemplificado através da organização da política de saúde que com o Programa Saúde da Família possibilita o trabalho no território. Porém, é importante destacar que a noção de território para a política deve avançar além do georeferenciamento para ser compreendido como espaço histórico e político que pressupõe articulação entre a dinâmica demográfica e a dinâmica sócio-territorial e “espaço da intersectorialidade de ações e políticas públicas, para resolver problemas concretos de uma população (KOGA; NAKANO apud MIOTO, 2009, p.506).

4. Conclusões

É no bojo do processo sócio histórico que as políticas sociais são forjadas e, ao mesmo tempo em que garantem direitos também permitem que antigas práticas de filantropia e voluntariado sejam retomadas, sobretudo nesta contemporaneidade, a partir do terceiro setor, encobrindo conflitos e diferenças de interesses entre classes sociais.

Desta forma, a política social passa a ser operacionalizada de forma fragmentada, seletiva, focalizada, desconsiderando a identidade de classe de seus destinatários, bem como das razões históricas da desigualdade social vivenciada pelos mesmos. O sujeito coletivo, entre eles destaca-se a família, perde sua identidade por um discurso em favor do individualismo, o que repercute fragilizando possibilidades de contar com uma rede comunitária de solidariedade como recurso para suprimir algumas necessidades sociais. Suprime-se, também nesse contexto a discussão de direitos sociais como luta coletiva, de classe, presente nos vários campos das políticas sociais.

Nesta perspectiva, a família, ao tornar-se referência para a política social deve ser considerada num contexto de novas configurações da questão social, que vem se complexificando e exigindo diversificação de formas de enfrentamento. Assim, o acompanhamento às famílias poderá ser realizado numa perspectiva de proteção e não de penalização, desmitificando o estereótipo de capaz ou incapaz. A partir conhecimento criterioso da realidade e o comprometimento público com as necessidades sociais, é possível evitar a culpabilização dos indivíduos por um desempenho culturalmente esperado devido à funções pré-determinadas pelo papel que ocupa na família. Assim, poderá ser viabilizada, na execução da Política de Saúde, a construção da participação cidadã, pois

[...] é na dinâmica conflituosa da vida social que se ancoram as possibilidades de universalização da cidadania, a instauração de um outro padrão de

sociabilidade regido por valores democráticos, que exige a redefinição das relações entre sociedade e Estado, mediante crescente protagonismo da sociedade civil organizada (IAMAMOTO, 2004).

Nesse sentido, destaca-se a importância do Serviço Social manter uma atitude investigativa e o exercício da pesquisa, buscando a perspectiva da totalidade, ampliando seu olhar para a realidade e suprimindo o reducionismo na abordagem das situações apresentadas no seu cotidiano. Da mesma forma, necessita buscar o conhecimento criterioso das demandas apresentadas e dos recursos disponíveis para os o enfrentamento das mesmas, reunindo esforços para a necessária intersectorialidade das políticas sociais e para a articulação entre os diferentes serviços. Faz-se necessária também a atuação em equipes multiprofissionais para construção de conhecimentos e intervenções a partir de uma realidade complexa de trabalho junto às políticas sociais. Busca-se, talvez de forma utópica, a construção da intersectorialidade entre as políticas tendo como foco a família o que configura ações no sentido de, construir o dialogo entre as políticas e de uma compreensão atual da família, rompendo com “ uma tradição pautada na lógica da identificação de problemas e na busca de solução para esses problemas”(MIOTO, 2010,p.11), evitando riscos de sobrecarregar a família ao invés de protegê-la , o que já foi apontado por outros autores como:

[...] incrementar praticas que promovam a proteção e a participação cidadã das famílias ou, o seu inverso, que reforcem a logica do controle do Estado sobre as famílias, por meio da reiteração de praticas de carácter disciplinador, praticas essas tao presentes na historia do serviço social e da assistência social no Brasil. (MIOTO,2010,p.12)

Ao contextualizar o panorama de atuação do Assistente Social é possível compreender os desafios impostos no cotidiano

das políticas sociais no Brasil e da consequente precarização do trabalho e impõem “ uma nova lógica ao trabalho com famílias na perspectiva dos Direitos, estes entendidos como caminhos para a concretização da cidadania por meio de políticas sociais de caráter universal, orientadas para o atendimento das necessidades humanas e tendo o Estado como instância responsável por essa garantia e atenção” (VIEIRA,2004;LIMA;MIOTO, 2006 apud MIOTO,2010,p.11)

Ampliar a compreensão desse cenário permitirá a construção de subsídios para superá-los, a fim de atender o compromisso assumido no projeto ético-político profissional.

