

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Giselle Mara Cardoso da Costa

O Assistente Social no atendimento à Pessoa com Deficiência: uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora.

Juiz de Fora

2022

Giselle Mara Cardoso da Costa

O Assistente Social no atendimento à Pessoa com Deficiência: uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.
Área de Concentração: “Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social”

Orientadora: Carina Berta Moljo

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cardoso da Costa, Giselle Mara .

O Assistente Social no atendimento à Pessoa com Deficiência : uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora. /Giselle Mara Cardoso da Costa. -- 2022.

222 f.

Orientadora: Carina Berta Moljo

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2022.

1. intervenção do assistente social. 2. demandas e respostas profissionais. 3. pessoa com deficiência. 4. política de assistência social. . I. Berta Moljo, Carina, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA



AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu a apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação *stricto sensu* e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO (Conceito A)

() APROVADO CONDICIONALMENTE (Conceito B), mediante o atendimento das alterações sugeridas pela Banca Examinadora, constantes do campo Observações desta Ata.

() REPROVADO (Conceito C), conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora.

Novo título da Dissertação/Tese (só preencher no caso de mudança de título):

Nenhuma

Observações da Banca Examinadora caso:

- O discente foi Aprovado Condicionalmente
- Necessidade de anotações gerais sobre a dissertação/tese e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

a banca aconteceu as 8hs

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

- Para fazer jus ao título de mestre(a)/doutor(a), a versão final da dissertação/tese, considerada Aprovada, devidamente conferida pela Secretaria do Programa de Pós-graduação, deverá ser tramitada para a PROPP, em Processo de Homologação de Dissertação/Tese, dentro do prazo de 90 dias a partir da data da defesa. Após a entrega dos dois exemplares definitivos, o processo deverá receber homologação e, então, ser encaminhado à CDARA.
- Esta Ata de Defesa é um documento padronizado pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Observações excepcionais feitas pela Banca Examinadora poderão ser registradas no campo disponível acima ou em documento anexo, desde que assinadas pelo(a) Presidente(a).
- Esta Ata de Defesa somente poderá ser utilizada como comprovante de titulação se apresentada junto à Certidão da Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos da UFJF (CDARA) atestando que o processo de confecção e registro do diploma está em andamento.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Carina Berta Moljo - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Cláudia Mônica dos Santos

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Alzira Maria Baptista Lewgoy

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul

Juiz de Fora, 19 / 01 / 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Carina Berta Moljo, Professor(a)**, em 17/02/2022, às 12:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Giselle Mara Cardoso da Costa, Usuário Externo**, em 17/02/2022, às 12:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cláudia Mônica dos Santos, Usuário Externo**, em 17/02/2022, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.ufff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0650294** e o código CRC **471EEABD**.

À minha sogra, Fabiane da Silva Guedes de Paula (in memoriam), que dedicou anos de trabalho como fonoaudióloga às pessoas com deficiência na APAE de Santos Dumont.

*À minha avó materna
Edith Salvador Cardoso (in memoriam)*

Aos meus pais, Nadir Cardoso dos Santos e Merquiol Zefer Ferreira da Costa (sempre no coração): meus primeiros e maiores professores.

AGRADECIMENTOS

Muitos dizem que o processo de elaborar o projeto e a dissertação é solitário; entretanto, pondero que esta dissertação foi construída a muitas mãos e corações: mãos que me puxaram pra frente, corações que se juntaram ao meu para me fortalecer. A todos os donos e donas destes corações, expresso minha mais profunda gratidão, mas gostaria de destacar um nome em especial: Carina Berta Moljo, essa flor argentina/brasileira - professora orientadora deste trabalho, que não me deu chances de desistir (embora eu tenha tentado algumas vezes), entendeu meus processos (muitas vezes dolorosos) com paciência e dedicação, e exerceu com maestria muito além da docência, mas algo de humano e gentil que acreditou e me possibilitou chegar até aqui. Querida Carina, obrigada de coração! Concluí esta importante etapa da minha vida por sua causa! Gratidão! Estendo meus agradecimentos às componentes da banca examinadora, pela disponibilidade e consideração com que gentilmente fizeram as contribuições tão essenciais para a construção deste trabalho, professoras Cláudia Mônica dos Santos e Maria Alzira Baptista Lewgoy. Também agradeço às professoras suplentes Marina Castro e Tatiana Reidel pela disponibilidade e atenção.

Agradeço à minha família, especialmente minha mãe Nadir, grande incentivadora, e ao meu pai Merquiol, que comemorava com alegria as minhas conquistas. Tudo aquilo que eu construo de bom é fruto de sementes plantadas por estes mestres em meu coração.

Ao meu noivo e companheiro de vida Matheus Guedes de Paula. Palavras me faltam para expressar meu amor e admiração por você. Sua presença ao mesmo tempo tão leve e tão forte amenizou as asperezas deste trajeto.

Agradeço a todos os meus amigos, companheiras e companheiros de trabalho do CAPS AD, pela compreensão, pelo cuidado, incentivo e auxílio; especialmente Alice Sandra e Dr. Marcelo Jacob. Às minhas queridas Clara Barbosa e Polyana Carvalho por me presentear com suas amizades. Gratidão também à sempre querida Sonja Faria Rosa, pelo auxílio com a língua estrangeira! À Joseani Netto, pela revisão linguística do texto e pelo carinho. A todas as minhas amigas e amigos, e aos familiares que há muito tempo me incentivam e compartilham comigo das alegrias e durezas dessa vida, obrigada!

Agradeço a (ao) todas participantes da pesquisa e às instâncias responsáveis pelos equipamentos socioassistenciais que com muita atenção e respeito possibilitaram a realização deste trabalho; em especial agradeço às assistentes sociais atuantes na Proteção Básica e Especial de Juiz de Fora junto à pessoa com deficiência: mais do que colaborar com este

trabalho me concedendo tão gentilmente entrevistas, me inspiraram a ser uma profissional melhor a cada dia.

Finalmente, agradeço Àquele sem o qual nenhum destes agradecimentos seria possível. Nada disso teria se concretizado sem o Amor e o Cuidado de Deus. “Os que confiam no Senhor renovam suas forças, sobem com asas de águia, correm e não se cansam, caminham e não se fatigam” (Isaiás, 40:31)

“Sou um homem.
Nada do que é humano me é estranho”
(TERÊNCIO, Séc. II a.C)

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo conhecer a intervenção do assistente social no atendimento às pessoas com deficiência no âmbito da Assistência Social em Juiz de Fora, com vistas à identificação das demandas trazidas pelo público atendido e às ações profissionais decorrentes em resposta a tais demandas. Em termos metodológicos, esta pesquisa se fundamentou em revisão bibliográfica e posterior coleta de dados através de doze entrevistas com assistentes sociais inseridas em instituições públicas – Centros de Referência de Assistência Social - CRAS – e as denominadas Organizações da Sociedade Civil/Terceiro Setor – Entidades Socioassistenciais para atendimento às pessoas com deficiência. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo exploratória com estudo de campo, os dados obtidos foram tratados através da Análise de Conteúdo e o estudo possibilitou refletir criticamente acerca da questão da deficiência em nossa sociedade, bem como no tocante aos elementos que compõem a intervenção do assistente social. Dentre os achados da pesquisa, as principais demandas postas ao assistente social referem-se ao acesso a serviços e recursos, à operacionalização de tecnologias para solicitação e ao acompanhamento de benefícios, de rompimento ou fragilização de vínculos familiares, demanda por acolhimento, escuta e segurança alimentar. No que diz respeito às respostas profissionais, encontramos diversas intervenções e procedimentos tais como acolhimento e orientações, apoio social individual e familiar, fomento à participação social, manejo de tecnologias e acompanhamento de requisição de BPC/LOAS, referência e contra-referência, trabalho interdisciplinar em rede e em grupos. Intervenções emergenciais, incentivo ao protagonismo e à autonomia na perspectiva do direito. O trabalho profissional na Assistência à Pessoa com Deficiência encontra limites e possibilidades, dentro dos quais entraves com a rede socioassistencial, a precarização de políticas sociais, a falta de recursos, o preconceito, a discriminação e o desgaste da família. Como possibilidades foram elencados o fortalecimento dos equipamentos e dos recursos humanos, a integralidade e o alinhamento das políticas, além do compromisso ético-profissional. Também sinalizamos a importância e a necessidade de que estudos posteriores possam se dedicar ao aprofundamento do tema.

Palavras-chave: intervenção do assistente social; demandas e respostas profissionais; pessoas com deficiência; política de assistência social.

ABSTRACT

This dissertation aims to have an in depth look at the intervention of the social worker in the care of people with disabilities within the scope of Social Assistance in Juiz de Fora, with a view to identifying the demands brought by the public that were served by the service and the resulting professional actions in response to such demands. In methodological terms, this research was based on a literature review for theoretical support about issues that permeate the object of study, and subsequent data collection through twelve interviews with social workers working in public institutions - Social Assistance Reference Centres - CRAS – and the so-called Civil Society Organisations/Third Sector – Social Assistance Entities to assist people with disabilities. This is an exploratory qualitative research project with a field study. The data obtained were treated through Content Analysis. Among the research findings, the main demands placed on the social worker refer to access to services and resources, operationalization of technologies for requesting and monitoring benefits, breaking or weakening family ties, demand for reception, listening, food security. Regarding professional responses, we found several interventions and procedures such as reception and guidance, individual and family social support, promotion of social participation, management of technologies and monitoring of BPC/LOAS requests, referral and counter-referral, networking, interdisciplinary, with groups; emergency interventions, encouraging protagonism and autonomy from the perspective of law. Professional work in Assistance to People with Disabilities finds limits and possibilities, among which obstacles with the social assistance network, precariousness of social policies, lack of resources, prejudice and discrimination, family wear. As possibilities, the strengthening of equipment and human resources, integrality and alignment of policies, and ethical-professional commitment were listed. The study made it possible to critically reflect on the issue of disability in our society, as well as on the elements that make up the intervention of the social worker. We point out the importance and need that further studies can also be dedicated to deepening the theme.

Keywords: social worker intervention; professional demands and responses; disabled people; social assistance policy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A PROTEÇÃO SOCIAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	29
2.1	DA NARRATIVA MÍTICA AO MODELO SOCIAL: OS MODOS DE CONCEBER A DEFICIÊNCIA NAS SOCIEDADES	29
2.1.1	SURGE UMA “NOVA” CATEGORIA NO BRASIL: CAPACITISMO	42
2.2	BREVE RETRATO DA DEFICIÊNCIA NO MUNDO E NO BRASIL	44
2.3	TRAJETÓRIAS E LUTAS NA CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	56
3	SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO PROFISSIONAL E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	74
3.1	CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS DESAFIOS DO PRESENTE.....	75
3.2	OS CONTORNOS ASSUMIDOS PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL... 86	
3.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E A PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	94
3.4	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	106
4	O ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM JUIZ DE FORA	118
4.1	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM JUIZ DE FORA ...	118
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS (O) PROFISSIONAIS.....	130
4.3	DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS	141
4.3.1	O SERVIÇO SOCIAL NA VIABILIZAÇÃO DO ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS	174
4.3.2	LIMITES E POSSIBILIDADES DO TRABALHO PROFISSIONAL	179
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	196
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	210
	APÊNDICE B - TCLE	213
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado – Comitê de Ética/UFJF	215
	ANEXO B – Autorização AMAC	220
	ANEXO C - Autorização Departamento de Proteção Social Básica /PJF	221

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de estudo o trabalho do assistente social – com foco nas demandas e respostas de sua intervenção profissional - no atendimento à pessoa com deficiência no município de Juiz de Fora. Desta forma, tem como objetivo geral conhecer o trabalho do assistente social nas instituições socioassistenciais do município de Juiz de Fora, identificando suas particularidades e mediações a partir da identificação das demandas trazidas pelo público atendido e as ações profissionais decorrentes em resposta a tais demandas. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo a partir de entrevistas com profissionais de instituições componentes da Proteção Social Básica no âmbito da Assistência Social, quais sejam: os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS -, considerados portas de entrada para o Sistema Único de Assistência Social – SUAS -, e instituições dedicadas exclusivamente ao atendimento da pessoa com deficiência, sendo Organizações da Sociedade Civil – OSC's - que trabalham em parceria à gestão municipal, consideradas equipamentos de média complexidade no âmbito da Proteção Social Especial.

Como objetivos específicos, buscamos refletir acerca da questão da deficiência em nossa sociedade, com um horizonte teórico pautado pelo modelo social da deficiência, identificando as políticas públicas brasileiras concernentes à pessoa com deficiência no contexto do capitalismo contemporâneo. Outra reflexão que constitui objetivo desta dissertação é acerca do trabalho do assistente social na contemporaneidade, considerando as particularidades históricas, sociais e culturais do capitalismo em seu estágio imperialista e as implicações para a realidade brasileira, as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da práxis profissional. Finalmente, objetivamos elencar as perspectivas e os desafios da intervenção profissional em instituições de atendimento a pessoas com deficiência, reconhecendo de que forma as ações profissionais afetam as condições de vida e corroboram para a efetivação do acesso aos direitos do público atendido.

Como problema central da pesquisa, indagamos: Quais são as demandas postas ao assistente social inserido na política de assistência social e suas respostas/intervenções profissionais em se tratando da pessoa com deficiência? O profissional tem conseguido responder a essas demandas?

O despertar do interesse pelo objeto de estudo se deve à minha experiência profissional, no ano de 2015, como assistente social pelo Programa de Residência em Serviço Social – HU/UFJF, no ambulatório de Fisioterapia Pediátrica do Hospital Universitário da

Universidade Federal de Juiz de Fora. O ambulatório é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência de origem física/orgânica. A partir da percepção de que alguns usuários (cujas demandas ultrapassavam as questões emergenciais relativas ao tratamento de saúde no ambulatório) encontravam dificuldades de acessar seus direitos na rede socioassistencial, despontou e permaneceu o desejo e a pertinência de aprofundar o debate acerca do trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência¹. O assistente social é um profissional capacitado teórica, metodológica, técnica e politicamente para efetivar transformações no cotidiano de vida destas pessoas, seja através do acesso a bens e serviços, seja pela dimensão socioeducativa de seu trabalho. Assim, contribuí “para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos” (IAMAMOTO, 2017, p. 23).

No ano de 2018 ingressei no funcionalismo público municipal em Juiz de Fora, ocupando o cargo de Técnica de Nível Superior – Assistente Social – exercendo minhas atividades no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas – CAPS AD², vinculado ao Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Saúde. Também lá, o cotidiano nos traz desafios e possibilidades que nos são colocados no âmbito do Serviço Social e das políticas públicas como um todo. Em relação à Saúde Mental, existem especificidades quanto à luta pela promoção e garantia da Reforma Psiquiátrica, que não está acabada, e sim encontra-se num processo que demanda postura crítica, posicionamento, ética, dentre outros esforços que não se concentram ou se limitam aos CAPS, mas precisam espriar-se para a sociedade como um todo.

Como veremos ao longo do trabalho, o histórico de discriminação sofrido pelas pessoas com deficiências também abarca o que historicamente foi reservado ao “louco”, à pessoa com transtorno psiquiátrico. Ora, sabemos que o “diferente” nem sempre foi olhado com dignidade e respeito na nossa sociedade; ao contrário, foi “patologizado”, “excluído”.

¹ A Resolução Nº 1, de 15 de Outubro de 2010 (publicada pela Portaria Nº 2.344, de 3 de Novembro de 2010) do Conselho Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência – CONADE, altera a nomenclatura, como consta no Art. 2º inciso I: “Onde se lê “Pessoas Portadoras de Deficiência”, leia-se “Pessoas com Deficiência”

² Os Centros de Atenção Psicossocial foram instituídos no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em substituição ao modelo assistencial psiquiátrico tradicional, médico- centrado e hospitalocêntrico. Tem seu funcionamento em base comunitária e territorial, e conta com uma equipe técnica multiprofissional composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico psiquiatra, técnicos administrativos e equipe de higiene e limpeza. Os CAPS integram a Rede de Atenção Psicossocial de um município. (Para saber mais, ver Lei 10.216, de 2001; Portaria 336/GM, de 2005; AMARANTE, 2007; AMARANTE; TORRE, 2001; LEAL; ANTONI, 2013)

Entretanto, nosso objetivo neste momento não é aprofundar o tema da Reforma Psiquiátrica, que é de extrema relevância, mas sinalizar que, como trabalhadora da saúde e assistente social, reconheço-me na necessidade de articulação constante com a rede municipal para garantia de direitos. O fundamento desta articulação intersetorial parte de uma visão integral dos sujeitos, de forma que muitos usuários se encontram vinculados a diversos serviços simultaneamente, tais como CAPS, CRAS, Unidades de Atenção Primária à Saúde, dentre outros. Deste lugar, também justifico a importância desta pesquisa que não só poderá apontar para questões referente às (aos) trabalhadoras (es) assistentes sociais, mas de forma que poderemos também trazer luz para as políticas públicas e os direitos dos cidadãos, atravessamentos que incidem diretamente sobre a categoria profissional e sobre a vida dos sujeitos.

Também me interessou desenvolver esta pesquisa tendo em vista o compromisso ético com a formação e capacitação para qualificar progressivamente os serviços prestados à população. Neste ensejo, concordamos com Moljo e Domingues Júnior (2017) ao sinalizarem que “a dimensão investigativa compõe o exercício profissional, isto é, faz parte do ‘fazer profissional’, e é uma das competências que a profissão tem”, sendo deste modo “uma ferramenta que possibilita uma intervenção reflexiva, competente, capaz de responder às demandas que são colocadas no cotidiano profissional”.

Historicamente, as pessoas com deficiência tiveram suas demandas atendidas pelo viés da caridade e filantropia, ou eram alvo de práticas excludentes e segregadoras, como o asilamento. Em muitas sociedades a deficiência foi compreendida e concebida ora como tragédia pessoal ora como castigo ou benção divina. Tal perspectiva pautou ações destinadas a essas pessoas a partir de um viés estigmatizante, signatário de práticas assistencialistas e religiosas, excludentes e discriminatórias. Com o avanço dos estudos da medicina sobre o corpo na Idade Moderna, uma explicação racional foi abrindo espaço ante as explicações mitológicas e mágicas - ainda que estas sejam percebidas em todos os tempos. (FREITAS, M.N.C., 2007) No entanto, a narrativa médica a respeito da deficiência tende a um aspecto biologicista de classificação de patologias que derivam de condições clínicas; assim, o modelo biomédico foi sendo questionado como único recurso explicativo para as doenças. Em outro ponto, os estudiosos do modelo social da deficiência, amparados em aportes marxianos para entendimento das contradições sociais do capitalismo, apontam para a responsabilidade da sociedade na produção e reprodução das deficiências. (PICCOLO; MENDES, 2013).

No Brasil, o movimento político das pessoas com deficiência, principalmente a partir do final da década de 1970 do Século XX, somados aos movimentos sociais de luta pela

redemocratização do país, corrobora para que em 1988 fosse promulgada uma Constituição, apelidada de cidadã, sob a qual amplos direitos sociais foram contemplados, inclusive em relação às pessoas com deficiência, de forma que não foi destinado apenas um capítulo específico para o tratamento das questões sobre deficiência, mas o tema foi distribuído por todos os artigos. (BRASIL, 2010).

É também nesta Constituição que a Assistência Social é alçada à responsabilidade estatal e garantida no esteio da Seguridade Social. Desta forma, a escolha para a pesquisa junto aos assistentes sociais inseridos nesta política não é aleatória: considera-se, como apontou Moljo ET AL (2014, p. 161), que a política pública de Assistência Social possui a “possibilidade de efetivar os direitos sociais”. Entretanto, um desafio colocado na contemporaneidade diz respeito à reorientação do Estado, poucos anos após a promulgação da Constituição, para uma lógica de contenção de gastos sociais e desmonte das políticas públicas, em que a “criminalização da questão social e as novas propostas de enfrentamento às suas expressões retomam o passado de assistência e repressão” (Ibidem, p. 163), o que influenciará o exercício profissional do assistente social e as mediações necessárias para contemplar as necessidades da população atendida.

Como ressalta Raichelis (2010, p. 751)

Ainda que a política de assistência social seja um campo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, ela se constitui historicamente como uma das principais mediações do exercício profissional dos assistentes sociais, sendo reconhecidos socialmente (e se autorreconhecendo) como os profissionais de referência desta política, apesar das ambiguidades que cercam essa relação de longa data

Desta forma, considera-se relevante compreender o trabalho do assistente social na Política de Assistência Social, que “possui interfaces com as demais políticas sociais, envolve uma série de entidades públicas e privadas em seus processos operativos” e que demandará do assistente social competências fundamentais, tais como identificação de demandas e formulação de respostas baseadas em uma “apreensão crítica dos processos sociais” e considerando as novas articulações entre o público e o privado” (MOLJO ET AL, 2014, p. 167-168).

De acordo com Freitas, T. P (2011, p.31), o Serviço Social historicamente tem sido demandado a intervir na realidade, e diversos setores constituem campo de trabalho profissional. Assim,

O exercício profissional em Serviço Social deve então constituir-se em elemento de discussão para os próprios profissionais, já que as práticas cotidianas estão relacionadas à leitura que o mesmo faz da realidade onde está inserido e, ao mesmo tempo, essa prática tem que ir além, superando-se a intervenção simplesmente pontual e construindo-se a práxis, a ação transformadora. As ações profissionais do Serviço Social não podem, portanto, ser reduzidas a intervenções pontuais na realidade, mesmo que essas sejam necessárias, enquanto a construção teórica não pode estar desvinculada da realidade do trabalho profissional.

Nos mais diversos espaços ocupacionais, desde a gênese da profissão até o momento presente, o assistente social é chamado a atuar na sociedade capitalista intervindo junto às expressões da questão social e, dentre elas, destacamos o atendimento às pessoas com deficiência. Cabe salientar que o ponto de partida para a compreensão da deficiência vai ao encontro do que é pautado na legislação brasileira que reconhece a deficiência a partir de um modelo social, originário dos *Disability Studies*³. Assim, o modelo social, ao reconhecer os determinantes sociais da deficiência, como o contexto sociopolítico, perpassa pela contestação ao modelo médico e individual de explicação desta condição, estes que tendem a corroborar para a naturalização das opressões, constrangimentos e barreiras impostas a estes sujeitos.

O modelo médico e individual orientou intervenções centradas numa abordagem que privilegia ações de reabilitação, ao passo em que o modelo social parte da compreensão de que “os problemas implicados pela deficiência se prendem com as estruturas sociais e não com as funcionalidades do corpo” (MARTINS ET AL, 2012, p. 47). Assim, embora o modelo médico inicialmente tenha significado um salto no atendimento às pessoas com deficiência, a partir de um entendimento não mais mitológico e confessional, a sua perspectiva clínico-patológica ignorava e desconhecia “o papel das estruturas sociais na opressão e exclusão das pessoas com deficiência” (GOMES, 2016, pag. 36)

O mais recente Censo Demográfico realizado no Brasil, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, aponta que 23,9% da população total do país possui algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual). A maioria dessas pessoas é composta por mulheres vivendo na área urbana, tendo maior incidência na

³ De acordo com Martins ET AL (2012), os Disability Studies ou estudos da deficiência emergiram academicamente a partir da década de 1970 em países como Reino Unido e Estados Unidos, acompanhando a politização da deficiência a partir do movimento das pessoas com deficiência. Os Disability Studies são, portanto, “uma área de investigação matricialmente assente num compromisso político com a denúncia da opressão social das pessoas e na aspiração de uma sociedade mais inclusiva.” (MARTINS ET AL. 2012, p. 46)

população de 65 anos ou mais; nos grupos das raças⁴ preta e amarela foram identificados os maiores percentuais de deficiências em ambos os sexos. A região nordeste foi a que apresentou a maior prevalência de pessoas com deficiência, e em todas as regiões ficaram demonstradas as menores taxas de alfabetização de pessoas com algum tipo de deficiência em comparação às taxas de alfabetização da população total. A participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho em 2010 era mais baixa quando comparadas às pessoas sem nenhuma deficiência. O Censo de 2010 também apontou pessoas com deficiência como as que possuem menores rendimentos, bem como a maior inserção no mercado informal de trabalho (BRASIL, 2012).

No rol das pesquisas sobre as características das pessoas com deficiência, a Organização das Nações Unidas publica, em 2011, o Relatório Mundial Sobre a Deficiência, apontando que já são mais de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo. As causas para tantas deficiências residem principalmente nas desigualdades sociais, que expressam sobretudo, a falta de acesso à saúde e educação, desemprego, violência, condições precarizadas de trabalho, que na medida são também determinantes dos principais problemas de saúde (ONU, 2011).

Temos no Brasil um arcabouço legal que contempla diversos direitos para as pessoas com deficiência. Além da Constituição Federal de 1988, inúmeros outros dispositivos foram sendo delineados para a proteção social a essas pessoas. No entanto, ainda que os direitos

⁴ A utilização do termo raça neste trabalho aparece seguindo a reprodução idêntica dos conceitos utilizados no Censo Brasileiro de 2010. De acordo com Quijano (2005, p.118), raça e identidade racial são categorias que historicamente foram estabelecidas como instrumentos de classificação social básica da população a partir de uma relação de dominação, uma "nova maneira de legitimar as já antigas idéias e práticas de relações de superioridade/inferioridade", cuja racionalidade específica é o eurocentrismo. No capitalismo colonial moderno, "impôs-se uma sistemática divisão racial do trabalho", de forma que "desde o começo da América, os futuros europeus associaram o trabalho não pago ou não-assalariado com as raças dominadas, porque eram raças inferiores" conformando um etnocentrismo de centralidade européia-ocidental" (IDEM, p.118-120-121). De acordo com Alves, Fortuna e Toralles (2005, p. 97), "no Brasil, censos desde 1872 utilizam o critério fenotípico, de aparência física, na sua metodologia." Estudos que analisam a raça associada a critérios socioeconômicos podem apontar dados sobre o acesso a serviços de saúde e educação que são determinantes do processo saúde-doença; por outra via, a utilização do termo raça também pode aparecer para justificar superioridade racial com base em critérios biológicos (IDEM, p. 105). Mediante as múltiplas definições e propósitos em que se utilizam o termo raça, "alguns autores têm proposto a exclusão de classificação racial e/ou étnica das pesquisas médicas, alegando que além da falta de base genética para o uso destas classificações, elas servem apenas para perpetuar discriminação, preconceito, marginalização e subjugação. Para esses pesquisadores a classificação racial só teria indicação quando para estudar o impacto do racismo ou quando para estudar da desvantagem cultural e social no acesso e uso de serviços de saúde." (IDEM, p. 110)

estejam materializados em textos legais, precisam ser materializados no cumprimento das propostas.

Com o avanço da orientação neoliberal no Brasil a partir dos anos 1990, o Estado é redirecionado em seu papel e funções, de forma que seu investimento na área social é racionalizado, implicando na redução de direitos sociais e trabalhistas, subsumindo as políticas sociais às orientações de ajuste econômico. O projeto capitalista neoliberal significou para a Seguridade Social no Brasil uma regressão da política pública de direito em favor de políticas focalizadas e compensatórias com incentivo à privatização e mercantilização dos serviços sociais (MOTA, 2009).

Esta conjuntura, que vem se arrastando ao longo de quase três décadas, e cada vez mais intensificadas com o “radicalismo de direita, a investida contra o legado de direitos dos trabalhadores e o avanço exponencial e veloz na privatização da coisa pública” (IAMAMOTO, 2017, p. 16) pode ser sentida sobremaneira pelos assistentes sociais, nos mais variados espaços socio-ocupacionais em que se inserem, diante dos flagrantes desrespeitos e precarização dos serviços públicos, o que interfere na configuração das demandas por ele atendidas e nas condições de intervenção profissional. Assim, portanto, importa “compreender e perceber se existem barreiras, obstáculos e mecanismos de exclusão entre as conquistas e as pessoas com deficiência.” (OLIVER, 1998, *apud* PEREIRA, R.J., 2006)

Em virtude da 3ª Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência ocorrida em 2012, e Dia Internacional da Pessoa com Deficiência (03 de dezembro), o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS manifestou-se sobre os paradoxos envolvendo o fenômeno da deficiência, debatendo “a distância entre o avançado arcabouço legal e normativo sobre o tema e a sua efetivação.” (CFESS, 2012). Em carta, o CFESS explicitou os desrespeitos impostos através de preconceitos e discriminação, bem como a omissão do Estado no que se refere aos direitos das pessoas com deficiência. Refletindo sobre os dados obtidos no Censo de 2010, apontou para a correlação entre pobreza e deficiência; e que a deficiência é um fenômeno socialmente produzido, que aprofunda as desigualdades sociais, na medida em que coaduna aspectos das limitações individuais às barreiras culturais, tecnológicas, físicas e atitudinais que obstruem a participação plena e efetiva dessas pessoas na sociedade (CFESS, 2012).

De acordo com Paula (2016), é necessário o aprofundamento teórico e reflexivo acerca de estratégias e táticas profissionais dos assistentes sociais para a construção de uma “intervenção profissional efetivamente crítica, pautada nos princípios defendidos em nosso Código de Ética” (Paula, 2016, p. 15)

O trabalho do assistente social, nos mais variados espaços de inserção, é perpassado por inúmeras questões, possibilidades e desafios que são postos e repostos cotidianamente. Diante dos dados sobre o contingente populacional que possui alguma deficiência, e reconhecendo esta como uma expressão da questão social, cabe aprofundar a temática, as contradições e implicações que a perpassam tanto em relação aos aspectos pertinentes à intervenção do assistente social, quanto em relação às questões subjetivas e objetivas que dizem respeito às pessoas com deficiência. O direito de viver em igualdade de oportunidade às demais pessoas tem sido historicamente negado às pessoas com deficiência dentro da sociedade, ainda que muitos avanços tenham sido conquistados e tantos outros estejam em curso.

De acordo com Senna, Lobato e Andrade (2013, p.67), chama a atenção a pouca produção teórica sobre o trabalho do assistente social com pessoas com deficiência, haja vista que este público constitui “tradicionalmente, um dos alvos prioritários das ações socioassistenciais e das intervenções profissionais do assistente social”. Assim, concordamos com Gonçalves e Lisboa (2007, p 84) ao trazerem que a “intervenção profissional requer, muitas vezes, conhecimento sobre ‘processos em curso’ de determinados segmentos da sociedade que recorrem às instituições”

Apontamos que um desafio importante para a categoria é

Trazer, para o centro do debate, o exercício e/ou trabalho cotidiano do assistente social, como uma questão central da agenda da pesquisa e da produção acadêmica dessa área. O esforço é atribuir transparência aos processos e formas pelos quais o trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital, elucidando sua funcionalidade e simultaneamente, o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social; potencial esse derivado das contradições presentes nas relações sociais, do peso político dos interesses em jogo e do posicionamento teórico-prático dos sujeitos profissionais ante os projetos societários. (IAMAMOTO, 2009, p. 9-10)

Movida por este desafio, o de analisar o cotidiano do trabalho profissional junto à pessoa com deficiência, é que delimitamos o nosso objeto de estudo. Neste momento, vamos elucidar o percurso metodológico percorrido a fim de viabilizar a realização da pesquisa e a posterior análise dos dados obtidos, a partir da realidade das profissionais entrevistadas, à luz do referencial teórico utilizado.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, e a pesquisa foi desenvolvida seguindo as recomendações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, afim

de que fosse realizada com compromisso ético com a confidencialidade das informações, da privacidade dos sujeitos e da proteção de sua identidade, sendo os dados obtidos utilizados somente em função dos objetivos aos quais a pesquisa se destinou, não sendo utilizado em prejuízo de qualquer espécie das pessoas, sempre preservando a imagem dos sujeitos. O Comitê de Ética deu parecer favorável à realização da pesquisa através de parecer consubstanciado de número 4.372.715, emitido em 30 de outubro de 2020 (ANEXO A). Como requisito necessário à submissão do projeto ao Comitê de Ética foi necessário solicitar declaração de concordância e infraestrutura, autorizando a realização da pesquisa, junto à AMAC e ao Departamento de Proteção Básica da Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Juiz de Fora. (ANEXO B e ANEXO C, respectivamente).

Trata-se de pesquisa exploratória (Gil, 2008), com estudo de campo, cujo objetivo é o “aprofundamento das questões propostas” com “interrogação direta das pessoas” a quem se deseja conhecer, “solicitando informações acerca do problema estudado”. A pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema para que este se torne mais explícito, ou que se possa construir sobre ele hipóteses. Este tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tenham tido experiências práticas com o assunto a ser pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (IBIDEM). Assim, a pesquisa qualitativa é concernente à proposta desta dissertação uma vez que ela se adequa ao método pretendido, pois trabalha com o universo de significados, de motivações, de crenças, de valores e de atitudes, o que corresponde a um universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos e publicações para a construção de um referencial teórico acerca do objeto estudado, contextualizando-o social e historicamente, procurando estabelecer “um diálogo entre a teoria e o problema a ser investigado” (MINAYO, 1994, p.40). Desta forma, nos assentamos em obras de referência em Serviço Social bem como artigos científicos e publicações veiculados e disponíveis em formato eletrônico através dos descritores “trabalho”, “trabalho do assistente social”, “pessoas com deficiência”, “serviços sócio-assistenciais”, “políticas públicas”, “política de assistência social”, “trabalho do assistente social com pessoas com deficiência”, “direitos das pessoas com deficiência” nas bases de dados SCIELO, Catálogo de Teses e Dissertações CAPES, buscando fundamentalmente as contribuições de diversos autores (GIL, 2008). Além do campo teórico do Serviço Social, foram utilizadas referências de autores das áreas de ciências humanas e sociais, como educação, psicologia, administração, direito, antropologia, saúde

pública, cujos trabalhos contribuíram para a reflexão, alinhados ao que se pretendia estudar e discorrer. Utilizamos também autores que são pessoas com deficiência. Este levantamento bibliográfico foi a primeira etapa e transversal a todo o percurso, pois foi aprimorado e adensado no decurso da construção da dissertação de mestrado. Também trabalhamos com dados secundários a partir do Censo Brasileiro de 2010 – realizado pelo IBGE - sobre a deficiência, bem como do Relatório Mundial sobre Pessoas com Deficiência (2011) a partir das análises sintetizadas, respectivamente, pela Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (2012) e pela Organização das Nações Unidas (2011).

Posteriormente ao levantamento e análise do material bibliográfico partimos para a pesquisa de campo realizada junto aos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social - e as instituições do município de Juiz de Fora (Organizações da Sociedade Civil - OSC) cujo atendimento seja específico para pessoas com deficiência e que sejam espaço de inserção profissional do assistente social. Foi realizado um mapeamento da quantidade de profissionais nos CRAS e nas instituições que prestam serviços para as pessoas com deficiência que possuem no seu quadro funcional o assistente social.

De acordo com informações fornecidas pelo Departamento de Defesa de Direitos (DDD) da cidade de Juiz de Fora - MG, no município existem cinco Organizações da Sociedade Civil (OSCs), parceiras no âmbito da assistência social, inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social, que prestam atendimento às pessoas com deficiência. São elas Instituto Bruno Vianna, APAE, Sociedade Eunice Weaver (Educandário Carlos Chagas), Instituto Jesus e IMEPP. Em relação aos CRAS, são 11 equipamentos, localizadas em todas as regiões do município, porém a pesquisa foi realizada em sete CRAS. Estima-se um número aproximado de 30 assistentes sociais que compõem o somatório do quadro de funcionários de tais instituições. Deste universo, elencamos para participar da pesquisa uma amostra não probabilística, tomada por acessibilidade ou conveniência (GIL 2008), de 40% deste total, ou seja, 12 assistentes sociais, de forma que sete entrevistadas fossem dos CRAS, preferencialmente buscando abarcar um CRAS por base territorial – Sul, Sudeste, Leste, Nordeste, Centro-Oeste, Norte e Centro; e cinco de instituições de Organizações da Sociedade Civil. Assim, foram entrevistadas doze assistentes sociais de equipamentos socioassistenciais distintos. Conforme Ataíde (2016, p.160) “não se trata, portanto, de uma pesquisa com um grande número de sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o qual estamos dialogando”. Ainda sobre isso, Ataíde (2016) discorre:

A pesquisa qualitativa propicia que os participantes possam pensar a respeito daquilo que está sendo pesquisado, pois as suas percepções e representações estão presentes e isso valoriza o que os sujeitos têm a dizer. Evidenciar a percepção dos sujeitos é permitir-se entrar em cena com o sujeito da pesquisa, proporcionando uma nova ambiência em que se privilegiam instrumentos que superam o questionário, mas aqueles que incidem apropriadamente na oralidade, como o roteiro. Outro aspecto vital da pesquisa qualitativa localiza-se na conexão do sujeito na estrutura, interpretando suas vivências cotidianas. (ATAÍDE, 2016, p.158-159)

O tipo de entrevista utilizado na pesquisa foi a entrevista estruturada, guiada por um roteiro com questões abertas e idênticas para todos os participantes.

Foram realizadas as 12 entrevistas previstas, que ocorreram presencialmente no espaço de cada Instituição selecionada, avaliando, junto ao entrevistado, as condições estruturais mínimas para manter o distanciamento físico, seguro, entre pesquisador e entrevistado. Tais precauções foram de ordem sanitária, em virtude da situação de calamidade pública instaurada a partir da Pandemia de COVID 19 decretadas no Brasil e no município de Juiz de Fora⁵. As entrevistas foram gravadas em formato de áudio a partir do consentimento dos sujeitos para proteção das (os) participantes e para maior fidedignidade das informações, posteriormente transcritas, categorizadas e analisadas pela própria pesquisadora. Apenas uma das profissionais entrevistadas não autorizou a gravação, sendo assim, suas respostas foram anotadas pela pesquisadora no momento da entrevista. O método de análise das entrevistas é de natureza qualitativa através das etapas de redução, apresentação, e conclusão/verificação (MILES; HUBERMAN, 1995 *apud* GIL 2008) de forma que os dados coletados foram selecionados e simplificados, organizados de modo a possibilitar sua análise e categorias para, finalmente, elaborar conclusivamente os significados que derivarão desses dados.

A escolha dos sujeitos da pesquisa ocorreu conforme a disponibilidade e desejo para participação, privilegiando uma assistente social por CRAS, sendo um em cada território geográfico do município – sete no total, bem como cinco assistentes sociais de Organizações da Sociedade Civil (uma de cada Organização) para atendimento a pessoas com deficiência, escolhidas aleatoriamente para não identificação dos sujeitos. Assim, como todos os

⁵ Dentre as recomendações para evitar a propagação do Coronavírus estão o distanciamento social. No momento das entrevistas já existia uma flexibilização no que tange ao isolamento social (Onda Amarela – Plano “Minas Consciente”, Governo do Estado - MG), porém permanecia a orientação de evitar contatos próximos entre as pessoas e somente circular para o estritamente necessário, sendo desaconselhado aglomerações e reuniões presenciais. A saber: Decreto N. 13.920 de 07 de abril de 2020 – Prefeitura de Juiz de Fora/ Atos do Governo do Poder Executivo. Decreto Legislativo N 6 de 2020 – Senado Federal

equipamentos possuíam mais de uma assistente social, tanto nos CRAS como nas OSC, foi escolhida aleatoriamente uma profissional por instituição.

O convite para participar da pesquisa foi feito mediante contato telefônico prévio para buscar estabelecer uma primeira relação de vínculo, confiança, colaboração e para verificar a possibilidade de realizar a pesquisa. Também foram enviados e-mails às coordenações das instituições participantes, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando autorização para realização da mesma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) foi apresentado no momento das entrevistas para coleta das assinaturas, de forma que foram esclarecidas junto às assistentes sociais informações sobre a entrevista, bem como os riscos e benefícios envolvidos (descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Na divulgação dos dados da pesquisa, os entrevistados e sua respectiva instituição de trabalho não terão seus nomes divulgados; os nomes serão, respectivamente, substituídos na pesquisa por números, ficando assim: Assistente Social 1, Assistente Social 2; e assim por diante até o número 12.

Utilizando-se da metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), as etapas da análise dos dados foram constituídas de pré-análise - operacionalizando o material para sistematizar as idéias iniciais -, partindo posteriormente para a exploração e categorização do material e, finalmente, a última etapa, constituindo ao tratamento, à inferência e à interpretação dos resultados. Neste, foram feitas reflexões e análises críticas que buscaram ir além dos conteúdos manifestos, mas buscando construir mediações com os conteúdos latentes através de uma contextualização sócio-histórica à luz da teoria social crítica, haja vista que os sujeitos da pesquisa são “sujeitos de estudo, pessoas em determinadas condições sociais, pertencentes a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados” (MINAYO, 1993, p.22). A análise de conteúdo busca analisar os conteúdos expressos nas mensagens, buscando qualificar as vivências e percepções dos sujeitos acerca de determinado objeto, realizando também a inferência de conhecimentos. (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO. 2014).

A primeira etapa consistiu na transcrição literal de todas as entrevistas, realizada pela própria pesquisadora. Depois das 12 transcrições concluídas, as respostas foram isoladas e organizadas por temáticas, a fim de potencializar a visualização dos dados. Fez-se a escolha dos conteúdos pertinentes aos objetivos da pesquisa para elaboração de indicadores que fundamentassem a interpretação. Esta primeira etapa consistiu na organização. Com os dados organizados, a segunda etapa consistiu na codificação, ou categorização, que foi feita por

critério semântico⁶, dividida por temas e agrupando-os em categorias. Bardin (1977, p.120) aponta que “o sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens”.

Dentre as perguntas, haviam aquelas destinadas a construir o perfil profissional, como: idade, local e ano de formação, vínculo empregatício e tempo de atuação no local atual de trabalho, capacitações e qualificações profissionais. Outras perguntas se referiam a questões que perpassam o processo de trabalho, como: demandas, instrumentos, intervenções e respostas, conhecimento acerca do assunto abordado, percepção sobre o entendimento demonstrado pelos usuários no que tange ao trabalho do assistente social. Por fim, um terceiro direcionamento das perguntas foi em relação à instituição e às políticas sociais, abordando assim a conformação do trabalho em rede, as demandas não atendidas e a elaboração de ações, estratégias com vistas à melhoria da assistência à população.

As perguntas que compõem o roteiro de entrevista foram agrupadas em blocos separados, originando cinco categorias ou eixos de análise, numa disposição cujo objetivo é viabilizar um encadeamento e uma compreensão melhor das respostas. Assim, os eixos são: 1 – Perfil dos Profissionais; 2 – Demandas e respostas profissionais, abarcando mais três subeixos: Rotinas e Instrumentos de Trabalho (3); O Serviço Social na viabilização do acesso aos direitos sociais (4); Limites e Possibilidades do Trabalho Profissional (5), totalizando assim as cinco categorias. A análise do conteúdo das respostas foi feita a partir de pré-análise do material em que trechos foram recortados buscando semelhanças e divergências entre os discursos das entrevistadas, para, a partir da interpretação destes dados, inferir acerca das condições em que estão ocorrendo a assistência às pessoas com deficiência no município de Juiz de Fora, quais são as demandas, as intervenções, as necessidades e os apontamentos realizados por essas profissionais.

Para realizar a análise temática, foram selecionadas passagens das entrevistas consideradas mais significativas para responder às nossas indagações, e também foi dedicada atenção especial aos conteúdos que se repetem, pois “a frequência dos acontecimentos descritos é um modo de codificação e enumeração apto para elucidar a mesma realidade”

⁶ Critério semântico diz respeito à escolha de temas. A etapa da Categorização na Análise de Conteúdo consiste na condensação e organização dos dados obtidos, em que o texto é desmembrado em unidades, onde ocorre a passagem dos dados brutos para dados organizados em categorias segundo reagrupamentos analógicos. “Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p.153).

(BARDIN, 1977, p. 114). Embora a frequência de aparição de um índice ou conteúdo possa configurar análises quantitativas, aqui a percepção da repetição de um ou mais conteúdos será feita com objetivo de “descobrir núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo escolhido” (BARDIN, 1977, p.105). Assim, “a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação” (IBIDEM, p. 115).

Inicialmente houve receio de que as entrevistas não pudessem ser realizadas dado o momento de incertezas que estávamos vivenciando em decorrência do estado de calamidade pública ocasionado pela Pandemia de Covid-19. Entretanto, passados os primeiros meses do ano de 2020, e após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF em outubro de 2020, foi possível dar início às entrevistas. Não identificamos problemas de nenhuma ordem na execução da pesquisa de campo. Tanto as (os) coordenadores dos equipamentos socioassistenciais quanto as (os) assistentes sociais que concederam entrevista foram bastante receptivos, possibilitando que todo o processo avançasse sem intercorrências.

A presente dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo buscamos discorrer acerca das concepções de deficiência que foram se delineando historicamente na sociedade até o presente momento, em que o modelo social da deficiência é o mais aceito. Explicitou-se como as práticas de exclusão social, econômica e cultural deram a tônica do tratamento dado à pessoa com deficiência em diferentes momentos históricos, a partir de concepções errôneas e estigmatizantes pelas quais se associava a deficiência à incapacidade, à doença, à possessão espiritual, dentre outras. A concepção de deficiência pautada pelo modelo social, abordagem que parte dos determinantes sociais e estruturais que atuam na incidência e manutenção das deficiências, é relativamente recente no mundo e no Brasil, e ainda há muito a se caminhar na direção do resgate do respeito e da inclusão destas pessoas.

Apontamos, a partir dos dados obtidos pelo Censo Brasileiro de 2010 e pelo Relatório Mundial sobre Pessoas com Deficiência da ONU (2011), como a desigualdade social é bidirecional em relação à deficiência, ou seja, ambas afetam-se mutuamente. Ainda assim, o Relatório Mundial apontou para a carência de estudos que relacionam a deficiência a condicionantes sociais.

Indispensável para tal contextualização foi abordado também o movimento político das pessoas com deficiência no Brasil, pois diz do protagonismo dos sujeitos que corroborou para a ampliação do escopo dos direitos sociais a este segmento.

Introduzimos de forma breve o debate atual acerca do *capacitismo*, conceito trazido como peça chave para entender as bases que sustentam as opressões sofridas pelas pessoas com deficiência.

No Capítulo 2 – Item 3 - iniciamos a discussão trazendo os contornos assumidos pelo Estado e pelas políticas públicas, que ocorreram a partir das transformações societárias operadas pelo capital. O Brasil avança, democraticamente, após a distensão do governo militar e encerra a década de 1980 com a promulgação da Constituição de 1988. No texto constitucional, a garantia de direitos sociais, dentre eles o reconhecimento da Saúde, Previdência e Assistência Social como responsabilidades do Estado se faz presente. Entretanto o decorrer da década de 1990 trouxe importantes desafios para a materialização dos direitos sociais, dada a implementação do projeto neoliberal.

A Seguridade Social foi afetada pelos rebatimentos do neoliberalismo e muitos desafios se colocaram para garantia da universalização do acesso às políticas sociais. Conforme sinalizou Iamamoto (2014, p.107), as políticas sociais configuram a “arena privilegiada” do exercício da profissão de Serviço Social. Portanto, o delineamento que assumem as políticas sociais impacta diretamente o trabalho do assistente social, e sobre este aspecto trouxemos as reflexões dos determinantes sócio-históricos da profissão, com ênfase nas transformações a partir da década de 1960, que significou o início de um processo de Renovação em sua trajetória. Neste esteio, discorreremos sobre aspectos do trabalho do assistente social, tais como a condição de assalariado, a autonomia relativa, a correlação de forças entre a necessária articulação das demandas institucionais e os interesses da população, a possibilidade de articular a dimensão técnico-operativa para a consecução dos objetivos profissionais, tendo por base o aporte teórico-metodológico e a direção ético-política da profissão. Assim, dizemos sobre a intencionalidade das ações, o caráter teleológico da intervenção profissional, o necessário conhecimento e interpretação da realidade social e das refrações da questão social no horizonte de possibilitar e qualificar intervenções profissionais. Adiante, analisamos o trabalho do assistente social junto às pessoas com deficiência, esboçando os entraves e potenciais desta intervenção.

O terceiro e último capítulo empenhou-se na explicitação dos achados da pesquisa de campo. Apresentamos alguns dados referentes às características de Juiz de Fora e a organização da Política Assistência Social no município. Como já mencionamos foram entrevistadas (os) 12 assistente sociais que atuam nos CRAS e em Organizações da Sociedade Civil para prestação de assistência à pessoa com deficiência. Os principais resultados foram

analisados, trazendo dados referentes ao perfil profissional, às principais ações, às dificuldades apontadas, às rotinas e aos instrumentos utilizados.

Cabe sinalizar que as entrevistas foram realizadas no momento em que o Brasil atravessava uma situação crítica da Pandemia em decorrência do contágio pelo Corona-vírus, causador da doença COVID-19. Em decorrência disto, a sociedade como um todo precisou se reorganizar para evitar a transmissão, medidas de distanciamento e isolamento foram necessárias, impactando todos os aspectos da vida e do cotidiano. Assim também aconteceu com as instituições que prestam serviços socioassistenciais, que se adequaram tentando equilibrar a continuidade da assistência à população e os cuidados necessários para preservação da saúde de trabalhadores e usuários.

A Assistência Social, tomada como atividade essencial para o atendimento da população precisou readequar rotinas frente à impossibilidade de execução de muitas tarefas, como atendimentos presenciais e visitas domiciliares. Houve necessária redução do quadro de profissionais dentro das instituições, uma vez que pessoas consideradas grupo de risco para agravamento da doença foram colocadas em escala de trabalho remoto. O agravamento das condições de vida escancarou a desigualdade social e demandou a formulação de estratégias para garantir a sobrevivência física e material da população. Como apontaram Lourenço e Gonçalves (2021, p.97), em contexto de Pandemia,

(...) a Seguridade Social passa por novos desafios, dentre a gestão do Poder Público em inaugurar estratégias para o enfrentamento às consequências da pandemia como, por exemplo, a superlotação do sistema de saúde, o início de mais uma temporada de desempregos, adensamento da pobreza, exaurimento dos pequenos empresários, enfim, do sistema econômico em suas diversas faces. Neste contexto, evidencia-se um dos muitos limites e desafios profissionais para o Serviço Social.

No município de Juiz de Fora, as (os) assistentes sociais participantes da pesquisa apontaram que o isolamento social teve consequências ainda mais complexas para pessoas com deficiência e suas famílias, haja vista que, para além de condições desiguais de trabalho e renda, ficaram impedidas de acessar programas e projetos dos quais faziam parte. Assim, alguns elementos apontaram para um maior grau de vulnerabilidade, como o afastamento da rede de proteção e sócio-afetiva.

Conhecer o trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência nos permite não somente uma análise sobre as dimensões deste fazer profissional, suas potencialidades e os principais desafios colocados, mas também possibilita uma aproximação do conhecimento

sobre o público alvo de sua intervenção, a partir de um esboço das demandas colocadas e das ações elaboradas em resposta a tais demandas.

A realização da pesquisa, a partir da temática deste trabalho, tem sua relevância expressa na possibilidade de análise sobre as dimensões do fazer profissional, suas potencialidades e os principais desafios colocados, bem como uma aproximação do conhecimento sobre o público alvo de sua intervenção, a partir de um esboço das demandas colocadas e das ações elaboradas em resposta a tais demandas. Ao finalizar a pesquisa, assumimos o compromisso em dar retorno dos resultados obtidos aos sujeitos da pesquisa, buscando também socializar as informações através da publicização do trabalho, apresentação em seminários e rodas de conversa, buscando alcançar profissionais e usuários. Desejamos que a reflexão sobre o trabalho profissional junto às pessoas com deficiência possa fortalecer a luta pelos direitos desta população bem como o aprimoramento de políticas públicas e o planejamento de ações profissionais, possibilitando construir e lapidar caminhos e propostas para que tais objetivos sejam alcançados.

2 A PROTEÇÃO SOCIAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com deficiência sofreram e ainda experienciam as reverberações ocasionadas por concepções preconceituosas e estigmatizantes, que impactam diretamente em suas vidas e afetam suas possibilidades de participação efetiva na sociedade. A compreensão dos elementos que historicamente constituíram a abordagem da deficiência em algumas sociedades esclarece a origem de muitas refrações do preconceito e as conseqüentes violações de direitos a que as pessoas com deficiência foram submetidas, em diferentes momentos e localidades, com semelhanças e diferenças. Estas reflexões nos permitirão compreender as formas de tratamento dadas à questão da deficiência, bem como o alcance de direitos no arcabouço jurídico, sobretudo pelo protagonismo da sociedade civil no processo Constituinte (1987-1988) e do Movimento Político das Pessoas com Deficiência, notadamente a partir dos anos 1970.

Um breve retrato a partir de dados estatísticos do Brasil e do mundo vem nos evidenciar o expressivo número de pessoas que declararam possuir algum tipo de deficiência, conforme apontado no Censo Brasileiro de 2010 e no Relatório Mundial da ONU, de 2011. A desigualdade social foi assinalada como significativo determinante para a produção e reprodução de deficiências, denotando avanços para a mudança de concepção que antes era entendida como uma tragédia pessoal, para a compreensão enquanto fenômeno social. Neste primeiro capítulo também serão pontuadas as principais legislações instituídas com vistas à garantia dos direitos das pessoas com deficiência.

2.1 DA NARRATIVA MÍTICA AO MODELO SOCIAL: OS MODOS DE CONCEBER A DEFICIÊNCIA NAS SOCIEDADES

“Eu costumo falar que minha deficiência aumenta ou diminui de acordo com o meio ambiente em que eu estou. Apesar de andar, se você me colocar num lugar cheio de escada, sem corrimão, certamente a minha deficiência vai aumentar, mas se me colocar num lugar cheio de rampas, de fácil acesso, com condição acessível, a minha deficiência cai, às vezes pode até zerar. Então, não sou eu que sou deficiente, o meu ambiente também é”

(Lúcio Coelho David – Administrador de Empresas. Em: História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência. SNPD, 2010)

Ao falarmos sobre a questão da deficiência, um primeiro aspecto a ser considerado diz respeito ao conceito de deficiência hegemônico em nossa sociedade, pois diferentes

concepções impactam na forma de se fazer a “gestão da diversidade”⁷ e as escolhas políticas, podendo resultar em maiores ou menores possibilidades de participação efetiva dessas pessoas na sociedade. (FREITAS, M. N. C., 2007).

As diferentes concepções sobre deficiência, ao longo da história, foram compatíveis com a cultura de cada sociedade de acordo com seus padrões religiosos, econômicos, familiares e sociais. Assim, em distintas épocas e em diversas organizações sociais existiram concepções diferentes sobre a deficiência e a pessoa com deficiência, o que interferiu nas formas de tratamento dadas à questão. (PEREIRA, R. J. 2006). Para Piccolo e Mendes (2013, p. 285),

Somente em mediação dialética com a sociedade podemos entender o complexo processo que transformou os corpos disformes em corpos deficientes, assim como, a transposição das explicações místicas em reverberações médicas, por fazerem parte da estrutura total que açambarca a sistemática do capital.

É sabido que “a existência de corpos com diferenças marcantes sempre despertou a curiosidade, o espanto ou a indiferença das pessoas em diferentes sociedades” (FOUCAULT, 2001, *apud* SANTOS, W. R. 2008, p.504). O resgate do percurso histórico, em algumas sociedades, acerca das concepções de deficiência é trazido por Freitas, M.N.C. (2007), salientando as principais matrizes interpretativas que organizam a atividade social a partir de suas necessidades e formas de satisfazê-las. A autora referida procurou destacar padrões e invariações que se repetem ao longo do tempo acerca das concepções sobre a deficiência, desde a Grécia Antiga até a Contemporaneidade; assim, traz luz às matrizes interpretativas relacionadas à sobrevivência/subsistência da sociedade, bem como a sociedade ideal e sua função instrumental, os padrões de interpretação de normalidade e inclusão, a técnica e a interpretação da deficiência como fenômeno espiritual.

De acordo com Freitas, M.N.C. (2007), o modelo de subsistência/sobrevivência pode ser observado tanto na Grécia Antiga (Sec. XII ao Séc. VII antes de Cristo) quanto após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945). Na Grécia antiga, com uma aristocracia militar e um modo de vida agrícola, havia predominância dos mitos como forma de explicar o mundo. Em especial, o mito de Hefestos⁸ era utilizado para explicar a deficiência: o então filho de Zeus

⁷ Termo relacionado ao campo organizacional e empresarial. (FREITAS, 2007)

⁸ O mito greco-romano possui a função social simbólica de interpretação da realidade a partir de uma narrativa construída pelo homem. O mito possui a função de identificar a origem dos fenômenos incompreensíveis para o grupo. Busca assim, dar sentido à realidade mas sem valor científico. No mito

com Hera era coxo, tendo sido excluído quando criança, rejeitado pelos pais e cuidado por outras deusas, só retornando ao vale do Olimpo mediante uma contribuição social que ele poderia dar por meio do trabalho. De acordo com Pereira, R. J. (2006, p.14), vários autores “mencionam a eliminação sumária de pessoas com deficiência na Antigüidade, especialmente na Grécia antiga”.

No decurso do tempo, o pensamento mítico deu espaço ao pensamento filosófico de Platão e Aristóteles, no período clássico grego compreendido entre o Século VI a.C e o ano 332 a.C, quando começaram a ser construídas as cidades-Estado, com maior participação política dos cidadãos e exaltação de uma sociedade ideal, que buscava pelas formas perfeitas na arte e na arquitetura. De acordo com Freitas, M.N.C (2007), os referidos filósofos da época mencionavam claramente as pessoas com deficiência: Platão, no seu famoso “A República” dava o lugar do abandono aos “inválidos”, e Aristóteles propunha a não satisfação das necessidades de “crianças disformes”. Percebe-se nesse pensamento uma naturalização do abandono daqueles que não se enquadravam aos padrões sociais desejados (IBIDEM). Essa matriz de interpretação e seus impactos para as pessoas com deficiência voltam a repercutir no Séc. XX, especialmente na Europa, com o pensamento de eugenia, darwinismo e hereditariedade, a partir dos estudos de Galton, Darwin e Mendel.

Conforme ressalta Dias (2013, pag. 06):

Em 1863, Sir Francis Galton, primo de Charles Darwin, concebe a teoria que propõe: se as pessoas talentosas elegerem como parceiros apenas outras pessoas talentosas, a consequência seria, com certeza, uma mensurável prole mais perfeita. Ao desembarcarem nas terras estadunidenses, as idéias eugênicas americanas arrebataram fervor religioso: assim como na revelação mendeliana de transmissão de cor e tamanho de ervilhas, se creditava aos genes a possibilidade de definir a população: escolher parcerias adequadas garantiria o caráter social, biológico e intelectual de todo o povo.

As ideias que surgiram embasaram as concepções e as práticas utilizadas, por exemplo, durante o nazismo na esterilização compulsória (400 mil pessoas esterilizadas) e no extermínio de pessoas com alguma deficiência (260 mil pessoas assassinadas) por possuírem um “alto risco genético” (DIAS, 2013, pag. 09) na chamada Operação Eutanásia, tanto pela justificativa científica quanto pela economia de contenção de gastos com a manutenção e reabilitação de pessoas com deficiência. Também orientavam estas práticas as ideias de

de Hefestos, algumas características chamam a atenção, como a descrição de seu aspecto físico, a presença da rejeição e da punição. (ROSA. 2007)

“compaixão, eugenia, economia e purificação racial” (FREITAS, M. N. C., 2007, p. 46). Assim,

A Operação Eutanásia, segundo Gallagher (1995), não era uma aberração nazista; era considerada uma eficiente aplicação, por meio de políticas públicas, das teorias de cientistas e filósofos da sociedade ocidental, como a teoria da evolução de Darwin, a redescoberta dos princípios genéticos da hereditariedade propostos por Mendel e a eugenia de Galton. O social darwinismo e os princípios da eugenia levavam a crer que a hereditariedade era culpada pela insanidade, excentricidade, histeria, epilepsia, utilização de álcool e drogas, convulsões, cegueira, deficiências e demais desventuras humanas. O programa era considerado tão adequado às necessidades e conhecimentos da época que existiam filmes destinados ao treinamento dos médicos para a atuação nesse programa e uma ética médica para a execução das pessoas com deficiência pautada no respeito à pessoa que deveria morrer rapidamente e sem dor.

[...]

Constata-se, então, que o modelo de interpretação pautado na construção de uma sociedade ideal e perfeita e na função instrumental das pessoas se descola de seu contexto de emergência e se reinventa em outro contexto, com conseqüências muito semelhantes para as pessoas com deficiência, isto é, sua completa exclusão. (FREITAS, M. N. C., 2007, p. 45 – 46)

Acerca deste horror que marcou esta época, Dias (2013) esclarece que somente em 1988 a Alemanha, a partir de uma Lei Federal, condenou as esterilizações e reconheceu a desumanidade do extermínio das pessoas com deficiência, afirmando que essas pessoas e suas famílias eram dignas de “respeito e compaixão”. Entretanto, não houve indenização a essas famílias, deixando claro que, ainda que se reconheçam os erros e a desumanidade cometida contras as pessoas com deficiência, a sociedade constrói a narrativa da compaixão, mas não da dignidade.

Retomando novamente o passado, em relação às concepções religiosas acerca da deficiência, localiza-se na Idade Média (Séc. IV ao XIV) a matriz filosófica de explicação como fenômeno espiritual. Nesta época, creditava-se a poderes invisíveis e espirituais atitudes e destino humanos. Com relação às pessoas com deficiência, supersticiosamente acreditava-se que eram fruto ora de eleição divina, ora de castigo de Deus ou possessão diabólica (PESSOTI, 1984, apud FREITAS, M. N. C, 2007). Deste modo, o tratamento direcionado a elas partia ora da exclusão e condenação à morte, ora do acolhimento em conventos ou igrejas, principalmente os “doentes mentais”. Ressalta-se então que

A institucionalização da deficiência e da loucura encontra, enfim o contexto necessário para a sua justificação. A essas pessoas é necessário conferir a caridade e o abrigo. No entanto, é necessário sublinhar que estas instituições

não tinham um cunho profissional; eram abrigos ou asilos mantidos pela caridade da Igreja ou das pessoas consideradas normais. O Cristianismo modifica o status do deficiente de coisa para pessoa. Contudo, a igualdade no status moral não corresponderá, até a época do Iluminismo, a uma igualdade civil, de direitos. (FREITAS, M. N. C. 2007, p. 49)

Corroborando com este pensamento, Walber e Silva (2006, p. 30) ressaltam que a ética cristã traz uma contraditoriedade na medida em que a ascensão do cristianismo - a partir do Século IV - confere a todas as pessoas, inclusive às “diferentes”, uma alma e a condição de filhas de Deus, enquanto também delega ao deficiente, ao louco e ao criminoso a condição de expiadores de culpas alheias e alvo da punição divina, num “dilema entre caridade e castigo, entre proteção e segregação.” Na Idade Moderna, na transição entre feudalismo e capitalismo, ocorre uma ruptura, como afirma Freitas (2007):

[...] ruptura com a hegemonia da Igreja que elimina, no mundo científico, as explicações sobrenaturais e mágicas, e abre caminho para o desenvolvimento do conhecimento da técnica, da manufatura e da medicina, além de garantir à Igreja o monopólio do espírito. (FREITAS, M. N. C. 2007, p 51-52)

Entretanto, cabe ainda destacar que, segundo Pereira (2006):

A influência das interpretações místicas e sobrenaturais da deficiência atravessou os séculos e embora o modelo explicativo fundamentado na religião tenha sido substituído por outros modelos baseados em explicações mais objetivas e racionais, ainda hoje a influência religiosa é clara, seja na formulação e internalização da culpa, seja na segregação – hoje mais sutil, mas iniciada na Antigüidade por motivações religiosas –, seja na expectativa por milagres, ou mesmo nas relações sociais em que as pessoas com deficiência são vistas como carentes de algum tipo de ‘ajuda’, ou como alvo de uma caridade camuflada de gentileza e benevolência. (PEREIRA, R. J. 2006, p.61)

De acordo com Rosa (2007, p. 9), algumas passagens do texto bíblico, tanto no Antigo Testamento (antes de Cristo) quanto no Novo Testamento (depois de Cristo), e a mitologia greco-romana mostram “o preconceito com relação à deficiência física na gênese da formação da cultura judaico-cristã, auxiliando a compreensão da construção do imaginário sobre a deficiência física.” No texto bíblico, em diversos momentos as doenças e deficiências eram relacionadas a uma punição em decorrência do pecado, e a cura era relacionada ao perdão dos pecados e ao serviço a Deus, principalmente quando eram desconhecidas as causas dessas doenças e/ou deficiências.

O desenvolvimento da medicina propiciou que o entendimento da deficiência fosse deslocado das explicações mágicas para a ciência médica, à qual cabia avaliar, diagnosticar e tratar as deficiências, que a entendia apenas enquanto uma disfunção corporal. A partir de noções de “normalidade” e “patologia”, definidas pela medicina, as pessoas com deficiência eram institucionalizadas em asilos ou hospitais psiquiátricos, juntamente aos “loucos”, tornando “a institucionalização das pessoas com deficiência, para cuidados profissionais (...) a via preferencial das ações sociais.” (FREITAS, M. N. C., 2007, p. 53). A autora ressalta que no Brasil, a matriz da normalidade ainda era o que direcionava as ações até as décadas de 1960 a 1980, e o fenômeno da deficiência visto como uma problemática individual.

Segundo Walber e Silva (2006), o princípio de normalização como direcionador da compreensão acerca da deficiência trouxe o pensamento de que as pessoas com deficiência deveriam participar ativamente da sociedade desde que se adaptassem à mesma. Este princípio caminha ao lado da ideia de integração social, que orientou então os objetivos de instituições assistenciais, ao passo em que contraditoriamente tais instituições acabavam por reforçar a segregação e marginalização a que eram submetidas pessoas com deficiência através de práticas de trabalho individualistas, “que pouco ou nada exige da sociedade” (Idem, p. 34) e responsabilizam o sujeito com deficiência por seus próprios problemas.

A respeito da inclusão social como matriz de interpretação, Freitas, M. N. C. (2007) ressalta que esta emerge no século XX no contexto do capitalismo. Crescem as instituições dedicadas ao atendimento de pessoas com deficiência e programas de reabilitação. Destacam-se algumas instâncias que concederam apoio e incentivaram debates na área, como a ONU (Organização das Nações Unidas), a OMS (organização Mundial de Saúde), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, e a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Percebeu-se nos Estados Unidos, principalmente a partir das décadas de 1960 e 1970, movimentos por direitos civis e direitos humanos, o que favoreceu para a mudança de concepção em relação a minorias e pessoas com deficiência, destacando o incentivo à autonomia.

A matriz de “inclusão social” nesta perspectiva aponta para um giro de concepção, a partir da qual era importante não mais a adequação da pessoa com deficiência à sociedade, mas adequação da sociedade para promover acessibilidade às pessoas com deficiência. Quando se fala sobre inclusão, também salientamos as considerações de Walber e Silva (2006, p. 36), quando apontam que a inclusão, em contraponto à perspectiva de integração, celebra a diversidade numa via de mão dupla em que pessoas com deficiência e sociedade são

corresponsáveis para a “soma de esforços para equacionar problemas, buscar soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos”.

Os modos de se conceber e interpretar a questão da deficiência sofreu variações ao longo do tempo, passando por concepções místicas, religiosas, como desvio e doença. Como ressaltam Piccolo e Mendes (2013, p. 289),

Na aludida cascata axiológica, o corpo que expressa diferenças para além daquelas tidas como variações da própria natureza humana, deixa de ser compreendido a partir de evidências místicas ou de providências da esfera do divino, adentrando ao campo etimológico das incorreções biológicas. Este fenômeno é singularmente retratado por Foucault (2000) quando resalta que com a prevalência da narrativa médica sobre o corpo, novo discurso autorizado pela modernidade, grande parte do que diz respeito ao sobrenatural perdeu força e sentido e o que antes era visto como castigo ou ira dos deuses passou a ser codificado como patologia derivada de determinadas condições clínicas.

Porém as concepções não foram sendo ultrapassadas linearmente na história, mas de certa forma podem se imbricar. De acordo com Piccolo e Mendes (2013, p.288),

Pfeiffer (2002) destaca que no início do século XX, em Londres, a pessoa que apresentava o fenômeno da epilepsia ainda era considerada como se estivesse sendo possuída por forças malignas, contudo, concomitantemente, cria-se um programa estatal que objetivava desenvolver sofisticados tratamentos médicos para a mesma. É o religioso e o mágico convivendo com o científico.

O sistema capitalista, com suas formas de produção e reprodução da sociedade, define padrões acerca do “corpo útil” e sua utilização, o que significa o estabelecimento de padrões rígidos de inclusão e exclusão. Com a industrialização, uma forma de conceber a deficiência utiliza-se de termos como normal, norma e normalidade, demarcando quem estava apto ou não às atividades laboriosas, com o corpo sendo subdividido entre o “mais ou menos favorável ao investimento rentável (...) e, claro, aqueles que se mostram mais ou menos proveitosos para receber o novo treinamento e disciplina necessária à produção gestada pela máquina.” (PICCOLO; MENDES. 2013, p. 290).

Assim, no individualismo que compõe o *ethos* capitalista, somente o indivíduo responde por sua produtividade ou não produtividade. Os corpos das pessoas com deficiência não se acomodariam ao espaço fabril e ao trabalho assalariado, o que pode ser compreendido como a economia da exclusão, respaldada pela centralidade do saber médico aliado aos interesses do Estado e do capital. Assim, cabia à responsabilidade individual a busca pelo

ajustamento a uma suposta “normalidade” através do tratamento e cura proporcionados pela medicina. Este é o modelo individual da deficiência, orientado por uma matriz positivista, como foi denominado por Oliver (1990, 1996). (PICCOLO; MENDES, 2013, p. 292).

Fazendo referência a Filkelstein (1996), Piccolo e Mendes (2013, p.294) apontam que

A possibilidade de exploração da força de trabalho determina quem é ou não deficiente, incluído ou marginalizado pela sociedade, na medida em que as relações de produção definem a própria condição social de invalidez. No terreno do capital, obcecado pela exploração da força de trabalho, aqueles que são vistos como potencialmente menos exploráveis pelos detentores dos meios de produção, tais como as pessoas com deficiência, em razão de seu suposto desajuste em relação à normalidade instituída pela parafernália industrial, são alijados de tal estrutura. Sem os meios necessários para a manutenção de sua existência, a dependência e o assistencialismo brotam quase que como elementos naturais. Exclui-se uma coletividade para posteriormente incorporá-las às margens e justificar a suposta benevolência do sistema produtivo. Este é o grande dilema enfrentado pelas pessoas com deficiência no capitalismo, estar dentro e fora ao mesmo tempo, fazer parte e ser segregado simultaneamente.

Os autores supracitados problematizam que, na sociedade capitalista, a miséria, a exclusão, o exército industrial de reserva não são naturais, mas socialmente produzidos e necessários à lógica do sistema. Assim como também os diversos elementos de desigualdade, produzidos pelo sistema capitalista, que podem gerar ou agravar deficiências, como a pobreza, as condições de saneamento, a precarização do trabalho, o acesso à saúde e serviços, a violência e as guerras, a destruição do meio ambiente.

Como já discorremos brevemente, inicialmente a deficiência compreendida a partir de um corpo biológico era classificada no âmbito da patologia ou anormalidade. Trata-se do modelo médico da deficiência, cuja interpretação era dada a partir do

[...] azar ou pelo imprevisível e, sobretudo, visto como uma experiência privada e individual, compreendida como uma opressão provocada pela lesão corporal e pelas restrições de capacidades resultantes dela. (SANTOS, W. R. 2008, p.505).

O modelo médico da deficiência como único recurso explicativo foi sendo questionado e criticado teórica e politicamente, despontando então, a partir de um pioneirismo britânico, o modelo social da deficiência. Novas formas de conceber a deficiência foram gestadas na sociedade para além do prisma naturalista, biomédico, confessional, mas a partir de uma análise crítica da sociedade e pelo modo como as relações sociais se dão no contexto

capitalista. Como ressaltam Piccolo e Mendes (2013), os estudiosos do modelo social alimentaram-se, sem dúvida, de aportes marxianos em suas análises, porém suas produções carecem um pouco de aprofundamento no que tange à contradição existente entre capital e trabalho.

A partir da concepção social, a deficiência passou a ser compreendida não apenas como uma lesão corporal, mas como resultante “da opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em função de uma sociedade que se organiza de maneira pouco sensível à diversidade”. (SANTOS, W. R., 2008, p. 506). Desta forma, também denuncia a opressão que os padrões de comportamento exigidos pela sociabilidade capitalista impõem aos sujeitos, dos quais se espera adequação à lógica fabril de produção. Assim,

O padrão emergente do sujeito ideal ao modelo capitalista, o ser que se encaixa à máquina, exige um tipo de corpo no qual a força e a destreza física se mostram fatores fundamentais, elementos estes que excluem de suas relações diretas significativa parcela das pessoas com deficiência. Evidente que tal comentário não pode ser visto como forma de grandezas absolutas. É um aporte em níveis de tendência. Marx (1996) já afirmava de maneira enfática que o capitalismo também se apropriou dos corpos em dissonância às normas instituídas. Nesse interstício, eram oferecidos os piores salários e postos para os mesmos no intuito único de amplificar o lucro total, processo que, longe de amenizar a opressão sofrida por estes sujeitos, torna ainda mais repugnante tal prática. (PICCOLO; MENDES. 2013. p. 461)

A partir do modelo social da deficiência, desponta-se a possibilidade de promover a garantia dos direitos da pessoa com deficiência, ao convocar a sociedade para a responsabilidade de enfrentamento deste fenômeno na esfera do público, reconhecendo que a deficiência não é uma experiência privada e individual, mas diz respeito a um sujeito inserido numa determinada sociedade (SANTOS, W. R., 2008).

Sobre o modelo social da deficiência, importante salientar as considerações de Piccolo e Mendes (2013, p.297) ao elucidarem que

A escolha terminológica visa destacar a deficiência como categoria produzida por várias forças: econômicas, políticas, culturais, simbólicas, médicas, atitudinais, elemento que impossibilita a explicação da mesma de forma simplista e unilateral.

De acordo com a Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – SNPD (2012)

Deficiência é, em grande parte, aquilo que a estrutura física, social e de atitude da sociedade imputa às pessoas que têm restrições em suas funcionalidades. O conhecimento desse modo de vida diferente nos alerta e

nos ajuda a entender a deficiência, não como uma circunstância pessoal, mas como uma estrutura social que estabelece deveres entre os organismos internacionais, órgãos do Estado, movimentos organizados e grupos sociais, contando sempre com a participação das pessoas com deficiência. (SNPD, 2012, p. 28)

Para Piccolo e Mendes (2013. p. 460), os estudos sobre a deficiência, sistematizados por teóricos do Reino Unido no Século XX – “grupo londrino composto por Oliver, Barnes, Abberley, Barton, Shakespeare e Finkelstein, todos ativistas da *Union Physical Impairment Against Segregation (Upias)*”, trouxeram pioneiramente o que seria o pilar do modelo social da deficiência: a diferenciação entre lesão e deficiência. Assim, a lesão indica um aspecto individual e biológico, enquanto a deficiência diz respeito a uma organização social excludente que gera restrição de participação e de atividades.

O modelo social da deficiência foi sendo posto na sociedade tanto pelos teóricos quanto pelo próprio movimento político das pessoas com deficiência, a partir da metade do século XX, momento em que “a deficiência tornou-se uma questão a ser enfrentada pela sociedade no âmbito da reivindicação de direitos e pela necessidade de adequações dos ambientes às diversidades corporais.” (SANTOS, W. R., 2008, p.507)

Não isenta de críticas, a concepção de modelo social foi problematizada, com destaque para o movimento feminista, que questionou sobre as pessoas com deficiências severas, as quais não conseguirão ser independentes ou produtivas independentemente da forma como a sociedade se organizará para atendê-las, apontando para as especificidades de cuidados que tais pessoas demandam. Além disso, o movimento feminista apontou que a discussão sobre deficiência não pode estar desvinculada de um debate sobre gênero, raça, classe social e geração. Entretanto, os teóricos do modelo social não desconsideraram as lesões existentes e a importância de cuidados médicos, porém tecem uma crítica à ampla medicalização e à recorrência do fator biológico como único recurso explicativo. (SANTOS, 2013).

Assim,

Há formas diferenciadas de entender a crítica feminista nos estudos sobre deficiência. De um lado, há quem defenda que os questionamentos trazidos pelo referencial teórico feminista sobre a deficiência criam obstáculos às possibilidades de reivindicação de direitos, ao fragmentar o sujeito político - uma crítica semelhante à fragmentação deixada pela pós-modernidade. Em outra perspectiva, a problematização feminista é entendida como condição de possibilidade para a compreensão da complexidade e diversidade da experiência da deficiência. (SANTOS, W.R., 2008, p. 509)

No Brasil, um importante passo que demonstrou uma inclinação ao modelo social da deficiência pode ser verificado no Censo Demográfico⁹ de 2000, quando as pesquisas incluíram questões que não somente abarcavam as lesões relativas às deficiências, mas também perguntas acerca de graus de dificuldade encontrados por essas pessoas em seu dia-a-dia. Desta forma, ultrapassa-se uma tendência verificada em Censos anteriores que consideravam apenas incapacidades, para uma forma de compreender a deficiência em sua interação com o ambiente. (SANTOS, W.R., 2008)

Assim também, o Censo de 2010 realizado no Brasil não só buscou estimar os dados relacionados às características das pessoas com deficiência, mas também apontou e analisou a acessibilidade no entorno nos domicílios. Os resultados obtidos

não mostraram um ambiente facilitador para a mobilidade das pessoas com deficiência. Em cada face de quadra foram observados os seguintes itens: Meio fio / guia; Calçada / passeio e, Rampa para cadeirante. Os dados mostram que somente 5,4% dos domicílios brasileiros possuíam rampas, 5,8% dos quais nas faces de quadras de moradias adequadas; 1,9% em moradias semiadequadas e, 0,2% em moradias inadequadas. O item Calçada / passeio estava presente no entorno de 80% das moradias adequadas, 43% nas semiadequadas e em somente 9% das inadequadas. Meio fio / guia foi encontrado em 86,1% das moradias adequadas, 55,6% nas semiadequadas e 14,1% nas inadequadas. (SNPD, 2012, p. 25)

Corroborando este pensamento, tem-se que

O ambiente de uma pessoa tem um enorme impacto sobre a experiência e a extensão da deficiência. Ambientes inacessíveis criam deficiência ao criarem barreiras à participação e inclusão.(...) O ambiente pode ser mudado para melhorar a saúde, evitar incapacidades, e melhorar os resultados finais para as pessoas com deficiência. Tais mudanças podem ser implementadas pela legislação, por mudanças nas políticas públicas, pela construção da capacidade de agir, ou por desenvolvimentos tecnológicos (ONU, 2011, p. 4)

As mudanças paradigmáticas sobre a deficiência começaram a se gestar na década de 1970, porém os reflexos deste entendimento nas atitudes e nas legislações, para incorporar princípios do modelo social nas políticas públicas, passaram a ser mais presentes a partir dos

⁹ “O Censo Demográfico (...) investiga características demográficas, sociais e econômicas de toda população brasileira que vive em domicílios particulares permanentes”. Disponível em: <https://www.politize.com.br/censo-demografico/>.

anos 2000¹⁰, com destaque para marcos legais e internacionais. (SANTOS, W. R. 2016). Além da abordagem diferenciada observada nos Censos de 2000 e 2010, no Brasil observamos o modelo social da deficiência presente em legislações, como, por exemplo, a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (CDPD), da Organização das Nações Unidas - ONU, assinados em Nova Iorque no ano de 2007, e promulgada a título de Emenda Constitucional no Brasil através do Decreto nº 6.949 de 25 de Agosto de 2009, que reconhece, em seu preâmbulo, que

a deficiência é um conceito em evolução e [...] resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2011, p. 22).

Assim também, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146, de 2015), conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, ao reconhecer, em seu artigo 2º que

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2015, recurso online)

De um modo geral, as pessoas tendem a pensar a deficiência e a questão da acessibilidade somente a partir da ótica arquitetônica urbana e dos diversos ambientes e espaços. Entretanto, além das barreiras arquitetônicas existem outros tipos de barreiras que podem dificultar ou impedir a participação das pessoas com deficiência, tais como

barreiras comunicacionais (acesso à informação), III) barreiras metodológicas (adequação de métodos e técnicas para o acesso de Pessoas com Deficiência à educação, cultura e lazer); IV) barreiras instrumentais (adequação de ferramentas e utensílios); V) barreiras programáticas (políticas públicas legislações, e normas); VI) barreiras atitudinais. (VENDRAMIN, 2019, pag. 18,19).

Ao problematizarmos a questão da deficiência para além das explicações calcadas no misticismo, nas patologias e padrões de normalidade, e passamos a questionar a naturalização

¹⁰ No item 2.3 trataremos dos avanços acerca dos dispositivos que contemplam os direitos das pessoas com deficiência, cujo destaque no Brasil localiza-se na promulgação da Constituição Federal de 1988

das desigualdades, trazendo as reflexões para o solo das desigualdades gestadas no esteio do sistema capitalista, tal como nos propõe a perspectiva do modelo social, estamos pontuando a deficiência enquanto uma das refrações da questão social, considerando suas particularidades quanto à raça, classe, gênero. De acordo com Iamamoto (2014), a questão social é intrínseca à sociabilidade capitalista e sintetiza a contradição inerente à sociedade burguesa, onde a produção é coletiva e a apropriação é privada no movimento contraditório das relações sociais. Assim, a questão social expressa as desigualdades políticas, econômicas e culturais das classes sociais e possui múltiplas expressões, além de estar relacionada também ao ingresso dos sujeitos sociais no cenário de lutas e disputas pelos reconhecimentos de seus direitos.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado em 2011 pela Organização das Nações Unidas em parceria com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial, aponta que as pessoas com deficiência já somam mais de um bilhão em todo mundo, número este que tende a aumentar devido ao envelhecimento populacional e às doenças crônico-degenerativas. De acordo com o Relatório,

Em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor, e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência (OMS, 2011, p. XI)

Ainda,

Apesar da magnitude da questão, faltam tanto consciência como informação científica sobre as questões relativas à deficiência. Não há consenso sobre definições e pouca informação comparável internacionalmente sobre a incidência, distribuição e tendências da deficiência. Há escassos documentos com compilação e análise do modo em que os países desenvolvem políticas e respostas para abordar as necessidades das pessoas com deficiência. (IBID, p. XXI)

A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS – 2004) objetiva padronizar uma linguagem para descrever a saúde e aspectos a ela relacionados. Ao passo em que a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) classifica os estados de saúde e diagnósticos de doenças, a CIF classifica a funcionalidade e incapacidade relacionadas ao estado de saúde e seus componentes constituintes. A CIF foi elaborada com contribuições de pessoas do mundo todo “envolvendo acadêmicos, médicos clínicos, e o mais importante, pessoas com deficiência” (BRASIL, 2011, p.5)

Dentro de seus componentes, a CIF define deficiências como “problemas nas funções ou estruturas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes” (CIF, 2004, p. 13), podendo ser temporárias ou permanentes, regressivas ou contínuas, podendo variar conforme o grau e o tempo; expressam uma condição de saúde, mas não necessariamente significa adoecimento, ainda que deficiências possam gerar outras deficiências correlacionadas. A CIF considera aspectos biológicos, individuais e sociais para compreender a deficiência e a funcionalidade.

É importante salientar que, mesmo que o alcance do modelo social da deficiência signifique um salto na garantia de direitos a essas pessoas a partir da localização que o modelo social dá às deficiências extrínsecas aos corpos, ou seja, da sociedade, ainda estamos falando, como bem apontou Lanhoso (2021), de “corpos com impedimentos de naturezas funcionais, se pensarmos no padrão de corpo para a engrenagem do sistema de produção capitalista”. Ou seja, o modo de produção capitalista requer determinadas condições para que nos enquadremos a ele dando seguimento às relações sociais de produção. E tendem à exclusão aqueles e aquelas cujos padrões e as formas não se enquadrem a essas relações capitalistas, ou as contestem.

2.1.1 SURGE UMA “NOVA” CATEGORIA NO BRASIL: CAPACITISMO

Embora a palavra capacitismo tenha ganhado maior notoriedade recentemente, principalmente através das redes sociais na internet, ela está sendo utilizada no Brasil desde o ano de 2011. De acordo com Lanhoso (2021), o termo capacitismo foi cunhado para designar as diferentes formas de opressão que podem ser sofridas por uma pessoa com deficiência. Assim como existem palavras como xenofobia, racismo, sexismo, para designar opressões sofridas por imigrantes, negros e mulheres, por exemplo, o capacitismo é uma expressão nativa que foi proposta por Anahi Guedes de Mello durante a 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (BRASIL, 2011, pag. 114), conforme uma das diretrizes aprovadas na plenária final:

Diretriz 4 - Inclusão, nas Conferências Nacionais, Regionais, Estaduais, Municipais e Distrital, de um eixo que trate do enfrentamento do racismo, sexismo, machismo, capacitismo (preconceito contra pessoas com deficiência), lesbofobia, transfobia, bifobia, homofobia e intolerância religiosa nas suas realizações e nos respectivos planos.

Heteronormatividade e Corponormatividade são expressões utilizadas para traduzir aquilo que a sociedade impõe como sendo um padrão normal dos modos de ser: a heterossexualidade compulsória, que fundamenta discriminação e violência contra a população LGBTQIA+; e a corponormatividade para estabelecer padrões de corpos aptos, funcionais. Tais expressões possibilitam acionar a categoria *capacitismo*,

materializada através de atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional. Com base no capacitismo discriminam-se pessoas com deficiência.” (MELLO, 2016, pag. 3266)

Assim, a palavra *capacitismo* inaugura na língua portuguesa brasileira uma categoria analítica capaz de traduzir a discriminação por motivo de deficiência, assim como a costumeira expressão “discriminação por motivo da cor da pele” foi substituída por *racismo*. Não se localiza em documentos e tratados internacionais, como por exemplo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, descrição capaz de sintetizar as diversas formas de discriminação que podem sofrer uma pessoa com deficiência pela negação de seu direito ao “corpo que se habita” (IDEM, pag. 3267). A adoção desta categoria analítica se faz premente pela simbologia e visibilidade social que é capaz de trazer, e também porque se faz

necessário explorar os meandros da corponormatividade de nossa estrutura social ao dar nome a um tipo de discriminação que se materializa na forma de mecanismos de interdição e de controle biopolítico de corpos com base na premissa da (in)capacidade, ou seja, no que as pessoas com deficiência podem ou são capazes de ser e fazer. (IBID).

De acordo com Dias (2013, pag. 10), o que se denomina *capacitismo* é a ideia de que existe uma sociedade padronizada, normal, homogênea e adequada, a partir da qual “se constrói um conjunto de suposições (consciente ou inconsciente) e de práticas que promovem um tratamento desigual de pessoas por causa de deficiências reais ou presumidas”. Conforme DiMarco (2020, pag. 48,49), o *capacitismo* é a crença da não-capacidade e alguns dos julgamentos provenientes dessa crença são da “família pela culpa em ter um ente com deficiência; a religião pela santidade dos nossos corpos, a política e o trabalho, por não considerarem aptos para exercermos nossas ideias”.

Dentre os diversos tipos de barreiras impostas às pessoas com deficiência, o *capacitismo* se enquadraria no conjunto de *barreiras atitudinais* que mescla “preconceitos, estereótipos, estigmas e discriminações ecoadas no comportamento da sociedade na relação

com pessoas com deficiência." (VENDRAMINI, 2019, Pag. 18,19). Uma breve reflexão se faz necessária neste momento a respeito da aparente dicotomia entre barreiras atitudinais e as demais barreiras – físicas, culturais, arquitetônicas, tecnológicas -, conforme trazido no referencial teórico sobre a deficiência. Cabe pensar, como sinalizou Bernardes¹¹ (informação verbal, 2021), se o conjunto de demais barreiras não são também, na essência, barreiras atitudinais, uma vez que refletem escolhas, muitas vezes políticas, sobre a estruturação dos espaços e recursos, sua disposição e utilização.

A expressão capacitismo vem do inglês *ableism*, indicando assim a tendência a uma sociedade baseada na corponormatividade, que se pauta nas pessoas sem deficiência, supostamente *capazes*, e, por isso, “normais”, e do lado oposto as pessoas com deficiência, vistas, portanto, de forma generalizada como incapazes, numa hierarquização preconceituosa das pessoas com deficiência em “função da adequação dos seus corpos à corponormatividade” (MELLO, 2016, pag. 3272). Esta corponormatividade é o que sujeita os “corpos deficientes em razão dos sem deficiência” e “nega a pluralidade de gestos e de não-gestos, sufoca o desejo, mata a vontade e retira assim a autonomia dos sujeitos que são lidos como deficientes” (DiMARCO, 2020, pag.11).