Referências

ALENCAR, M. M. T. de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de & LEAL, M. C. (org.) **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

ARRETCHE, M. T.S. Emergência e desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social: teorias explicativas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais-BIB** nº 39. Rio de Janeiro:1995.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003

_____. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Política Social no Capitalismo Tardio: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, I; SALVADOR E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga

a Conta? In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAGA, J. A financeirização da riqueza: a macroestrutura financeira e a nova dinâmica dos capitalismos centrais. **Economia e Sociedade**. Campinas, 2002.

BRAVO, M. I. S. Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE** (03). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa Saúde da Família em São Paulo. **Estudos Avançados** 35, 1999.

CORREIA, M. V. C. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Nº 13. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. ABEPSS, 2007.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DRAIBE, S. e HENRIQUE, W. "Estado de bem-estar social" crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. in: **Revista Brasileira das Ciências Sociais**. nº 6. São Paulo: 1988.

DUARTE, M.J.O & ALENCAR, M.M.T. **Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro: Ed Lumen. Juris, 2010.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Estado de Bem-Estar Social. in: **Lua Nova**. Revista de Cultura e Política. n? 24.. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea,1991.

FLEURI, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz,1994.

FONSECA, A. M.da; ROQUETE, C. Proteção Social e Programas de Transferência de Renda: O Bolsa Família. In: VIANA, Ana Luiza d'Avila, ELIAS, Paulo Eduardo M. IBAÑEZ, Nelson (Orgs.). **Proteção Social Dilemas e Desafios**. São Paulo: Ucitec, 2005.

FRANCO, T. & MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. 2000. Mimeo.

FRONZA, P. & BELLINI, M.I.B. A família e a política social: desvelando desafios históricos in **Política social**: temas em debate. Pelotas: EDUCAT. 2009

IAMAMOTO, M. V. Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de & LEAL, M. C. (org.) **Política Social, Família e Juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social. São Paulo: Cortez, 2008.

LEVCOVITZ, E. & GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família – Construindo um Novo Modelo**. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de & LEAL, M. C. (org.) **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MIOTO, R.C.T. Família e Assistência social:subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais in **Famílias: praticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro: Ed Lumen. Juris,2010

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do Príncipe e os compromissos do SUS. **Saúde em Debate** nº 42, 1994.

MONERRAT, G. L. *et al.* Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007

PAIM, J. Políticas de Saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva** 1, 1996.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças Estruturais, Política Social e Papel da Família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de & LEAL, M. C. (org.) **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

PIANCASTELLI, C. et al. Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Divulgação em Saúde para Debate** 21, 2000.

POCHMANN, M. **Relações de Trabalho e Padrões de Organização Sindical no Brasil**. São Paulo: LTr, 2003.

SPOSATI, A. Regulação Social Tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e o terceiro milênio. In: **Caderno Ideação. Política Sociais para um novo mundo necessário e possível**. In: 1º Seminário Balanço e Perspectivas das Políticas Sociais no Cenário Mundial Atual. II Fórum Social Mundial. Porto Alegre: Editoração Cemptom, 2002.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Phisis. Revista de Saúde Coletiva** 8., 1998.

VIANA, A. L. & LEVCOVITZ, E. Proteção Social: Introduzindo o debate. In: VIANA, A. L., ELIAS, P. E. M., IBAÑEZ, N. (Org.). **Proteção Social Dilemas e Desafios**. São Paulo: Ucitec, 2005.

VICCARI, E. M. **Assistência Social como direito universal: entre a concepção teórica e a provisão**. Tese de Doutorado, Faculdade de Serviço Social, PUCRS, 2008.

VIEIRA, E. **Os Direitos Sociais e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

Recebido em: 17.09.2010 e
aceito em 30.10.2010

Title: *The “ that” and “it” the brasilian social policy*

Abstract: *This article discusses the social policies focusing on the health policies and social welfare policy in Brasil, as wel as highlight the Brazilian family as a central element in the field of social policies assume greater today in the National Social Assistance. It is noted however that although the family has been present in the Brazilian political history, this presence has always gone for so antagonistic, or was overloaded or deconstitute power. The article also enters the theme of Social contributions in guidance and social support to families from the perspective of the defense and expansion of their rights, especially their social rights.*

Keywords: *Social policies; Family; Social Service*