De acordo com Dias (2013), as correntes teóricas que sustentam a discussão contemporânea do capacitismo estão ancoradas nos estudos de gênero e raça. O capacitismo é uma construção social relacionada com a produção de poder relacionada “com a temática do corpo e ao padrão corporal perfeito, dito normal e normativo” (DIAS, 2013, pag.5). Três elementos estruturam esta construção social:

a compreensão da deficiência e a história da eugenia; o papel do conceito de normalidade e suas implicações na conceituação da deficiência e, finalmente, a ofensiva mais recente do neoliberalismo e seus resultados nas populações marginalizadas, incluindo as pessoas com deficiência. (IBID, pag.4)

Segundo a autora citada, o capacitismo está imbricado às concepções e ações misóginas e racistas. Conforme apontamos anteriormente, os ideais de eugenia difundidos principalmente na Europa e nos Estados Unidos nos Séculos XIX e XX fundamentaram práticas de opressão, esterilização, exclusão e extermínio. (DIAS, 2013).

¹¹ Palestrante no curso online “Capacitismo, precisamos dialogar” ofertado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Prefeitura de Juiz de Fora. Ministrada em 20 de outubro de 2021.

Para além da correlação entre capacitismo, racismo, misoginia e machismo, existe a interface com a questão geracional, como pontuou DiMarco (2020, pag. 19) ao ressaltar que “a luta de pessoas com deficiência sempre esteve atrelada à luta de idosos, por exemplo, isso se deve à política de corpos, ou seja, a política do corpo que envelhece, a política do corpo que adocece”. O referido autor resalta como o marcador da diferença possui o efeito de ratificar a “normalidade”: “a existência de um corpo dito com deficiência pauta e afirma a existência de um corpo regra” (IBID, pag. 20). Ao mesmo tempo, afirmar a identidade de pessoa com deficiência é assumir um lugar que muitas vezes foi negado a essas pessoas, pois negar a existência da deficiência enquanto algo que compõe o sujeito é também colocá-lo neste “não lugar”, podendo levar a um não reconhecimento e não construção de uma identidade individual e coletiva, que é tão fundamental para a busca de direitos e para garantir o “lugar de fala”, a partir do qual muitos grupos minoritários e marginalizados se fazem ouvir.

Desta forma, “o sentimento de pertencimento a um grupo é elemento discursivo importante para mobilizar qualquer luta política”. (GOMES, 2016, pag. 26). O reconhecimento da deficiência como componente da pessoa foi o que possibilitou também ao Movimento das Pessoas com Deficiência¹² questionar a expressão anteriormente utilizada para designar esses sujeitos como “portadores de deficiência” sendo substituída, então, pela expressão “pessoas com deficiência”, conforme é utilizada até o presente momento. A mudança da conceituação “portador de deficiência” para “pessoa com deficiência” se deu a partir da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), observando-se a “inadequação da terminologia ”portadora”, pois se referia a alguém que carregava consigo alguma coisa, como se a deficiência não fizesse parte do sujeito, mas fosse algo que está em sua posse.” (FERNANDES; MOREIRA; 2014, p. 53-54)

Desta forma,

Encarar a deficiência como parte do ser humano e sem eufemismos significa avançar na sua compreensão do ponto de vista biopsicossocial e não apenas médico. E nesse sentido, vale salientar que a alteração da estrutura constitucional brasileira, a partir da introdução da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com deficiência, implica transformações na legislação ordinária e na condução de políticas públicas voltadas para esses cidadãos, que deixam de ser assistenciais para se tornarem mais propensas a promover a autonomia ao invés de meros cuidados. (IBID)

¹² Um maior aprofundamento acerca do Movimento Político das Pessoas com deficiência será tratado adiante, no item 2.3.

O capacitismo também diz respeito aos discursos da sociedade acerca da “superação” das pessoas com deficiência, muitas vezes vistas como heróis e heroínas, como exemplos a serem seguidos. DiMarco (2020) aponta o quão doloroso isto pode ser pela negação do direito ao corpo e à possibilidade de existir enquanto uma pessoa com deficiência; o autor, a partir de sua vivência pessoal, relata a forma como se sentia muitas vezes – como pessoa com deficiência - , que o levava a comparar seu corpo a uma casa sem morador e ele mesmo enquanto intruso, alienado de si mesmo, como se sua deficiência fosse algo à parte, como se fosse extrínseca, não humana, e por isso, passível de salvação e superação.

A história das pessoas com deficiência pelo mundo nos diz que esses corpos sempre foram escondidos e aprisionados por ser quem são – isso quando não eram descartados no nascimento. A prática da exclusão sempre foi presente nas nossas vidas, na forma de morte, de aprisionamento ou de exclusão (DiMARCO. 2020, pag. 18)

Conforme aponta Vendramini (2019, pag. 29-20), a imagem estereotipada da pessoa com deficiência é construída pelo binômio *hipervisibilidade e (in)visibilidade*, opostos complementares que atuam “fixando o imaginário sobre a identidade de pessoas com deficiência nos estigmas do herói (discurso da superação) ou do coitado-trágico (discurso da caridade e/ou emocionalidade)”

A construção dos estereótipos relacionados às pessoas com deficiência também são fortalecidos pela mídia. Analisando algumas notícias jornalísticas no Brasil, Wobeto e Borelli (2019) identificaram uma tendência de restrição da pessoa à deficiência que possui, “ainda que elas tenham muitas outras características, desejos e habilidades” (WOBETO; BORELLI, 2019, pag. 12) associando à necessidade de ajuda e inferioridade; e o uso da palavra superação. A forma de veiculação das notícias pela mídia e o discurso utilizado reforçam “a ideia de inferioridade da pessoa com deficiência a partir do ponto de vista do “coitadismo”/trágico e de provocar, no leitor, o sentimento de pena para com esses indivíduos.” (IBID pag. 09) Assim,

a partir das manchetes, há a percepção de que o discurso jornalístico evoca mais a superação das barreiras e dificuldades do que o entendimento de que as mesmas devem ser eliminadas de forma a garantir a acessibilidade (...) Se a construção da notícia é feita a partir da perspectiva da superação, acaba mostrando à sociedade que a pessoa com deficiência precisa ser herói/heroína para conseguir superar barreiras. (...) esse modo de construir a notícia reforça os estereótipos sociais existentes acerca desse público e acaba

por não cumprir sua função de representar a diversidade social (WOBETO; BORELLI, 2019,, pag. 10-11)

Mudar a concepção sobre a deficiência e enxergá-la a partir da perspectiva do modelo social sobre o qual já discorreremos, não é tão simples quanto parece. Pensar um mundo em que “a pessoa que não tem deficiência não fosse a regra do que é ser normal” (DiMARCO, 2020, pag. 17) requer de nós uma desconstrução de paradigmas, “abdicar de uma estrutura de certo e errado, saudável e doente (...) e subverter os símbolos que foram criados para as pessoas com deficiência” (IBID, pag. 51). Estruturas e paradigmas que padronizam os corpos e a sociedade e por conseguinte produzem preconceitos, estigmas, estranhamentos, distinções, e capacitismo. Nas palavras de Vendramini (2019, p.18):

Muitas vezes o capacitismo está presente em situações sutis e subliminares, acionado pela repetição de um senso comum que imediatamente liga a imagem da pessoa com deficiência a alguma das variações dos estigmas construídos socialmente, aos quais se está habituado e, por isso, tendem a não serem percebidos e questionados. Porém, quando o capacitismo é óbvio e visível, ele declara uma outra coisa, ele mostra o quanto esse preconceito ainda é naturalizado como se fosse aceitável ou inevitável. A recorrência dessas experiências é frequente, em variados graus, na vida de diferentes pessoas com deficiência. A questão se centra em pensar como lidamos com esse assunto e o que isso revela sobre a sociedade em que vivemos.

Ao encontro do modelo social, que entende que o ambiente também é deficiente quando não proporciona a inclusão e a participação de todas as pessoas, reafirma-se em consonância às palavras de DiMarco (2020, pag. 19) que “o meio é que deve se adaptar ao sujeito e não o contrário, a sociedade precisa estar pronta para receber e acolher todos os corpos”. Assim, a superação que se almeja não é a imposta às pessoas com deficiência para que vivam como se não fossem quem são, mas sim a superação do desafio colocado a toda a sociedade de não reproduzir práticas capacitistas, e isso requer mudanças de concepções que favoreçam a construção de outra forma de organização social, até o momento em que as pessoas com deficiência não precisarão ser “incluídas” em algum espaço porque já estarão fazendo parte do mesmo.

2.2 BREVE RETRATO DA DEFICIÊNCIA NO MUNDO E NO BRASIL

O Relatório da ONU (2011) sobre as pessoas com deficiência aponta que a desigualdade é uma das principais causas dos problemas de saúde e conseqüentemente das

deficiências. Assim, compreende também, a partir dos critérios da CIF, que as deficiências resultam de uma interação corpo/meio e podem ser suprimidas ou potencializadas na relação com o ambiente, que pode ou não oferecer condições ao acesso e participação social. Muitas destas barreiras não são físicas, mas atitudinais, erguidas no solo do preconceito, ignorância, estigmatização e estereotipação, que culminam em discriminação. Desta forma,

As pessoas com deficiência são diferentes e heterogêneas, enquanto que os pontos de vista estereotipados da deficiência enfatizam os usuários de cadeiras de rodas e alguns poucos outros grupos “clássicos” tais como os cegos e os surdos. A deficiência afeta seja a criança recém-nascida com uma condição congênita tal como paralisia cerebral, seja o jovem soldado que perde sua perna ao pisar numa mina terrestre, a mulher de meia idade que sofre de artrite severa, ou o idoso que sofre de demência, entre muitas outras pessoas. (ONU, 2011, p. 8)

Ainda,

As pessoas que enfrentam problemas de saúde mental ou deficiências intelectuais parecem ser mais desprovidas em muitos cenários do que aquelas que enfrentam deficiências físicas ou sensoriais (IDEM)

Um dos estigmas relacionados às pessoas com deficiência faz com que as deficiências sejam associadas a privações. Embora se saiba que a falta de acesso e as dificuldades passem a vida das pessoas com deficiência, esta condição pode ser experimentada de formas diferentes, haja vista que as pessoas com deficiência também são diversas no que tange ao gênero, cultura, sexo, condição sócio-econômica. A condição de pobreza é bidirecional em relação à deficiência: uma pode incidir sobre a outra e vice-versa, de modo que tem sido constatado empiricamente que as famílias que possuem algum membro com deficiência têm maior chance de enfrentar desvantagens econômicas se comparadas às pessoas que não possuem deficiência. (ONU. 2011)

Aponta-se que pessoas com deficiência têm menos acesso à educação desde a infância, bem como maior probabilidade de ficarem desempregadas ou, se empregadas, receberem menores salários; podem enfrentar custos extras em relação a tratamentos de saúde ou assistência pessoal, que talvez sejam necessários; e famílias com pessoas com deficiência enfrentam falta de acesso a serviços básicos, como alimentação, saúde, saneamento, habitação (ONU, 2011, p. 11).

A pobreza pode aumentar o risco de deficiência. Um estudo realizado em 56 países em desenvolvimento revelou que os mais pobres apresentavam um quadro de saúde pior do que

os mais ricos. A pobreza pode levar ao surgimento de problemas de saúde associados à deficiência, inclusive através de: baixo peso ao nascimento, desnutrição, falta de água potável ou saneamento adequado, condições inseguras de trabalho e de vida. A pobreza pode aumentar a probabilidade de que uma pessoa com um problema de saúde já existente se torne deficiente, por exemplo, devido a um ambiente sem acessibilidade ou à falta de acesso aos devidos serviços de saúde e reabilitação.

[...] Apesar da inter-relação amplamente reconhecida entre deficiência e pobreza, os esforços para promover o desenvolvimento e a redução da pobreza nem sempre incluíram adequadamente as deficiências (ONU, 2011, p. 12-13)

O Relatório apresentado pela ONU trouxe dados referentes às estimativas de prevalência da deficiência¹³, analisando dados de 59 países coletados a partir da Pesquisa Mundial de Saúde realizada entre 2002 – 2004, e a pesquisa da Carga Global de Doenças – 2004, ambas da OMS. As taxas em relação a pessoas com deficiência variam muito nos países a depender dos critérios adotados em cada pesquisa (ONU, 2011). Em muitos países as pesquisas e censos adotam os critérios da CIF, podendo gerar estimativas mais padronizadas e passíveis de comparações em nível internacional.

As perguntas feitas à população questionavam níveis de dificuldade que variavam de leve a extrema, classificadas numa escala de 0 a 100, em que 0 significa nenhuma deficiência e 100 deficiência completa. Um ponto de corte de 40 e 50 foi utilizado para expressar o percentual de pessoas que tinham dificuldades significativas e bastante significativas, respectivamente. Os resultados apontam que cerca de 650 milhões de pessoas com idade igual ou maior de 18 anos enfrentavam dificuldades funcionais significativas e 92 milhões de pessoas, dificuldades bastante significativas. Importante destacar que

Em todos os países, grupos vulneráveis, como mulheres, pessoas no limiar de pobreza extrema, e idosos apresentaram incidências superiores de deficiência. Para todos esses grupos a taxa foi superior nos países em desenvolvimento. A prevalência da deficiência nos países de renda mais baixa entre pessoas com idades de 60 anos ou mais, por exemplo, foi de 43,4%, se comparada a 29,5% nos países com renda mais elevada. (ONU, 2011, p. 29).

¹³ “A prevalência de deficiências é o resultado de uma relação complexa e dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais.” (ONU, 2011, p.32)

Salientamos que, como ponderado pelo Relatório Mundial sobre Pessoas com Deficiência, a pesquisa referida possui algumas limitações e incertezas na medida em que poderia ter explicado as variações entre países, e levado em considerações diferenças culturais e ambientais que poderiam interferir nas expectativas e respostas dos entrevistados.

Já sobre o estudo proveniente da Carga Global de Doenças, de 2004, que trouxe informações sobre crianças com deficiência, tem-se que

A análise dos dados sobre a Carga Global de Doenças de 2004 para este Relatório estima que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas dos estimados 6.4 bilhões de habitantes em 2004 (35)) possuíam “deficiências graves ou moderadas”, enquanto que 2,9% ou cerca de 185 milhões enfrentavam “deficiências graves”. Entre aqueles com idades de 0–14 anos, as cifras foram de 5,1% e 0,7%, ou 93 milhões e 13 milhões de crianças, respectivamente. Entre aqueles com 15 anos ou mais, as cifras foram de 19,4% e 3,8%, ou 892 milhões e 175 milhões de pessoas, respectivamente. (ONU. 2011, p. 29).

Comparando-se os dados das duas pesquisas, o Relatório Mundial (ONU, 2011) aponta que existem semelhanças encontradas em relação à prevalência por faixa de renda, porém uma diferença considerável em relação ao sexo, uma vez que a Pesquisa Mundial de Saúde apontou uma prevalência de deficiências 60% superior em mulheres, e a Carga Global de Doenças apontou uma prevalência de 11% em mulheres em comparação aos homens. Tal diferença pode ser estimada devido ao uso de categorias diferentes nas respostas. Novamente, o Relatório Mundial da ONU (2011) destaca que tais pesquisas necessitam ser aprimoradas, embora sejam os melhores conjuntos de dados globais disponíveis até o momento.

Quando falamos sobre fatores inter-relacionados que influenciam na incidência de deficiências, muitas condições de saúde-doença devem ser consideradas. Deficiências podem ser acarretadas devido a fatores congênitos, hereditários como, por exemplo, condições genéticas herdadas, ausência de cuidados específicos na primeira infância, doenças infecciosas, neurológicas, como a meningite, a poliomielite; doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiopatias, diabetes e câncer; deficiências ocasionadas por transtornos mentais e também decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas. Fatores ambientais também interferem no maior ou menor grau de deficiência e incapacidade, dependendo de como o ambiente estiver estruturado e seus recursos disponíveis. Em relação aos condicionantes sociais, destacam-se que muitas deficiências originadas a partir de situações de conflitos armados, desastres naturais, violência e acidentes no trânsito, acidentes

e adoecimento causado pelo trabalho, dentre outros fatores ambientais e sociais que incidem sobre a saúde de uma pessoa ou uma população.

Para alguns fatores ambientais, tais como baixo peso ao nascer e falta de nutrientes dietéticos essenciais, como o iodo ou ácido fólico, o impacto sobre a prevalência e a prevalência de problemas de saúde associados a deficiências é bem reconhecido na literatura epidemiológica. Mas o quadro é bastante diferente devido à exposição a péssimas condições de saneamento, desnutrição, e falta de acesso aos serviços de saúde (por exemplo, para obter imunização), todos variam muito no mundo todo e geralmente são associados a outros fenômenos sociais como a pobreza, a qual também representa um risco de deficiência. (ONU, 2011, p. 39)

A correlação entre deficiência e pobreza é trazida na literatura, como explicitado pela ONU (2011), tendo algumas diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Porém, estudos longitudinais que expliquem a correlação causal entre deficiência e pobreza raramente estão disponíveis. Os estudos apontam mais a relação entre pessoas deficientes e não deficientes no que tange à inserção no mercado de trabalho, por exemplo, mas “poucos estudos fornecem informações sobre o status sócio-econômico das pessoas antes do surgimento de deficiência e o que acontece depois disso” (ONU, 2011, p. 40).

Ressaltou-se também que muitas vezes a condição de pobreza pode decorrer dos gastos familiares despendidos em virtude da condição de saúde. Assim, “essas despesas adicionais podem ser feitas com serviços de atendimento médico, dispositivos assistivos, opções mais caras de transportes, aquecimento, serviços de lavanderia, dietas especiais, ou assistência pessoal” (IBID, p. 44)

No Brasil, os dados relativos às pessoas com deficiência foram sistematizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, através da pesquisa do Censo realizada no ano de 2010. O Recenseamento Demográfico, ou Censo, é uma pesquisa realizada decenalmente e “constitui a principal fonte de referência para o conhecimento das condições de vida da população em todos os municípios do País” (IBGE, recurso online). Até o momento de conclusão desta dissertação, não houve outro recenseamento, este que provavelmente ocorreria em 2020¹⁴. Assim, o Censo de 2010 ainda é o documento de referência de dados estatísticos do Brasil.

¹⁴ De acordo com o Portal *Agência Brasil*, o Censo 2020 não pode ser realizado devido a corte orçamentário (88% do valor total foi vetado no Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente); Segundo nota divulgada pelo IBGE, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) está em andamento, porém algumas datas de divulgação de alguns dados precisaram ser reprogramadas. A

O Censo de 2010 foi realizado buscando identificar o grau de severidade das deficiências, a partir das respostas dos entrevistados e de suas próprias percepções. Também buscou elencar a prevalência de diferentes tipos de deficiência e as características deste segmento populacional. A pesquisa não conta com dados sobre pessoas institucionalizadas. A Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNPD, a partir dos dados do IBGE, produziu uma Cartilha apresentando os resultados e algumas discussões. Assim,

As perguntas feitas aos entrevistados buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora pelos seguintes graus de dificuldade: (i) tem alguma dificuldade em realizar; (ii) tem grande dificuldade e, (iii) não consegue realizar de modo algum; além da deficiência mental ou intelectual. (SNPD, 2012, p.5)

Os dados apresentados nos revelam que 45.606.048 brasileiros, ou 23,9% da população, vivem com algum tipo de deficiência, seja ela mental, intelectual, visual, motora ou auditiva; a maioria é mulher¹⁵ (25.800.681 – numa proporção de 100 mulheres para 76,7 homens), bem como a maioria reside em área urbana (38.473.702).¹⁶ A deficiência visual

PNAD diferencia-se do Censo uma vez que este busca dados de todos os domicílios possíveis, enquanto a PNAD trabalha na atualização de dados de acordo com uma amostra probabilística e representativa dos domicílios. A realização decenal do Censo é fundamental para o planejamento de políticas públicas e do repasse do Fundo de Participação dos Municípios.

Para acessar o conteúdo na íntegra, acessar: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/economia/audio/2021-04/centso-demografico-nao-sera-realizado-em-2021>; <https://www.ibge.gov.br/calendario-estudos-e-pesquisas-estruturais-e-especiais>

¹⁵ De acordo com a Cartilha do Censo de 2010 (BRASIL. 2012, p.9), “esses indicadores refletem o conhecido fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre com frequência muito mais alta no segmento das pessoas com deficiência.” Entretanto, observam-se discrepâncias por questões de gênero, como menores níveis de ocupação da população feminina em todos os tipos de deficiência investigados, tal como se observa na população em geral, com ou sem deficiência. (BRASIL. 2012, p. 20)

¹⁶ Em 2018 o IBGE publicou a Nota Técnica 01/2018 a partir da releitura dos dados de pessoas com deficiência do Censo de 2010, em adequação às recomendações do Grupo de Washington (fomento e cooperação para padronização de estatísticas internacionais sobre pessoas com deficiência). O Censo de 2010 no Brasil registrou 45.606.048 pessoas com deficiência (23% da população), devido à contabilização feita, a partir das perguntas, de todas as respostas afirmativas à presença de alguma deficiência, definida por critérios como “grande dificuldade”, “alguma dificuldade”, “não consegue de modo algum”. A partir da releitura dos dados, o IBGE adotou uma linha de corte proposta pelo grupo de Washington, considerando assim pessoa com deficiência aquela que respondia ter muita dificuldade

apresentou maior ocorrência, seguida da motora, auditiva, e intelectual ou mental. No que tange à faixa etária, temos que os tipos de deficiência variam de acordo com a idade, sendo mais acentuada na população de 65 anos ou mais, o que aponta tanto para a perda de funcionalidade decorrente do avanço da idade, como para o processo de envelhecimento da população brasileira (SNPD, 2012). Acerca da concepção de funcionalidade, é explicitado que

a funcionalidade não depende somente da restrição corporal, mas também, e principalmente, de estrutura de organização social flexível e adaptável a todos os tipos de pessoas, notadamente crianças, pessoas com deficiência (permanente ou temporária) e idosos. (SNPD, 2012, p. 10)

Em relação aos percentuais de raça, temos que nas raças preta e amarela há maior incidência de deficiência (e aqui também as mulheres negras são maioria com deficiência em comparação aos homens negros). No que tange à incidência de deficiência nas diferentes regiões brasileiras, a SNPD (2012) aponta que a região Nordeste apresenta as maiores taxas de incidência de pessoas com pelo menos um tipo de deficiência, esta tendência foi mantida desde o Censo de 2000, que apontou também maior taxa no Nordeste. Nas regiões Sul e Centro Oeste ocorreram as menores taxas e a região Sudeste responde por 23,03% do total nacional, semelhante à região Norte que apresenta 23,40%. O Estado de Minas Gerais apresenta 4.432.456 pessoas com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 22,62% da população do Estado. É importante apontar que

Estados e regiões oferecem condições de vida diferentes para seus habitantes e, como as pessoas com deficiência incluem em suas percepções as dificuldades e facilidades que enfrentam em suas vidas diárias, a incidência pode ser maior ou menor, dependendo das condições oferecidas pelo estado e região. Portanto, a maior incidência pode refletir, também, condições de vida piores encontradas em alguns estados e regiões.

[...]

Esses dados corroboram a tese de que a deficiência tem forte ligação com a pobreza e que os programas de combate à pobreza também melhoram a vida das pessoas com deficiência. (SNPD, 2012, p. 10-11)

ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões de atividades de vida diárias. Desta forma, o quantitativo de pessoas com deficiência diminuiu de 45.606.048 para 12.748.663 (6,7 % da população). Cabe destacar que não esta mudança não significa correção de dados, mas sim adequação do aspecto analítico dos mesmos. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf

Comparando-se o Censo de 2010 com o Censo de 2000 no Brasil, observa-se que houve um aumento da porcentagem de pessoas com deficiência: 14,5% em 2000 e 23,9% em 2010. Este aumento pode ser explicado por algumas mudanças realizadas pelo IBGE no que tange aos padrões utilizados na pesquisa.¹⁷ Algumas estimativas continuam as mesmas, como a maior incidência no Nordeste e na faixa etária correspondente a 65 anos ou mais. Em relação à raça, no ano 2000 a maioria das pessoas com alguma deficiência se encontrava nas que se autodeclaravam pretas; em 2010 a maior incidência ocorre entre pretos e amarelos, e a menor incidência na população indígena. (SNPD 2012). Neste lapso de dez anos, notou-se um crescimento da população com deficiência, e “ainda que haja alguma distorção nesta comparação evolutiva em decorrência de mudanças conceituais e de instrumentos de coleta, os dados revelam uma expansão do fenômeno”. (CFESS, 2012)

As diferenças existentes entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência também são trazidas pelas estatísticas, em relação às taxas de alfabetização, nível de instrução, escolarização, trabalho, atividade e rendimento do trabalho. As pessoas com deficiência apresentam taxas de alfabetização menores, entretanto a taxa de escolarização mostrou-se equânime para os dois grupos populacionais, com pouquíssima disparidade. (SNPD, 2012)

Sobre o nível de instrução, observou-se, na faixa etária correspondente a 15 anos ou mais, que 61,1% das pessoas com deficiência não tinham instrução ou tinham ensino fundamental incompleto. Em todos os níveis, desde o ensino fundamental completo até o superior completo, as taxas eram menores para pessoas com deficiência em relação às pessoas sem nenhuma deficiência. Quando a idade é a partir de 5 anos, temos que, entre os tipos de deficiência, a menor taxa de alfabetização foi entre pessoas com deficiência mental ou intelectual, portanto, a mais restritiva neste aspecto, superando as deficiências motoras e visuais. (SNPD, 2012)

Em relação ao trabalho, a SNPD (2012) mostra que a participação das pessoas com alguma deficiência no mercado de trabalho era menor em comparação às pessoas sem nenhuma deficiência, com destaque para o dado de que “a população feminina apresentou menores níveis de ocupação em todos os tipos de deficiência investigados” (SNPD, 2012, p. 20). As mulheres também apresentaram as menores taxas de atividade, que medem a

¹⁷ A Lei Federal 7.853, de 1989, dispõe sobre a obrigatoriedade de inclusão de questões sobre deficiência nos censos demográficos.

população economicamente ativa. Sobre o tipo de deficiência e a taxa de atividade, novamente a deficiência mental ou intelectual foi a mais restritiva.

De acordo com o Censo de 2010, no que tange à categoria rendimento do trabalho, os resultados apontaram que pessoas com deficiência estão em maioria nas classes com menores rendimentos, comparadas às pessoas sem deficiência; também constataram que as pessoas com deficiência são maioria no setor informal, com trabalhos sem carteira assinada: “Os trabalhadores não remunerados eram 2,2% para a população com deficiência e 1,7% para a da população sem nenhuma das deficiências.” (SNPD, 2012). De acordo com dados apresentados pela “Ação Social Para Igualdade das Diferenças” (2019) a partir da pesquisa intitulada “Expectativas e Percepções sobre o Mercado de Trabalho para Pessoas com Deficiência” (2017), cerca de 5,8% do total de empregos formais no Brasil são ocupados por pessoa com deficiência, número que indica um crescimento desde 2015, mas ainda assim pouco para uma representatividade de fato. Ainda, apontam que 30% dos líderes das empresas afirmaram que nunca ouviram falar ou sabem muito pouco sobre a Lei de Cotas (LEI 8.213/1991) e a Lei Brasileira de Inclusão (LEI 13146/2015).

Como aponta a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, os programas e projetos no Brasil são direcionados às pessoas que apresentam deficiência severa, identificada através das respostas obtidas em que os entrevistados relatavam apresentar grande dificuldade para realizar suas atividades ou não conseguir realizar de modo algum. Os dados nos mostram que “8,3% da população brasileira apresentavam pelo menos um tipo de deficiência severa.” (SNPD, 2012, p.7).

De acordo com o discorrido até o presente momento, observando os dados e as estimativas apresentados tanto pelo Relatório da ONU, quanto pela Cartilha do Censo sobre pessoas com deficiência, são aparentes as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência na atualidade. Seus indicadores traduzem a “desigualdade social que reproduzem a deficiência como condição das pessoas com impedimentos corporais ou limitações funcionais” (ARANTES, 2019. p. 12). Os dois documentos apresentados retratam e reiteram uma relação entre deficiência e pobreza. Portanto, o retrato da deficiência no Brasil e no mundo, que pode ser realizado a partir de dados estatísticos, reflete que a organização social é geradora e mantenedora de deficiências, de maiores ou menores possibilidades de integração e participação. Desta forma, endossamos que a deficiência “não está focada no indivíduo, mas na materialidade da sociabilidade burguesa, que não almeja nem oportuniza às pessoas a manifestação de suas diferenças nas atividades cotidianas”. (IBID., p. 10)

Pensar a deficiência somente em seu aspecto biológico, sem considerar as contraditoriedades históricas e sociais que permeiam esta questão e “as iniquidades que pululam sob os meandros do capital”, acabam por levar ao individualismo e culpabilização dos indivíduos pela sua própria condição, uma composição que “sob tal lógica quem deve mudar são as pessoas e não a sociedade” (PICCOLO; MENDES, 2013, p. 463)

2.3 TRAJETÓRIAS E LUTAS NA CONFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

“O resgate não é apenas para que nós tenhamos memória. É a memória que vai fortalecer os passos que nós temos que dar adiante” (Izabel Maior, ex-secretária nacional da Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2010)

De acordo com Sposati et al (2014, p. 59),

A assistência ao outro é prática antiga na humanidade. Não se limita nem à civilização judaico-cristã nem às sociedades capitalistas. A solidariedade social diante dos pobres, dos viajantes, dos doentes, dos incapazes, dos mais frágeis, se inscreve sob diversas formas nas normas morais de diferentes sociedades. Ao longo do tempo grupos filantrópicos e religiosos foram conformando as práticas de ajuda e apoio.

A caridade, a benevolência e a solidariedade guiaram muitas práticas de assistência aos mais necessitados, estas que com o tempo foram alçadas à responsabilidade pública, sendo apropriadas pelo Estado. Até a década de 1930, no Brasil, as expressões da questão social, como a pauperização dos trabalhadores, eram tratadas como problemas individuais passíveis de punição pelos aparelhos repressivos do Estado. Para além da lógica repressiva, o viés assistencial era prestado por organismos calcados na solidariedade civil de natureza confessional. Assim, “os modelos de atendimento assistencial decorrentes da percepção da pobreza como disfunção pessoal encaminhavam-se, em geral, para o asilamento ou internação dos indivíduos portadores dessa condição” (SPOSATI, ET AL, 2014, p. 61). A assistência aos mais pobres era tida a partir do binômio médico-assistencial, que se configurou como trajetória inicial de muitas instituições.

Após a década de 1930 o Estado passa a desenvolver ações de proteção social destinadas aos trabalhadores e progressivamente assume a responsabilidade pelo

enfrentamento das expressões da questão social, mecanismo que também favorecerá o processo de acumulação de capital. (SPOSATI ET AL, 2014). O período compreendido entre os últimos 25 anos do século XIX (1875 em diante) e as primeiras décadas do Século XX (a partir de 1901) foi marcado pela passagem do Capitalismo Concorrencial ao Monopolista, entendido como o estágio imperialista do capitalismo. O capitalismo monopolista potencializa as contradições da ordem burguesa e traz também novos antagonismos. (NETTO, 2011). No capitalismo monopolista o Estado articula funções econômicas e políticas, procura legitimar-se politicamente e faz isso incorporando outros protagonistas sócio-políticos, alargando sua base de sustentação, institucionalizando direitos e garantias cívicas e sociais, organizando um consenso e buscando a coesão social. (IBID).

Para Netto (2001), a constituição dos monopólios ocorreu concomitantemente a um salto organizativo na luta dos trabalhadores, surgimento de partidos operários de massa, conquistas e respeito à cidadania. Assim, destaca que a satisfação de demandas das classes subalternas pelo Estado muitas vezes pode servir como meio para o interesse direto ou indireto da maximização dos lucros. Daí a emergência, junto ao capitalismo monopolista, das políticas sociais públicas, que exercem a função da preservação e controle da força de trabalho – ocupada (com regulamentação das relações entre capital e trabalho) e do exército industrial de reserva (com sistemas de seguro social).

Inegavelmente fruto de lutas sociais e conquista dos trabalhadores, as políticas sociais também denotam a inclinação do Estado ao atendimento das demandas das classes subalternas, ainda que de forma fragmentada e parcializada. (NETTO, 2011). As políticas sociais são funcionais à acumulação capitalista, mas também conseguem garantir ganhos aos trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

No Brasil, as primeiras instituições que prestaram cuidados às pessoas com deficiência remontam do Séc. XIX, ainda sob o Império Monárquico. Anteriormente a isso, pessoas com deficiência que demandassem cuidados ficavam recolhidas sob a tutela da família ou eram encaminhadas a instituições de longa permanência, como o Hospital dos Lázarus, de 1791, destinado àqueles com hanseníase. Tal prática de isolamento das pessoas com hanseníase só foi encerrada na década de 1980 do Século XX. Assim também, dava-se à deficiência intelectual, entendida como uma espécie de loucura, o destino manicomial. Em 1841 é fundado o “Hospício Dom Pedro II”, vinculado à Santa Casa de Misericórdia para atendimento aos “alienados”. Em 1854 é fundado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, que mais tarde viria a se tornar o Instituto Benjamin Constant – IBC, e em 1856 o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, denominado mais tarde Instituto Nacional de Educação de

Surdos - INES. Tais instituições destinavam-se à educação de pessoas cegas e surdas. O seu financiamento era estatal e as práticas educacionais eram baseadas em práticas européias. (BRASIL. 2010)

Essas instituições, que funcionavam como internatos, inspiravam-se nos preceitos do ideário iluminista e tinham como objetivo central inserir seus alunos na sociedade brasileira, ao fornecer-lhes o ensino das letras, das ciências, da religião e de alguns ofícios manuais.

[...]

A cegueira e a surdez foram, no Brasil do século XIX, as únicas deficiências reconhecidas pelo Estado como passíveis de uma abordagem que visava superar as dificuldades que ambas as deficiências traziam, sobretudo na educação e no trabalho. (IBID, p. 21).

Esses institutos, antes restritos à capital do Império, Rio de Janeiro, expandiram-se para outras cidades no início do século XX. A sociedade civil cria também instituições para o atendimento de pessoas com deficiência, como as Sociedades Pestalozzi (1932), as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE (1954), e alguns centros de reabilitação física devido ao surto de poliomielite na década de 1950, com destaque para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (1954) com objetivo também de formar recursos humanos nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (BRASIL, 2010). As Associações Pestalozzi e APAES cresceram juridicamente e em 1970 foi fundada a Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi (Fenasp), e em 1962 a Federação Nacional das APAES (Fenapaes). De acordo com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, até o ano de 2010 o Brasil somava cerca de 150 sociedades Pestalozzi e mais de duas mil APAES no país.

Essas organizações constituem uma rede de atendimento à pessoa com deficiência de expressiva capilaridade na sociedade, que presta serviços de educação, saúde e assistência social. O atendimento é voltado para as pessoas com deficiência intelectual e múltipla. (BRASIL, 2010, p. 25)

De acordo com a SNPD (2010, p. 26)

O surgimento da reabilitação física suscitou o modelo médico da deficiência, concepção segundo a qual o problema era atribuído apenas ao indivíduo. Nesse sentido, as dificuldades que tinham origem na deficiência poderiam ser superadas pela intervenção dos especialistas (médicos, fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e outros). No modelo médico, o saber está nos profissionais, que são os principais protagonistas do tratamento, cabendo aos pacientes cooperarem com as prescrições que lhes são estabelecidas.

A partir da década de 1930 começam a surgir associações de surdos, de deficientes físicos, que embora não tivessem objetivos políticos definidos, eram espaços de discussão e lutas identitárias. Tanto as associações de pessoas com deficiência física e auditiva articularam-se na luta pelo esporte adaptado. Em 1958 são fundados os clubes dos paraplégicos de São Paulo e Clube do Otimismo do Rio de Janeiro. De acordo com a SNPD (2010, p. 33)

Essas iniciativas tiveram como efeito secundário o início da percepção, pelas pessoas com deficiência, da necessidade de discutirem sua inserção política na sociedade. As próprias dificuldades enfrentadas tanto para a prática do esporte quanto no trabalho precário, como a venda de mercadorias de pequeno valor estimularam o início de reivindicações, sobretudo no que se refere à mobilidade. Com o passar do tempo, assumiram cunho cada vez mais político.

Em 1946 é fundada a Imprensa Braille na Fundação para o Livro do Cego no Brasil, e em 1950 o Conselho Nacional de Educação autorizou o ingresso de estudantes com deficiência visual nos cursos de Filosofia. Mais adiante, as associações dos cegos ampliaram-se em quantidade e também nas pautas trazidas, para além da questão econômica, mas com reivindicações relacionadas à educação, ao trabalho, à cultura, ao lazer. As associações em nível local começaram a se articular e buscar o diálogo com outras instâncias da sociedade civil e do governo. Em 1954 é criado o Conselho Brasileiro para o Bem-Estar dos Cegos, primeira entidade nacional. (BRASIL, 2010).

Importante destacar, como fez Fonseca (2013), a Legião Brasileira de Assistência – LBA, que se configurou como um suporte assistencial vinculado ao aparelho do Estado e que, dentre os serviços prestados, ofertou assistência à pessoa com deficiência. A LBA, criada em 1942, pela então Primeira-Dama Darcy Vargas, abarcava um conjunto diverso de programas assistenciais que buscavam prestar atendimento a demandas relacionadas “à saúde, educação, abrigo, trabalho, alimentação, subsistência dos excluídos” (FONSECA, 2013, p. 332). A LBA atuava com recursos advindos do Fundo da Previdência e Assistência Social – FPAS, Fundo da Assistência Social e recursos advindos de outras fontes, como doações e convênios. Possuía também um Programa de Apoio à pessoa com deficiência que fornecia recursos materiais tais como cadeiras de rodas e próteses. Mais adiante, através de portarias e normatizações, ficou responsável sobre o

financiamento de serviços de reabilitação e foram instituídos programas como “Prevenção e Estimulação Precoce, Habilitação e Reabilitação, Distúrbio de Comportamento, Bolsa de Manutenção” (IBID, p. 334).

Na década de 1970 ocorre no Brasil o Movimento Político das Pessoas com Deficiência, com as primeiras organizações compostas e dirigidas por pessoas com deficiência. Inicialmente sem objetivos políticos definidos, configuravam mais uma promoção de espaços de convivência para debates sobre assuntos em comum. Porém já ao final da década, num contexto de efervescência dos movimentos sociais pelo processo de declínio da Ditadura Militar e a consequente redemocratização do país, o movimento ganha visibilidade e as pessoas com deficiência se tornam mais protagonistas politicamente. Em 1979, organizações de pessoas com deficiência de diversos estados reuniram-se numa Coalizão Pró-Federação Nacional de Pessoas Deficientes no intuito de criar estratégias para a luta por direitos e estabelecer metas nacionais.

O eixo principal das novas formas de organização e ações das pessoas com deficiência, surgidas no final da década de 1970 e início da década de 1980, era politicamente contrário ao caráter de caridade que marcou historicamente as ações voltadas para esse público. Estava em jogo a necessidade, por muito tempo reprimida, de as pessoas com deficiência serem protagonistas na condução das próprias vidas. Cândido Pinto de Melo, bioengenheiro e militante em São Paulo, expressou com clareza e propriedade o que eles desejavam naquele momento: tornarem-se agentes da própria história e poderem falar eles mesmos de seus problemas sem intermediários, nem tutelas. (BRASIL, 2010, p. 35).

O movimento das pessoas com deficiência, que tomou corpo no Brasil na década de 1970, aponta para o protagonismo desses sujeitos que até então não participavam de decisões que lhe diziam respeito, haja vista a tutela imposta historicamente pelas instituições e pela família. Conforme explica Gomes (2016, pag. 36), “todas as iniciativas desde o Império até a década de 1970 são parte de uma história na qual pessoas com deficiência ainda não tinham autonomia para decidir o que fazer com a sua própria vida”. Entretanto, a literatura aponta que desde o final do século XIX as pessoas com deficiência se organizavam em associações - principalmente os cegos e os surdos -, e, ainda que muitas delas não tivessem formalidade e objetivos políticos bem definidos, foram fundamentais para criar um ambiente de formação da consciência que resultaria a partir de 1970 no Movimento Político das Pessoas com Deficiência, que teve como catalisador o processo de redemocratização no Brasil e a Promulgação do Ano Internacional das Pessoas com Deficiência pela ONU em 1981. (GOMES, 2016).

O 1º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, ocorrido em Brasília em 1980, contou com a participação de 39 entidades e associações dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Pernambuco, Paraíba, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Espírito Santo, Ceará, Bahia, Amazonas e Alagoas. Importante ressaltar que estas associações eram *de* pessoas com deficiência, o que as difere de entidades *para* pessoas com deficiências, dicotomia esta que foi enfatizada no sentido de que as pessoas com deficiência fossem de fato as protagonistas deste encontro, bem como uma oportunidade para tecer uma crítica à tutela de algumas instituições no trato das pessoas com deficiências e a exclusão das mesmas nos processos de tomada de decisão (BRASIL, 2010)

Um aspecto que chama a atenção ao notar as associações acima referidas é sua segmentação em relação ao tipo de deficiência, o que pode ser observado pelo nome, como por exemplo, algumas das que participaram: União dos Paraplégicos de Belo Horizonte; Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes Físicos; Instituto Paranaense dos Cegos. No entanto, cabe ressaltar que à época do Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes (1980), pensado para a criação de uma Federação das Pessoas Deficientes, foram excluídos da participação e decisão pessoas que não tinham deficiência, o que significou a exclusão de entidades que prestavam assistência à pessoa com deficiência. Tal fato gerou críticas por parte do NID (Núcleo de Integração de Deficientes), que pontuou que: “Assim como não nos interessa escolas, cinemas, ônibus ou empregos só para deficientes, não nos interessa federações que excluem a participação de pessoas não deficientes.” Tais conflitos internos ao movimento apontavam para o complexo processo de formação da Federação. Destaca-se que o 1º Encontro foi positivo ao aproximar as pessoas com deficiência, promover debates, promoção da consciência de grupo e de que os problemas eram coletivos, e não individuais, e mostrar sua força política. (BRASIL, 2010, p. 40).

Essa percepção amadureceu durante a realização do 1º Encontro, como demonstra a comparação entre dois documentos: o texto base, apresentado para discussão no início do Encontro, produzido nas reuniões da Coalizão Pró Federação, e o texto final. O documento base possuía cinco proposições amplas, que versavam sobre trabalho, atendimento médico e psicológico, legislação, transporte e benefícios, como a aposentadoria. Já o documento final continha vinte proposições divididas em cinco áreas: a) trabalho – benefícios; b) transporte – acesso; c) assistência médico-hospitalar – reabilitação e aparelhos de reabilitação; e d) legislação. Além das vinte proposições, o texto final ainda apresentava reivindicações específicas das pessoas cegas, das surdas e dos hansenianos. (BRASIL, 2010, p. 41).

Em 1981 a ONU promulga o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência - AIPD, que “colocou as pessoas com deficiência no centro das discussões, no mundo e também no Brasil.” (BRASIL, 2010, p. 35). De acordo com a SNPD (2010),

Os objetivos principais do AIPD em relação às pessoas com deficiência eram: ajudar no ajustamento físico e psicossocial na sociedade; promover esforços, nacional e internacionalmente, para possibilitar o trabalho compatível e a plena integração à sociedade; encorajar projetos de estudo e pesquisa visando à integração às atividades da vida diária, aos transportes e aos edifícios públicos; educar e informar o público sobre os direitos de participar e contribuir em vários aspectos da vida social, econômica e política.

No Brasil, instaurou-se uma comissão para a promoção do AIPD a partir do Ministério da Educação e Cultura. O AIPD, embora esboçando seu aparente caráter de ajustamento dos indivíduos a um padrão normativo de sociedade, contribuiu para promover a visibilidade das pessoas com deficiência no Brasil. O movimento das pessoas com deficiência manifestou-se em passeatas e mobilizações que contavam com entidades de pessoas com deficiência e outras entidades, a maioria de profissionais da área da saúde. As organizações para pessoas com deficiência também realizaram manifestações e propostas, uma das quais se referia à criação de um fundo nacional para manutenção das entidades, que seria gerido por uma fundação, a qual teria caráter normativo e conduziria uma política para pessoa com deficiência, porém tal proposta não prosseguiu. (BRASIL, 2010)

Em 1981 também ocorreram o 2º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes e o 1º Congresso Brasileiro de Pessoas Deficientes. Em julho de 1983 ocorre o 3º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, que contou com a participação de aproximadamente 53 entidades. Neste 3º Encontro Nacional duas propostas foram pensadas: a manutenção de uma Coalizão Nacional, com dois membros de cada área da deficiência (auditiva, visual, motora e hanseniana); a segunda proposta e vitoriosa previa que cada grupo de pessoas com uma deficiência específica deveria se organizar de forma independente, e as questões gerais discutidas no Conselho Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, que seria criado. Delineou-se então uma estratégia política de organização nacional por tipo de deficiência. (BRASIL, 2010).

Embora as pessoas com deficiência tenham envidado esforços para continuar discutindo questões comuns, a proposta do Conselho Brasileiro de Entidades de Pessoas Deficientes não se efetivou. O propósito inicial de formar um movimento único se perdeu com a dificuldade de atender, naquele momento,

às necessidades específicas de cada área de manifestação da deficiência. (BRASIL, 2010, p. 54)

Como apontado pela SNPD (2010), o movimento de articulação de pessoas com deficiência por área específica foi uma tendência observada não só no Brasil, porém em outros países também. No Brasil, o intuito de se criar um Conselho Brasileiro de Pessoas Portadoras de Deficiência não se concluiu. Entre 1984 e 1987, no entanto, surgiram Organizações Nacionais por Área de Deficiência, fundadas e geridas por pessoas com deficiência. Citamos algumas delas, como O Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), a Organização Nacional das Entidades de Deficientes Físicos (Onedef), a Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (Feneis), a Federação Brasileira de Entidades de cegos e para cegos, o Movimento pela Vida Independente, que originaram os Centros de Vida Independente - CVI (BRASIL, 2010).

Em 1985, após 21 anos de Ditadura Militar (que durou de 1964 a 1985), o processo de redemocratização e reabertura política, o Movimento das Pessoas com Deficiência participou do processo de elaboração de uma nova Constituição Brasileira, buscando inserir suas pautas no texto constitucional. Em outubro de 1988 foi promulgada a Constituição, apelidada de Constituição Cidadã por abarcar amplos direitos e também pela participação popular em sua elaboração. Para a construção do texto constitucional, várias comissões foram montadas, e as pautas das pessoas com deficiência integraram a Subcomissão dos negros, população indígena, pessoas deficientes e minorias, que fazia parte da Comissão Temática da Ordem Social.

O movimento de pessoas com deficiência reivindicou que os dispositivos constitucionais relativos à pessoa com deficiência fossem transversais a todo o texto, e que seus direitos estivessem relacionados ao direito de todos os cidadãos, e não em uma temática específica, como constava no anteprojeto da Constituição, que continha um capítulo intitulado “Tutelas Especiais” destinado a pessoas com deficiência. Desta forma, foi levada uma proposta à Assembléia Nacional Constituinte de não se criar um capítulo especial para os assuntos relacionados à deficiência, pois acreditavam que tal elaboração reforçaria o estigma e o preconceito. Assim,

A proposta continha 14 artigos sugerindo alterações no projeto da Constituição, onde coubessem temas como igualdade de direitos, discriminação, acessibilidade, trabalho, prevenção de deficiências, habilitação e reabilitação, direito à informação, educação básica e profissionalizante. (BRASIL, 2010, p. 66)

A proposta foi vencedora, haja vista que conseguiram distribuir o tema da deficiência por todos os artigos constitucionais.

Quando você pega um texto constitucional, há duas opções estratégicas: ou se cria um bloco inteiro sobre deficiência [...], pega tudo e joga ali naquela caixinha, que não só é mais fácil de botar como é fácil de tirar; ou se integra o tema em todo o corpo constitucional, nos tópicos do direito do cidadão, do direito à saúde, do direito à educação. (Rosângela Berman Bieler. Depoimento oral, 2 de fevereiro de 2009, IN: BRASIL, 2010, p. 68 – 69).

No discurso em defesa desta proposta, realizada na Assembléia Nacional Constituinte, o então coordenador da ONEDEF, Messias Tavares de Souza, teceu críticas à Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias, uma vez que privilegiava pautas de entidades assistencialistas e paternalistas e ressaltou que as pessoas com deficiência deveriam ter autonomia e ser sujeitos, muito mais do que objetos das políticas da sociedade e do governo. Criticou também entidades assistencialistas desde as primeiras iniciativas e até então, que, nas palavras dele, mais pareciam estar objetivadas a “desafogar a consciência pesada e coletiva do sistema feudal e capitalista emergente”, promovendo ações de mendicância disfarçada ou subemprego através da venda de balas, que significavam uma tentativa de organização, mas sem liberdade e com exploração. Defendeu as principais bandeiras de luta do movimento: protagonismo e autonomia. (BRASIL, 2010, p. 67).

A Associação Canoense de Deficientes Físicos e a Liga Feminina de Combate ao Câncer foram autoras da proposta nº PE00077-6, que originou o Benefício de Prestação Continuada, o BPC, que prevê o pagamento de um salário mínimo às pessoas com deficiência que não tivessem como se manter. Parte do movimento foi contrário à proposta do BPC por entender que ele promoveria a tutela.

Cabe ressaltar que o movimento das pessoas com deficiência teve uma importante atuação e organização na década de 1980, ainda que com muitas divergências internas e rearranjos políticos, além de não conseguirem unificar uma grande coalizão nacional. Entretanto, inúmeras conquistas foram realizadas, desde o fato de se conseguir reunir diversas entidades em torno de Encontros Nacionais, promovendo o debate, até mesmo a incorporação de suas propostas na Constituição, que ia de encontro ao anteprojeto proposto que, nas palavras de Romeo Sasaki, “era muito fraco, com aquela visão antiga, paternalista, sobre pessoas com deficiência” (BRASIL, 2010, p. 69).

A assistência às pessoas com deficiência no Brasil até então ocorreu através de práticas caritativas e filantrópicas. O trabalho realizado no horizonte de garantia de direitos à

pessoa com deficiência em âmbito estatal se deu via Ministério da Cultura e da Educação. Desta forma, “até o final da década de 1980, as ações do Estado brasileiro em relação às pessoas com deficiência eram esporádicas, sem continuidade, desarticuladas e centradas na educação”. (BRASIL, 2010, p.70-71)

Em países desenvolvidos, até a década de 1960, as pessoas com deficiência intelectual, distúrbios mentais, e incapacidade física e sensorial viviam geralmente segregadas em instituições (76–78). Em países em desenvolvimento, instituições semelhantes muitas vezes foram iniciadas por ONGs internacionais, mas o setor permaneceu minúsculo se comparado com os países de alta renda (79–81). (ONU, 2011, p. 153)

Em âmbito estatal se destacam, em 1985, a criação do Comitê Nacional para Educação Especial; o Plano Nacional de Ação Conjunta para a Integração da Pessoa com Deficiência, em 1986; a CORDE (Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) criada em 1986 e que em 2010 alçou o patamar de Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Conforme ressaltou Gomes (2016. P. 49-50),

Até o final da década de 1980, as ações do Estado brasileiro em relação às pessoas com deficiência eram esporádicas, sem continuidade, desarticuladas e centradas na educação. O interesse público em relação aos direitos das pessoas com deficiência só foi reconhecido na estrutura do Estado brasileiro com a criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE).

Com a Constituição Federal, promulgada em 1988, a assistência social, a saúde e a previdência conformam o tripé da Seguridade Social Brasileira, “um padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo” (VIANNA, 2000, p. 138). A Constituição de 1988

confere, pela primeira vez, a condição de política pública à assistência social, constituindo, no mesmo nível da saúde e previdência social, o tripé da seguridade social que ainda se encontra em construção no país. (LOAS ANOTADA. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009, p. 4)

Na Constituição Federal de 1988, além da prerrogativa de igualdade sem distinção de qualquer natureza em seu artigo 5º, destacamos direitos e garantias previstos em relação às

peças com deficiência, tais como a proibição de discriminação referente à admissão e salários de pessoas com deficiência (art. 7º), bem como assegurar sua saúde, proteção e assistência pública (art. 23), delimita-se a reserva de percentual para pessoas com deficiência em cargos e empregos públicos (art. 37). No artigo 203, que trata da Assistência Social, prevê-se a garantia de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência, bem como a garantia de um salário mínimo mensal, de acordo com os critérios de elegibilidade. Também estabelece o direito à saúde, ao atendimento educacional especializado na rede regular de ensino. (BRASIL, 1988).

Como ressalta Fonseca (2013, p. 327):

É claro que apenas o reconhecimento legal da assistência social como direito no texto constitucional não provoca automaticamente uma inversão de práticas, fortemente enraizadas na cultura política brasileira, sobretudo para a pessoa com deficiência. Mas a legislação expressa um reconhecimento de que existem direitos e deveres, e estes fundam os pilares sobre os quais está fundada a possibilidade de superação da lógica da tutela ou favor ocasional para a lógica do direito no campo da política.

A partir da Constituição, em 1993 temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Nº 8.742, que regulamenta a organização da Política de Assistência Social, suas normas e critérios. Assim, é na LOAS que se regulamentam os critérios e normas para concessão do Benefício de Prestação Continuada, o BPC, previsto na Constituição. O BPC é uma garantia de renda básica, concedido diretamente ao beneficiário. O beneficiário do BPC é o idoso a partir de 65 anos de idade e a pessoa com deficiência que não possuam meios próprios ou providos pela sua família para sua subsistência. Possui um critério de renda familiar: até um quarto do salário mínimo vigente *per capita*. Considera-se pessoa com deficiência para requerer o BPC aquela que possui limitação do desempenho de atividade e restrição da participação (Decreto Nº 6214/2007), a ser avaliado por assistente social do INSS e pelo médico perito do INSS - Instituto Nacional do Seguro Social. (BRASIL. 2009).

Como apontou Fonseca (2013, p. 339), o Benefício de Prestação Continuada “é uma das expressões mais concretas da política de assistência social no Brasil. É também a mais visível e de maior impacto nas condições de vida dos beneficiários idosos e pessoas com deficiência”. Entretanto, cabe ressaltar que para materializar o BPC como um mecanismo de proteção social e direito de cidadania, inúmeros desafios são encontrados e então a “preocupação com a identificação, acompanhamento e análise desses desafios abre espaço

para a configuração de uma importante e necessária agenda de pesquisas sobre a temática” (SENNA, LOBATO e ANDRADE, 2013, p. 69)

Após a Constituição Federal, diversos dispositivos legais foram promulgados para buscar a garantia dos direitos da pessoa com deficiência. Dentre eles destacamos a Lei Nº 7853 de 1989 que dispõe sobre a integração social das pessoas com deficiência e que só foi regulamentada dez anos depois, em 1999, com o Decreto N 3298. O Decreto referido trata da Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, e aponta que as necessidades da pessoa com deficiência devem ser garantidas sem viés assistencialista (Art. VI). A Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência define princípios, diretrizes, objetivos e instrumentos para o exercício dos direitos, integração da pessoa com deficiência à comunidade em igualdade de oportunidades, bem como a fiscalização do cumprimento das legislações pertinentes. (BRASIL, 1999) .

Também em 1999 é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, o CONADE.

O CONADE é um órgão colegiado de deliberação paritário formado por 19 agentes da sociedade civil e 19 do governo. Tem a finalidade de acompanhar e avaliar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para inclusão da pessoa com deficiência. São atribuições do conselho avaliar políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana dirigidos a pessoas com deficiência. (SP-BANCÁRIOS, 2019, recurso online)

Em 1994 temos a Lei 8.899 que estabelece a gratuidade ao transporte interestadual às pessoas com deficiência. Nos anos 2000 temos as Leis 10.098 (2000) e 10.060 (2002); a primeira estabelece critérios para acessibilidades em locais públicos e privados e a segunda dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que trata das ações, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, de prevenção e promoção da saúde e reabilitação de forma intersetorial e articulada nos três níveis de atenção (primário, médio e terciário) bem como promoção à participação nos Conselhos de Saúde. Ainda no ano 2000, duas Portarias Federais instituíram novas modalidades. Outras garantias legais foram conquistadas na década de 2000, como a inclusão da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como disciplina curricular; promoção da acessibilidade arquitetônica e urbanística, de transportes e de comunicação; garantido o direito à pessoa com deficiência visual o direito de permanecer com seu cão-guia em locais públicos e privados de uso coletivo; regulamentação da concessão de pensão às pessoas atingidas pela hanseníase; normas para pagamento de indenização às

peessoas que adquiriram deficiência física em virtude do uso da medicação Talidomida. (BRASIL, 2010).

Entre 2005 e 2011, na gestão do ministro Paulo Vannuchi, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República sob o comando de Luiz Inácio - Lula (Partido dos Trabalhadores), foram significativos os incentivos orçamentários e institucionais em relação às pessoas com deficiência, bem como a efetivação da Participação Social pela realização de Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2006 e 2008). (GOMES, 2016)

Em 2005 foi convocada a 1º Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. De acordo com a SNPD (2010, p.94), a 1º Conferência

representou a consolidação do modelo de gestão participativa das políticas sociais direcionadas à pessoa com deficiência e a institucionalização do espaço de atuação na esfera pública, desta vez não apenas como reivindicadores, mas, também, como agentes políticos ativos.

(...)

O evento, considerado o maior já realizado sobre esse tema no Brasil até então, elaborou um documento com 254 deliberações que apontavam modificações na legislação que trata das pessoas com deficiência.

Em 2008 é realizada a 2º Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, cujos

debates buscaram superar as políticas focadas no tema pessoa com deficiência, que demonstram ser estigmatizantes, em favor de políticas transversais que tocassem todos os temas: da saúde, do trabalho, do transporte, das cidades, etc. (BRASIL, 2010, p. 96)

Em 2009, o governo brasileiro ratifica, através do Decreto Nº 6949, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu protocolo facultativo. A ratificação equivale a Emenda Constitucional, de forma que ela se torna uma referência para ações e legislações referentes às pessoas com deficiência. A Convenção objetiva “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.” Em sua construção, leva em consideração o reconhecimento de Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos, ressaltando sua indivisibilidade e interdependência. (BRASIL, 2011).

A Convenção e sua ratificação pelo Estado brasileiro foram importantes conquistas do movimento político das pessoas com deficiência, uma vez que consolidaram os avanços do movimento: definiram o termo deficiência como resultado da interação entre a pessoa e o ambiente e estabeleceram referências legais baseadas nos direitos humanos, na inclusão e na participação plena.” (BRASIL, 2010. P. 93)

Em 2011, é lançado o Plano Nacional de Políticas Públicas para a Pessoa com Deficiência, o plano Viver sem Limite, do Governo Federal sob a presidência de Dilma Rousseff (2011-2014). Este Plano tem quatro eixos norteadores que tratam do acesso à educação, inclusão social, acessibilidade, atenção à saúde, e previa um investimento de 7,6 bilhões de reais até o ano de 2014. (BRASIL. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2013)

A 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, cujo tema foi “Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: Novas perspectivas e desafios”, ocorreu em Brasília no ano de 2012. Objetivou a discussão e o acompanhamento da implementação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. Em seu texto base, reconhecem o avanço do Brasil em termos de políticas públicas e medidas legislativas, assistenciais e jurídicas para pessoas com deficiência, porém demandam a implementação de tais políticas. Também apontam os dados trazidos pelo Relatório Mundial sobre Pessoas com deficiência e ressaltam que as diferenças de raça, gênero e geração acabam por expor a população negra, LGBT bem como mulheres, crianças, adolescentes e idosos com deficiência a maiores riscos.

No ano de 2015 é instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (LEI 13146 de 2015). Esta Lei prevê a inclusão social e cidadania das pessoas com deficiência através da garantia de seus direitos e liberdades fundamentais, em condições de igualdade. De acordo com Gomes (2016), a Lei Brasileira de Inclusão (2015) tem suas protoformas no Estatuto da Pessoa Com Deficiência (projeto de lei 7669, de 2006). À época o Estatuto foi debatido na Câmara Federal, reunindo posicionamentos favoráveis e contrários ao texto.

Dentre os argumentos favoráveis, destaca-se que a reunião em um único instrumento jurídico das garantias e proteções relacionadas às pessoas com deficiência facilitaria o cumprimento dos direitos e garantiria a visibilidade desta pauta, ao contrário do que se tinha até então, “centenas de leis dispersas, pulverizadas e desconhecidas” (GOMES, 2016, p. 70). Entre os argumentos que se opuseram à criação do Estatuto, destaca-se que “congregar em um só espaço as leis referentes ao segmento das pessoas com deficiência poderia representar

segregação e discriminação, pois o texto original estava repleto de termos com sentido assistencialista e protecionista, representando retrocesso em relação ao protagonismo e à autonomia almejados pelas pessoas com deficiência” (GOMES. 2016. pag. 71). O CONADE orientou então a criação de um grupo de trabalho para aperfeiçoamento do projeto de Lei 7669. Posteriormente, o Estatuto ganhou consulta pública e foi reformulado, adequado à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, sendo renomeado e dado lugar à Lei Brasileira de Inclusão.

O movimento de luta das pessoas com deficiência, junto aos outros movimentos sociais, possibilitou um salto qualitativo do âmbito particular e biomédico a uma compreensão sociológica da deficiência. Embora muito se tenha caminhado neste sentido, vivemos um momento pleno de desafios diante do contexto econômico, político e social de capitalismo globalizado e financeiro, que imputa aos países programas de austeridade e conseqüentes retrocessos no que se refere às políticas sociais. Isto impacta diretamente na vida das classes subalternizadas e na classe trabalhadora, em suas possibilidades de vida e acesso aos bens e serviços disponíveis¹⁸.

Em virtude da III Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, o Conselho Federal de Serviço Social publicou um documento manifestando-se justamente para chamar atenção para “a distância entre o avançado arcabouço legal e normativo sobre o tema e a sua efetivação.” Ressaltou-se, sobretudo, como a deficiência em grande medida é produzida e reproduzida por determinantes sociais como, baixa renda, alimentação inadequada, violências, não acesso aos serviços de saúde. (CFESS, 2012). Este posicionamento vai ao encontro das concepções do modelo social da deficiência, como já discutiremos inicialmente neste capítulo.

A IV Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência foi realizada no ano de 2016 entre os dias 24 e 27 de abril. Teve como tema “Os Desafios na Implementação

¹⁸ De maneira geral, os governos brasileiros desde a década de 1990 tem se orientado, de forma mais ou menos incipiente, para a lógica neoliberal e de austeridade, com políticas fiscais restritivas. No panorama atual, o governo brasileiro mostra sua direção econômica alinhada ao pensamento de que é necessário equilibrar as contas públicas a partir de cortes nas áreas sociais. O que observamos, entretanto, é que tais medidas não tem colaborado para os avanços esperados, de forma que observou-se encolhimento do Produto Interno Bruto – PIB, alta taxa de desemprego (e dentre estes 4,8 milhões de pessoas que, embora precisem e desejem, desistiram de procurar emprego por perderem a esperança), gerando um “círculo vicioso em que o corte de gastos reduz a atividade econômica, o que deteriora a arrecadação do Estado (pois se vende e emprega menos, menor é o recolhimento de impostos por parte do governo), piorando o resultado fiscal, o que leva a novas reduções de gastos.” (TIEMI; FREITAS. Brasil de Fato, 24 de julho 2019), comprometendo o futuro do país e prejudicando os mais pobres, negros e mulheres. Também com a justificativa de diminuição de gastos sociais, o governo propôs a extinção de diversos Conselhos de Participação Popular, o que enfraquece as formas de participação da sociedade civil na construção de uma democracia. (Revista Fórum, 21 de agosto de 2019).

da Política da Pessoa com Deficiência: a Transversalidade como Radicalidade dos Direitos Humanos”. Nesta Conferência foram traçadas propostas e ações estratégicas referentes a três eixos: Eixo I – Gênero, raça e etnia, diversidade sexual e geracional; Eixo II – Órgãos gestores e instâncias de participação social; Eixo III – A interação entre os poderes e os entes federados. Ao final da Conferência, em 27 de abril de 2016, dois Decretos relativos à pessoa com deficiência foram assinados pela presidenta da república: o primeiro instituiu o “Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, no âmbito do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos”; e o segundo instituiu a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral. (Decreto N. 8725). (ANAIS da 4º Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2016).

Alguns desafios recentes são percebidos no Brasil para viabilização dos direitos sociais às pessoas com deficiência. Dentre eles, podemos apontar, conforme Dal Prá ET.al (2018, p. 10,11), que há uma “pulverização em relação aos movimentos de defesa e dos conselhos de defesa de direitos das pessoas com deficiência” e “poucos são os municípios que ofertam uma rede de serviços articulados para as pessoas com deficiência”.

Também se constitui enquanto desafio a democratização do ensino acompanhado dos insumos e recursos necessários para que se possa garantir a educação inclusiva, assunto que foi polemizado no campo político brasileiro. Em 2020 foi oficializada, a partir do Decreto 10.502, a Nova Política Educacional de Educação Especial, que trata da possibilidade de retomada de escolas especiais para atendimento à pessoa com deficiência. Sobre ela, existem inúmeras divergências entre Políticos, entidades representativas de pessoas com deficiência e especialistas, que não chegaram a um consenso sobre esta lei, haja vista que, de um lado, alguns legisladores a consideram um exemplo claro de capacitismo, incompatível com as normas já existentes na Constituição brasileira e inclusive o próprio Estatuto das Pessoas com Deficiência; de outro, identificam que ela amplia as possibilidades de atendimento às pessoas com deficiência, de acordo com suas necessidades que são diversas. (SASSE, 2020, recurso online)¹⁹

Em nota conjunta com diversas entidades de defesa de direitos e movimentos sociais, o CFESS se posicionou contra o Decreto 10.502, apontando que o mesmo não foi pensado com participação social e principalmente das pessoas com deficiência, assim como o

¹⁹ Disponível em Agência Senado: [Capacitismo: subestimar e excluir pessoas com deficiência tem nome — Senado Notícias](#).

CONADE – Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência também não foi consultado. A posição do CFESS e das demais entidades é de fortalecimento e garantia dos direitos das pessoas com deficiência, através de investimentos em recursos humanos e materiais para garantir a educação inclusiva. (CFESS, 2020).

Um dos direitos mais importantes para as pessoas com deficiência é a garantia de que a avaliação para concessão de benefícios seja realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar; entretanto, esta ainda não é uma realidade na grande maioria das políticas e dos serviços de atendimento, o que significa ainda a predominância de uma avaliação biomédica da deficiência e a focalização das políticas. (ARANTES, 2019).

Em 2019 o decreto presidencial nº 9.759 veio extinguir, restringir e submeter à necessidade de justificativa para sua continuidade os colegiados da administração pública federal, tais como os conselhos, comitês, grupos, fóruns e comissões. Dentre as mais de trinta instâncias afetadas está o CONADE. A este cenário o CONADE, que hoje está vinculado ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, subsistiu não sem interferências, dentre elas a suspensão de reuniões e o reconhecimento do fim da legitimidade do mandato dos conselheiros que tomaram posse em 2019. Em outubro de 2021 a Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência promoveu audiência pública para discutir o restabelecimento das atividades do CONADE. (SP-BANCÁRIOS, 2019, recurso online).

Podemos constatar que o atual momento político vivenciado no Brasil, sobre o qual nos deteremos um pouco mais adiante, não tem sido favorável aos trabalhadores, à parcela mais empobrecida da população e à manutenção de direitos sociais. Com base nas reflexões de Barroco (2015) e Eufrásio (2019), sinalizamos que a moralização da vida e a culpabilização individual pelas expressões da questão social se reatualizam e se acentuam pelo pensamento ultraconservador, imputando estigmas à pobreza, discriminação contra beneficiários de programas sociais, bem como combate ao Estado social e valorização da meritocracia e do mercado como as únicas saídas aceitáveis.

Estes elementos ilustram como a sociedade está cada vez mais naturalizando os preconceitos, com cada vez menos preocupação em fazer análise e contestação dos ‘juízos provisórios’ que são inerentes ao pensamento cotidiano, mas baseados em avaliações parciais e estereótipos, como explicou Barroco (2016. P. 16):

O preconceito se constitui por meio da permanência de julgamentos de valor provisórios. Embora os julgamentos de valor não se restrinjam à moral - pois também avaliamos politicamente, esteticamente, etc. – a avaliação

preconceituosa tende a ser moralista, julgando diferentes situações com parâmetros morais.

Ainda, de acordo com a autora, “o combate ao preconceito, inerente ao conservadorismo, é atual e necessário num cenário em que a luta de classes e a luta entre projetos societários e profissionais estão evidentes”. (BARROCO. 2016. p. 8). Neste cenário, o acesso aos direitos sociais, aos benefícios, aos programas e às conquistas são facilmente capturados pelo *ethos* capitalista ultraconservador e transmutados em privilégios. Assim, Arantes (2016, p. 20) traz um necessário apontamento aos profissionais de Serviço Social comprometidos com um processo de trabalho voltado para o protagonismo da defesa de direitos, para que estejam atentos em seu cotidiano para não reproduzirem desigualdades, discriminações, e “consequentemente, fragilizar a luta política que travamos contra toda forma de opressão, violência e dominação nas relações sociais.”

3 SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO PROFISSIONAL E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Compreender a profissão de Serviço Social requer compreender seus determinantes sócio-históricos e as circunstâncias que incidem sobre o fazer profissional. O exercício profissional do assistente social não é constituído somente pelo profissional, mas sofre as implicações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa. Assim, diz-se que o Serviço Social é uma atividade socialmente determinada, e o assistente social possui formas de conceber e incorporar o significado de sua profissão, dando-lhe direção e finalidade. (YAZBEK, 2009). Desta forma, para compreender as demandas colocadas ao assistente social em seu trabalho junto à pessoa com deficiência, e as intervenções em resposta a tais demandas, é preciso articular o exercício profissional aos elementos estruturais e conjunturais que conformam e incidem sobre a profissão e sobre as expressões da questão social que são seu objeto de trabalho. Assim, o capítulo que se segue tratará destes elementos sócio-históricos tanto na conformação das políticas sociais e do trabalho profissional, como dos limites e ameaças que as transformações societárias impõem à efetivação dos direitos da população, incidindo sobre as possibilidades de respostas às demandas colocadas.

Começamos o nosso capítulo analisando as mudanças estruturais desencadeadas após a crise capitalista de 1970, descortinando um cenário que resultou na retração de direitos e inúmeros desafios para a classe trabalhadora. Pontuamos de forma breve o cenário brasileiro de disputas pelo fundo público e pelas políticas sociais desde o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003) até o atual presidente eleito, Jair Bolsonaro (2018). Atenção maior foi dada a alguns contornos assumidos especificamente pela política de Assistência Social, conforme explicitado no item 3.2.

Adiante, no item 3.3, abordamos elementos da constituição de Serviço Social no Brasil, sua gênese histórico-social e a predominância da inserção profissional no esteio das políticas sociais. Desta forma, retomando elementos históricos, discorreremos sobre o processo de amadurecimento da profissão, ressaltando o importante caminho trilhado e as suas inerentes contradições para que o Serviço Social alcançasse uma perspectiva mais crítica no horizonte da defesa de direitos. Finalmente, trouxemos no último item do Capítulo aspectos relacionados ao trabalho do assistente social junto à pessoa com deficiência, dificuldades e intervenções realizadas a partir de alguns autores que aprofundaram o tema.

3.1 CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS DESAFIOS DO PRESENTE

Meio século se passou desde a década de 1970 até o presente momento e os contornos assumidos pelo modo de produção capitalista para se salvaguardar das crises, desde as últimas três décadas do Século XX, reverberam com novas e velhas questões até as duas primeiras décadas do Século XXI, impactando sobremaneira as condições de vida da classe trabalhadora e as políticas de proteção social. De acordo com Mota (2009), as políticas de proteção social são produto histórico das lutas do trabalho, atendendo a necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. Com isto, as políticas sociais estão em um campo de disputas e negociações na ordem burguesa, de forma que a intervenção do Estado compatibiliza o atendimento das necessidades dos que vivem do trabalho à sua própria legitimação e controle social, favorecendo a acumulação capitalista. (YAZBEK, 2009).

A configuração do capital, na contemporaneidade, abre tempos acirrados de dificuldades para a totalidade da força de trabalho da qual faz parte o assistente social, tanto pela via em que este profissional sentirá tais refrações em suas próprias condições, enquanto trabalhador assalariado, quanto pela retração de políticas sociais e de direitos, terreno onde se inscreve predominantemente o trabalho dos assistentes sociais (IAMAMOTO, 2009), trazendo novos elementos e expressões para a questão social que é seu objeto de trabalho. (IAMAMOTO, 2014). Conforme aponta Raichelis (2020. P.35)

Essa dinâmica cria tensões e contradições para a materialização do projeto ético-político profissional, desencadeia sofrimentos e violações não apenas dos direitos dos sujeitos com os quais os/as assistentes sociais trabalham, mas também de seus próprios direitos, à semelhança do conjunto da “classe-que-vive-do-trabalho” [...] Assistentes sociais são convocados/as a intervir nas mais agudas e dramáticas manifestações da questão social, que se renovam e se atualizam nas diferentes conjunturas sociopolíticas. Trata-se de novas e antigas questões decorrentes da desigualdade social em suas múltiplas faces e dimensões, com as quais assistentes sociais convivem no cotidiano institucional.

Compreender a dinâmica e o movimento da sociedade é fundamental para os assistentes sociais uma vez que, como apontou Iamamoto (2018, p. 8), o cenário sócio-histórico não é um pano de fundo para a discussão do trabalho profissional, mas sim algo que “o atravessa e conforma [...] afetando suas condições e relações em que se realiza o exercício profissional, assim como a vida da população usuária”. Ainda que dotado de teleologia e relativa autonomia, o objeto de trabalho do assistente social e suas intervenções são afetados,

dado “o esgotamento das possibilidades civilizatórias do capitalismo” (SANTOS; SILVA, 2018, p. 312)

Ressaltando o pensamento de Netto (2011, p. 160) ao discursar sobre a ordem do capital, temos que

A dinâmica societária específica dessa ordem não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente: a cada novo estágio de seu desenvolvimento, ela instaura expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é a sua razão de ser

No contexto de amplas transformações no mundo do trabalho e das relações sociais operadas pelo grande capital em sua busca de valorização constante e superação das crises, descortina-se um panorama acentuado principalmente a partir dos anos 1990, de reconfiguração do Estado e conseqüente incidência no fundo público, nas políticas sociais e nas formas de associação da sociedade civil. Nesta (re)configuração, percebe-se um aprofundamento do individualismo, o que incide sobre o coletivo e as formas de luta, com as necessidades sociais sendo mercantilizadas e ficando ao Estado a incumbência quanto ao “alívio da pobreza extrema”, em decorrência da “valorização do capital financeiro em detrimento da economia política do trabalho” (IAMAMOTO, 2009, p. 1-3).

As mudanças a referidas remontam da década de 1970, momento em que o modelo de produção fabril/industrial, pautado no fordismo/taylorismo, passou a dar sinais de esgotamento, somando-se à crise capitalista mundial do choque do petróleo, o que requisitou novas formas de trabalho para garantir seu ciclo reprodutivo e os super lucros. Estas novas modalidades de trabalho não se limitaram à indústria automotiva, mas espalharam-se também na agricultura e nos serviços²⁰ (ANTUNES; DRUCK, 2013). A esta crise a burguesia respondeu com medidas que impactaram diretamente as relações de trabalho e redirecionamento do fundo público para buscar a retomada das taxas de lucros. A ascensão do movimento operário foi respondida através de uma ofensiva que mesclou globalização e neoliberalismo, erodindo o Welfare State em diversos países. (NETTO, 2001).

²⁰ Em substituição ao modelo fordista/taylorista, emerge o então modelo toyotista, embasado na indústria japonesa que passou a dominar o mercado da produção automotiva. Este modelo de produção é balizado por uma recombinação de estratégias visando aumento dos lucros. Baseia-se na automatização da produção, na requisição de um trabalhador que desempenhe mais de uma função ao mesmo tempo, a terceirização de serviços através da subcontratação de empresas autônomas, tudo com vistas à redução do tempo e dos custos da produção. A exploração do trabalhador é visível e clara pela exigência do cumprimento de múltiplas funções, sem reajuste salarial e com maior jornada de trabalho, agravada pela cooptação do movimento sindical. (GOUNET, 1999).

O Brasil, cuja formação econômico-social veio atrelada à desigualdade patrimonial e de renda, baseada na escravidão e no latifúndio (FILGUEIRAS; GONÇALVES, 2003), em que “a modernidade das forças produtivas do trabalho social convive com padrões retrógrados nas relações de trabalho” (IAMAMOTO, 2014, p.129), e que viveu seus “anos de ouro” com o Milagre Econômico (1968 – 1973), também sentiu a crise da década de 1970, que rebateu diretamente na legitimidade do governo militar que até então comandava o país.

Conforme Harvey (2011, p. 41), o capital pressupõe um processo constante de “busca de mais dinheiro”. Neste processo de superprodução, as crises sempre fizeram parte do sistema especialmente em contextos de superacumulação, em que o dinheiro não poderia ser reinvestido. Porém, a partir da década de 1970 a frequência e a profundidade das crises aumentaram. Assim, “a recuperação da rentabilidade do capital é, portanto, razão direta da diminuição dos custos do trabalho, tendo em vista assegurar altos níveis de extração da mais-valia” (BEHRING, 2009, p. 46).

Neste cenário gestado pela crise capitalista dos anos 1970, o ideário neoliberal, bem como a financeirização do capital, são percebidos pelo aprofundamento das desigualdades e desemprego, com destinação do fundo público para interesses privados. Assim, o discurso neoliberal

faz do interesse privado a medida de todas as coisas, obstruindo a esfera pública e a dimensão ética da vida social pela recusa das responsabilidades e obrigações sociais do Estado (Chauí, 1955a), o que tem amplas repercussões na luta por direitos e no trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 2014, p. 142)

De acordo com Souza Filho (2011), o projeto neoliberal visa à redução da intervenção estatal, que deve ficar limitada ao atendimento das necessidades daqueles indivíduos que não puderam satisfazê-las por meio do setor privado. Para tanto, era necessário que as políticas sociais fossem orientadas para privatização, focalização e descentralização, reduzindo os custos do Estado na área social com desresponsabilização do poder central para a manutenção de serviços sociais. Assim, “do ponto de vista político e ideológico, a matriz neoliberal se contrapõe à perspectiva dos direitos sociais e do Estado de Bem-estar como provedor desses direitos” (SOUZA FILHO, 2011, p.51). Apoiada nas reflexões propostas por Harvey (2011), Raichelis (2020, p. 22, grifo da autora) sinaliza que “as políticas anticrise de corte neoliberal são parte de um *projeto de classe* destinado a restaurar e consolidar o poder

do capital, privatizando lucros e socializando custos, salvando bancos e colocando os sacrifícios nas pessoas.”

Na década de 1980 no Brasil houve uma efervescência dos movimentos sociais e fortalecimento de forças democráticas, aflorados pela distensão e crise do governo militar e lutas pela redemocratização, com ênfase para o movimento das “Diretas Já!”, exigindo a retomada do direito à eleição presidencial por meio do voto direto. Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, com grandes avanços na direção da universalização dos direitos sociais, ampliação da participação social nas políticas governamentais, bem como “propostas democráticas para a administração pública voltadas para o fortalecimento de sua dimensão burocrática.” (SOUZA FILHO, 2011, p. 158). É também nesta Constituição que é materializada a Seguridade Social através do reconhecimento e instituição do direito à Saúde, Assistência e Previdência Social. Porém, a adoção da Seguridade Social no Brasil não se traduziu numa universalização do acesso aos benefícios sociais, dada as características ainda excludentes do mercado de trabalho, pauperização da população, concentração de renda e fragilidade do processo de publicização do Estado. Soma-se a isso a ofensiva neoliberal a partir dos anos 1990 (MOTA, 2009). Ainda que instituída com orçamento próprio, a Seguridade Social tem seu financiamento impactado com a destinação do Fundo Público para pagamentos de juros e amortizações da dívida pública, somados à carga tributária regressiva brasileira. (SALVADOR, 2010)

Ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990 no Brasil, tem-se o avanço das prerrogativas neoliberais de direcionamento do Estado, aprofundado pela “pressão dos organismos internacionais e dos países hegemônicos para concretizar a adesão dos países em desenvolvimento ao chamado “Consenso de Washington”²¹ (SOUZA FILHO, 2011, p. 164). A consolidação do neoliberalismo no Estado Brasileiro vem em 1995, com o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995 a 2002) e sua equipe que “formulam e implementam um plano de estabilização econômica fundado nos preceitos neoliberais” (IBID, p. 168). Encabeçado por Bresser Pereira²², o então ministro da Administração e

²¹ Em 1989 o “Consenso de Washington” reuniu organismos multilaterais como FMI e países desenvolvidos para um direcionamento aos países em desenvolvimento com o ‘pacote’ de políticas neoliberal, como ajuste fiscal e cortes nos gastos sociais, com discurso da eficiência do mercado e da privatização. Como explica Salvador (2010, p. 615), “a tendência é de um brutal corte de direitos e de conquistas sociais, sobretudo no campo da seguridade social”

²² Para Bresser Pereira (1988) a administração pública brasileira deveria se adequar a um modelo gerencial, semelhante à administração de empresas, para aumentar a governança do Estado. A virada democrática de 1988 foi entendida pelo então ministro como reforço do populismo e patrimonialismo, e significou para o governo um enrijecimento burocrático, gerando alto custo e baixa qualidade na administração. Propõe-se então uma

Reforma do Estado (MARE), inicia-se a Reforma Administrativa, uma contrarreforma do Estado brasileiro (BEHRING, 2003; GURGEL, 2017; SOUZA FILHO 2011), dada a natureza destrutiva e regressiva do processo;

uma contrarreforma que cobriu todas as dimensões, dando ao mercado a primazia da vida social, à sociedade um individualismo revigorado e ao Estado um papel servidor da reprodução do sistema, sem disfarces e sem limites. (GURGEL, 2017, p. 168)

De acordo com Behring (2003), trata-se de uma contrarreforma conservadora e regressiva o que se deu no Estado brasileiro a partir dos anos 1990. Foi também no Governo FHC que instituiu-se a DRU (Desvinculação das Receitas da União), a partir do Plano Real de 1993. Como o próprio nome já sugere, parte das receitas destinadas à Seguridade Social são desvinculadas e direcionadas ao superávit primário, com submissão das políticas sociais à orientação macroeconômica do ajuste. Com a contra-reforma também houve criação de agências executivas, organizações sociais, regulamentação do terceiro setor. (BEHRING, 2003). De acordo com Souza Filho (2011, p. 219), “a contra-reforma operada destrói as condições necessárias para o Brasil trilhar no caminho da universalização e aprofundamento de direitos”, condição esta que deve ser alcançada pautando-se em num Estado forte do ponto de vista social.

Conforme Boschetti e Behring (2010), no bojo das Reformas operadas nos anos 1990, destaca-se a reforma da Previdência de 1988, que não respeitou os princípios constitucionais da Seguridade Social como diversificação das bases de financiamento, universalidade, e seu caráter democrático e descentralizado. Assim, reafirmou-se a Previdência Social na lógica do seguro social contributivo a partir do vínculo formal de trabalho, e a assistência social, embora reconhecida como direito, mantém prestações apenas para as pessoas comprovadamente pobres, com programas e serviços cada vez mais seletivos.

Em 2002 o Brasil elege então o presidente Luiz Inácio Lula da Silva – Lula, pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que significou uma rejeição ao neoliberalismo e uma ruptura simbólica, apesar da “Carta ao Povo Brasileiro” onde ficou claro um compromisso com o mercado. Assim, o discurso sobre a “necessidade” de uma Reforma do setor público

revolução gerencial na administração pública do Estado, com implementação de sistemas de controle tayloristas e voltados ao mercado privado e ao atendimento do “cidadão-cliente”. Para isto, algumas tarefas estratégicas deveriam ser adotadas, como a introdução de uma cultura gerencial e adoção de práticas gerenciais, criando-se uma “subjetividade anti-pública” (BEHRING, 2003) enxugamento da máquina pública, criação de agências autônomas e de organizações sociais no setor público não-estatal e privado.

é retomada sob a argumentação da existência de um déficit da Previdência Social e mudanças nos padrões demográficos da população, como a taxa de envelhecimento. (BEHRING; BOSCHETTI, 2003).

No governo Lula predominou a tendência em dar continuidade à política econômica do governo anterior com restrições orçamentárias, embora tenham se sobressaído pontos positivos como: participação popular na discussão do Plano Plurianual (2003); maior participação em conferências com maior abertura para apresentação de demandas ao Congresso; e projetos abrangentes que combinavam políticas compensatórias com estruturais, como foi o caso do Programa Fome Zero. (FILGUEIRAS; GONÇALVES, 2003). Também foi registrada uma “melhoria de indicadores, como a elevação real do valor do salário mínimo e a elevação do nível do emprego, a despeito de seu caráter precário”. (YAZBEK, 2014, p. 683)

Apesar de um maior investimento em políticas sociais, tais como habitação, valorização do salário mínimo, transferência de renda, o governo Lula manteve a DRU – Desvinculação das Receitas da União, que destina certa porcentagem do financiamento da Seguridade Social para o superávit primário, distanciando-se da premissa constitucional de primazia dos direitos sociais sobre as relações mercantis. A condição de cidadania passa a ser medida ao poder de compra, e assim,

sem a inclusão social e política por meio de direitos sociais, as políticas redistributivas terminam por reificar a natureza intrínseca do consumidor, como sujeito individualizado e competitivo [...] (TEIXEIRA; PINHO, 2018, pag.19)

O governo do PT não ensejou “rupturas estruturais com o neoliberalismo” (SANTOS; SILVA, 2018. p. 310), decorrendo assim a privatização de empresas públicas e de políticas sociais, sendo estas de caráter compensatório para assegurar os mínimos sociais.

A política de Assistência Social recebeu maiores investimentos, tendo a transferência de renda como programa balizador - o Bolsa-Família. Como ressaltam Santos e Silva (2018), entre 2003 e 2014 ampliaram-se significativamente o gasto com o Bolsa Família e a prestação de serviços socioassistenciais através dos CRAS e CREAS a partir do SUAS (2004) - regulamentado pela Lei 12.435 (2011). Entretanto, as demais políticas sociais não acompanharam proporcionalmente a Assistência Social em expansão, processo que configura-se como “assistencialização da proteção social”, conforme designado por Mota (2010). O não-investimento em políticas de geração de emprego e renda e a precarização das condições

de trabalho são elementos que fazem com que os programas de transferência de renda ocupem a centralidade na subsistência dos cidadãos, sendo a questão social reduzida à pobreza, e esta deslocada de objeto ideal do trabalho para objeto direto da assistência. Desta forma, há um processo de mistificação da assistência social e “*passivização* da “questão social. (MOTA, 2007, p. 137. Grifos da autora).

De acordo com Mota (2007, p. 136), a Seguridade Social brasileira não configurou-se como um ideal conjunto integrado das políticas sociais, através de um mecanismo articulado e amplo de proteção, mas tomou a forma de uma unidade contraditória, em que ocorre a mercantilização da saúde e da previdência, precarizando assim o acesso aos seus serviços e benefícios, e a ampliação da assistência social, que assume um papel compensatório ao absorver “as demandas derivadas do agravamento das condições de vida e trabalho da população brasileira”, assumindo e ocupando um lugar que deveria ser prioritariamente protagonizado por outras políticas, como a do trabalho.

Passado o Governo Lula, elegeu-se, em 2010, Dilma Roussef (2011 – 2016), também pelo Partido dos Trabalhadores (PT), ela não terminou seu segundo mandato, pois sofreu um processo de Impeachment, foi destituída do cargo assumido pelo seu sucessor Michel Temer. (TEIXEIRA; PINHO. 2018.)

O Brasil sentiu as reverberações da crise capitalista internacional de 2008, e no ano de 2011, em que se iniciou o governo de Dilma, este cenário se acentuou com a inércia da economia nacional, com recuo do PIB e das indústrias, queda do consumo das famílias e crescimento inflacionário. Com adoção de políticas de austeridade, as políticas sociais sofreram uma regressão, uma vez que o ajuste fiscal, a contenção de gastos, as parcerias público-privadas, o ínfimo investimento público, as concessões e as privatizações deram a tônica da economia na época. Na área da saúde, o governo federal incentivou os interesses de grupos privados, através de renúncias fiscais a despeito do sabido sub-financiamento do SUS; assim também ocorreu no setor da Educação Superior. Já em relação às políticas de assistência social e previdência, houve crescimento com investimento - ainda que não suficiente e adequado - tendo em vista “aumento significativo das transferências de rendas monetárias como elemento básico para o estímulo ao consumo de massa.” (GENTIL. 2017. P. 9).

A receita da Seguridade Social foi amplamente afetada, com suas fontes de custeio - através de impostos - sendo diminuídas em favor de desonerações tributárias. Segundo Gentil (2017), somente o valor das desonerações à iniciativa privada, em 2015, eram maiores que os investimentos somados em Saúde, Assistência Social, Transporte, Ciência e Tecnologia. Tais

incentivos não foram acompanhados, entretanto, de contrapartidas como “geração de emprego, preservação ambiental, garantia de direitos trabalhistas e demais proteções sociais” (GENTIL, 2017, p. 13). Apesar de todos os ataques, o orçamento da Seguridade Social seguia em superávit, tanto que a DRU – Desvinculação das Receitas da União era mantida com um acréscimo de 10% - antes eram 20% do orçamento da Seguridade Social para o Superávit Primário, e no governo Dilma a porcentagem subiu para 30%. A reforma da Previdência Social foi trazida como urgente e necessária, cujas propostas dificultariam o acesso aos benefícios, colocando em risco os direitos dos trabalhadores, empurrando muitos para os planos de previdência privados, num “um amplo processo orquestrado de privatização.” (IBID, p. 22). O governo continuou inclinado ao mercado financeiro agravando ainda mais a “dilapidação da rede de proteção social no Brasil” (TEIXEIRA; PINHO, 2018, p. 15)

Diante do exposto, clarificou-se que na gestão de Dilma Rouseff o Brasil enfrentou estagnação da economia, recessão generalizada, com queda da popularidade do governo, e embora se tenha ainda investido em mecanismos de redistribuição de renda e aumento do salário mínimo para expandir a demanda por consumo dos brasileiros, a tributação regressiva continuou a mesma, penalizando os mais pobres. Assim, turbulências políticas e econômicas pavimentaram o caminho para destituição de Dilma da presidência, dando lugar ao vice-presidente, Michel Temer. (TEIXEIRA; PINHO, 2018)

Nos três anos em que a cadeira presidencial foi ocupada por Michel Temer (2016 – 2019), as políticas de austeridade ganharam celeridade, sem “um debate transparente e democrático com a sociedade”, num contexto descrito por Teixeira e Pinho (2018, pág. 20) como “austericídio e desmontagem da rede de proteção social no Brasil”. Assim, projetos de desregulamentação das leis do trabalho, reforma previdenciária, congelamento de gastos para a saúde e para a educação, bem como desvinculação dos benefícios ao piso do salário mínimo, como o BPC, recuo de investimentos para programas sociais como Minha Casa Minha Vida, ganharam a tônica do projeto para salvaguardar os “interesses da aristocracia financeira”.

Assim ocorreu com medidas como a Proposta de Emenda Constitucional-241, renomeada no Senado com o número 55/2016. Aprovada em 2017, começou a valer em 2018 prevendo a fixação dos gastos públicos por 20 anos ficando, assim, conhecida como a ‘PEC do teto dos gastos’ e também como a “PEC da Morte”, haja vista os efeitos perversos que recaíram sobre as políticas sociais, principalmente educação e saúde, afetando diretamente a vida dos brasileiros com expressiva redução dos gastos a longo prazo, minando os recursos e investimentos nas políticas garantidoras dos direitos sociais. Como apontam Machado e Stampa (2021, p. 28)

As soluções para costurar as roturas que o capitalismo tende a deixar no tecido social do Brasil, têm sido cosidas através do rompimento de pactos sociais estabelecidos desde a década de 1940. A natureza contraditória do modelo capitalista, para acrescer sua acumulação, recria as condições responsáveis por potencializar suas contradições e fomentar suas crises.

Outras medidas também vieram na contramão dos direitos garantidos, como a Reforma Trabalhista – Lei 13.467/2017, que introduziu modalidades de contratação como trabalho intermitente, somados à queda da taxa de ocupação formal, que geram uma desproteção dos direitos do trabalho e impactos no rendimento dos brasileiros, conforme apontou a “Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira”

A informalidade de parte significativa dos postos de trabalho e uma característica do mercado de trabalho brasileiro e constitui importante fonte de desigualdade de rendimentos. Como consequência, há um elevado contingente de trabalhadores sem acesso aos mecanismos de proteção social vinculados a formalização, como o direito a aposentadoria, as licenças remuneradas (como para maternidade ou por afastamento laboral por motivo de saúde), assim como a remuneração ao menos pelo salário mínimo, quando se trata de empregados. (IBGE. 2020. p.21)

Em 2018 ocorre a eleição do candidato da extrema-direita no Brasil, Jair Bolsonaro, vista como grande ameaça aos setores progressistas e democráticos. A tão jovem democracia brasileira, sempre ameaçada, sofreu talvez seu mais duro golpe desde a redemocratização do país em 1985. No discurso de posse presidencial, o candidato eleito pronunciou-se em ataque ao politicamente correto e ao marxismo, denotando o posicionamento acrítico e reacionário do bloco de poder vencedor.

Conforme explicam Silva, Oliveira e Borri (2021, p. 126; 132.) o neoliberalismo suscitou uma “insegurança generalizada”, ressentimentos e insatisfação social que foram “capturadas pela direita e extrema direita em um processo que culminou na crise da democracia liberal”, ao passo em que a tradicional esquerda, ao se alinhar ao neoliberalismo, corroeu suas bases sociais, “contexto que culminou em discursos de apelo à ordem e à repressão.” Como salientou Barroco (2015, p. 626) “a acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos”.

Semelhante a uma tendência observada em outros países, o Brasil deu uma guinada à extrema direita trazendo um acirramento do conservadorismo com características de uma retórica ultranacionalista, uma aversão aos projetos sociais e aos trabalhadores, fundamentalismo religioso e obscurantismo total, desprezo pela ciência, e neopentecostalismo evangélico (SATO; MOREIRA, 2021). A sobreposição da retórica do ódio como política, do neoconservadorismo, do reacionarismo e autoritarismo são catalisadores de uma incidência maior da moralização das expressões da questão social. Somando-se a isso, a subserviência econômica aos Estados Unidos “direciona nossa produção prioritariamente ao mercado externo, evidenciando a total despreocupação com o atendimento das necessidades reais da população.” (IBIDEM, p. 129). O neoconservadorismo traz elementos neoliberais e antidemocráticos. Isto porque o preconceito moral possui raízes em valores “como a liberdade individual e econômica, a meritocracia de mercado e a ética do trabalho” (EUFRÁSIO, 2021. p.112). Assim,

A famosa frase de que é preciso “ensinar a pescar e não dar o peixe” é reproduzida pelo senso comum, como se autonomia fosse a transformação no nível individual, a autossuficiência, a “tomada de consciência individual”, a busca da autoestima para a autossuperação, a sustentabilidade, a preparação para o mercado de trabalho, o empreendedorismo. [...] nesse cenário de degradação do trabalho, com base em preconceitos, entendemos que a postura proativa dos indivíduos perante o mercado reforça valores de competitividade, concorrência, do estímulo ao consumo, ao egoísmo, o que certamente nos garante a sobrevivência, mas não necessariamente a autonomia ou a construção de valores emancipatórios. (IBIDEM. p. 117)

Em posicionamento semelhante, Gomes (2016, p. 89) já havia sinalizado que:

Nesse contexto, a “questão social” é mais do que pobreza e desigualdade. Ela expressa a banalização do humano, resultante de indiferença frente a esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a ela atinentes. “ (...) Os direitos sociais foram negados durante muito tempo - o que se atualiza hoje pelos expoentes do neoliberalismo – sob a alegação de que estimulam a preguiça, violam o direito individual à propriedade e estimulam o paternalismo estatal.

De acordo com Barroco (2015), o neoconservadorismo fortalece a implantação das políticas neoliberais e o apelo moralista à ordem, o combate ideológico aos movimentos de defesa de direitos das minorias e suas legislações, obscurecendo a realidade social, suas contradições e determinações socioeconômicas, naturalizando-as, bem como a instituição de meios repressivos de punição e extermínio dos indivíduos, principalmente os “sobrantes para

o capital”, os periféricos, mulheres e negros, trabalhadores empobrecidos e os “os grupos e sujeitos “fora” da ordem, da lei, dos costumes, do mercado de trabalho, do consumo, do pensamento dominante.” (BARROCO, 2015, p. 628).

Sem o intuito de aprofundar com detalhes as conjunções políticas e econômicas que deram os contornos do Brasil até a atualidade, a breve exposição feita até aqui deste cenário traz elementos que apontam para um horizonte de inúmeros desafios para a expansão de direitos sociais e a manutenção dos já conquistados. Para a profissão de Serviço Social, principalmente, "apreender a presença do ideário de extrema direita coloca-se como desafio ético-político fundamental àqueles/àquelas que recusam o irracionalismo, os discursos e práticas racistas, xenofóbicas, homofóbicas, sexistas e opressoras.” (SILVA ET al. 2021 p. 137).

Como antes explicitado, a resposta burguesa às crises do capitalismo se materializam em projetos antidemocráticos e de retração de direitos. As transformações nas relações sociais e no desenvolvimento do capitalismo no país colocam novas exigências para a profissão, na medida em que a questão social assume novos contornos e expressões. Em manifesto pelos direitos da pessoa idosa e da pessoa com deficiência, o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS denuncia os ataques às políticas públicas:

Recentemente, as ações do governo federal vão contra a materialização do direitos das pessoas com deficiência e da pessoa idosa em todo país. As Emendas Constitucionais 93/2016, de desvinculação das receitas da União, e 95/2016, do teto dos gastos públicos, são representativas dos interesses do governo federal em gerir suas ações de acordo com os preceitos do Estado Mínimo para o social, e máximo para os interesses econômicos, o que interferirá diretamente na abrangência e qualidade dos benefícios e serviços prestados aos/às trabalhadores/as. Além disso, a terceirização legalizada em todas as áreas com a reforma trabalhista dificulta a composição de um mercado de trabalho apto à participação com igualdade e autonomia da pessoa com deficiência, principalmente porque representa o viés economicista nas relações, totalmente oposto à perspectiva da inclusão social. Chamamos atenção especial à proposta de contrarreforma da Previdência Social, que inverte a lógica da seguridade social [...] o que tornará o acesso à previdência pública praticamente impossível para a maioria dos/as trabalhadores/as. (CFESS, 2017)

A reflexão exposta até o momento pavimenta o caminho para que possamos adiante analisar os contornos assumidos pela Assistência Social e as implicações para o trabalho profissional, considerando-se que o objeto deste trabalho está localizado na trama das relações institucionais desta política.

3.2 OS CONTORNOS ASSUMIDOS PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Conforme discorrido anteriormente, a lógica neoliberal ainda predominante pressupõe que há um superdimensionamento do gasto estatal com políticas universais e serviços públicos, e assim propõe a redução de despesas materiais, financeiras e humanas, impactando o trabalho do assistente social que “vê-se tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para operar políticas sociais” (IAMAMOTO, 2014, p. 149). As refrações da política neoliberal podem ser sentidas em diversos aspectos, como desemprego, trabalho informal e infantil, má distribuição de renda, analfabetismo, violência, mortalidade infantil, dentre outros (IAMAMOTO, 2014). Sobre tais refrações e aspectos o Estado irá responder de forma fragmentada e setORIZADA, “dificultando a explicitação de sua raiz comum numa perspectiva de totalidade, provocando a atomização das demandas e a competição entre os segmentos demandantes do acesso a parcelas do fundo público.” (RAICHELIS, 2010, p. 755).

Conforme Draibe (1990, p.19), as políticas sociais na América Latina tem sido desenvolvidas com programas de emergência focalizados nas populações mais pobres. A Assistência Social tem um caráter de ancestralidade na sua condição de ação pública no campo social, antecedendo outras formas de intervenção estatal, que somente no capitalismo monopolista passa a responsabilizar-se, ainda que minimamente, “pela sobrevivência daqueles setores sociais já expropriados dos recursos familiares e comunitários para a sua sobrevivência e reprodução”.

Segundo Yazbek (2014), a partir de 1988 no Brasil o Estado foi definido em seu papel central como regulador das políticas sociais, que foram ganhando diretrizes e princípios como a descentralização e controle social. Assim também a perspectiva de integrar e articular as políticas também emerge, como podemos observar no Parágrafo Único do Art. 2º da LOAS:

A assistência Social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. (LEI Nº 8.742 / 1993)

Ao passo em que o Estado reconhece direitos sociais, também se reorganiza dentro do ordenamento neoliberal do capitalismo internacional. Neste esteio, as práticas filantrópicas que historicamente fizeram parte da provisão social brasileira começam a assumir “uma

posição de crescente relevância no Sistema de Proteção Social no país”, num processo de esvaziamento, despolitização e refilantropização da Política de Assistência Social. (YAZBEK. 2014, p. 90). Como exemplo, a Medida Provisória N°813 adotada no Governo FHC em 1995, que retrai o Estado como o principal responsável pela garantia dos direitos sociais e coloca para a família, a comunidade e o voluntariado importante parcela de responsabilidade de provisão social.

De acordo com Yamamoto (2009), pensar a defesa dos direitos e da cidadania requer pensar na primazia do Estado na condução das políticas, partindo de princípios de descentralização, democratização e universalização das políticas. Com o direcionamento neoliberal, implementado no Brasil, a partir da década de 1990, aliado à lógica do capital financeiro que captura o “Estado Nacional num contexto de crise e de fragilização do processo de organização dos trabalhadores” (IAMAMOTO, 2009, p. 21), esta primazia do Estado na condução das políticas sociais é redirecionada em favor da privatização das necessidades sociais, incluindo critérios de seletividade no atendimento aos direitos sociais (IDEM. p. 22). Conforme apontam Teixeira e Pinho (2018), a expansão da cidadania e as políticas pró-mercado financeiro distanciam-se por um grande abismo. Infelizmente, como advertiu Gentil (2017, p. 21-22),

O ajuste fiscal dos últimos anos serviu de cortina para encobrir a privatização e a regressão do sistema de proteção social e se encarregará de anular boa parte dos ganhos que os mais pobres obtiveram na última década.

De acordo com Duriguetto (2011) a regulamentação da Assistência Social ocorreu em momento bastante desfavorável à expansão das políticas públicas no Brasil. A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, promulgada em 1993 e alterada pela Lei. 12.435 de 2011, emerge em contexto de redirecionamento do Estado para se ajustar ao ideário neoliberal. A tônica das políticas sociais em contexto de refração do Estado alicerçou-se no trinômio: descentralização, privatização e focalização.

A LOAS afirma a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado, inscrita como política de Seguridade Social. Conforme seu Art. 2º, possui como objetivos:

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

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 - b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
 - c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 - d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
 - e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;
- II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;
- III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. (LEI 8742, 1993)

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS foi instituída em 2005 a partir da elaboração do então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. A PNAS então reafirmou princípios contidos na LOAS (1993) e redesenha a política de Assistência Social “na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social” (SUAS). (YAZBEK, 2014, p. 94). Os parâmetros do SUAS foram estabelecidos posteriormente em 2005 com a Norma Operacional do SUAS – NOB SUAS, e no ano de 2006, através da Resolução Nº 269, é aprovada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUAS – NOB/RH/SUAS, que constituiu “um avanço no que diz respeito à profissionalização da política de assistência social, com vistas a garantir aos usuários do Sistema Único de Assistência Social serviços públicos de qualidade” (FERREIRA, 2011, p.13). Aos trabalhadores a NOB/RH/SUAS significou o fortalecimento das lutas “por condições materiais, técnicas e éticas de trabalho nos órgãos gestores, nos Cras e Creas e nas entidades de assistência” (RAICHELIS, 2010, p. 761)

No SUAS a Assistência Social é dividida conforme a organização que pauta as ações no setor: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (que se subdivide em Média e Alta Complexidade). Aos CRAS (Centros de Referência de Assistência Social) cabe a realização da Proteção Social Básica, com serviços de acolhimento e fortalecimento de vínculos, potencializando ações de inserção no mercado de trabalho; e aos CREAS (Centros

de Referência Especializados em Assistência Social) cabendo a operacionalização da proteção social especial, destinada ao acompanhamento de sujeitos e famílias com vínculos (familiares e/ou comunitários) rompidos e em situação de violação de direitos. (DURIGUETTO, 2011).

A existência dos Cras e dos Creas como unidades públicas estatais cria oportunidade inédita de qualificação e articulação dos serviços, programas, projetos e benefícios voltados para o atendimento das necessidades sociais e direitos da população nos seus territórios de abrangência. É a presença do Estado nos territórios de moradia da população com direito de acesso a serviços e programas sociais públicos e de qualidade. (RAICHELIS, 2010, p. 768)

O SUAS concretiza a Política Nacional de Assistência Social como uma política de Estado. Entretanto, objetivando a qualidade dos serviços prestados e a universalização dos direitos sociais, o SUAS depara-se com entraves concretos de ordem financeira, com destinação de grande parte de seu orçamento aos programas de transferência de renda, estes que se tornam centrais na política e são focalizados aos recortes mais empobrecidos da população. O principal programa neste sentido é o Programa Bolsa-Família, programa de transferência direta de renda e que unificou os programas de transferência presentes no Governo FHC. Ainda que sozinho o Programa Bolsa-Família não dê conta de sanar mesmo que minimamente a desigualdade social, sem ele muitas pessoas estariam hoje na condição de total insegurança alimentar e existencial, fato que este programa se torna essencial ao atendimento das famílias em maior vulnerabilidade. (RAICHELIS, 2010).

De acordo com Mota (2007), a Política de Assistência Social foi bastante ampliada no Brasil, porém as demais políticas da Seguridade Social – Saúde e Previdência - não acompanharam proporcionalmente os avanços. Desta forma, estas políticas, que deveriam estar articuladas, sofrem uma fratura em sua universalização, na medida em que Saúde e Previdência são mercantilizadas, dificultando assim o acesso aos serviços, e a Assistência Social torna-se central, de forma fetichizada e mistificada, tornando-se a política social, e não parte das políticas sociais para o enfrentamento da desigualdade social. Este mecanismo, cunhado como “assistencialização da proteção” coloca para a Assistência Social o desafio de suprir necessidades que deveriam ser assumidas através de outras políticas, como do trabalho, emprego e renda, como sinalizamos no item anterior.

Não seria leviano admitir que o desenvolvimento desse processo responde por uma aliança invisível entre a manutenção do anti-reformismo, a preservação da dinâmica capitalista e o atendimento de necessidades imediatas da população, sem que se projete qualquer iniciativa que reponha a

centralidade do trabalho, seu valor de uso social no horizonte do enfrentamento das desigualdades sociais, geradoras das necessidades da assistência social. Para isso, utilizaram uma tática *transformista* que desmonta e desqualifica os projetos, as ideologias e as práticas vinculadas ao campo do trabalho. Nesse sentido, coloca-se o maior desafio para os que professam “o pessimismo da razão e o otimismo da vontade”: distinguir e compreender a necessidade objetiva da ampliação da assistência diante do agravamento da pobreza, sem hiperdimensionar seu papel no enfrentamento da “questão social”, aliás, um novo e instigante tema para a agenda política do Serviço Social brasileiro. [...] Essa afirmativa não implica a subtração da dimensão civilizatória da seguridade social, tampouco o fato de ela ser resultante das lutas sociais dos trabalhadores. (MOTA, 2007, p. 138)

Conforme apontou Raichelis (2010), a implementação das políticas sociais e os contornos que assumem os espaços socio-ocupacionais destas políticas, campo de trabalho dos assistentes sociais, devem ser compreendidos não de forma linear, mas dialeticamente, acompanhando o movimento da sociedade, as lutas e as pressões para a garantia de direitos. O aprofundamento e complexificação da questão social como consequência das estratégias adotadas para enfrentamento da crise do capital traz também em seu bojo a possibilidade e a necessidade de mobilizações e estratégias de enfrentamento na luta pelos direitos da classe trabalhadora. Na contrarreforma do Estado, que assumiu um caráter gerencial, predomina o entendimento da superficialidade dos direitos, considerando como desnecessário tudo aquilo que é público e estatal. A dinâmica societária de reestruturação produtiva afeta o conjunto da classe trabalhadora, de forma que também os assistentes sociais sentirão os constrangimentos decorrentes das metamorfoses do trabalho assalariado, tais como a alienação, a intensificação do trabalho, a desproteção dos direitos e de organizações coletivas. Além do desemprego, as novas formas de gestão e os diferentes tipos de vinculação do trabalho conferem o caráter precarizado, informal e incerto, com subcontratos ou contratos parciais, temporários, flexíveis, apelo ao empreendedorismo, cooperativismo e voluntarismo, ausência de perspectivas de longo prazo, denotando a "deterioração da qualidade do trabalho, dos salários e das condições em que ele é exercido" (RAICHELIS, 2010, p. 758), além de redefinição dos sistemas de proteção social.

Verifica-se, assim, que a *reestruturação produtiva* em curso atinge o mercado de trabalho do assistente social, incidindo contraditoriamente tanto na mudança e/ou redefinição de postos de trabalho em algumas áreas (por exemplo, nas empresas), como também na ampliação e diversificação, como é o caso das políticas de seguridade social, especialmente a política de assistência social. Esta dinâmica é ainda mais intensa em âmbito municipal, considerando as novas requisições que chegam aos municípios em virtude da descentralização e municipalização dos serviços sociais públicos, e diante das inúmeras pressões que sofrem diretamente das populações atingidas pelo

desemprego, pobreza, violência, insegurança do trabalho e da moradia. (RAICHELIS, 2010, p.757)

De acordo com Raichelis (2010), a consolidação do SUAS nos anos 2000 foi o ponto de partida para uma escalada do mercado de trabalho, em nível nacional, para assistentes sociais e as demais profissões que são requisitadas a compor os quadros da Assistência Social. Este processo de alargamento dos espaços sócio-ocupacionais veio acompanhado, entretanto, de precarização e intensificação do trabalho. Assim, de acordo com Raichelis (2010, p. 751) o trabalho do assistente social e "as formas por ele assumidas nos diferentes espaços ocupacionais e nas diversas atividades que desenvolvem no cotidiano das instituições públicas e privadas" veio ganhando centralidade na agenda das discussões da categoria. Os espaços institucionais são locais onde se inscrevem disputas e contradições, semelhante à própria profissão de Serviço Social permeada por interesses divergentes entre o capital e o trabalho, num movimento que congrega continuidades e rupturas. A assistência Social é uma das mediações mais tradicionais do exercício profissional.

As políticas sociais, como mediação fundamental da ação do Estado, viabilizam uma intervenção continuada e estratégica sobre as sequelas da *questão social*, levando o aparelho estatal a desenvolver simultaneamente funções econômicas, políticas e sociais, administrando as contradições e buscando um sistema de consensos em busca de legitimidade social. (RAICHELIS. 2010. p. 754 - 755)

Acerca dos trabalhadores da Política de Assistência Social, foi observado que há uma heterogeneidade também na equipe técnica e nas formas de contratação, contendo vínculos estatutários, de contratação temporária, comissionados, de forma que entre 2005 e 2010 o número de profissionais sem vínculo permanente dobrou em quantidade.²³ De acordo com o MDS (2018), compõem os Cras e Creas 127.600 profissionais de diferentes ramos. Apesar da NOB/RH/SUAS trazer avanços em suas normativas quanto a garantia da contratação via concurso público, e a elaboração de um plano de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores do SUAS (PCCS), "o processo de precarização sempre foi um gargalo no SUAS desde a sua criação". (SANTOS, R.T., 2020, p. 163)

A deslegitimação e perda de prestígio social do serviço público perante a sociedade, artefatos utilizados amplamente pela retórica neoliberal em claro favorecimento ao mercado,

²³ Raichelis (2010, p.763) traz os dados da pesquisa Munic-IBGE, comparando os resultados no período de 2005 a 2009 sobre os trabalhadores da assistência social aponta que "a maior elevação foi detectada entre os trabalhadores sem vínculo permanente, que em 2005 totalizavam 34.057 pessoas, ampliando para 60.514 em 2010, ou seja, um aumento de 73,1%"

contribuíram para a não recomposição do quadro de profissionais e ampliação de concursos públicos, pairando na sociedade um ideário de que a máquina pública estaria sofrendo um inchaço sem a contrapartida necessária. (RAICHELIS, 2010).

A Política de Assistência Social enfrenta inúmeros desafios, tais como a sustentação de uma direção de trabalho pautada no direito, recusando “a adoção de abordagens conservadoras (...) que individualizam, moralizam ou patologizam/terapeutizam a *questão social*, (...) criminalizando as famílias e indivíduos pela sua condição de pobreza” (RAICHELIS, 2010, p.768). A prestação de serviços pela assistência social, historicamente, foi marcada por aspectos patrimonialistas, clientelistas, respaldadas no primeiro-damismo. Estas tendências têm se espraiado na atualidade, pois, como ressaltam Silva ET.al. (2017) “observa-se uma forte tendência ao incentivo sob perspectiva de solidariedade, sob uma forte despolitização das relações sociais e a questão social é desarticulada do âmbito da esfera pública para filantropia, as parcerias e ao voluntariado”

Conforme Santos, R.T. (2020, p. 158), dois processos simultâneos vêm impactar a política de assistência social: o desmonte e a flexibilização do trabalho. Isto porque a “precarização da força de trabalho empregada na objetivação de uma política social é considerada como um fator estrutural do seu desmonte”. Assim, à luz das reflexões de Raichelis (2020), a terceirização, o trabalho por contratos e por projetos, a baixa e incerta remuneração, a flexibilização do trabalho via sistema de RPA (Recibo de Prestação de Serviço) e a chamada Pejotização (personalidade jurídica) configuram modalidades de trabalho funcionais à redução dos custos com o trabalho e facilitadoras de processos de adoecimento, assédio moral, dificultando o acesso aos direitos trabalhistas e às formas de organização por categoria a partir da identificação de pautas comuns, dada a heterogeneidade dos vínculos. Tais tendências têm sido percebidas em diversas políticas, como na saúde, habitação, área sociojurídica e na política de assistência social, onde a terceirização é utilizada em várias modalidades sob a justificativa de falta de recursos para criação de cargos e realização de concursos públicos.

No âmbito do trabalho em serviços, espaço em que se move a intervenção profissional, é preciso lembrar que, apesar do intenso processo de incorporação de tecnologias digitais, trata-se de um tipo de atividade que se apoia no uso intensivo de força de trabalho, o que supõe atividade interativa, de natureza socio-relacional, dependente portanto da competência crítica do/a trabalhador/a que presta o serviço, dos seus conhecimentos e informações, da direção ética e política que busca imprimir ao seu trabalho, da relação democrática ou não que estabelece com os sujeitos da ação profissional. (RAICHELIS, 2020, p. 23)

Diante do exposto, sinalizamos que a não garantia das condições de trabalho e a não valorização dos trabalhadores das políticas públicas afetam diretamente o conjunto da população para a qual são destinadas as ações, interferindo na continuidade e qualidade de serviços, programas e projetos, no estabelecimento do vínculo entre o profissional e a população. Neste contexto,

mesmo assalariados/as com empregos “estáveis”, estatutários/as concursados/ as, com contratos por tempo indeterminado, são afetados/as pelo “sentimento de precariedade quando são confrontados com exigências cada vez maiores no trabalho e estão permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estar em condições de responder a elas. (LINHART, 2014, p. 45 *apud* RAICHELIS, 2020, p. 33)

Em uma tendência de regressão quanto aos direitos conquistados pelos trabalhadores, os espaços ocupacionais dos assistentes sociais sofrem alterações diretamente relacionadas às mudanças no mundo do trabalho operadas pelo grande capital e sua dinâmica de acumulação que captura os Estados Nacionais. Na realidade brasileira, o assistente social vai se deparar tanto com novos contornos do mercado de trabalho quanto com “demandas, habilidades, competências e atribuições” inéditas (IAMAMOTO, 2009, p. 3). Em contrapartida, são colocadas aos profissionais

Específicas exigências de capacitação acadêmica que permitam atribuir transparências às brumas ideológicas que encobrem os processos sociais e alimentem um direcionamento ético-político e técnico ao trabalho do assistente social capaz de impulsionar o fortalecimento da luta contra-hegemônica comprometida com o universo do trabalho. (IAMAMOTO, 2009, p. 3)

A partir dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Assistência Social, publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010, Moljo ET AL (2014) discorre sobre o exercício profissional nesta política, atentando-se para a pertinência deste tema haja vista a expansão dos CRAS, e identificando o projeto ético-político do Serviço Social como elemento indispensável para nortear as ações profissionais no horizonte de um posicionamento ético-político que na medida estará na “contramão da maré neoliberal” (IAMAMOTO, 2012, p. 233, *apud* MOLJO ET AL, 2014, p. 158).

No item que se seguirá serão realizados apontamentos acerca do trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência, abarcando também elementos históricos da conformação do Serviço Social no Brasil a fim de contextualizar a importante direção hegemônica assumida pela profissão frente a viabilização de direitos sociais.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E A PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Historicamente, a emergência do Serviço Social como profissão ocorreu no esteio dos processos econômicos, políticos e sociais inerentes ao capitalismo monopolista (que sucedeu o capitalismo concorrencial entre 1890 e 1940), que “cria e funda a profissionalidade do Serviço Social” (NETTO, 2011, p. 74). A matéria-prima de constituição do espaço do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho é a questão social (YAZBEK, 2009). Para Iamamoto e Carvalho (2009, p.77), a questão social é a manifestação da contradição entre proletariado e burguesia, expressão do “processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado”.

As expressões da questão social no capitalismo monopolista são alvo de políticas sociais por parte do Estado tanto pela necessidade de legitimação quanto pela organização política do movimento operário; entretanto “está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade/Estado burguês no capitalismo monopolista”, mas está permeada de contradições. (NETTO, 2011, p. 33). Esta intervenção do Estado ocorre de forma parcial e fragmentada na medida em que também se recortam as expressões da questão social em “problemáticas particulares”. As políticas sociais implementadas pelo Estado vão requisitar profissões para atuar tanto em sua formulação quanto execução, donde se cria um mercado de trabalho para o assistente social. Como ressaltam Iamamoto e Carvalho (2009, p.77)

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação de serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social

Ainda, conforme apontam os autores, cabe destacar que

O Serviço Social afirma-se como profissão, estreitamente integrado ao setor público em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vincula-se, também, a organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços sociais à população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a serviço das mesmas. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 70)

Originalmente a profissão de Serviço Social foi perpassada ideo-politicamente pela tendência advinda do conservadorismo de promover uma coesão social através da psicologização da questão social, de subordinação da população trabalhadora ao poder econômico das classes dominantes. Entretanto, a profissão não se delimitou unicamente neste vetor e nem se condensou nesta articulação um projeto de profissão “sócio-político particular” (NETTO, 2011, p. 78); antes, porém, trata-se da “restauração e conservantismo” (Ibidem) advindos da Igreja Católica e adensados pelo projeto conservador burguês. Os projetos de várias frações de classe, entretanto vão esbarrar na profissão de Serviço Social, uma vez que, inserida em postos de trabalho demandados pelas políticas sociais – a base própria de sua profissionalidade – (Ibidem), conforma-se um terreno de conflitos na medida em que o assistente social era demandado a dar respostas ao Estado burguês e também à classe trabalhadora. (NETTO, 2011). Historicamente, as (os) assistentes sociais ocuparam espaços de trabalho no campo dos serviços sociais, em serviços públicos ou “instituições para-estatais e autarquias”, com uma irradiação e reconhecimento da profissão de forma lenta e paulatina. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2009, p 188).

Os assistentes sociais, portanto, estão inseridos “em funções executivas na implementação de políticas sociais setoriais” dada a ampliação e complexificação da “divisão social (e técnica) do trabalho” (NETTO, 2011, p. 80), portanto assalariados e originalmente conectados a um referencial ideal conservador, tornam-se permeáveis a outros projetos sócio-políticos. (NETTO, 2011). Conforme sinaliza Iamamoto (2008)

Embora constituída para servir aos interesses do capital, a profissão não reproduz, monoliticamente, necessidades que lhes são exclusivas: participa, também, ao lado de outras instituições sociais, das respostas às necessidades legítimas de sobrevivência da classe trabalhadora, em face das suas condições de vida, dadas historicamente

A profissionalização de Serviço Social sofreu um giro e uma ruptura, na medida em que os assistentes sociais foram alocados em instituições divergentes daquelas onde se deram as protoformas de seu trabalho - antes calcadas na filantropia e nas bases caritativas da ajuda - para instituições onde se inscreve numa relação de assalariamento e relativa autonomia, inserindo-se no mercado de trabalho, de modo que “a significação social do seu fazer passa a ter um sentido novo na *malha* da reprodução das relações sociais” (NETTO, 2011, p. 70). Assim, a profissionalização do Serviço Social não passa pela “evolução da ajuda” ou “racionalização da filantropia”, mas se dá no esteio da ordem monopólica do capital em que irá se legitimar pública e socialmente. (Ibidem, p. 71).

As tendências de análise e interpretações acerca da intervenção sobre a realidade social sobre a qual a profissão se move são derivadas das transformações sociais particulares do desenvolvimento do capitalismo na sociedade, e não são homogêneas, mas permeadas de clivagens, tensões e conflitos internos. De forma processual, a profissão incorporou ideias e conteúdos doutrinários do pensamento da Igreja Católica, o que imprime à profissão um caráter de apostolado. (YAZBEK, 2009)

Conforme o apontamento feito por GUERRA (2000, p. 14),

Ainda que surgindo no universo das práticas reformistas integradoras que visam controlar e adaptar comportamentos, moldar subjetividades e formas de sociabilidade necessárias à reprodução da ordem burguesa, de um lado, e como decorrência da ampliação das funções democráticas do Estado, fruto das lutas de classes, de outro, o Serviço Social entretecido pelos interesses em confronto, vai ampliando as suas funções até colocar-se no âmbito da defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas públicas e da democracia.

De uma matriz conservadora que se encontra na gênese da profissão (e embora o conservadorismo tenha se atualizado na profissão em tempos chamados pós-modernos²⁴), o Serviço Social foi se transformando em sua trajetória e organização socioprofissional, construindo referências que expressam sua identidade (YAZBEK, 2009), numa história de lutas, rupturas, construções, recuos e avanços. (OLIVEIRA e CHAVES, 2017).

De acordo com Moljo e Cunha (2009), tendo como fonte privilegiada de análise o estudo realizado por Netto (1996) a partir da década de 1960 desponta no Serviço Social brasileiro um processo de Renovação. No período de 1950 a 1964 o Serviço Social sofreu a influência do desenvolvimentismo que dava a tônica da política econômica na época, embora novas perspectivas estivessem latentes. Assim, a partir desta concepção, fomentaram-se práticas do desenvolvimento de comunidade, percebida como um todo coeso que precisava ser ajustada e fortalecida, somando assim esforços junto ao Estado para modernizar o conjunto da sociedade.

²⁴ De acordo com Wood (1999), os pós-modernistas são insensíveis à história, e apresentam uma contradição na medida em que discorrem sobre uma teoria de mudança de época baseada em uma negação da história. Para os pós-modernistas não há um sistema totalizante e social, como o capitalismo, mas sim vários discursos e identidades, diferentes tipo de poder e opressão. Negam processos históricos e causalidades, e essa negativa está relacionada a um pessimismo político: não compreendem a causalidade e origem dos processos de opressão, logo não há como organizar estratégias para enfrentamento, uma “oposição unificada, de emancipação humana geral ou mesmo a uma contestação geral do capitalismo” (WOOD, 1999, p. 15), ocorrendo somente algumas resistências separadas e particulares.

Nesta perspectiva, a pobreza era um “mal” que atingia a sociedade, e não um fenômeno socialmente produzido. Desta forma, o Serviço Social é requisitado pelo Estado a “incrementar programas de desenvolvimento comunitário que possam favorecer a mudança cultural do povo” (MOLJO; CUNHA. 2009. p. 89), numa busca de aceitação social para o desenvolvimento proposto. Este modelo desenvolvimentista começa a ganhar ares de crise entre 1961 e 1964, momento em que setores da sociedade começam a se movimentar politicamente almejando mudanças no campo progressista e democrático, dentre eles estudantes, proletariado, artistas, e a própria Igreja.

A partir de 1964, instaurada a Ditadura Civil-Militar brasileira num golpe em 1º de abril, inicia-se um processo de repressão do pensamento crítico e dos espaços de participação popular, somado à continuidade da desigualdade social. Em 1968 o regime recrudesce com o Ato Institucional N 5 – AI-5, com graves violações dos direitos humanos como institucionalização da pena de morte e da tortura. Novas demandas são colocadas ao Serviço Social para atender às demandas de modernização social e econômica do Estado, balizadas pela Doutrina de Segurança Nacional – DSN²⁵, adotada para legitimação do regime. Assim, “a questão social foi enfrentada pelo binômio repressão-assistência” (SILVA e SILVA, 2006. apud MOLJO; CUNHA. 2009. p. 92). Conforme Netto (1996), com a instauração da autocracia burguesa, se inicia a erosão do Serviço Social tradicional, período no qual se processa a sua Renovação.

De acordo com o autor supracitado, o processo de Renovação pode ser caracterizado por três diferentes vertentes que o perpassaram: a modernização conservadora, ainda alinhada à adequação da profissão para a problemática do desenvolvimento econômico; a (re)atualização do conservadorismo que, baseada na fenomenologia recusa o positivismo e o marxismo; e a intenção de ruptura, perspectiva que, aprofundando-se criticamente a partir da aproximação com Ciências Humanas e Sociais, do marxismo e posteriormente apreendendo melhor a perspectiva marxiana, confrontou-se teórica, política e profissionalmente com a “autocracia burguesa”. (MOLJO; CUNHA. 2009).

²⁵ De forma bem resumida, podemos dizer que a Doutrina de Segurança Nacional - DSN, formulada pela Escola Superior de Guerra do Exército Brasileiro – ESG, tinha como principal inimigo interno o comunismo, tido como uma potencial ameaça oculta que poderia instaurar-se na sociedade e ameaçar a segurança interna do país, principalmente no campo ideológico. Desta forma, o Estado atuou para neutralizar e reduzir os antagonismos, controlando e reprimindo a população de forma geral. Retira-se então a liberdade de expressão e associação. Para garantir a maior segurança, a DSN postulava que era necessário um alto grau de desenvolvimento econômico, obtendo assim apoio popular, e integrar o território nacional, desenvolvendo rodovias, ferrovias, navegação, redes de comunicação. (NETTO. 2009)

Assim,

Essa corrente levantou a necessidade de que a profissão se debruçasse sobre a produção de um conhecimento crítico da realidade social, para que o próprio Serviço Social pudesse construir os objetivos e (re)construir objetos de sua intervenção, bem como responder às demandas sociais colocadas pelo mercado de trabalho e pela realidade. (MOLJO; CUNHA, 2009, p.93-94)

Conforme pontuaram as referidas autoras, a intenção de ruptura com o conservadorismo impulsionou a construção de um projeto ético-político emancipatório. Um marco importante dentro da Intenção de Ruptura, senão crucial para esta *virada* do Serviço Social, foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS, o chamado “Congresso da Virada”, ocorrido em 1979, tido como marco da politização e mobilização de profissionais, de estudantes e de entidades sindicais, num momento de queda do regime ditatorial civil-militar que comandava o país. Como ressalta Netto (2009, p.16), a Ditadura foi “um processo de contra-revolução preventiva implementada em escala mundial com o objetivo [...] de reverter as tendências democratizantes e progressistas [...] que se registravam nas periferias capitalistas.”.

É neste cenário de mobilização de diversos setores que ocorreu o III CBAS, possibilitando trazer à cena política as tendências democráticas contidas e reprimidas no Serviço Social. Assim, os assistentes sociais advindos das tendências mais progressistas invocaram a “condição de vendedores de força de trabalho [...] reivindicando para eles o estatuto de trabalhadores [...] e vincularam seus propósitos profissionais aos interesses do conjunto dos trabalhadores” (NETTO, 2009, p. 34). Conforme Netto (1996) a Intenção de Ruptura terá três momentos: a sua emergência, que tem como marco a experiência da Escola de Belo Horizonte, o espraiamento na década de 1980 e a sua consolidação nos 1990.

De acordo com Yazbek (2009), é, sobretudo, com Yamamoto nos anos 1980 que se inicia uma efetiva interlocução da profissão com a teoria social de Marx, cujo conhecimento possibilita a apreensão dialética da realidade em seu movimento contraditório e as relações sociais que configuram a sociabilidade capitalista. A adoção do marxismo como referência analítica possibilitou a abordagem do Serviço Social como componente da organização da sociedade, inserida na dinâmica das relações sociais e participando do processo de reprodução dessas relações. Este referencial marxista orientou a profissão desde então, permeando da formação até o seu Código de Ética. Recria-se a profissão na busca do

rompimento com o conservadorismo. Também, num processo de maturação profissional, ocorre uma diversificação das demandas colocadas ao profissional, ultrapassando “a condição de executor de programas para assumir posições de planejamento e gestão de políticas sócio-assistenciais”. (YAZBEK, 2009)

Embora no primeiro momento, perpassada por equívocos de interpretação, o aprofundamento da perspectiva marxista possibilitou compreender o homem como um ser histórico e social inserido numa sociedade complexa e contraditória, e apreensão da realidade sob uma perspectiva de totalidade. (OLIVEIRA e CHAVES, 2017, p. 153).

A profissão amadurece e atualmente é norteadada por um Projeto Ético-Político Profissional pautado na defesa dos interesses da classe trabalhadora e na perspectiva das lutas sociais pela defesa de direitos, por uma outra sociedade, que “supõe a erradicação de todos os processos de exploração, opressão e alienação” (CFESS, 2011, p.22). Como bem delineou Raichelis (2018, p. 155), o projeto ético-político é um projeto profissional que expressa

(...) a construção coletiva do Serviço Social brasileiro nas últimas três décadas, forjado nas lutas dos movimentos sociais contra a Ditadura no Brasil e articulado a um projeto societário anticapitalista. Esse se associa à luta mais geral da classe trabalhadora por uma nova ordem societária, igualitária e emancipada

O trabalho do assistente social é perpassado por uma tensão localizada no dilema existente entre estatuto profissional e trabalho assalariado, o que se relaciona diretamente à autonomia relativa de que dispõe o profissional, sendo esta também atrelada às forças políticas e lutas sociais que podem expandir ou limitar a direção social escolhida pelo assistente social em seu exercício junto à classe trabalhadora. Estas ações profissionais materializam “projeções coletivas da categoria” historicamente determinadas (IAMAMOTO, 2009, p. 8), ancoradas em princípios ético-políticos e em conhecimentos teórico-metodológicos, expressa assim “a dimensão teleológica do trabalho do assistente social: a busca, por parte da categoria, de imprimir nortes ao seu trabalho, afirmando-se como sujeito profissional” (IBIDEM).

Conforme Iamamoto (2009, p. 33), não existe um processo de trabalho do Serviço Social, mas sim “um trabalho do assistente social e processos de trabalho nos quais se envolve na condição de trabalhador especializado”. Embora o Serviço Social seja regulamentado enquanto uma profissão liberal, a autonomia teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política dos assistentes sociais está tensionada pela sua condição de assalariado. Assim, diz-se da autonomia relativa do profissional à possibilidade de imprimir uma direção social ao

exercício profissional, possibilidade esta condicionada à correlação de forças econômicas, culturais e políticas. (IAMAMOTO, 2017).

Como ressaltou Netto (2011, p.71), os profissionais “se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle”. Assim também, Iamamoto (2009, p. 8) elucida que a autonomia profissional está condicionada pelas

lutas sociais hegemônicas presentes na sociedade que alargam ou retraem as bases sociais que sustentam a direção social projetada pelo assistente social ao seu exercício, permeada por interesses de classes e grupos sociais, que incidem nas condições que circunscrevem o trabalho voltado ao atendimento de necessidades de segmentos majoritários das classes trabalhadoras

Ainda assim, a profissão possui algumas características concernentes às profissões liberais, tais como um Código de Ética orientador de suas ações e o caráter não rotineiro da intervenção, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662 de 7 de junho de 1993), e a possibilidade de apresentar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos (YAZBEK, 2009).

A direção social que orienta a profissão tem como referência a relação orgânica com o projeto das classes subalternas, reafirmado pelo Código de Ética de 1993. A prática profissional é percebida no contexto das relações de classe da sociedade brasileira, sendo fundamento da formação a realidade social (SILVA, 1999:46 *apud* YAZBEK, 2009, p.30)

Conforme apontam Sposati ET AL (2014), as ações dos profissionais de Serviço Social não são autônomas das correlações de forças presentes nas sociedades. Desta forma, é fundamental a compreensão acerca da prática profissional, sem a qual se pode culminar com um entendimento de que

As questões defrontadas na prática são remetidas à solução de situações-problema, de casos individuais ou, quando muito, de grupos ou segmentos da população de baixa renda. Com isto, muitas vezes, os insucessos da ação são compreendidos como uma deficiência do desempenho profissional. (Ibidem, p. 65)

Uma vez que os espaços sócio-ocupacionais, seja no âmbito do Estado ou do privado, são atravessados pelas necessidades impostas pelo mercado e pelo capital, o profissional de Serviço Social, que busca implementar seu projeto profissional comprometido com a classe

trabalhadora, vê-se desafiado neste propósito, dado que seu exercício profissional é mediado pelo trabalho assalariado. Como ressalta Iamamoto (2009, p. 9)

Em outros termos, repõe-se, nas particulares condições do trabalho do assistente social profissional, o clássico dilema entre causalidade e teleologia, entre momentos de estrutura e momentos de ação, exigindo articular, na análise histórica, estrutura e ação do sujeito.

Conforme aponta Iamamoto (2009), o trabalho do assistente social, no atendimento às necessidades sociais, materiais ou espirituais²⁶ de segmentos sociais das classes subalternas possui refrações nas condições de existência dos sujeitos interferindo na qualidade de vida dos trabalhadores. O trabalho do assistente social é trabalho concreto e abstrato: possui um valor de uso e também um valor de troca, “como parte da alíquota do trabalho socialmente produzido” (IAMAMOTO, 2009, p. 10), e o valor de seu salário é “estabelecido como qualquer outra mercadoria no reino mercantil” (RAICHELIS, 2018, p.155)

Problematizar o trabalho de assistentes sociais na sociedade capitalista contemporânea supõe pensá-lo como parte do trabalho coletivo submetido, portanto, às determinações e constrangimentos semelhantes àqueles que subordinam o conjunto dos trabalhadores assalariados. Isso supõe ultrapassar a visão que reduz a prática de assistentes sociais a uma relação dual e face-a-face entre profissionais e sujeitos a quem presta serviços (RAICHELIS, 2018, p.157),

Sob a reflexão trazida pela autora supracitada, apontamos que no processo de produção e reprodução social na sociedade capitalista, o trabalho assume sua historicidade enquanto trabalho concreto e abstrato. O trabalho do Serviço Social não difere, assumindo essa dupla dimensão. Embora o resultado do trabalho do assistente social não assuma a forma de um produto, e sim uma forma imaterial, este também faz parte do processo de trabalho inserido nas relações de produção social do valor e da mais-valia²⁷. Tal reprodução social não

²⁶ Necessidades espirituais no sentido apontado por Guerra (2000, p.3), como aquelas relativas “à mente, ao intelecto, ao espírito, à fantasia”

²⁷ O trabalhador assalariado diariamente vende sua força de trabalho ao capitalista e recebe por ela um preço. O capitalista, ao comprar a força de trabalho, adquire o direito de usá-la por diversas horas no dia ou na semana, considerando os limites da jornada. Assim, o trabalhador trabalha além do necessário para recompor sua força de trabalho, e essas horas a mais de “sobretalho” se traduzem em “sobrepduto” e em “mais-valia”, apropriados pelo capitalista. (ANTUNES, 2013)

se restringe à reprodução da própria força de trabalho, mas de todas as dimensões da vida social. A produção social do valor pode ser compreendida, à luz da teoria marxiana, para além das relações sociais fabris, o que nos permite compreender o trabalho do assistente social no setor de serviços, “espaço por excelência ocupado pelas profissões, como o Serviço Social” (RAICHELIS, 2018, p.162).

No capitalismo monopolista, o setor de serviços cresce tanto em países centrais como periféricos e emprega trabalhadores assalariados como o assistente social. Como aponta Raichelis (2018), o trabalho neste setor, por ser predominantemente intelectual e não ter como resultado uma substância física, um produto, pode ser entendido como trabalho imaterial. Porém, como ressalta a autora, dadas as características assumidas pelo capitalismo no Século XXI, é cada vez mais tênue a fronteira entre a produção de mercadorias e a produção de serviços.

Embora não configurem relações entre não-proprietários e proprietários numa relação de extração da mais-valia do trabalho, os serviços e a implementação de políticas sociais através do Fundo Público corroboram para o processo de circulação do capital e reprodução da força de trabalho. Isto se dá tanto pelas operações estatais da contratação de força de trabalho e até investimentos bancários para gestão de programas de transferência de renda (BEHRING, 2010, p. 178, apud RAICHELIS, 2018, p. 164), quanto pela exploração do trabalho através das questões relativas aos processos de trabalho e salários. Neste sentido, cabe considerar ainda a ótica neoliberal e a financeirização do capital, que tendem à degradação do trabalho e da vida, e a “complexificação da divisão social, sexual e técnica do trabalho” (RAICHELIS, 2018, p. 167).

Assim, o trabalho no campo dos serviços como trabalho em processo não se autonomiza do labor desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras assalariados, na subsunção formal ou real do trabalho ao capital, ainda que com particularidades, dependendo da forma que este assume nas distintas áreas e nas diferentes relações concretas em que se insere.(...) Por esse caminho analítico, não há como separar ou dicotomizar trabalho e profissão, tampouco deixar de reconhecer a atividade de assistente sociais como trabalho, bem como o sujeito vivo dessas relações como trabalhador assalariado, no âmbito das determinações e relações sociais da qual é partícipe. (RAICHELIS, 2018, p. 167-168)

Como nos aponta Iamamoto (2009), o trabalho do assistente social possui determinantes externos a ele sobre os quais o profissional não possui controle, que entendemos ser relativos a uma macro-conjuntura social, econômica e política. As

possibilidades do profissional de orientar seu trabalho na direção de um projeto profissional coletivo no mercado de trabalho podem ser maiores ou menores nos distintos espaços sócio-ocupacionais, tais como na esfera estatal, privada, entidades filantrópicas com ou sem fins lucrativos e organismos de representação de trabalhadores.

Iamamoto (2009) ressalta que os assistentes sociais têm sido requisitados para formulação, planejamento, monitoramento e avaliação de políticas sociais, bem como a trabalhar em instâncias de controle social com capacitação de conselheiros e formulação de projetos, assessorias e consultorias e várias outras funções, embora predominantemente ainda esteja inserido em funções de assistência direta à população, como “executores terminais das políticas sociais” (NETTO, 2011, p.74)

Ressaltando a reflexão de Guerra (2000, p. 7):

Com a complexificação da questão social e seu tratamento por parte do Estado, fragmentando-a e recortando-a em questões sociais a serem atendidas pelas políticas sociais, institui-se um espaço na divisão sócio-técnica do trabalho para um profissional que atuasse na fase terminal da ação executiva das políticas sociais, instância em que a população vulnerabilizada recebe e requisita direta e imediatamente respostas fragmentadas através das políticas sociais setoriais. É nesse sentido que as políticas sociais contribuem para a produção e reprodução material e ideológica da força de trabalho para a reprodução ampliada do capital.

Ao explicitar que os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais são condicionados historicamente tanto pela luta de classes quanto pelas respostas profissionais às demandas, Iamamoto (2009) aponta que é preciso atentar-se não somente às demandas já “consolidadas socialmente”, mas também para as demandas potenciais que “se abrem historicamente à profissão no curso da realidade”. A autora ressalta que todos os espaços sócio-ocupacionais do assistente social são perpassados por tensões de classe e abarcam elementos que tanto são reprodutores quanto capazes de superação da ordem.

Dessa forma, não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 70. Grifos dos autores)

Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS em 2004 observou-se que a grande maioria de assistentes sociais são funcionários públicos, contratados para trabalhar em âmbito estatal em nível municipal (40,97%), estadual (24%) e federal

(13,19%), e em âmbito privado são requisitados em empresas privadas (13,19%) e no terceiro setor (6,81%). (CFESS. 2005)

Destaca-se como importante no trabalho nas instituições a busca pela desburocratização das relações com os sujeitos que demandam os serviços, como forma de qualificar o atendimento. Assim também a socialização de informações que permitam uma reflexão crítica junto aos usuários acerca das demandas apresentadas e os mecanismos que podem ser acessados para busca da garantia de seus direitos. (IAMAMOTO, 2009). Tais orientações estão previstas também enquanto deveres dos assistentes sociais na relação com os usuários, materializados no Código de Ética Profissional:

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

b-garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;

c – democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as;

g – contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados. (CFESS, 2011, p. 29-30)

Para o desempenho de um trabalho de qualidade, comprometido com a cidadania e a democracia, é necessário um profissional qualificado. Como aponta Iamamoto (2009, p. 32-33),

Exige-se para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica, em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e modificam. Mas requisitam também um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-lo.

A intervenção do assistente social é perpassada por três dimensões, que se constituem como uma unidade na diversidade; se interligam e se complementam embora tenham, individualmente, suas especificidades; são elas a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, sendo que esta última expressa e materializa as demais dimensões, uma vez que ela envolve

um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação, que efetivam o trabalho profissional, e que expressam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética (SANTOS, C. M. 2013, p. 26).

De acordo com Guerra (2000), a profissão de Serviço Social possui uma instrumentalidade; muito mais do que um instrumental técnico, acessado pelo profissional no desempenho de seu exercício, diz respeito a um modo de ser da profissão, o que lhe possibilita seu reconhecimento social pela possibilidade do atendimento às demandas e objetivos sociais e profissionais. Assim, uma ação profissional repleta de instrumentalidade é aquela capaz de utilizar os meios e recursos disponíveis, transformando-os em meios e recursos necessários ao alcance de objetivos profissionais. A instrumentalidade diz respeito a uma práxis alcançada num processo de trabalho de determinada profissão.

A dimensão técnico-operativa requer conhecer os sujeitos da intervenção, o perfil dos usuários, seu modo de vida e a natureza de suas demandas, suas estratégias de sobrevivência; requer estabelecer objetivos e a busca de sua efetivação, no campo das respostas às demandas impostas a partir de um projeto profissional, respostas estas que não são neutras e são sustentadas em fundamentos teóricos. (SANTOS, C.M. 2013)

Entretanto, a profissão não se delimita às respostas instrumentais (que podem garantir eficiência operatória à profissão), e ainda,

(...) reduzir o fazer profissional à sua dimensão técnico-instrumental significa tornar o Serviço Social meio para o alcance de qualquer finalidade. Significa também limitar as demandas profissionais às exigências do mercado de trabalho. É também equivocado pensar que para realizá-las o profissional possa prescindir de referências teóricas e ético-políticas. (GUERRA, 2000, p. 11)

A articulação entre as múltiplas dimensões profissionais - técnico-instrumental, teórico-conceitual, ético-política e formativa – e sua tradução em respostas profissionais, aponta para a tomada da instrumentalidade enquanto mediação, utilizando os aportes técnicos,

teóricos, políticos e valorativos em ações profissionais, projetando resultados e formas de alcançá-los. (GUERRA, 2000).

De acordo com Santos, C. M. (2013), o compromisso ético-político assumido pela categoria, que inclui a defesa intransigente dos direitos humanos, a ampliação da cidadania, a luta pela equidade e justiça social e a qualidade dos serviços prestados pode ser buscado também através de instrumentos de trabalho democráticos, menos burocráticos, coletivos e alinhados à realidade, a partir do conhecimento das determinações assumidas pela questão social nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais e as possibilidades de intervenção.

Alinhada a esta reflexão, Iamamoto (2017) explicita que os requisitos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho profissional se delineiam através de uma leitura da realidade calcada em competência teórico-metodológica, a pesquisa e o conhecimento do modo de vida dos sujeitos sociais, e sensibilidade e vontade política para mover a ação. Esclarece a dupla dimensão do trabalho profissional: a contribuição para a reprodução material dos sujeitos através de serviços sociais prestados por meio de políticas públicas e a dimensão educativa incidente na cultura das classes subalternas.

Conforme apontaram Moljo e Cunha (2009), é fundamental que o profissional planeje suas ações considerando as particularidades históricas e culturais da população a que atenderá. Assim, um importante desafio para assistentes sociais se constitui em “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.” (IBIDEM. p.99)

Após tais apontamentos sobre elementos que perpassam a profissão de Serviço Social e o trabalho do assistente social, o próximo item tratará de aspectos relacionados à particularidade da intervenção profissional junto à pessoa com deficiência, na ótica de sinalizar algumas demandas identificadas e nas ações profissionais.

3.4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Como já sinalizado no decorrer deste trabalho, as pessoas com deficiência historicamente foram alvo de práticas benemerentes e caritativas, marcadas na maioria das vezes por uma visão estigmatizada acerca de sua condição, com o objetivo de minimizar dificuldades e garantir a sobrevivência daqueles considerados inválidos, doentes, ou incapazes. Apontou-se também como o Estado progressivamente passou a assumir a responsabilidade por muitas demandas sociais.

O Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), criado pelo Decreto Lei Nº 525, de 1º/07/1938, foi, portanto, a primeira grande regulamentação da Assistência Social no país. Nesse momento, são seladas as relações entre o Estado e segmentos da elite, que irão avaliar aí o mérito do Estado na concessão de auxílios e subvenções (auxílio financeiro) a organizações da sociedade civil destinadas ao amparo social. Dentre estas, muitas se destinavam à atenção à pessoa com deficiência.[...] Assim, estes se expandem através de um leque extenso de programas assistenciais que buscam responder às necessidades de saúde, educação, abrigo, trabalho, alimentação, subsistência dos excluídos. (FONSECA, 2013, p. 331-332).

Assim também, ao retomarmos a gênese do Serviço Social como profissão observa-se que este, inicialmente inserido na Ação Social do bloco católico e orientado pela Doutrina Social da Igreja, sendo depois requisitado pelo Estado e empresariado, se institucionaliza na emergência do capitalismo monopolista, configurando-se como “uma das categorias profissionais envolvidas na implementação de políticas sociais” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009). Nesse contexto, o Serviço Social é demandado, junto a outras categorias profissionais, a ajudar e assistir o “necessitado”, o “deficiente” e o “desajustado” socialmente (OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p.), a fim de controlar conflitos e minimizar disfuncionalidades (LIMA, 1983 *apud* OLIVEIRA; CHAVES, 2017).

Neste resgate histórico acerca da gênese e desenvolvimento da profissão de Serviço Social, “reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 77) salienta-se também, conforme os referidos autores que

Historicamente, passa-se da caridade tradicional levada a efeito por tímidas e pulverizadas iniciativas das classes dominantes, nas suas diversas manifestações filantrópicas, para a centralização e racionalização da atividade assistencial e de prestação de serviços sociais pelo Estado, à medida que se amplia o contingente da classe trabalhadora e sua presença política na sociedade. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 69)

Observa-se que o assistente social, no trato das demandas das diversas e multivariadas expressões da questão social, desde a gênese de sua profissionalização até o momento presente, trabalhou junto a pessoas com deficiência cujas demandas perpassam a grande maioria dos espaços profissionais onde o Serviço Social se insere, em aparato público ou privado, desde instituições filantrópicas e caritativas até o trabalho junto às políticas públicas voltadas para assistência, saúde e previdência social. Desta forma, existe uma ampla gama de serviços e instituições onde o assistente social é demandado para atuar especificamente junto

a pessoas com deficiência, ou em outros espaços que não destinados especificamente a esta população, mas que certamente abarcará demandas deste público-alvo haja vista o grande contingente populacional de pessoas com deficiência no Brasil, como já apontamos no decorrer deste trabalho.

Ainda em consonância aos aspectos apontados ao longo deste trabalho, retoma-se a ideia de que as pessoas com deficiência, historicamente, foram excluídas e alvos de práticas discriminatórias, excludentes e preconceituosas, como o alijamento social, asilamento, tomando a questão como um problema de ordem pessoal e individual. No cenário brasileiro, as demandas dos trabalhadores, e aí incluídas também demandas da população com alguma deficiência, foram ganhando relevância no aparato estatal, que veio a requisitar a profissão de Serviço Social principalmente a partir da década de 1940 no Brasil, no processo amplo de urbanização e consolidação do capitalismo no Brasil, com a expansão dos Serviços Sociais atrelados à noção de cidadania e direitos sociais, ainda que no capitalismo inevitavelmente se dê a contradição entre “*o discurso da igualdade e a realização da desigualdade*” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 90).

Como ressaltam Senna, Lobato e Andrade (2013, p. 68),

Os avanços recentes nas políticas públicas dirigidas a este segmento social – seja em termos de acessibilidade, seja no âmbito da educação inclusiva, ou ainda na revisão dos critérios e mecanismos de concessão do BPC, entre outros – esbarram, contudo, em constrangimentos de ordem econômica, ideopolítica e cultural, postos por uma sociedade extremamente desigual e segregacionista, como advertem, de maneiras diferentes, Aldaíza Sposati e Lúcia Garcia. As demandas das pessoas com deficiência retificam a necessidade, portanto, de considerar, simultaneamente, as demandas igualitárias por redistribuição e por reconhecimento, nos termos defendidos por Nancy Fraser (2002).

Na literatura profissional, encontramos alguns autores que apontam elementos, impasses e possibilidades que afetam ou dizem respeito diretamente ao trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência em diversas políticas públicas, tais como saúde, assistência, previdência, trabalho e educação, conforme discorreremos a seguir.

Algumas dificuldades encontradas estão relacionadas à concessão, acompanhamento e materialização do BPC, questões que impactam o trabalho dos assistentes sociais, seja no âmbito do INSS, instituição que operacionaliza o benefício, seja no âmbito dos CRAS – Centro de Referência em Assistência Social, local onde “o processo de identificação e acompanhamento das pessoas com deficiência e suas famílias tende a adquirir maior vulto”, por serem instituições consideradas como porta de entrada ao Sistema Único de Assistência

Social (SENNA, LOBATO e ANDRADE, 2013, p. 71). Nos critérios de avaliação para concessão do benefício, no âmbito do INSS, ainda prevalece em muitos casos uma avaliação pautada no modelo biomédico para a concessão do benefício por parte dos profissionais médicos peritos, mesmo que o BPC tenha incorporado os critérios da CIF em relação à deficiência; soma-se a isso a ampla demanda ao profissional de Serviço Social do INSS, que não consegue muitas vezes ampliar o alcance da avaliação social para subsidiar tais decisões. (IBIDEM)

Outro ponto que se destaca é a judicialização crescente em relação às demandas de BPC, seja em relação aos critérios de concessão, seja para recorrer quanto ao resultado das perícias. A interferência do judiciário nas políticas públicas é tema muito discutido por possuir tanto possibilidades quanto entraves à garantia de direitos individuais e coletivos. De acordo com Dal Prá ET AL (2018), são crescentes os processos de judicialização do acesso às políticas públicas, e embora seja mais notório na área da saúde, tem ocorrido também no âmbito da assistência social principalmente em relação ao BPC.

A requisição judicial do BPC para pessoa com deficiência tem se assentado na renda *per capita* superior ao critério de elegibilidade, e quando não há o reconhecimento de incapacidade para a vida independente. O recorte de renda direciona o benefício a pessoas em situação de extrema pobreza, excluindo aquelas que não possuem os meios necessários para o provimento de sua subsistência, apesar de ter uma renda acima do permitido para acessar o benefício, fazendo com que ele seja focalizado às pessoas em extrema pobreza. Também, muitos benefícios são negados sem a devida justificativa do INSS, o que faz com que muitos usuários recorram à justiça para o devido acesso à informação e conseqüentemente aos meios para recorrer das decisões. (IBID)

O que fica claro é que desta forma o acesso à justiça fica condicionado aos que têm acesso à informação, garantindo seu direito de forma individual. O assistente social é muitas vezes requisitado pela população para realizar a mediação destes casos, seja através de orientações sociais ou em articulação intersetorial para encaminhamento da situação. O profissional deve estar atento à garantia do acesso à informação à população para que, munidos das orientações, possam tomar suas decisões com verdadeira autonomia. Conforme Raichelis (2020. P. 29), “é parte da natureza do trabalho de assistentes sociais (...) a relação direta, dialógica e político-pedagógica com os sujeitos para os quais presta serviços profissionais.”

De acordo com Góis, Santos e Santos (2012), ao tratar do trabalho do assistente social junto a pessoa com deficiência, especificamente abordando o trabalho junto a pessoa com

transtorno mental, ressaltam que é importante que a assistência não seja limitada apenas a garantia de benefícios e seguros, mas também concretizada no horizonte de criar ações que busquem romper com a discriminação e o preconceito, promoção da autonomia do sujeito, bem como “facilitar os processos de organização social da população e intervir diretamente em ações educativas voltadas para o resgate e a consolidação da cidadania” (GÓIS; SANTOS; SANTOS, 2012, p. 5). Os autores também ressaltam, como uma via necessária para o trabalho, a ação junto aos familiares da pessoa com deficiência que, muitas vezes, podem carregar visões estigmatizadas acerca da deficiência - como uma refração da própria sociedade que tende a discriminar -, muitas vezes por não compreender a problemática que envolve a questão, somando-se às dificuldades que podem advir do próprio cuidado.

Ao tratar do trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência no âmbito da educação inclusiva, El-Abed (2017) pontua algumas intervenções e frentes de trabalho do profissional inserido numa APAE, em Mato Grosso do Sul. A partir de entrevista com as profissionais atuantes no campo, a autora descreve ações como promover e se comprometer com a educação inclusiva sem nenhum tipo de discriminação, através de projetos desenvolvidos no âmbito da instituição pautados em promoção da autonomia dos usuários, fortalecimento da convivência familiar e comunitária; e ações socioeducativas voltadas à família. Assim, através de ações de orientação quanto aos direitos conquistados e formas de acessá-los, os assistentes sociais promoviam incentivo à participação política do usuário e sua família.

No âmbito da política de saúde, Costa (2017) aponta as principais intervenções realizadas pelo assistente social, bem como as demandas trazidas pelo público atendido – pessoas com deficiência e seus familiares, atendidas em um ambulatório para atendimento fisioterápico a crianças e adolescentes. O estudo demonstrou que o trabalho do assistente social se dá a partir da inserção em uma equipe multiprofissional.

As ações prestadas pelo profissional de Serviço Social, como aponta Costa (2017), eram realizadas a partir de demandas advindas dos usuários, da equipe, ou a partir de uma busca ativa profissional, que no convite ao familiar a uma entrevista – realizada com o auxílio de um instrumento chamado de abordagem social -, buscava identificar situações de vulnerabilidade que pudessem apontar para demandas que seriam traduzidas em necessidades sociais e de saúde.

Em relação às demandas trazidas pelos usuários, observa-se a grande maioria direcionada a obtenção de orientações sociais acerca da previdência e assistência social, acesso aos direitos relacionados à saúde e orientações quanto a fluxos e rotinas institucionais.

As ações profissionais se davam através de instrumentos como a comunicação através de orientações sociais, contatos telefônicos com equipamento da rede sociassistencial e de saúde, discussões de caso em equipe e encaminhamentos, objetivando o fortalecimento da rede socioassistencial deste usuário, realizando orientações sociais em grupo ou em atendimentos individuais.

De acordo com Costa (2017, p. 130), o profissional de Serviço Social em suas ações profissionais busca articular as demandas dos usuários aos recursos materiais e sociais disponibilizados buscando viabilizar direitos; entretanto, diante de uma estrutura de desmonte e precarização das políticas sociais e do trabalho, o assistente social encontra limites e muitas vezes suas ações acabam recaindo em “amenização das seqüelas da questão social e administração de contradições” (MAMEDE, 2009, apud COSTA, 2017, p. 130). Considerando o apontamento de Sposati (2013, p. 654),

(...) as atenções de proteção social, os dispositivos e regras que a regem, sua gestão e processos de trabalho são submetidos a múltiplas racionalidades geradoras de formas truncadas, parciais, desarticuladas de respostas às desproteções sociais.

Segundo a referida autora, é estratégico que a proteção social tenha uma baixa estabilidade, de forma que possa ser ajustada e readequada em períodos de crise do capital, gerando barreiras à universalização da cidadania. No caso brasileiro, as políticas sociais como assistência social, previdência social e saúde vem sofrendo embates e desmontes por parte do Estado, e tratam-se de políticas “com capilaridade, disseminadas em todo o território nacional, ainda que em padrões diversos, que contem espaço de exercício de profissionais, entre os quais o assistente social” (SPOSATI, 2013, p. 655). Ainda de acordo com Sposati (2013), a análise crítica não deve ser imobilizante para a categoria profissional, mas sim um componente da sua ação voltada para a conquista de direitos humanos e sociais.

Sobre o trabalho do assistente social com pessoas com deficiência no âmbito do CRAS, salientamos o trabalho de Caldas e Benes (2013) que discutiram acerca do acesso aos direitos sociais ofertados a partir das demandas dos usuários, tendo como campo de pesquisa o CRAS de Manaus – AM. As autoras trazem como principais reflexões a necessidade de ampliação da proteção social através de políticas públicas para fazer frente às demandas sociais no contexto de acirramento da desigualdade em tempos de capital globalizado e financeiro. Atenção especial do poder público merecem as pessoas com deficiência diante do

quantitativo dessa população no Brasil, como já apontado neste trabalho a partir dos dados do IBGE. Desta forma,

mediar a acessibilidade em uma sociedade que produz e reproduz a desigualdade continua sendo uma tarefa desafiadora num contexto extremamente contraditório de avanços legislativos, em que a viabilização do direito à Assistência Social encontra limites e possibilidades. (CALDAS; BENES. 2013)

Parametrados pela Política Nacional de Assistência Social (2004) e a Lei Orgânica da Assistência Social (1993), cabe à Proteção Social Básica ações e serviços que incluem aqueles destinados às pessoas com deficiência, tais como projetos de acolhimento, convivência, fortalecimento familiar, social e comunitário, habilitação e reabilitação, promoção da integridade e autonomia. (CALDAS, BENES, 2013). Acerca dos usuários do CRAS em foco na pesquisa apontada, as autoras supracitadas apontam para a existência de “usuários sobretudo em virtude de desvantagem pessoal resultante de deficiência e pela exclusão pela pobreza e, ou acesso às demais políticas públicas”, tais como educação (17% nunca haviam freqüentado a escola), saúde (50% não realizavam terapias de reabilitação apesar de necessitar).

Somando-se a tais desafios, salienta-se, como apontou Raichelis (2010, p. 761) que

A questão do trabalho e dos trabalhadores no Suas é um dos grandes desafios a ser enfrentado, se o objetivo for a implementação da política de assistência social voltada para o atendimento de necessidades sociais e comprometida com a ampliação e a consolidação de direitos das classes subalternas.

E ainda,

é fundamental no âmbito do Suas superar a cultura histórica do pragmatismo e das ações improvisadas, exercitando a capacidade de leitura crítica da realidade, sem reforçar naturalizações e criminalizações da pobreza e das variadas formas de violência doméstica e urbana, violação de direitos de crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua etc., mas procurando compreender criticamente os processos sociais de sua produção e reprodução na sociedade brasileira. (RAICHELIS, 2010, p. 766)

Em seu trabalho nas políticas sociais, o Serviço Social tem atuado de forma intersetorial em ações que impactam diretamente a vida dos sujeitos, através de contribuição no acesso aos bens e serviços, ao mercado de trabalho, na defesa da autonomia e da dignidade da pessoa com deficiência acerca da liberdade de fazer escolhas em relação à própria vida, da defesa da educação inclusiva. Assim,

As atividades desempenhadas pelo assistente social configuram um complexo compósito de áreas de intervenção, onde se entrecruzam e rebatem todas as múltiplas dimensões das políticas sociais e as quais a ação profissional se move entre a manipulação prático-empírica de variáveis que afetam imediatamente os problemas sociais, e a articulação simbólica que pode ser constelada nela e a partir dela. (GOMES; DINIZ. 2013. P. 5)

A partir dos breves apontamentos acerca dos elementos que perpassam o trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência, percebe-se como o trabalho intersetorial é elementar para a consecução das ações, independente da área onde o profissional esteja atuando. Conforme salientou Yazbek (2014, p. 98), os sujeitos com os quais trabalhamos possuem necessidades amplas e heterogêneas que perpassam a sua condição de vulnerabilidade e de sobrevivência; desta forma, pressupõe a necessidade de articulação “entre sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades, e portanto experiências particulares para enfrentar problemas complexos” gerados por condições multicausais. Desta forma

Em seu desenvolvimento histórico, as políticas sociais públicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.) apresentam-se setorializadas e desarticuladas, respondendo a uma forma de gestão com características centralizadoras e hierarquizadas. Além disso, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais que desenvolvem um conjunto de atendimentos na área, através de instituições estatais e filantrópicas de forma paralela as demais políticas e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esta forma de gestão da política pública vem historicamente gerando fragmentação da atenção às necessidades sociais e ações paralelas, além de divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, prejudicando particularmente os usuários, sujeitos das atenções dessas políticas. (YAZBEK. 2014. P.99)

Como nos esclarece Pereira, P. (2014), o prefixo *inter*, componente das palavras intersetorialidade e interdisciplinaridade, pressupõe uma dialética em uma relação orgânica e reciprocamente condicionada, diferenciando-se de um amontoado de partes. Também não se trata de uma proposta de “desestruturação da especialização”, mas um “convite ao especialista para que este se torne também sujeito da totalidade” (PEREIRA, 2014. p. 36).

Assim, a intersetorialidade não se resume à justaposição de ações setoriais, mas deve ser pensada no sentido da construção de objetivos comuns, conforme Monnerat e Souza (2014. p.49), denunciando que “a concretização dessas parcerias intersetoriais tem se mostrado frágeis e descontínuas”. É necessário esforço de profissionais e gestores para que se

possa garantir fortalecimento da rede através de ações conjuntas intersetoriais, contando que já dispomos de orientações e dispositivos nas políticas assistenciais, como saúde e assistência social. De acordo com Dal Prá (2018, p. 317)

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (CNAS, 2004) prevê que os serviços, programas, projetos e benefícios das diferentes proteções sociais se articulem com outras políticas públicas, garantindo o atendimento das famílias e indivíduos para que superem as condições de vulnerabilidade no qual se encontram.

O Sistema Único de Saúde – SUS também está estruturado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a integralidade do cuidado. Especificamente em relação à pessoa com deficiência, o SUS instituiu a Rede de Cuidados a partir da criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ((Portaria MS/SAS no 1.060/2002).

Conforme Arantes (2016, p. 17-18)

Destacamos, ainda, a construção de ações intersetoriais nas e entre as unidades de atendimentos nas políticas sociais da seguridade social, que impactam diretamente na proteção social das pessoas com deficiência, contribuindo para maximização da inclusão/permanência no mercado de trabalho e para defesa do acesso a bens e serviços elementares à vida. A viabilização do acesso a produtos, tecnologias, serviços básicos e de apoio e cuidado minimizam as barreiras de participação social. Nesse sentido, assistentes sociais têm conseguido imprimir protagonismo na defesa da prevalência da pessoa com deficiência em seu direito de escolher e usufruir com autonomia das dimensões de convívio familiar, social e comunitário. A exemplo do trabalho de enfrentamento das inúmeras interdições judiciais (curatelas), para pagamento de benefícios de transferência de renda e o de inclusão educacional no enfrentamento de salas/ entidades especiais na educação. A expertise desse trabalho do Serviço Social também tem sido valorizada em gestões públicas, órgãos do sistema judiciário de defesa dos direitos do/a “cidadão/ã”, entidades e movimentos sociais, para tensionar a direção das ações das políticas sociais nos parâmetros da Convenção Internacional.

O assistente social, a partir de sua inserção institucional, possui proximidade com diferentes segmentos da classe trabalhadora, toma conhecimento de suas necessidades, modos, fragilidades, “as múltiplas expropriações dos meios materiais e simbólicos” para a

reprodução de sua vida, “suas fragilidades e fortalezas lapidadas pelo duro cotidiano”, como apontou Raichelis (2020, p. 38):

Esse conhecimento é condição necessária para elaborar propostas profissionais consistentes teórica e tecnicamente, que respondam às necessidades sociais, fortaleçam os/as usuários/as como sujeitos de direitos e possibilitem aprofundar alianças estratégicas entre usuários/as e trabalhadores/as.

No decurso deste trabalho apontou-se como a violência material e simbólica perpassa a vida dos sujeitos que possuem algum tipo de deficiência, bem como de todos os “despossuídos da riqueza socialmente produzida e do poder dominante” (BARROCO, 2016, p. 17). Desta forma, o sistema de preconceitos violador de direitos origina-se na dominação de classes, vitimizando indivíduos em diferentes níveis, interferindo em sua sociabilidade, em sua subjetividade, produzindo ou agravando prejuízos físicos, emocionais e materiais, exatamente porque o “preconceito se traduz pela negação daquilo que constitui centralmente sua identidade como sujeito. É sua condição de existência que passa a ser rechaçada e tomada como objeto que supostamente justificaria sua negação...” (IDEM. P.19).

Conforme Barroco (2016), o preconceito possui uma característica alienante numa via de mão dupla: aliena o próprio sujeito preconceituoso do conhecimento necessário para reavaliar e contestar suas afirmações e juízos tidos como verdadeiros baseados em moralizações e modelos pré-concebidos de comportamento; e aliena também o outro, de sua humanidade e de seus direitos. O preconceito também viola e fere os princípios ético-políticos tão “valerosos para assistentes sociais e o conjunto das forças sociais emancipatórias e democráticas, pois são princípios construídos nas lutas históricas contra a opressão, na direção da liberdade”, e é por isso que “o combate ao preconceito, inerente ao conservadorismo, é atual e necessário num cenário em que a luta de classes e a luta entre projetos societários e profissionais estão evidentes. (BARROCO. 2016.p. 8; 19)

O Código de Ética do/a Assistente Social recusa enfaticamente o preconceito e a discriminação. (p.7) [...] Podemos dizer também que a orientação teórica da nossa formação, objetivada nas Diretrizes Curriculares, também exige essa recusa, uma vez que o preconceito nega a razão crítica, a teoria, apoiando-se no senso comum, tornando-se facilmente cooptada pela ideologia dominante de evidente caráter conservador/reacionário no contexto atual. (IBID, p. 16-17).

Conforme Arantes (2016, p. 18), o assistente social tem um papel importante no combate ao preconceito contra a pessoa com deficiência tendo em vista o direcionamento ético-político da profissão no horizonte da não discriminação. Assim, faz-se necessário que o profissional, entendendo “a importância de reflexões críticas acerca da direção sociopolítica do trabalho profissional no cotidiano”, esteja empenhado em “articulações com entidades e movimentos sociais de luta por direitos e pela superação das relações sociais calcadas na exploração dos homens.”

Conforme o exposto, os assistentes sociais são profissionais que estão em atendimento direto à população em um cotidiano repleto de desafios aos quais são chamados a intervir e responder. Como veremos adiante, as contradições sociais vêm se intensificando, aprofundando as desigualdades. A questão social vem sendo reconfigurada para além das suas expressões de pobreza, miséria e exclusão, mas conduzidas a uma banalização do humano, “alienação e invisibilidade do trabalho social” bem como “subordinação da sociabilidade humana às coisas”, naturalização das desigualdades. (IAMAMOTO, 2014, p.125)

Tal cenário irá colocar para o Serviço Social e para o conjunto da sociedade a tarefa de defesa de democracia e dos direitos socialmente conquistados, do pensamento crítico para compreender as determinações sociais que se relacionam a tantas opressões e marginalizações, numa realidade complexa que nos leva muitas vezes a reproduzir consensos e administrar contradições, amenizando as sequelas da questão social. Cada vez mais somos desafiados a enfrentar os desmontes dos serviços públicos que comprometem as ações profissionais e interferem na reconfiguração das demandas institucionais e sociais atendidas pelo Serviço Social, que vão exigir do profissional estratégias e respostas. Importante dizer que tais respostas são mais efetivas se construídas coletivamente, somando esforços de diferentes setores e políticas sociais que contem com profissionais inclinados à garantia do acesso aos direitos e da cidadania, com a gestão dos serviços e a assistência prestada comprometidos com os usuários.

A discussão até aqui nos permitiu esboçar o cenário brasileiro em que se inserem as políticas sociais, os avanços e retrocessos que as permeiam, e como o assistente social transita em seu exercício profissional neste contexto, trazendo alguns elementos que foram importantes para a conformação da profissão no Brasil. Sinalizamos, a partir do referencial teórico abordado, importantes considerações acerca do trabalho profissional junto à pessoa com deficiência em diferentes políticas sociais, demonstrando que existem demandas e intervenções comuns a todas elas. No capítulo que se segue, trataremos da pesquisa de campo

realizada com vistas a demonstrar, na realidade do município de Juiz de Fora, as demandas e respostas profissionais relacionadas às pessoas com deficiência.

4 O ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM JUIZ DE FORA

Nos cercamos de uma postura de investigação, temos uma atitude crítica diante das contradições existentes na realidade e usamos a pesquisa como instrumento capaz de nos fornecer condições de trilhar caminhos em busca de respostas, mesmo que transitórias. (SPEROTTO, 2009. p.134)

Adentramos neste momento aos avanços da pesquisa sobre o trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência na proteção social básica e de média complexidade, aprofundando as considerações acerca do trabalho do assistente social nos CRAS e nas Organizações da Sociedade Civil / Terceiro Setor, considerando as especificidades da Política de Assistência Social do município de Juiz de Fora, para alcançar os objetivos deste trabalho.

4.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM JUIZ DE FORA

Juiz de Fora é um município da Zona da Mata Mineira, possui uma população estimada de 573.285 habitantes (em 2020, segundo IBGE), considerado, portanto, município de grande porte, sendo a quarta cidade mais populosa do Estado de Minas Gerais, e estando entre as cem maiores cidades do Brasil. Está posicionada entre três grandes capitais: Belo Horizonte (MG); Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). Com 172 anos de história, Juiz de Fora possui ampla rede de serviços de saúde, sendo referência para vários municípios de Minas Gerais e do Estado do Rio de Janeiro. Também na área educacional Juiz de Fora se destaca enquanto pólo para os ensinos Médio e Superior, atraindo várias pessoas que migram dos municípios circunvizinhos e também de outros Estados. Conta com diversificado patrimônio material e histórico, parques, museus e reservas naturais; possui destaque no setor de comércio, prestação de serviços, e industrial nos ramos automotivo, têxtil, metalúrgico, alimentar e imobiliário. Desta forma, Juiz de Fora já foi apontado como um dos municípios com melhor qualidade de vida para se viver.

Segundo Chaves (2011), algumas questões como a migração, que corroborou com um grande contingente populacional e a ocupação do espaço urbano sem que se tenha tido um planejamento são elementos que trazem problemas socioeconômicos ao município de Juiz de Fora. Dentro da cidade, muitas famílias de baixa renda acabaram se mudando de bairros

urbanizados para áreas de desuso, gerando “aglomerações subnormais”²⁸. Somando-se à má distribuição de renda e à grande desigualdade social, a ocupação segregada e desordenada do espaço urbano, sem garantias de condições dignas de moradia, é um dos maiores problemas enfrentados no Brasil, conforme ressalta Chaves (2011, p. 166), sinalizando para a “significativa periferização dessa população em cidades de grande e de médio porte”.

Em Juiz de Fora, a grande maioria da população – 98,90% vive em área urbana (IBGE, 2010). Em relação ao trabalho e rendimentos, o IBGE (2020) sinaliza que a população juiz-forana ocupada corresponde a 30,4%, com renda média de 2,4 salários mínimos. Os dados do IBGE relativos à vulnerabilidade social da população de Juiz de Fora apontam que 17, 7% da população estão vulneráveis à pobreza.

Algumas das principais características que marcam o estado de vulnerabilidade social são as condições precárias de moradia e saneamento, os meios de subsistência inexistentes e a ausência de um ambiente familiar, por exemplo. Todos esses fatores compõem o estágio de risco social, ou seja, quando o indivíduo deixa de ter condições de usufruir dos mesmos direitos e deveres dos outros cidadãos, devido ao desequilíbrio socioeconômico instaurado. As pessoas que são consideradas “vulneráveis sociais” são aquelas que estão perdendo a sua representatividade na sociedade, e geralmente dependem de auxílios de terceiros para garantirem a sua sobrevivência. [...] A pobreza pode se caracterizar por abranger diferentes aspectos da vida dos indivíduos, como por exemplo a carência de bens e serviços essenciais para a vida: alimentação, vestuário, cuidados com a saúde, alojamento, etc. A carência social também é uma das principais características da pobreza, ou seja, a incapacidade das pessoas que participarem de modo igualitário na sociedade. Esta situação está associada ao conceito de exclusão social.²⁹ (PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, Juiz de Fora, 2020)

Sobre a configuração da política de Assistência Social em Juiz de Fora, da estrutura organizacional do Poder Executivo, temos a Secretaria de Assistência Social – SAS que é um órgão da Administração Direta Municipal, no nível de formulação, execução e avaliação de políticas públicas e promoção da cidadania, e conta com o Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS como instância de participação, controle social, e suporte técnico-administrativo. Cabe à SAS gerir o Fundo Municipal de Assistência Social, o

²⁸ “O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica como agrupamentos ou aglomerados subnormais, habitações precárias, que ocupem terreno alheio em desuso (público ou particular) em geral de forma desordenada e carente da maioria de serviços públicos básicos de infraestrutura” (CHAVES, 2011, p. 162-163)

²⁹ Conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2005, p.31), a exclusão social configura-se de forma heterogênea no tempo e no espaço como um processo “que pode levar ao acirramento da desigualdade e da pobreza”.

desenvolvimento e monitoramento de ações socioassistenciais visando o enfrentamento da pobreza e da desigualdade, garantindo os direitos socioassistenciais da população, de forma territorializada conforme a vulnerabilidade e os riscos, podendo complementar sua rede com o apoio de instituições socioassistenciais; gerir o Cadastro Único e o Programa Bolsa-Família, coordenar o SUAS em nível municipal, interagir com outras secretarias visando a intersetorialidade e transversalidade entre as políticas, dentre outras competências. (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Lei 14.159, de 31 de janeiro de 2021). A Lei Municipal 14.159, de 31 de janeiro de 2021, altera a estrutura do Poder Executivo, mudando assim a Secretaria de Desenvolvimento Social para Secretaria de Assistência Social.

Dentro da Secretaria de Assistência Social temos a Subsecretaria de Promoção e Proteção Social - SSPPS, e imediatamente subordinados a ela o Departamento de Proteção Básica e o Departamento de Proteção Especial, que pode ser classificada conforme a sua complexidade média ou alta. Estes departamentos são responsáveis pela gestão de equipamentos, serviços, programas, projetos e benefícios previstos pela Política de Assistência Social. No âmbito da Proteção Social Básica, responsável pela execução do PAIF (Programa de Atendimento Integral à Família) estão: os CRAS, os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, os programas de formação socioprofissional e inclusão produtiva, dentre outros. A Proteção Social Especial está na execução do Programa de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, direcionado à proteção e apoio a pessoas e famílias com direitos violados. Conta com os equipamentos e serviços como os CREAS (Média Complexidade), os serviços de alta complexidade como acolhimento institucional para população em situação de rua, crianças, adolescentes e idosos, Casa de Passagem, Família Acolhedora, dentre outros. Existem associações da sociedade civil que não estão classificadas dentro da Proteção Social Básica ou Especial, mas localizadas no âmbito da Defesa e Garantia de Direitos – DGD (SDS/PJF. Plano Municipal de Assistência Social, 2020).

Conforme apontado, a gestão da Assistência Social compete ao órgão executivo através da Secretaria de Assistência Social, que estrutura e organiza o Sistema Único de Assistência Social - SUAS em nível municipal. A execução dos serviços socioassistenciais de Juiz de Fora, tanto em relação à Proteção Social Básica quanto à Proteção Social especial está dividida entre duas Entidades de Direito Privado sem fins lucrativos: AMAC – Associação Municipal de Apoio Comunitário, e mais recentemente a ADRA SUDESTE – Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais Sudeste Brasileira.

De acordo com DeFilippo (2012) a AMAC, fundada em 1985, desempenhou a gestão e execução da maior parte dos serviços sociais ofertados até o ano de 2009, momento em que ocorreu uma mudança no cenário municipal com a criação da Secretaria de Assistência Social, retirando da AMAC a função de gestora desta política. Entretanto, embora ocorrida esta mudança, a AMAC continua desempenhando centralidade na Assistência Social em Juiz de Fora, desempenhando 81% dos atendimentos socioassistenciais do município. A partir do ano de 2005 com o estabelecimento do SUAS no Brasil, Juiz de Fora passou a contar com equipamentos e recursos incluídos nestas diretrizes, de forma que,

baseadas na divisão dos serviços de Proteção Social Básica e serviços de Proteção Social Especial, e a AMAC –juntamente com a SPS³⁰-, que já acumulava funções de gestão e execução dos serviços, passou a ofertá-los. A proposta de implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) foi apresentada durante a 88ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Assistência Social e aprovada por unanimidade no dia 04/08/2005, ficando então sob responsabilidade da SPS-AMAC. Em 2006 foi inaugurado o primeiro CRAS, na região leste da cidade. (DEFILIPPO, 2012 p.100-101)

A AMAC, tida como a “Grande Parceira” do município de Juiz de Fora, recebendo majoritariamente recursos públicos do município para a execução dos serviços, teve seu percurso perpassado por alguns entraves, principalmente no ano de 2009 em que o Ministério Público Federal passou a questionar o município quanto à personalidade jurídica da entidade e cobrar uma definição e legalização de sua função dentro da Administração Pública Municipal; também a partir da criação da SAS ocorreram embates junto à AMAC, havendo uma tentativa de desmantelamento dos serviços prestados, gerando preocupações entre usuários dos serviços e trabalhadores. (DEFILIPPO, 2012).

No ano de 2017 o Município de Juiz de Fora publica Edital de Chamamento Público para a seleção de propostas para a celebração de parcerias com Organizações da Sociedade Civil em regime de mútua cooperação para a execução e prestação de serviços socioassistenciais em diversas áreas. Desta forma, além da tradicional AMAC, outra Organização passa a compor a história da Política de Assistência Social de Juiz de Fora, a ADRA – Sudeste.

A ADRA – Sudeste celebrou no ano de 2018, junto ao município de Juiz de Fora, termo de colaboração para a prestação de serviços socioassistenciais. A ADRA é uma

³⁰ Secretaria de Política Social, substituída em 2009 pela Secretaria de Assistência Social

Agência Humanitária da Igreja Adventista do Sétimo Dia; está presente em mais de 130 países e em 15 Estados no Brasil. Possui como focos de suas ações diversas áreas, tais como saúde comunitária, geração de emprego e renda, promoção da justiça social, dentre outras.³¹

Os serviços socioassistenciais e de saúde no Brasil, historicamente foram ofertados de forma focalizada e fragmentada por setores filantrópicos e privados, e com iniciativas ainda muito incipientes por parte do Estado. A partir da Constituição Federal de 1988 há um (re)ordenamento desta lógica, estabelecendo a primazia do Estado na condução das políticas sociais, reconhecidas como direito de todos os cidadãos. Porém isto ocorre simultaneamente ao direcionamento neoliberal, implementado no Brasil a partir da década de 1990, aliado à lógica do capital financeiro. Assim, a Seguridade Social encontra dificuldades no campo ideológico, político e financeiro para se instituir efetivamente, e o que ocorre é a condução das políticas sociais em favor da privatização das necessidades sociais, direcionamento do fundo público a instituições privadas ou “parceiras” como, por exemplo, no âmbito da Assistência Social, culminando numa lógica de refilantropização da assistência.

A lógica neoliberal pressupõe que há um superdimensionamento do gasto estatal com políticas universais e serviços públicos, e assim propõe a redução de despesas materiais, financeiras e humanas. (IAMAMOTO, 2014). A terceirização de serviços ocorre nesta tônica de delimitação do tamanho do Estado que pressupõe a redefinição de seu papel, transferindo às organizações públicas não estatais a realização de seus serviços, responsabilizando a sociedade civil por projetos que incidem sobre as novas expressões da questão social, sendo convocada em nome da cidadania a fazer parcerias de toda ordem. (SIMIONATTO, 1997). A incidência do neoliberalismo sobre as políticas sociais no Brasil gera um processo de “descentralização destrutiva”, conforme aponta Duriguetto (2007), com transferência das responsabilidades aos municípios sem a correspondente transferência de recursos necessários, num processo acompanhado por privatizações: transferência de responsabilidades ao terceiro setor e mercantilização total ou parcial dos serviços sociais.

As Organizações da Sociedade Civil – OSC, por não fazerem parte do Estado e nem se localizarem no âmbito do mercado são compreendidas enquanto *Terceiro Setor*; desta forma, são privadas do ponto de vista jurídico, mas públicas do ponto de vista a que se destinam, uma vez que se dedicam a causas e problemas sociais. Segundo Simionatto (1997), a sociedade civil não é uma esfera à parte que não estabelece uma correlação de forças com o Estado, e sim, pode se organizar tanto em favor dos interesses da classe burguesa quanto da

³¹ Para mais informações, acessar [HTTPS://adra.org.br/sobre/](https://adra.org.br/sobre/)

classe trabalhadora. De acordo com Behring (2018), o chamado Terceiro Setor combina tendências que acabam por fragilizar as relações de prestação dos serviços como submissão dos fins públicos a interesses privados, coloca os trabalhadores em condição de incerteza e vulnerabilidades, além de comprometer a continuidade das ações prestadas. As parcerias entre Estado e Terceiro Setor ocorrem fragmentando as políticas sociais com compartimentação das ações, cabendo ao Estado a formulação das políticas sociais, e ao terceiro setor a implementação das mesmas. (DURIGUETTO, 2011).

Como apontam Costa e Alfaz (2021, p. 93),

(...) o assistente social encontra neste ambiente de trabalho o desafio de desvincular as ações profissionais do ambiente caritativo. Sua práxis profissional deve corroborar o fortalecimento da rede e dos equipamentos disponíveis para que o usuário possa se desvincular do pensamento assistencialista e possa compreender seu lugar de direito.

Ademais, a Política Nacional de Assistência Social prevê a primazia do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo, mas define também a participação de entidades beneficentes e de assistência social, compartilhando a execução dos programas de forma indireta, constituindo juntamente a equipamentos públicos estatais a rede socioassistencial, num objetivo de integrar e articular as ações, evitando paralelismo entre as mesmas, “mobilizando recursos potencialmente existentes na sociedade” (BRASIL, 2004, p. 47). Atualmente a Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de Juiz de Fora possui como meta realizar a mudança progressiva do quadro de trabalhadores dos CRAS objetivando a execução direta do serviço pelo Município. (SDS/PJF. PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2020). Esta mudança já começou a ocorrer principalmente no ano de 2020 em que observamos que servidoras efetivas municipais começaram a assumir a gestão de alguns CRAS, CREAS e Centro-POP.

Compete à AMAC a execução dos seguintes equipamentos: Centros de Referência em Assistência Social – CRAS (11 ao total, abrangendo os 189 bairros distribuídos pela cidade); Centros de Referência Especializados em Assistência Social – CREAS (três no total); Centro POP e Serviço de Abordagem Social; alguns serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes e idosos, bem como de acolhimento institucional para população em situação de rua. Sob a gestão da ADRA estão também alguns dos serviços como Acolhimento Institucional e Convivência e Fortalecimento de Vínculos, tanto da Proteção Social Básica quanto Especial de Média e Alta Complexidade.

Juiz de Fora contabiliza 81 fundações privadas e associações sem fins lucrativos na área de assistência social, sendo a terceira cidade com maior número de Entidades em Minas Gerais. (IBGE, 2016) O Departamento de Regulação e Acompanhamento de Parcerias – DRAP (PJF) - fica responsável pela articulação de parcerias com o setor privado e entidades da sociedade civil, mantendo o cadastro das mesmas, acompanhando a execução dos programas das atividades parceiras, bem como o controle de acordos, convênios, termos de cooperação, capacitação da rede socioassistencial sobre a Política de Assistência Social nos níveis municipal, estadual e federal, dentre outros. (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. DECRETO N.º 14.344 – de 19 de fevereiro de 2021).

Em nível de proteção social especial estão as instituições parceiras da PJF que são referência de atendimento em habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência, e que foram parte dos campos de realização das entrevistas da presente dissertação. São elas: Instituto Bruno Vianna; Sociedade Eunice Weaver (Educandário Carlos Chagas), Instituto Jesus; APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais); e IMEPP (Instituto Médico Psico-Pedagógico). Estas entidades possuem execução própria dos serviços. A seguir serão apontados brevemente aspectos gerais para caracterização destes espaços sócio-ocupacionais.

Das cinco instituições acima citadas, três prestam serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, educação, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência, através de oficinas, inclusão produtiva, programas e projetos, atendimento psicossocial, acompanhamento aos usuários e suporte familiar. Contam com equipe multiprofissional de diversas áreas, como assistente social, psicólogo, educador social. O público atendido é pessoas com múltiplas deficiências, dentre elas pessoas com surdo-cegueira, com deficiências decorrentes de paralisia cerebral, deficiência intelectual/mental, dentre outras.

Acerca das outras duas instituições, em uma delas o serviço terapêutico específico para pessoas com deficiência já havia sido extinto – equoterapia – (era o único centro de equoterapia gratuito de Juiz de Fora); entretanto a profissional da Instituição havia atuado neste projeto e pôde nos conceder entrevista com base em sua experiência pregressa. E, por último, a outra Instituição funciona como Serviço de Abrigo Dependente para Pessoas com deficiência. Conforme explicado pela assistente social, esta instituição possui um número fixo de moradores e não pode mais receber usuários neste formato de acolhimento³², a menos em

³² De acordo com a assistente social, o modelo de acolhimento ofertado pela Instituição foi substituído pelo modelo de Residências Inclusivas na Proteção Especial de Alta Complexidade, a partir da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, contemplada pela Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social.

casos excepcionais por decisão judicial. Esta instituição é uma das mais antigas entidades de Juiz de Fora (fundada em 1932), e inicialmente era destinada ao abrigo de pessoas com hanseníase (instituições conhecidas como *leprosário*) e seus filhos. Atualmente, embora não possa mais acolher pessoas, esta instituição buscou se readequar em consonância ao que é preconizado pelo SUAS na proposta da Residência Inclusiva, atentando-se ainda mais para a promoção de autonomia, do protagonismo, e favorecimento do convívio comunitário aos usuários que ainda encontram-se assistidos. Somadas, as Entidades (com exceção daquela cujo atendimento específico a pessoa com deficiência foi extinto) atendem um público aproximado de 568 pessoas, sendo crianças, adolescentes, adultos jovens e idosos.

Em relação aos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social, Juiz de Fora conta com onze equipamentos. São eles: CRAS Centro; CRAS Leste Linhares; CRAS Leste Vitorino Braga; CRAS Nordeste Grama; CRAS Norte – Benfica; CRAS Norte Santa Cruz; CRAS Norte Barbosa Lage; CRAS Oeste São Pedro; CRAS Sudeste Costa Carvalho; CRAS Sudeste Olavo Costa; CRAS Sul Ipiranga. Os CRAS são distribuídos no município contemplando todas as regiões da cidade, sendo que as regiões Leste, Norte e Sudeste possuem mais de um CRAS. Conforme a Política Nacional de Assistência Social (2005), os CRAS devem ser localizados em áreas de maior vulnerabilidade social, e são os espaços em que se desenvolve o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2004, p.12), o PAIF

Realiza ações com famílias que possuem pessoas que precisam de cuidado, com foco na troca de informações sobre questões relativas à primeira infância, a adolescência, à juventude, o envelhecimento e deficiências a fim de promover espaços para troca de experiências, expressão de dificuldades e reconhecimento de possibilidades

Juiz de Fora possuía em junho de 2019, 6052 famílias atendidas pelo PAIF, e 44.702 famílias inscritas no Cadastro Único, de acordo com os dados do Plano Municipal de Assistência Social (2020, p. 45).

O Plano Municipal de Assistência Social, publicado pela Secretaria de Desenvolvimento Social em 2020 trouxe significativos dados do ano de 2018 referentes às pessoas com deficiência no município de Juiz de Fora, com base nas informações extraídas do Cadastro Único. Tais informações possibilitam realizar um diagnóstico técnico, evidenciando as particularidades socioassistenciais e apontando indícios de situações que precisam ser priorizadas pela gestão. Por estarem inscritas no Cadastro Único estas pessoas são

demandatárias e público prioritário dos benefícios e programas socioassistenciais disponíveis no município. Abaixo elencaremos alguns destes dados de pessoas com deficiência relativos a: falta de moradia, sexo, raça e cor, cuidados recebidos, grau de instrução, faixa etária e ocupação, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Características Pessoa com Deficiência inscritas no CadÚnico/JF

Característica PCD inscritas no Cadastro Único	Número de Indivíduos
Inscrição no Cadastro Único	9.657
Sexo	4689 Homens 4968 Mulheres
Faixa Etária	0 a 17 anos - 1668 18 a 34 anos - 1633 35 a 64 anos - 4019 65 anos ou mais – 2337
Recebem Bolsa-Família	1306
Recebem BPC	7.138
Encontram-se em situação de rua	79
Recebem ajuda de alguém (Cuidador especializado, familiares ou vizinhos)	4.857 total (Cuidador especializado - 152; Familiares – 4662; Vizinhos - 83)
Cor e Raça (auto-declaração)	4409 – Branca 3148 - Parda 2042 – Preta 40 - Amarela 10 – Indígena 8 – Sem resposta
Grau de Instrução	4.484 – Ensino Fundamental Incompleto 2745 – Sem instrução 907 – Ensino Médio Completo 371 – Ensino Médio Incompleto 171 – Nível Superior Incompleto 213 – Sem resposta
Ocupação	Trabalhadores por conta própria – 249 Vínculo formal de trabalho – 210 Sem vínculo formal de trabalho – 12 Trabalhadores domésticos – 9 Servidores públicos ou militares – 5 Aprendiz – 3 Sem Resposta – 9167

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados disponibilizados no Plano Municipal de Assistência Social de Juiz de Fora (2020)

Segundo o Plano Municipal de Assistência Social de Juiz de Fora (SDS/PJF, 2020, p.74), “a identificação de deficiência no Cadastro Único é auto declaratória, o entrevistado deve dizer se possui ou não alguma deficiência.”

A partir destes dados podemos observar que, do total de pessoas cadastradas no Cadastro Único, 10,85% são pessoas com deficiência, sendo que 7.138 recebem BPC, ou seja, possuem deficiência que incapacite para a participação plena e efetiva na sociedade e para o trabalho por no mínimo dois anos, conforme os critérios de avaliação para concessão do benefício. Ainda, conforme esclarece Secretaria de Desenvolvimento Social (2020, p. 74),

Para haver registro no formulário do Cadastro Único, todas as deficiências relatadas devem ser permanentes, independentemente se a pessoa nasceu ou adquiriu a deficiência. Uma situação transitória de incapacidade física ou mental não é considerada deficiência.

A grande maioria (95%) depende de cuidados familiares, e 1,7% recebem ajuda de vizinhos. Este dado pode sinalizar para a vulnerabilidade em que estas pessoas se encontram, presumindo-se que não possuem uma rede de apoio dentro da família e/ou estão com os laços familiares fragilizados ou rompidos.

Somando-se a estes dados, o baixo quantitativo de escolarização regular completa, bem como o número pequeno de trabalhadores formais, podem indicar ao Poder Público prioridades e tarefas na promoção de políticas sociais e econômicas que propiciem a ampliação do acesso aos direitos fundamentais de cidadania e a redução de determinantes para riscos e vulnerabilidades sociais. Com percentual superior a 18,3% dos inscritos, os territórios socioassistenciais com maior número de famílias com membros com deficiência em relação ao total de famílias inscritas no CadÚnico foram o de abrangência do CRAS Norte Barbosa Lage, CRAS Leste-Linhares e CRAS Norte Santa Cruz. Estes CRAS possuem “maior concentração relativa de vulnerabilidade social”. (PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. 2020. p. 80)

Dentre os marcos legais, que tratam da garantia de direitos para pessoa com deficiência, em nível municipal, destacamos o Decreto 11.342, de 21 de setembro de 2012. Ele regulamenta a Lei 10410 de 2003, que dispõe sobre normas e critérios para promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

O referido Decreto foi baseado em regulamentações federais, dentre elas o Decreto Federal nº 6.949/2009 que trata da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Dispõe sobre a adequação das vias públicas, mobiliário urbano e

espaços públicos de uso comum para garantir a acessibilidade a pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida adotando medidas de supressão de barreiras. Preconiza também a obrigatoriedade do atendimento prioritário (tratamento diferenciado e atendimento imediato) em supermercados, agências bancárias e serviços públicos com permissão de acompanhamento de cão-guia quando necessário, atendimento este extensivo a pessoas acima de 60 anos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo. Das disposições contidas no Decreto 11.342, destacam-se a disponibilização de pessoal capacitado em Libras, bem como capacitação ao atendimento a pessoas surdo-cegas; a obediência a regras e normas em qualquer planejamento e urbanização de espaços públicos sob pena de não aprovação e licenciamento; a reserva de vagas para cadeirantes e a acomodação de pessoas com deficiência auditiva, visual ou com a mobilidade reduzida em estádios, teatros, cinemas, dentre outros; determinação de que os estabelecimentos de ensino de todos os níveis deverão dispor de acessibilidade a pessoas com deficiência em todos os seus espaços, como banheiros, salas de aula, biblioteca, auditórios, áreas de lazer dentre outros; prevê a adequação do transporte público com destinação de vagas, assentos especiais nos veículos e garantia de acessibilidade, conforto e segurança.

No Plano Municipal de Assistência Social (2020) do município de Juiz de Fora, alguns desafios são traçados como alvos das ações, e dentre eles destacamos os pontos que tratam da pessoa com deficiência, tais como

Promover a elaboração de diagnóstico e plano para superação de barreiras que impeçam ou dificultem o acesso e a permanência de criança e adolescentes beneficiários do BPC na escola;

Articular Assistência Social e Saúde nas ações específicas com indivíduos e/ou família com questões de saúde mental;

Residência inclusiva para idosos e deficientes

Central de Libras

A Lei 13.515, de 26 de maio de 2017 constitui outro marco regulatório de Juiz de Fora concernente aos direitos da pessoa com deficiência. Ela trata da garantia do passe-livre extensivo a acompanhante quando necessário no transporte urbano municipal. Para tanto, o usuário deverá juntar a documentação necessária incluindo laudo médico, comprovação de renda mensal não superior a três salários mínimos e outros documentos pessoais como identidade e comprovante de residência. O laudo médico atestará o tipo de deficiência, a

necessidade ou não de acompanhante e o tempo de duração do tratamento quando for o caso. O passe-livre, portanto, pode ser temporário pelo tempo de tratamento, ou garantido por toda a vida a depender do diagnóstico médico. O órgão responsável pela gestão do passe-livre era o DPCDH – Departamento de Políticas para Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos, que passou depois a ser denominado DDD -Departamento de Defesa de Direitos, na Secretaria de Desenvolvimento Social – e atualmente concentra-se no setor de Passe-Livre na SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos. A exceção é com relação às deficiências em decorrência de transtornos mentais que são viabilizados via CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Existem cinco CAPS em Juiz de Fora – CAPS Leste, CAPS Casa-Viva, Caps HU (sob a gestão da Universidade Federal de Juiz de Fora) e o CASM (não funciona como CAPS, mas como Ambulatório de Saúde Mental) que atendem de forma territorializada; o CAPS Álcool e outras Drogas e o CAPS i (Infância e Juventude) abrangem todo o município.

Além da Secretaria de Assistência Social, outras Secretarias, como a de Mobilidade Urbana – SMU - e a recém criada Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH (Lei 14.159, de 31 de janeiro de 2021), possuem diretrizes específicas para pessoas com deficiência. No caso da primeira, através da criação de “condições adequadas de circulação e de acesso aos serviços de transportes para as pessoas com deficiência” (Art.37) e no caso da SEDH, além de gerir o Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência,

formular, coordenar e monitorar as políticas públicas de pesquisa, promoção, garantia, proteção e restauração dos direitos humanos, implementadas no Município, com ênfase na educação em direitos humanos, na promoção e defesa dos direitos da criança e adolescente, da pessoa idosa e da pessoa com deficiência, da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; da pessoa em situação de rua; no enfrentamento da violência e na promoção da autonomia das mulheres, na promoção de ações afirmativas e no combate ao racismo; no enfrentamento da violência e na inclusão social e produtiva da população jovem; no monitoramento e na mediação de conflitos sociais; no respeito à diversidade religiosa; na promoção e defesa dos direitos dos egressos dos sistemas prisional e socioeducativo. (PREFEITURA de Juiz de Fora. LEI Nº14.159 de 31 de janeiro de 2021, Art. 38-c)

Há também projetos para inclusão produtiva, profissionalização, geração de renda e qualificação para o mercado de trabalho que destinam parte de suas vagas às pessoas com deficiência. Neste quesito vem se destacando a Rede Cidadã – Organização da Sociedade Civil Filantrópica, com sede fixada em Belo Horizonte e filiais em diversos municípios brasileiros. Atua em parceria com o Poder Executivo Municipal e em articulação às demais políticas públicas. Em seu Estatuto, tem como finalidade diversas ações, dentre elas:

- Promover o acesso de pessoas com deficiência (PCD) à conquista de renda e trabalho por meio de projetos de empregabilidade, aprendizagem e de empreendedorismo. (ESTATUTO SOCIAL DA REDE CIDADÃ, 2017)

Outras ações de iniciativa do Executivo Municipal também ocorrem na direção de promoção do acesso ao mercado de trabalho, como por exemplo, o “Dia D” de Inclusão da Pessoa com Deficiência no Mercado de Trabalho. Esta ação é nacional e em Juiz de Fora foi realizada em articulação de diversas instâncias e secretarias, como Secretaria de Desenvolvimento Social (hoje Secretaria de Assistência Social), DPCDH, Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social (Sedese), Ministério do Trabalho e Emprego, Unidade de Atendimento Integrada (UAI), e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de acordo com matéria publicada no Portal de Notícias da PJF em 09/11/2018. (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2018, recurso online)³³

Em 2020 a então Secretaria de Desenvolvimento Social publicou o “Mapa de Oportunidades” que traz o mapeamento da rede socioassistencial, contribuindo para o programa *ACESSUAS Trabalho*, através da identificando ofertas e oportunidades. Assim, foram elencadas mais de 21 Instituições e Projetos, além das Escolas da Rede Municipal que possuem o Programa de Educação de Jovens e Adultos – EJA, para promoção da inclusão educacional e profissional da população de baixa renda. (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Mapeamento da Rede Socioassistencial. PJF. 2020).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS (OS) PROFISSIONAIS

“Buscar palavras
Compor ideias
Lapidar percepções
Para expressar
Entraves
Dilemas
Caminhos
De pequeninos recortes
Minúsculos setores
Das práticas profissionais
Dos problemas sociais”
(VASCONCELOS, 2006, p. 49)

³³ Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=62663>

Inicialmente a pesquisa nos permitiu identificar algumas características das (o) profissionais entrevistadas (o) no que concerne ao perfil profissional e acadêmico. Foram realizadas 12 entrevistas, sendo 11 mulheres e apenas um homem. Conforme ressaltou Knopp (2014), à luz de Yamamoto e Carvalho (2009), o Serviço Social é uma profissão constituída em maior número por mulheres, e desde a sua profissionalização possui a particularidade de gênero com a Ação Social do bloco católico a requisitar mulheres dentro da pequena burguesia para as ações de filantropia e apostolado da ajuda, de onde se localizam as protoformas para o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social. Desta forma, a profissão constituída tradicionalmente por mulheres “absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela impostas no mercado de trabalho” (IAMAMOTO. 2001, p. 104 apud KNOPP, 2014, p. 92).

Sobre o vínculo de trabalho, todas (os) profissionais possuem contrato de trabalho celetista – CLT, com diferentes tempos de atuação na instituição, e neste quesito um dado chamou a atenção: nas Organizações da Sociedade Civil foram identificados vínculos de longa data: 5, 6, 11, 14 e 19 anos; nos CRAS, alguns vínculos eram bem recentes: 5, 6, 8 e 10 meses, e outros com maior tempo: 3, 6 e 7 anos. Assim, a média de tempo no serviço é de 6 anos, sendo o vínculo mais antigo de 19 anos em uma Entidade Socioassistencial, e o mais recente vínculo de 5 meses no CRAS. Ao abordar a precarização do trabalho no SUAS em nível nacional, Santos, R.T (2020, p.163) denuncia que “apesar da criação do Sistema ter ocorrido em 2004, 13 anos após sua contínua implementação em todo o território nacional, a composição de sua força de trabalho ainda é majoritariamente formada por trabalhadores temporários”. Os vínculos temporários a partir de contratos de trabalho estão entre as diversas condições que precarizam o trabalho, tanto em nível profissional quanto ao que tange a formação de vínculos e continuidade do trabalho. A Prefeitura de Juiz de Fora a partir de 2021 vem compondo paulatinamente as equipes dos CRAS com servidores públicos.

A média de idade das (o) assistentes sociais entrevistados é 42 anos, variando de 28 a 59 anos. Cinco assistentes sociais relataram que o seu atual local de trabalho foi a sua primeira experiência profissional, onde permaneceram até o presente momento; todas (o) cumprem carga horária de 30 horas semanais. Cinco profissionais relataram que já passaram por experiências profissionais anteriores em outras instituições de Assistência Social, como CRAS em Juiz de Fora (três assistentes sociais) e em outros municípios (uma assistente social), inclusive em cargo de gestão e em Secretarias (uma assistente social), População em Situação de Rua (uma assistente social), serviço de convivência e fortalecimento de vínculos

na área do envelhecimento (uma assistente social), acolhimento institucional para crianças e adolescentes (uma assistente social).

Quanto à Instituição de Ensino Superior de formação em Serviço Social, das doze entrevistas, dez profissionais concluíram a graduação em Instituição Pública - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, e duas em instituição privada – Centro UNIVERSO³⁴ –. Verifica-se o pioneirismo e protagonismo da UFJF e sua

sexagenária Faculdade de Serviço Social (FSS/UFJF), tem um importante papel na formação de Assistentes Sociais em todo o estado de Minas Gerais, sendo, até o ano de 2007, a única³⁵ Faculdade de natureza pública do estado [...]. (FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL, UFJF, 2015)³⁶

A defesa da formação de qualidade e da não mercantilização da educação é pauta perene da categoria, uma vez que “a perda da qualidade da formação universitária estimulam o reforço de mecanismos ideológicos que facilitam a submissão dos profissionais às ‘normas do mercado’, redundando em um processo de despolitização da categoria” (GOMES, 2016, pag. 91), que precarizam o trabalho profissional.

Quanto ao ano de formação, as graduações ocorreram entre 1987 e 2015, sendo que a maioria – 7 profissionais – concluíram o curso a partir de 2005, variando portanto o tempo de experiência na área. Embora o tempo de experiência possa ser diverso de uma para outra assistente social, observa-se que todas formaram após o processo de transição democrática no Brasil e de Renovação Crítica do Serviço Social. De acordo com Moljo e Cunha (2009), é no período da transição democrática brasileira, localizado entre 1986 e início dos anos 1990 que, conforme apontou Yazbek (2000), a profissão ganha maturidade intelectual, expandindo a sua produção bibliográfica e tomando uma direção hegemônica em seu Projeto Ético-Político. Assim, a profissão avança no debate teórico, na organização interna da categoria profissional, na sua participação político-partidária, bem como “desenvolvimento de avaliação do processo

³⁴ A Centro UNIVERSO, presente em Juiz de Fora desde 2003, era a única Universidade privada do município a oferecer o curso de Serviço Social presencial e no formato EAD – Educação à Distância. Atualmente o curso presencial não é ofertado pela Centro Universo mais. A modalidade EAD para o curso de Serviço Social em Juiz de Fora também é ofertada pela Faculdade Estácio de Sá.

³⁵ Atualmente em Minas Gerais diversas faculdades públicas oferecem o curso de Serviço Social, tais como a Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM no campus de Teófilo Otoni, a Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, a Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, dentre outras.

³⁶ Disponível em: <https://www.ufjf.br/facsocial/2015/03/30/inicial/>

de formação profissional, a partir do currículo mínimo em vigor”. (MOLJO; CUNHA. 2009. p.97).

Conforme Netto (2009), especialmente nos anos 1980, o processo de renovação do Serviço Social Brasileiro – como já foi trabalhado no Capítulo 2, item 2.3 deste trabalho-, teve hegemonia da direção denominada Intenção de Ruptura, vertente que emergiu, consolidou-se e finalmente espalhou-se para a categoria profissional nos anos 1990, e que procurou de fato romper com o tradicionalismo e com o conservadorismo, buscando uma teoria e uma prática que fizesse mais sentido para uma profissão que procurava ser mais progressista. Aqui, ressalta-se a produção de Yamamoto e Carvalho (1985), que incorpora a tradição marxiana para a compreensão do Serviço Social em suas conexões com a produção e reprodução das relações sociais na formação social vigente.

A década de 1990 também contou com importantes avanços para a profissão de Serviço Social, como o Código de Ética Profissional de 1993, vigente até o momento devido à atualidade de seu conteúdo na defesa de princípios democráticos no horizonte da liberdade e do compromisso com a classe trabalhadora, expressando o Projeto Ético – Político Profissional, assim como a Lei de Regulamentação da Profissão (LEI 8662, 1993), trazendo competências e atribuições profissionais; e em 1996 as Diretrizes Curriculares da ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, que direcionam a grade curricular dos cursos de graduação em Serviço Social a partir da revisão do Currículo Mínimo de 1982. A nova lógica curricular articula então três núcleos: 1) Núcleo de fundamentos teórico-metodológico da vida social; 2) Núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; 3) Núcleo de fundamentos do trabalho profissional. As novas diretrizes curriculares de 1996 expressam os avanços da categoria tais como a compreensão crítica da realidade e do significado sócio-histórico da profissão. Dentre os princípios elencados, destacamos:

Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potencializem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado (ABEPSS, 1996, p.7)

Quanto à especialização após a graduação, oito profissionais relataram ter feito cursos de pós-graduação *latu sensu e stricto sensu*; e os demais apontaram que possuem cursos de aperfeiçoamento e capacitação, sendo apenas uma profissional a não relatar nenhum curso após a graduação devido a esta ser muito recente. As respostas em sua maioria ocorreram de

forma genérica, sem especificações tais como instituição proponente e ano de conclusão. Desta forma, temos abaixo quadro com a listagem dos nomes dos cursos, seguidos da quantidade de profissionais que concluíram:

Quadro 2 – Pós-Graduações e capacitações realizadas pelas (o) profissionais

Pós-graduação <i>latu sensu</i>	Quantidade de Profissionais que realizou
Serviço Social e Políticas Sociais – UFJF	2
Recursos Humanos	2
Recursos Humanos Gestão de Políticas Sociais	1
Filosofia, Cultura e Sociedade – Departamento de Filosofia/UFJF	1
Saúde da Família	1
Pós-graduação <i>Strictu Sensu</i>	
Mestrado em Gerontologia	1
Cursos de Capacitação em Áreas Temáticas	
Capacitações não especificadas que surgiram a partir da demanda do trabalho	5
Sobre Pessoas com Deficiência	2
Assistência Social	1
Infância	1
Educação Inclusiva	1
SUAS	1
Trabalho Social com as Famílias	1
Saúde Mental – ESIG	1

Fonte: Elaborado pela própria autora com base nos dados obtidos com a pesquisa de campo

Alguns profissionais relataram graduação recente, e por isso ainda não terem tido tempo hábil para especialização. Apontaram que buscam se capacitar conforme as demandas postas pelo trabalho, relatando que algumas capacitações foram ofertadas pelas gestões das

Instituições, muitas via Secretaria de Desenvolvimento Social, e apontando a importância deste processo:

[...] não surge capacitação pra gente enquanto instituição fazer, eu acho isso muito ruim, porque você começa no seu dia-a-dia e as demandas são tantas, e aí você chega em casa tão desgastado que você não vai ler [...] que não dá tempo de você se capacitar, porque as demandas não acabam, são demandas que te esgotam, que você chega em casa e a única coisa que você quer fazer é tomar um banho, deitar na sua cama e dormir. Então com isso da Pandemia está surgindo muito curso online [...] e o CRESS não tinha quase nada pra gente...então assim eu to vendo muita capacitação pelo CRESS, muita pela Prefeitura.. Eu sempre procuro quando tem alguma coisa que fala da pessoa com deficiência eu procuro ler, mas a pessoa com deficiência a gente não vê tanta coisa assim...é muito por leis, então você vai pelas leis [...] Olha eu sempre tento fazer cursos né, atualmente estou fazendo um que o SESC está até fornecendo pra gente que está sendo muito bom, que é de projetos, o que precisa, como faz Estatuto, ta sendo muito bom...eu sou Conselheira no Conselho da Pessoa com Deficiência também, então lá eu procuro sempre ler tudo que envolve, assim, um livro específico não vou te falar que estou lendo no momento, eu vou muito assim, as minhas demandas, vamos supor, é...eu preciso resolver alguma coisa...aí eu vou pra aquela leitura...o que vai surgindo. E leituras mas não tão referentes à pessoa com deficiência...a pessoa com deficiência eu vou mais nas leis. (ASSISTENTE SOCIAL 3)

[...] eles encaminham pra gente...a SDS disponibiliza pra gente curso online. Eu fiz um em relação aos benefícios eventuais, e agora eu fiz um, é...o, atendimento a população em situação de rua, to fazendo ainda. E eu gosto de participar desses cursos, acho importante (ASSISTENTE SOCIAL 5)

De acordo com o Plano de Educação Permanente do SUAS em Juiz de Fora – PMEP/SUAS/JF 2020-2022, da Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de Juiz de Fora,

a educação permanente e continuada deve garantir a centralidade nas práticas profissionais de reconhecimento dos saberes das equipes de trabalhadores(as) do SUAS. A oferta de formação busca considerar as reais necessidades de aprimoramento conceitual, ético-político e metodológico, incorporando o contexto social em que as realidades territoriais são construídas. O propósito é manter aberto um espaço de permanente reflexão entre teoria e prática, dentro e fora da estrutura de trabalho, visando a promoção de conhecimentos e atitudes engajadas em sintonia com o exercício profissional efetivo no SUAS. (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2020, p. 7)

A proposta descrita vai ao encontro do que almejam os profissionais conforme os trechos das entrevistas transcritas acima. A partir da exposição das (os) profissionais, observamos a necessidade de constante aprimoramento profissional para o enfrentamento das diversas situações que se colocam no cotidiano. Observamos também que há um empenho pessoal na busca de arcabouço teórico que qualifique o trabalho profissional.

Também enquanto possibilidade de qualificação e formação continuada procurou-se verificar junto às (aos) assistentes sociais se elas (eles) têm realizado leituras recentes que qualificam e instrumentalizam para a atuação profissional. Através das respostas, ficou bem claro que as leituras realizadas estão muito atreladas às demandas do trabalho, conforme vão surgindo necessidades de buscar informações referentes a alguma questão mais específica da rotina profissional. Algumas assistentes sociais indicaram as fontes de informação a que costumam recorrer, como o site do Ministério da Cidadania, a Revista *RADIS* – FioCruz, ao programa de rádio “A Hora do Brasil”.

É uma coisa assim que é necessário você atualizar, eu to sempre entrando no site da Cidadania, então eu to sempre entrando porque alguma coisa que saiu de novidade eu leio imprimo, encaderno e vou lendo com calma, vou folheando, vou rabiscando, vou anotando de acordo com a prática, entendeu. Isso daqui não é de agora, isso aqui é meu sempre, de sempre. Isso ajuda a nossa prática, a nossa construção junto com a família, isso ajuda, a gente tem que ter, nosso papel é importante, a gente precisa de apropriar das informações (Assistente Social 8)

No trabalho profissional sim, mas não específico pra pessoa com deficiência, acho que até por ter vindo de uma formação muito recente, essa necessidade minha é maior, aprender a política do SUAS, porque na formação a gente sabe que isso não vem, aprender muito sobre a questão da proteção básica, proteção especial (Assistente Social 10)

Aqui também foi possível identificar que as (os) profissionais realizam leituras sobre a pessoa com deficiência a partir da legislação brasileira, mas não tanto através de outras produções como artigos, livros e publicações na área. A respeito do conhecimento específico das legislações sobre a pessoa com deficiência no Brasil, seis assistentes sociais relataram ter amplo conhecimento no assunto, como relatou uma das entrevistadas:

Sim, todas, e inclusive toda vez que sai uma atualização ou alguma coisa assim a gente estuda muito sobre isso, porque é o que nos dá base garantir o direito deles, porque já é uma coisa muito tardia, a gente pensa no Estatuto da Criança e do Adolescente e tem 30 anos por aí, a gente pensa no Estatuto do Idoso, tem pelo menos 15, e o da Pessoa com Deficiência foi em 2015, tem cinco anos. Quando eu comecei a trabalhar aqui ele surgiu, e ele já

garantiu muitos direitos das pessoas aqui (...) Então assim, a gente tem conhecimento sobre todas as legislações que permeiam tanto a pessoa com deficiência quanto a Assistência Social que é a área que a gente trabalha. (Assistente Social 2)

O restante das profissionais apontou que não possuem conhecimento aprofundado sobre legislações para pessoas com deficiência, mas que, assim como as leituras dos demais assuntos, buscam informações a partir das demandas colocadas pelo trabalho e a necessidade de se atualizar. A exceção ocorre quando se trata do BPC – Benefício de Prestação Continuada, acerca do qual grande maioria das (os) profissionais relatou ter conhecimento específico no assunto, bem como sobre a prioridade de ações e acompanhamento da pessoa com deficiência na Política de Assistência Social. Uma assistente social também mencionou conhecimento acerca da legislação municipal referente ao Passe Livre para Pessoa com Deficiência (Lei 13.515, de 26 de maio de 2017).

Todas, todas, se eu falar que eu tenho, não. A gente pesquisa, quando é necessário a gente pesquisa, porque são muitas legislações, muita...tá sempre tendo algum adendo, alguma mudança [...] ai a gente procura ler, mas falar assim: “ai você tem plena...não! A gente pesquisa. Porque também gente é muita coisa. Aqui é...se a gente for falar “ai, você tem domínio?...Não” Não dá gente.” (Assistente Social 11)

Um pouco. Não vou dizer pra você que eu to totalmente a par de todas as legislações não, mas a medida em que as coisas vão chegando pra gente a gente vai buscando [...] Então, quando chega alguma coisa que a gente não sabe, nos obriga a buscar conhecimento. Então aos poucos a gente vai se inteirando. (Assistente Social 6).

Para realizar esta busca acerca das legislações, algumas assistentes sociais mencionaram recorrer ao site Google; à Coletânea de Leis publicada pelo CRESS (2013); ao Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Conforme apontou Raichelis (2020, p.34)

Também tem sido comum que profissionais restrinjam suas leituras a esses manuais, documentos técnicos, legislação específica, produzidos nos marcos de cada política social, certamente necessários para o desempenho institucional, mas insuficientes como fonte exclusiva de conhecimento sobre as políticas sociais, o que vem contribuindo para uma reprodução acrítica dos textos oficiais, uma diluição do Serviço Social na política social e frágil apropriação dos fundamentos teórico-metodológicos do trabalho profissional. E, ainda, tem conduzido profissionais à subordinação aos

objetivos institucionais, distanciando-se da direção social estratégica que deve orientar as propostas profissionais, de acordo com as prerrogativas, atribuições e competências profissionais, à luz dos valores e princípios que orientam o projeto coletivo da profissão.

Desta forma, a busca por informações e conhecimento técnico deve ser continuada, sem limitar-se a ações pragmáticas e informações superficiais sem a devida apreensão crítica da realidade e a intermediação com o projeto profissional.

A participação em Conselhos de Direitos apareceu nos relatos das(os) entrevistadas(os) tanto como atividade integrante de sua rotina profissional, somado ao entendimento de que este é um espaço privilegiado de qualificação profissional, como no relato de cinco assistentes sociais que informaram sua participação em Conselhos de Direitos no município. Esta indicação aponta para uma importante participação das profissionais em espaços de controle social onde lutas coletivas podem ser fortalecidas.

Aqui [...] a gente divide. Cada um participa de um Conselho, não sou eu que participo do Conselho da Pessoa com Deficiência, é [...] a outra assistente social. Eu participo mais das reuniões do Conselho da Assistência. A gente está sempre trocando informações. (Assistente Social 12)

[...] eu gosto muito desse espaço de fortalecimento de estar nos espaços dos Conselhos, eu tenho entendido que pra nível de melhorar a possibilidade do atendimento né, da assistência a pessoa estar nesses espaços que constrói a política, que discute a política de outra forma, eu imagino como uma estratégia, pensando principalmente pro Serviço Social, é uma estratégia que seria bem, bem efetiva, que é o espaço que você constrói possibilidades ou pelo menos discute, traz a reflexão, que já é pra mim bacana nesse momento assim. (Assistente Social 10)

Finalmente, buscando conhecer melhor as (os) entrevistadas (os), questionou-se se o trabalho junto à pessoa com deficiência partiu de um desejo pessoal, traduzido em uma escolha profissional. Assim, temos que de forma unânime, as (o) profissionais dos CRAS apontaram que não se trata de uma escolha, mas sim um componente do trabalho, uma vez que, por se tratar de um equipamento considerado como porta de entrada para a Política de Assistência Social, inequivocamente o atendimento à pessoa com deficiência aparecerá dentre as demandas e será alvo de acompanhamento, conforme a própria Política preconiza a pessoa com deficiência como público prioritário das ações dos CRAS; porém não só existem as demandas referentes à pessoa com deficiência, mas a diversas outras questões presentes naquele território de abrangência do CRAS, que serão objeto de trabalho do assistente social. Portanto, trabalhar com as pessoas com deficiência não é uma escolha, e sim atividade

inerente ao trabalho no CRAS, semelhante às demais atividades com outros diversos públicos assistidos. Apontaram que o atendimento às pessoas com deficiência ocorre no momento da busca pela atualização do Cadastro Único, ou como necessidade de encaminhamento às Entidades Socioassistenciais, que ocorre unicamente através do CRAS, conforme reorganização dos fluxos de atendimento após o chamamento público. Acerca deste aspecto, iremos discorrer mais adiante ao analisar as demandas atendidas pelas assistentes sociais.

Não, na realidade o CRAS trabalha como um todo, a gente atende a população como um todo. Dentro dessa população como um todo de vulnerabilidade aparece a vulnerabilidade da deficiência [...] o CRAS é a porta de entrada da assistência social para as pessoas em todos os âmbitos, e aí dentro dessa multiplicidade aí de vulnerabilidades aparece a deficiência (Assistente Social 6)

A gente não pode esquecer também que um dos públicos-alvos são beneficiários do BPC, usuários do CRAS. Então acaba que ela demanda, se a gente for pensar em prioridade, pela própria política que funciona a proteção básica, já exige um direcionamento pra que esse atendimento seja feito pra eles [...] Como é um público-alvo, então as vezes a gente recebe algumas listas, pra fazer busca ativa por exemplo dessas pessoas, que não chegaram ao serviço, por exemplo, pra fazer essa atualização pra não acontecer de cessar o benefício. (Assistente Social 10)

Em relação às profissionais atuantes em Entidades Socio-assistenciais específicas para pessoas com deficiência, todas relataram que a vinculação ao emprego não se tratou de uma escolha, mas sim a partir da necessidade de inserção no mercado de trabalho sem distinção do público ao qual atenderiam. Uma delas mencionou que se pudesse escolher, gostaria de não ter sido selecionada à época em que foi chamada para atuar numa instituição de atendimento a pessoas com deficiência, pois estava com receio fundamentado em um preconceito; posteriormente, porém, mudou sua concepção após apropriar-se do caráter da Instituição e conhecer o público atendido. Importante ressaltar que a graduação em Serviço Social é generalista, a partir da qual às (os) profissionais vão adquirir conhecimentos teóricos e técnicos para intervir junto às expressões da questão social. Desta forma, o Serviço Social possui um variado campo de atuação em que o profissional graduado está capacitado a atuar, como serviços públicos de educação, saúde, assistência social, previdência, sócio-jurídico, segurança pública, bem como empresas privadas e Organizações da Sociedade Civil, dentre outros. A partir de sua inserção em determinada área, o assistente social irá se apropriar das especificidades que perpassam aquele campo de atuação.

Eu vou ser até sincera [...] eu vim torcendo pra não conseguir porque eu escutava falar muito mal da Instituição (...). Vim, e consegui, e comecei a trabalhar, e sou apaixonada. [...] E não tenho vontade nenhuma de ir pra outra área. Me identifiquei muito. E assim, aquele preconceito que eu tinha da Instituição, aos poucos fui vendo que as pessoas falam muito sem conhecer, porque tudo que a gente conversa aqui, se tem algum problema a direção atende, entendeu, então assim a gente busca sempre o direito “dos meninos”, então eu acho que isso é essencial. Eu acho que se eu fosse pra um lugar que eu visse que não era atendido né, eu não ficaria esse tempo todo. (Assistente Social 3)

Esta identificação e satisfação relacionada ao trabalho junto à pessoa com deficiência apareceu em diversos momentos do relato das profissionais vinculadas às Entidades Socioassistenciais, tanto pelo público alvo quanto pela dinâmica institucional, pois mencionaram possuir autonomia, infra-estrutura adequada à realização do trabalho, boa relação com a gestão, conforme alguns relatos: “é muito bom, eu gostava muito de lá assim, desse contato com as crianças...muito bom” (Assistente Social 1); “desde então sou muito feliz trabalhando com isso” (Assistente Social 2).

Acerca da temática da deficiência, foi solicitado às (ao) entrevistadas (o) que definissem o conceito de pessoa com deficiência. Para ilustrar selecionamos algumas palavras, frases e expressões utilizadas nas respostas: “limitação”, “mobilidade reduzida”, “potencialidades”, “dificuldade”, “dependente”, “pessoa normal como outras só que com limitações”, “pessoa que te dá além do que ela pode”, “que precisa de recursos”, “condição que impede a pessoa de trabalhar”, “pergunta difícil”, “tem deficiência pra aquela situação mas tem outras habilidades”, “a gente pensa primeiro a questão da autonomia física”, “discussão muito ampla”, “uma pessoa com limites, com possibilidades como outra qualquer”, “nunca parei pra pensar nisso”, “necessidade daquele momento”, “precisa de mais do que aquilo que tem e daquilo que é as vezes é oferecido pela sociedade”.

De certa forma, as (o) profissionais demonstraram surpresa com a pergunta e certo embaraço ao elaborar a resposta. Trouxeram inicialmente o primeiro pensamento que vinha à mente, como a questão das limitações físicas, reconhecendo que estas fazem parte do que imediatamente compõe o imaginário sobre a deficiência. Entretanto, ao falarem sobre as limitações físicas, não mencionaram a sua relação com as barreiras sociais que podem potencializar ou diminuir as deficiências, mas reconheceram a existência de potencialidades, além de expressarem uma postura de não diferenciação entre pessoas com e sem deficiência, num discurso desprovido de conteúdos discriminatórios. Assim, podemos inferir que no universo desta pesquisa o debate sobre a deficiência ainda se encontra disseminado genericamente na profissão.

4.3 DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS

De acordo com Trindade (2001, p.7), existem duas dimensões fundamentais para compreender o Serviço Social:

as demandas sociais que exigem iniciativas de intervenção social, das quais participam os assistentes sociais; e a elaboração de respostas profissionais quando da participação dos assistentes sociais nestas iniciativas de intervenção social. Quanto às primeiras (demandas sociais), podemos denotar que são históricas e são produzidas por necessidades sociais que derivam da prática histórica das classes sociais, nos atos de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho, de forma socialmente determinada. Assim, quando os profissionais acionam o arsenal de instrumentos e técnicas, estes medeiam e potencializam ações que são parte do atendimento a estas demandas sociais determinadas historicamente.

As demandas colocadas e as respostas profissionais constituem a indagação central desta pesquisa. Nesta problematização, buscaremos abordar também elementos do “aspecto instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas das classes” (GUERRA, 2000, p.8).

Para responder a tal questão, iniciamos apresentando as formas de acesso dos usuários aos serviços socioassistenciais, pois a busca espontânea ou seu encaminhamento através de outro profissional já sinalizam para demandas postas ao assistente social, tanto pelos usuários quanto pela própria rede.

Essencialmente, o acesso às Entidades Socioassistenciais para pessoas com Deficiência se dá através dos CRAS como uma prerrogativa do chamamento público. As assistentes sociais das entidades socioassistenciais relataram que anteriormente recebiam usuários por demanda espontânea ou encaminhamento da rede, como médico neurologista, escolas, e até encaminhamentos de outros municípios. A mudança de fluxo de encaminhamento foi apontada por uma das entrevistadas como um ponto positivo pois propiciou uma maior aproximação das Entidades junto aos CRAS. Apenas uma das entidades socioassistenciais não pode mais receber usuários por nenhum tipo de encaminhamento, a menos que seja judicialmente, pois o modelo de assistência ofertada, no formato de acolhimento institucional, não pode mais ser realizado.

Já as formas de acesso aos CRAS tanto podem ocorrer por encaminhamento de outro serviço, como por demanda espontânea, sendo esta a maioria da procura, geralmente com intuito de atualização ou inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais. Quando se trata de encaminhamento através de outros serviços, apareceram nos relatos a escola, os

serviços de saúde – CAPS, UBS -, e muitas vezes este encaminhamento se dá por uma solicitação de intervenção ao CRAS junto àquela família, como visita domiciliar, busca ativa, discussão de caso em rede. As (os) profissionais também demonstraram que em geral a população conhece o trabalho do CRAS, então no momento de surgimento de alguma necessidade, os próprios moradores do local acabam orientando os vizinhos, ou a própria pessoa já faz essa busca por si mesma, como explicaram duas assistentes sociais:

Olha...muitas vezes por indicação...vem alguns de encaminhamentos, vem encaminhamentos de órgãos oficiais digamos assim, entidades oficiais, mas a maioria não. A maioria chega até nós porque o vizinho fala, porque alguém orienta, alguém indica. Tem as duas coisas, essa rede “informal” que encaminha pra nós, como tem a rede formal também que nos encaminha. (Assistente Social 6)

É, o que acontece, normalmente, tem a demanda de acordo com a necessidade, o CRAS, a Comunidade o território ele já tem conhecimento do CRAS, porque antes não sabia muito bem o papel do CRAS. Então qualquer demanda, mesmo as vezes saúde eles batem aqui. A gente orienta, então eles vem..à medida que tem alguma necessidade. (Assistente Social 8)

A partir da fala imediatamente acima (Assistente Social 8), pode-se traçar um paralelo em relação às reflexões trazidas por Duriguetto (2011) e Mota (2008) acerca da centralidade que a Assistência Social vem assumindo à medida em que as políticas componentes da Seguridade Social vem sendo privatizadas, num processo definido por Mota (2008) como “assistencialização da assistência”, como já delineado no Segundo Capítulo (Item 3.2). Isto significa dizer que a Seguridade Social vem tornando-se predominantemente assistencial, com políticas compensatórias para responder às demandas cada vez maiores diante do agravamento da questão social, precarização das condições de vida, do emprego e do trabalho, deslocando a Assistência Social de um componente da Proteção Social para ser “a política social” (MOTA, 2008, p.44). Assim

[...] a grande parcela dos trabalhadores não inserida no processo produtivo passa a constituir o público alvo da assistência, que incorpora não só os incapacitados para o trabalho, mas também os excluídos deste processo. [...] a proteção social no Brasil passa a ser ancorada no direito à assistência social e não ao trabalho, o que significa reduzir a proteção social à política de assistência (DURIGUETTO, 2011, pag. 7)

Complementando esta reflexão, Costa (2008, pag.76) observou que “o CRAS acaba se apresentando como “o lugar” onde todas as problemáticas relacionadas à questão social são

resolvidas.” A Assistência Social, enquanto política pública de Estado, é interdependente às demais políticas de seguridade social, de forma a articularem entre si as potencialidades de cada uma delas para garantir os direitos sociais. Assim,

a Assistência Social não pode ser entendida como uma política exclusiva de proteção social [...] de modo a não atribuir à Assistência Social a intenção e o objetivo hercúleo e inatingível de responder a todas as situações de exclusão, vulnerabilidade, desigualdade social. Essas são situações que devem ser enfrentadas pelo conjunto das políticas públicas, a começar pela política econômica, que deve se comprometer com a geração de emprego e renda e distribuição da riqueza. (BRASIL. CFESS, 2011, pág. 8 - 9)

As entrevistas junto às (aos) assistentes sociais ocorreram entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, o que nos permite localizar este processo ainda durante a Pandemia de Covid-19³⁷. As rotinas, as demandas da população e do trabalho sofreram alterações significativas, indicando dificuldades e possibilidades, e estas mudanças aparecem no discurso das (os) participantes. Foram apontadas mudanças de fluxos, criação de agendas, suspensão de atividades em grupo, restrição quanto a visitas domiciliares, medidas de distanciamento social, alterações de turnos de trabalho e revezamentos, adoção do *teletrabalho* ou *trabalho remoto* (o Teletrabalho, conhecido também como *home-office* é aquele que é realizado fora do local de trabalho) para os trabalhadores considerados como “grupos de risco” (idosos e/ou com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, e gestantes), dentre outras adequações necessárias adotadas para evitar a propagação do Coronavírus e o índice de mortalidade. Tais mudanças ocasionaram intensificação e sobrecarga de trabalho em um cenário de muitas dúvidas e desafios, além do aumento da vulnerabilidade social da população devido ao isolamento social. Conforme Bernardo e Oliveira (2021, p.82) “a pandemia explicita uma crise sanitária e política de extrema gravidade e escancara as desigualdades estruturais no Brasil, vulnerabilizando segmentos historicamente invisibilizados”.

³⁷ Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou situação de Pandemia em virtude da disseminação do SARS-Cov 2 – o Corona Vírus, que dá origem à doença Covid-19. Com rápida disseminação do vírus e a potencial letalidade da doença, países do mundo todo declararam situação de emergência sanitária, com vários Estados e Municípios entrando em situação de Calamidade Pública. Ver: **Decreto Legislativo N 6 de 2020** – Senado Federal: Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/31993957>
Decreto N. 13.920 de 07 de abril de 2020 – Declara estado de calamidade pública no Município de Juiz de Fora em razão da pandemia decorrente do Coronavírus (COVID-19). Prefeitura de Juiz de Fora/ Atos do Governo do Poder Executivo;

Inicialmente no município de Juiz de Fora, seguindo a orientação estadual e nacional, somente serviços essenciais continuaram funcionando (tais como setor de saúde, assistência social, segurança pública, alimentos e suprimentos). As medidas restritivas estavam sendo constantemente e periodicamente reavaliadas. À época das entrevistas (novembro de 2020 a janeiro de 2021) já existia uma flexibilização no que tange ao isolamento social (Onda Amarela – Plano “Minas Consciente”, Governo do Estado de MG), com retorno gradual de várias atividades observando as restrições.³⁸ Especificamente para o funcionamento da gestão e dos serviços socioassistenciais do SUAS, a Secretaria Nacional de Assistência Social publicou a Portaria Nº54 / Nota Técnica Nº07 (20/04/2020) com recomendações aos gestores e trabalhadores. (BRASIL, 2020). Importante também resgatar que a participação em programas de socorro à população em situações de calamidade pública é dever ético do assistente social. (CFESS. LEI 8662, 1993, Art. 3º § d)

Uma comparação entre o processo de trabalho anterior e posterior à situação de Pandemia também foi evidenciada nas falas das (o) profissionais, e estas considerações serão percebidas no transcorrer deste item. Conforme Guerra (2000, p. 3)

[...] o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas.

Dentre as perguntas, solicitou-se que as assistentes sociais descrevessem um pouco de seu cotidiano no processo de trabalho. Assim, as principais atividades e procedimentos componentes desta rotina foram relatados de forma disseminada nas falas de todas (os) as profissionais, elencadas conforme quadro a seguir:

³⁸ Resolução 02/2020 de 19 de outubro de 2020 - Define a classificação do Município de Juiz de Fora na onda amarela do Plano Minas Consciente, do Estado de Minas Gerais, e define protocolos sanitários específicos para funcionamento das atividades que menciona com vistas ao enfrentamento da pandemia provocada pela Covid-19. Disponível em: <http://covid19.pjf.mg.gov.br/legislacao.php#gsc.tab=0>

Quadro 2 – Atividades/procedimentos componentes da Rotina

Principais atividades/procedimentos componentes da rotina profissional	Quantidade de vezes em que foram mencionados
Acolhimento do usuário e/ou da família	6
Visita Domiciliar	3
Identificação / Seleção de atendimentos prioritários Verificação de demandas e urgências / Lista de atendimentos	3
Atendimento a demandas espontâneas	3
Solicitação de documentação / atualização de cadastro	3
Oficinas e Grupos	3
Orientação / Atendimento / Entrega de Cestas Básicas	3
Checagem de e-mails	2
Registro em prontuário	2
Promoção de ações de convivência e cidadania (festas, passeios)	2
Discussão de caso com a equipe	1
Estudos de caso com outros equipamentos da rede	1
Contato familiar	1
Encaminhamento para segunda via de documentos	1
Confecção de relatórios	1
Salas de Espera	1
Acompanhamento de evoluções clínicas	1
Acompanhamento da assistência prestada a usuários institucionalizados e orientações à equipe multiprofissional	1
Acolhimento em Projeto Institucional	1

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir dos resultados da pesquisa

Estas atividades rotineiras, embora tenham sido respondidas de forma diversa, perpassam a praticamente todos os espaços socio-ocupacionais de inserção do assistente social. Ações citadas como confecção de relatórios, discussão de caso em rede, acolhimento, atendimento à família, visita domiciliar são bastante comuns e necessárias para realização do trabalho. Desta forma, percebe-se a combinação de atividades de assistência e burocráticas. Algumas atividades são mais específicas do CRAS, em suas ações referentes à cesta básica e encaminhamento para segunda via de documentos, por exemplo.

Gostaríamos de destacar a *escuta e o acolhimento*, estes que dão início ao processo de trabalho junto ao usuário e são essenciais para garantir a formação do vínculo e uma relação

ética e humana, visando estabelecer uma relação de confiança que permitirá realizar intervenções e orientações junto à família, conforme o seguinte relato: “eu acho que hoje a nossa maior arma é o acolhimento e escuta” (Assistente Social 11)

Eu acho que CRAS, se existe uma rotina, se é que a gente pode dizer assim, seria acolhida e humanização. Porque o que vai vir a gente não sabe, mas a acolhida tem que estar ali [...] É a famosa escuta qualificada.[...] As vezes chega a pessoa aqui, essa deficiente ela veio aqui pra pedir segunda via de identidade, ela poderia simplesmente: você precisa de que mesmo? Segunda via, ta aqui”. Não! Você fez uma escuta da historia de vida dela, de repente daquilo ali sai diversos outros encaminhamentos, diversos outros desmembramentos dessa intervenção. Eu acho que é esse o nosso papel, não é simplesmente...você tem um protocolo, a pessoa chega aqui pra escutar... “ah vim te pedir uma cesta básica”. Vai ficar por isso mesmo? Você não vai saber o que está acontecendo nessa família. (Assistente Social 7)

Eu acho que esse primeiro atendimento assim, esse primeiro momento que você esta com a família eu acho que ele é muito importante. Eu acho que esse fortalecer a relação, esse vínculo de confiança, de saber que a gente está pronto pra ajudar mesmo que a gente não consiga dizer sim o tempo todo, mas a gente vai fazer tudo pra conseguir esse sim.

[...]

é ali que a gente vai identificando mesmo as fragilidades. As vezes o que ela traz de frágil é o menos frágil...dentre toda a relação é o menos frágil, aí você descobre que existe violência dentro da casa, você descobre que o menino está fora da escola [...]A gente é que vai identificando as vulnerabilidades deles, em termos de moradia, em termos de tudo. Então essa primeira escuta, esse primeiro atendimento é muito importante (Assistente Social 6)

Nos relatos acima há uma exemplificação do que chamamos de escuta qualificada, ou seja, uma escuta atenta e capacitada para identificar expressões da questão social passíveis de intervenção profissional. Trata-se de uma escuta que parte da fala do usuário e vai além dela, buscando identificar determinantes e condicionantes relativos às condições de vida daquele usuário ou família, resgatando elementos de sua história pregressa e atual, presença ou ausência de vínculos familiares e comunitários, condições de moradia e saneamento, trabalho e renda, elementos que apontem para violações de direitos, acesso a bens e serviços, dentre outros.

O acolhimento como potente dispositivo de formação de vínculo é presente em diversos espaços sócio-ocupacionais e transversais, em todas as práticas. Na assistência social, o acolhimento não difere de sua forma e importância como se dá na área da saúde, sendo um componente essencial do processo de trabalho. Pode ser realizado individualmente

por um único profissional ou por equipe multiprofissional. Geralmente ocorre na primeira vez em que o usuário procura aquele serviço, como define a Atenção Básica em Saúde:

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. (BRASIL. 2013. pag. 24)

Embora seja comumente uma abordagem referente ao primeiro encontro entre o profissional e o usuário dentro da instituição, o acolhimento não se encerra neste momento, mas se estende a cada encontro em que as ações são realizadas com objetivo de fortalecimento de vínculos, o que pressupõe uma escuta qualificada com atenção e compromisso às demandas colocadas, favorecendo o diálogo e a reflexão. Assim, existem várias ações que são características de acolhimento. Na Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2005) o acolhimento é uma das ações previstas na Proteção Social Básica.

Assim, dentre as ações previstas, a PNAS prevê

o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização. (BRASIL, 2005, p.33)

De certa maneira as (os) profissionais indicaram uma rotina bastante atarefada, com muitas demandas, de forma que muitas vezes as atividades se imbricam, vão se sobrepondo aos planejamentos e acontecendo simultaneamente, fazendo com que não se consiga estabelecer de fato uma rotina e denote uma sobrecarga de trabalho, como podemos perceber no relato de uma das assistentes sociais:

Muita coisa nesse contexto que a gente tá descrevendo ali, a gente não consegue parar porque, ou ela ta aqui ou ela ta lá, já atendeu não sei quantos hoje, daqui a pouco ela ta indo (*embora*) e sou eu e os meus (*atendimentos*) não sei quantos pra agora, e só tá nós duas. Eu duvido que a gente vai chegar em casa hoje e não vai trocar uma mensagem (*referindo-se à outra assistente social colega de trabalho*). (Assistente Social 7, grifos nossos).

Somando-se a estes fatores, dentro da configuração das demandas espontâneas, uma assistente social apontou demandas que chegam, mas que não competem à instituição ou à profissional especificamente; costumeiramente são conhecidas como “demandas fora do lugar”. Muito comum a diferentes espaços sócio-ocupacionais, são demandas que não configuram objeto de trabalho do Serviço Social ou daquela instituição especificamente, de forma que seu encaminhamento deva ser direcionado a outro lugar mais adequado para sua resolução, quando houver. Ainda assim, observa-se o compromisso profissional em garantir o acolhimento, a escuta e a identificação da demanda, observando aquilo que é possível realizar para não desassistir o usuário:

[...] sem contar as demandas que aparecem pra nós que não é nossa mas que você também não sabe [...] não tem um serviço lá: este serviço vai fazer isto? Não! Ai você fala: “ou você faz ou esse usuário vai ficar na mão”. Ai você faz.[...] Até porque trazendo isso pra questão dos direitos, nossos usuários muita das vezes, a gente não permitir passar por essa linha, do nosso - muito aspas – “limite”, a gente faz violar o direito desse usuário (Assistente Social 7)

Além das atividades planejadas dentro de uma rotina, as profissionais precisam estar com certa disponibilidade para o atendimento das chamadas demandas espontâneas, que são atendimentos sem agendamento prévio de usuários que buscam o serviço naquele momento, ou que buscam o profissional de Serviço Social dentro da Instituição, sejam eles encaminhados de outra instituição ou não. Isto é mais comum nos CRAS de acordo com sua forma de funcionamento, conhecido como serviço de “porta-aberta”. Nas Entidades Socioassistenciais, embora não trabalhem de “porta-aberta” uma vez que, após o chamamento público a inserção dos usuários passou a ser por meio de encaminhamento dos CRAS, de forma que seu público já é conhecido e geralmente delimitado pelo número de vagas, também fazem atendimento a demandas espontâneas que são trazidas naquele momento por usuários e/ou familiares que estão em acompanhamento no serviço. As demandas espontâneas podem ocorrer de forma presencial, e também por atendimento ao telefone. O contexto de pandemia trouxe algumas alterações na rotina, como por exemplo a necessidade de agendamento para garantir segurança aos usuários e profissionais, evitando aglomerações, e diminuindo portanto o quantitativo de demandas espontâneas.

Um dia comum do meu trabalho: então vamos falar desse dia comum não considerando a Pandemia; a Pandemia trouxe algumas características que

nós não tínhamos antes. [...] E os atendimentos de porta, não trabalhamos com agendamento; à medida que as pessoas chegam, se existe disponibilidade de atendimento a gente atende. Não trabalhamos com agenda assim, de alguém ter que marcar pra vir, não. As vezes a pessoa liga e fala “ah eu gostaria de ir amanhã”, aí se torna uma agenda, mas não trabalhamos só com agenda, trabalhamos com...eu sempre falo, é um absurdo as pessoas subirem esse morro e não serem atendidas. Então: “pode esperar um pouquinho?” Vai esperar um pouquinho mas nós vamos atender. Então nós fazemos atendimento de porta direto. (Assistente Social 6)

O conteúdo desta fala, além de dizer sobre a especificidade da demanda que chega até o serviço, traz elementos que apontam para a autonomia profissional dentro da instituição, quando a assistente social diz sobre a possibilidade de organizar sua agenda conforme a necessidade do usuário, adequando horários e recursos para melhor atendê-lo. De fato, não apareceu nas entrevistas nenhum relato que apontasse para o cerceamento da liberdade e autonomia do profissional na escolha dos instrumentos e organização da rotina e do processo de trabalho. Ainda que com dificuldades estruturais da própria política, tais como o volume de demandas (além da demanda reprimida), limites institucionais, muitas vezes carência de recursos e de possibilidades de intervenção, as (os) profissionais demonstraram em seus relatos que possuem uma compreensão ético-política da profissão, repercutindo no compromisso expresso com os usuários. Um outro relato ilustra isto com muita clareza:

Existem direcionamentos e direcionamentos da nossa ação. A partir do momento que a gente se propõe [...] trabalhar aqui não é simplesmente vir aqui e receber meu dinheiro e pronto; [...] se eu não fizer o melhor pra eles (*referindo-se aos usuários*) todos os dias eu não tenho sentido no meu trabalho; meu trabalho ele tem um sentido porque eu to aqui trabalhando pra eles. Eu falo isso muito com a (diretora da instituição): “Eu respondo a você, mas eu trabalho pra eles”. Eles são o meu termômetro, são as pessoas que vão dizer se é um bom trabalho ou não [...]. (Assistente Social 2, grifos nossos)

Conforme apontou Iamamoto e Carvalho (2009, pag. 120):

Se o assistente social, na condição de trabalhador assalariado, deve responder às exigências básicas da entidade que contrata seus serviços, ele dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, sendo co-responsável pelo rumo imprimido às suas atividades e pelas formas de conduzi-las.

Como forma de registro das ações profissionais foram apontados formulários, prontuários, evoluções, Plano Individual de Atendimento (PIA), plano psicossocial, fichas. A

documentação profissional possibilita fazer planejamentos das ações, elaborar estratégias de intervenção, compreender a evolução dos acompanhamentos, identificar demandas, viabilizando a continuidade do trabalho, sendo fundamental no gerenciamento e coordenação das ações profissionais e necessárias para um atendimento com qualidade. Além disso, os registros de atendimento podem ser ferramentas de pesquisa profissional, através da sistematização das informações, produção de dados e indicadores. Alguns profissionais expressaram o quanto as fichas de atendimento são fontes de informação, construídas de modo que permitem ao assistente social uma visualização mais ampla das refrações da questão social que estejam passando a vida daquele sujeito ou daquela família, sendo assim um instrumento norteador de ações.

A gente faz uma ficha aqui pra atendimento, então nela ficam todas as demandas que a gente atendeu, inclusive a questão das vulnerabilidades dessas pessoas [...] e aí nela tem essas informações, se é uma pessoa com deficiência, se é, qual tipo de deficiência, se ela tem um benefício, o BPC, e dali você já consegue ir puxando as demandas ali daquela família (Assistente Social 4)

A gente tem um instrumento, que eu acho que é um instrumento muito interessante, que é essa ficha de acolhimento, mas que ela tem um direcionamento pra gente enquanto profissional chegar nessas outras demandas, então na verdade é uma ficha simples que as vezes ele chegou só com a demanda da isenção do documento, por exemplo, mas que a ficha ela é construída de um jeito que a gente consiga perceber outras coisas pra além dessa demanda [...] e aí é um processo mesmo de ir percebendo isso durante o atendimento, e aí a gente vai fazendo os encaminhamentos, se é uma família que as vezes necessita de um acompanhamento familiar, normalmente por exemplo, pessoa com deficiência é uma família que quase automaticamente é aprovada pra um acompanhamento familiar (Assistente Social 10)

Conforme os relatos acima, as fichas de registro de atendimentos são instrumentos fundamentais para direcionar as ações profissionais, uma vez que a disposição das informações permite a visualização de elementos essenciais acerca da vida daquele sujeito ou família, potencializando a escolha de intervenções necessárias para atingir os objetivos profissionais. As fichas de registro dos atendimentos geralmente direcionam a entrevista com o usuário e sistematizam as informações extraídas deste momento da entrevista. Conforme Santos e Noronha (2010), a entrevista oportuniza aos usuários e aos profissionais o conhecimento mútuo, a ampliação da consciência, a abordagem de diversos aspectos sociais, políticos, culturais, dentre outros, de modo que a população possa refletir sobre sua inserção na sociedade. Quanto ao assistente social, “ao se apropriar da realidade vivida pela população,

tem melhores condições de compreender as demandas colocadas, possibilitando, assim, uma reposta profissional condizente com as reais necessidades da população”. (SANTOS; NORONHA, 2010, p. 51-52).

A documentação do exercício profissional é fundamental para uma profissão que possui caráter interventivo, como apontam Lima ET al (2007, p.95).

É através da sistematização da intervenção que se desenvolvem tanto os processos investigativos sobre a realidade social, os sujeitos o processo de intervenção profissional, quanto de marcos orientadores para as ações profissionais articuladas em diferentes processos de intervenção, como também na articulação entre esses mesmos processos. Para tanto, destaca-se a importância das análises e/ou diagnósticos sobre a realidade social sobre as demandas singulares da população atendida.

Predominantemente os registros são feitos em papel, sendo que alguns assistentes sociais relataram que alimentam um tipo de registro eletrônico. O momento dos registros e anotações, que são posteriores aos atendimentos, requer do profissional adequação de um tempo em sua agenda para realizar especificamente esta atividade, como explicou a Assistente Social 7: “a gente consegue se organizar e ter uma hora do dia que a gente não faz atendimento, é pra fazer nossos relatórios, jogar no computador, no sistema”. A organização e a sistematização de dados, relativos à população assistida e ao trabalho profissional, é de extrema importância para subsidiar pesquisas, construir indicadores e diagnósticos sociais dos grupos em maior marginalidade e vulnerabilidade, permite análises que mais tarde poderão ser substrato para o direcionamento das ações e das políticas. Neste quesito, o Departamento de Atualização e Gestão da Informação – DAGI, do órgão gestor da assistência social em Juiz de Fora traçou como estratégia entre os anos de 2018 a 2021 o aprimoramento dos mecanismos de coleta de informação da rede socioassistencial, a otimização dos registros e do preenchimento de relatórios, a identificação de dados que podem ser informatizados. (PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. SDS/PJF, 2020)

Neste item evidencia-se elementos da rotina e da intervenção profissional acerca de ações e procedimentos utilizados na prática cotidiana. Os relatos trazidos extraídos das entrevistas, em articulação ao referencial teórico utilizado apontam que as (os) profissionais dos CRAS e das OSC's identificam nos procedimentos realizados importante recurso para conhecer as demandas da população e planejamento de ações. Conforme Vasconcelos, A. M. (1997), a prática é ato, movimento, e precisa ser pensada, e avaliada quanto aos seus

objetivos, referenciando-a no sentido de fortalecer os usuários como sujeitos políticos e coletivos e participantes do controle dos serviços de que se utilizam.

Quando questionadas (os) acerca das principais demandas trazidas em virtude da presença de alguma deficiência, as (os) profissionais relataram: acesso à saúde (terapias, psicologia, psiquiatria); segurança alimentar; insumos básicos (fralda, dieta, medicação); orientações quanto aos direitos e benefícios – principalmente o BPC; ausência completa da família ou dificuldades desta em prestar assistência ao familiar com maior dependência; passe livre, acesso a transporte, ônibus adaptado e; escuta, sem que necessariamente o usuário apresente uma demanda. Um interessante relato a respeito desta escuta foi feito pela Assistente Social 4:

Tem um caso de um...que ele tem esquizofrenia [...] e aí ele vem aqui só pra falar comigo: “eu quero falar com a...” [...] E as vezes ele senta na minha frente e não fala nada! Sabe quando a pessoa fala muito mas não quer dizer nada no final? Que ela só vem aqui pra falar? E aí eu atendo ele...sempre sou eu que atendo ele (...) ele se vinculou a mim de uma forma que eu também não sei explicar, então eu vou atender.

De acordo com a PNAS, o trabalho no PAIF contempla intervenções individuais e coletivas, com objetivo de fortalecer a função protetiva da família e seu protagonismo, por compreendê-la enquanto a principal fonte de apoio, o acesso à rede socioassistencial, dentre outros. A rede de apoio de um sujeito, além da família, se constitui pelos vínculos significativos que ele estabelece no contexto em que está inserido. Pelas reflexões de Pizzinato (2018), existe a rede de apoio informal, composta pela família, amigos, vizinhos e as relações mantidas na comunidade, e a rede formal, composta pelos serviços e instituições que prestam atendimento àquele sujeito, tais como serviços de saúde, CAPS, escola, assistência social, dentre outros. O apoio social, embora não possua uma definição clássica, pode ser entendido enquanto um conjunto de dispositivos objetivos e subjetivos que pode ser acessado no cotidiano ou em situações de crise.

No atendimento aos usuários em serviço de Proteção Básica, Pizzinato (2018) aponta que há uma fragilização dos vínculos familiares, percebida pelos usuários e pelos profissionais. Podemos entender a fragilização ou rompimento dos vínculos não como sinal de “desestrutura” familiar, mas como expressão da questão social pelas formas de vida e sobrevivência às quais estão submetidas muitas famílias, que se encontram em situação de desigualdade, do não acesso aos bens e serviços coletivos, do não acesso muitas vezes aos seus direitos mais básicos, elementos que podem culminar em abandono, violência,

adoecimento. De acordo com a PNAS, a Assistência Social pública vem para a “defesa de um certo modo de olhar e quantificar a realidade”, para compreender as circunstâncias que incidem na proteção e autonomia dos sujeitos, atentando-se para as fragilidades mas não detendo-se a elas, buscando sobretudo as forças e potencialidades da população,

partindo de uma dimensão pautada na dimensão ética de incluir “os invisíveis”, os transformados em casos individuais, enquanto de fato são parte de uma situação social coletiva; as diferenças e os diferentes, as disparidades e as desigualdades. (PNAS. 2005. P. 15)

Os profissionais atuantes no SUAS apontam a importância do vínculo para a eficácia do trabalho com usuários e famílias. Assim, “os técnicos sociais inserem-se na rede de apoio dos usuários [...]” (PIZZINATO. 2018. P.150). Este apoio pode ser emocional, material, e informacional. Importante salientar que apoio emocional e psicossocial diferencia-se de apoio psicoterápico, prática que não faz parte das orientações técnicas do SUAS em relação ao trabalho dos psicólogos³⁹ justamente para não incorrer na patologização dos usuários, e menos ainda em relação aos assistentes sociais, que não possuem capacitação e autorização para desempenhar tais atividades, conforme a Resolução do CFESS nº569, de 25 de março de 2010. (CFESS. 2007). Trindade (2001) nos esclarece que embora não seja a tônica da atuação do assistente social, um atendimento de natureza mais subjetiva se faz necessário na prestação dos serviços sociais.

O apoio psicossocial não se limita ao subjetivo uma vez que traz consigo a preocupação pela garantia de direitos sociais. Conforme Vasconcelos, A.M. (1997), muitas vezes os usuários procuram os profissionais e desabafam todo seu sofrimento e angústia; contam detalhes de suas histórias, numa espécie de catarse. Ouvir atentamente, prestando apoio e aliviando a tensão é uma atitude que não deve ser descartada, mas não deve se esgotar somente aí. É importante que o profissional possibilite ao usuário que este se volte para a busca do desvendamento e essência de seu próprio cotidiano. É também responsabilidade do Assistente Social buscar junto ao usuário a “unidade das informações e demandas manifestadas de forma fragmentada”, bem como “apresentar respostas viáveis para que os usuários saibam por que retornar ao serviço, que expectativas alimentar, que recursos utilizar”, enquanto instrumentos de sobrevivência e de luta. (IBIDEM. p.158)

³⁹ ‘Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais e Psicólogos na Política de Assistência Social’ (disponível nos sites: www.cfess.org.br e www.cfp.org.br).

Dentre as demandas citadas, as que apareceram com maior frequência foram orientações quanto aos direitos, ao BPC e outros benefícios (70% das respostas), acesso à saúde (50%). Em seguida, a insegurança alimentar e suporte social às famílias foram as demandas mais expressivas, aparecendo em 25% das respostas, cada uma. Um relato que se segue expressa a demanda por cesta básica, sendo o atendimento para orientações e entregas de cestas uma das ações rotineiras que mais se repetiu nas respostas profissionais das assistentes sociais lotadas nos CRAS:

A grande procura das pessoas pelo CRAS é cesta básica; a cesta básica eu diria assim que é o carro chefe. As pessoas chegam trazendo as suas necessidades, trazendo as suas vulnerabilidades, e aí a gente faz um trabalho de atendimento, de escuta, explica como que funciona esse programa de segurança alimentar. (Assistente Social 6)

Uma das profissionais entende a saúde como o principal desafio para o atendimento à pessoa com deficiência, tanto pelo acesso quanto pela dificuldade em realizar o manejo⁴⁰ adequado diante da situação que se apresenta. As dificuldades de acesso e o número limitado de recursos necessários também foram apontados em diversos momentos:

Eu acho que dois grandes encaminhamentos nossos pra deficiência seria saúde, psiquiatria ou psicologia, fono também mas não tão gritante quanto psicologia e psiquiatria (Assistente Social 7).

Os elementos trazidos nas falas indicam para nós a existência do que concebemos como barreiras físicas e atitudinais, que em conjunto com limitações corpóreas ou mentais conferem àquela pessoa a condição de pessoa com deficiência, conforme os seguintes relatos:

Nossa maior demanda é realmente a saúde. A gente não é bem atendido.

[...]

Os nossos acolhidos a gente tem uns aqui que não conseguem esperar...e pela Lei eles tem atendimento prioritário, muitas vezes não...eles chegam lá e esperam todos serem atendidos pra eles serem atendidos. E pra gente é um problema, porque eles não ficam quietos, tem uns que começam, que fica nervosa e vai tirando a roupa, e nem todo mundo tem o entendimento de que são pessoas com deficiência ou com transtorno mental e que fazem isso involuntariamente [...] A gente ficou um período com psiquiatra atendendo voluntário aqui na Instituição então isso foi muito bom pra gente porque a

⁴⁰ O manejo diz respeito à forma como o profissional direciona uma determinada situação posta, a partir de uma demanda do usuário ou da instituição, considerando os princípios éticos profissionais, que diz respeito, dentre outras coisas, à escolha dos instrumentos e técnicas para intervenção profissional, visando sempre a garantia do direito do usuário.

gente não tinha que recorrer direto na UBS, então aqui já dava as receitas, mas só que ela parou de atender.

[...]

Teve uma época em 2014 nós tínhamos encaminhamentos lá da UBS, para encaminhar pro psiquiatra e a gente ficou sem resposta muito tempo...ficamos anos sem resposta. Aí que eu entrei em contato com o Ambulatório Nossa Senhora da Glória e começou a atender cinco pessoas que estavam mais urgentes. Aí mandavam a gente levar no HPS, aí chegava no HPS eles não estavam tranquilos, por conta da espera, a espera muito grande, acabavam internando sem ter a necessidade de internação...era só uma modificação numa medicação, uma coisa assim.(Assistente Social 3)

A fala da assistente social 3, transcrita acima, faz referência às Unidades Básicas de Saúde – UBS, equipamentos da Atenção Primária em Saúde, que funcionam sob a lógica da territorialização e descentralização do SUS. Como equipamento da Atenção Primária, as UBS realizam o atendimento da população de um determinado território através da Estratégia Saúde da Família – ESF. Desta forma, a APS opera um conjunto de ações a partir de um serviço comunitário com vistas à prevenção de agravos, promoção e manutenção da saúde, tratamento e reabilitação. (BRASIL, PNAB, 2006).

Geralmente é através da APS o primeiro contato do indivíduo com o Sistema Único de Saúde. Ela é constituinte da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, integrando o cuidado à pessoa em sofrimento mental em seu território, dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, que há cerca de trinta anos vem trabalhando para efetivar a desinstitucionalização de pessoas que estavam há anos sob a tutela de hospitais psiquiátricos. Assim a partir da Reforma Psiquiátrica temos a instituição dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), como dispositivos de base comunitária substitutivos aos hospitais psiquiátricos e estratégicos na RAPS. (SILVA; DUARTE. 2018). De acordo com Martins, Braga e Souza (2009, p. 166), a atenção primária à saúde possui um potencial para alcançar

uma abordagem integral por considerar as particularidades e os aspectos de existência onde ocorrem os processos de saúde e doença em nível local incorporando a cultura, economia, educação, moradia, lazer, características típicas de cada espaço de vida e que geram influências nos modos em que os indivíduos enfrentam as situações.

Em pesquisa bibliográfica realizada pelos autores acima referidos, algumas dificuldades foram apontadas para a promoção do cuidado em saúde mental pelas equipes da Atenção Básica, uma vez que a Estratégia Saúde da Família tende a focar suas ações em

programas específicos para crianças, idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, com suas equipes ainda com pouca aproximação ao tema da Saúde Mental, tanto por uma abordagem ainda médico-cêntrica, quanto pela dificuldade em conceituar a doença mental, a crise em saúde mental, além da grande demanda atendida pelas equipes da Atenção Primária, gerando a sobrecarga de trabalho. De acordo com Silva e Duarte (2018, p. 121)

[...] há uma lacuna na compreensão de que a saúde mental é um tema transversal, presente em todas as áreas, da mesma forma que se verifica dificuldades das equipes da ESF na abordagem dos casos de saúde mental, que são associados à falta de capacitação na área e insuficiência na formação, gerando insegurança dos profissionais em relação ao manejo dos casos, como também preconceito e dificuldades na identificação das situações passíveis de atendimento compartilhado com os CAPS

A Política Nacional de Saúde Mental preconiza ações conjuntas entre os serviços de saúde mental, como os CAPS e a Atenção Básica, através do apoio matricial, que se “constitui um arranjo organizacional visando outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (MARTINS; BRAGA; SOUZA. 2009.p.170). Em 2008 o Ministério da Saúde, com base na Portaria GM/MS Nº 154, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é fortalecer a ESF e aumentar o escopo de ações, sendo referência multiprofissional para casos considerados complexos. O município de Juiz de Fora possui uma Rede de Saúde Mental, porém não conta com equipes do NASF⁴¹.

A Atenção Primária à Saúde não está alheia aos constrangimentos enfrentados pelo SUS diante do desfinanciamento das políticas sociais, como já discorremos no Capítulo anterior; assim, mecanismos de precarização e privatização têm sido colocados também à Atenção Primária⁴². Por sua capilaridade e capacidade de acompanhamento longitudinal dos

⁴¹ De acordo com matéria publicada pela Revista Radis/Fiocruz em 01/03/2020, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº3 em 28/01/2020, do Departamento de Saúde da Família, informando que não realizaria mais o credenciamento do NASF, desobrigando as equipes multidisciplinares da Atenção Básica de estarem vinculadas a ele. O modelo de financiamento da Atenção Primária colocou fim ao Piso da Atenção Básica e ao custeio do NASF. Desta forma, os municípios ficam sem incentivo com recursos cada vez mais escassos para compor as equipes multiprofissionais. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>.

⁴² No ano de 2019, a Medida Provisória (MP) nº 890 instituiu o Programa Médicos pelo Brasil e enunciou a criação de uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS), que se constituirá em uma figura jurídica de direito privado, como serviço social autônomo (SSA), um modelo de gestão paraestatal que não será submetido às regras da Administração Pública. Isto representa um risco de privatização e mercantilização da assistência à saúde, pois a MP traz a

indivíduos e famílias, por sua contribuição expressiva para redução de mortalidade e morbidade no país, pela potencialidade de suas ações considerando a integralidade em saúde, é urgente a luta pela valorização da APS e da ESF. Como veremos adiante no decorrer da análise das entrevistas, vários profissionais relataram que possuem uma boa articulação em rede junto às Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Importante ressaltar que a Lei Brasileira de Inclusão (2015) assegura o direito à saúde em seu Capítulo III, em todos os níveis de complexidade (atenção básica, média e alta), vedando as formas de discriminação nos serviços de saúde tanto públicos quanto privados, prevendo penas para quem pratica, induz ou incita atitudes discriminatórias. Antes, porém, de prever as penalidades, a LBI define que deve ser assegurado aos profissionais de saúde a capacitação continuada para atendimento às pessoas com deficiência, abordando aspectos como as especificidades, direitos, autonomia e dignidade. (LEI 13.146. 2015)

Dada a centralidade e importância do SUS, reafirmamos que, assim como ele, as demais políticas sociais precisam ser efetivadas enquanto direitos garantidos na Constituição Federal de 1988. No rol dos investimentos necessários à qualificação e fortalecimento das políticas públicas, além de melhorias em infraestrutura, destaca-se a importância da valorização e qualificação dos profissionais, com remuneração adequada, planos de carreira, incentivo à capacitação, para que cada vez mais tenhamos recursos humanos comprometidos com a integralidade das ações para o atendimento às demandas da sociedade.

A análise das entrevistas também permitiu observar que as profissionais identificaram um aumento significativo por benefícios eventuais provisórios, como a cesta básica, e benefícios socioassistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada - BPC. De imediato, correlacionam este dado ao cenário pandêmico, que além de ceifar a vida de mais de 600 mil brasileiros, necessitou de medidas restritivas que geraram grande impacto econômico, com consequente aumento da inflação, alta dos preços dos alimentos, aumento do desemprego, visível pauperização da população, intensificando assim as expressões da questão social pela deterioração das condições de vida. Uma resposta em especial ilustrou bem este contexto:

Infelizmente não conseguimos atender a demanda na proporção que ela chega; eu sempre falo com eles, quando o CRAS começou a gente conseguia, eu atendia dois pedidos de cesta básica e chegavam duas cestas básicas; eu atendia cinquenta, chegavam cinquenta; chegou um ponto que disparou, as necessidades das pessoas ficaram maiores, e o atendimento, o programa não conseguiu seguir na mesma linha. Então, a gente consegue

possibilidade da transferência de recursos para o setor privado e adoção de formas de flexibilização da força de trabalho. (GIOVANELLA, L. ET.al. 2019)

atender hoje uma parte mas a gente tem uma demanda reprimida. Durante a Pandemia essa demanda ficou menos reprimida, digamos assim, porque apesar dela ter aumentado muito, em função de desemprego, de tudo que aconteceu com a pandemia, mas também os órgãos oficiais enviaram mais cestas extras pra nós. A gente não sabe como que vai ficar no ano que vem porque a gente sabe que isso onera também, tem um custo muito alto. Então no dia a dia a gente atende muito esse tipo de demanda, a gente atende muito, tem atendido muito, muito, muito, pessoas procurando pelo BPC, por aposentadoria, muitas pessoas buscando orientação, muitas pessoas procurando ajuda pra acessar o serviço, pra acessar o benefício. Então aumentou bastante nesse período da Pandemia o pedido por BPC.

[...]

Todo mundo estressado, cada um com seu stress da sua profissão, da sua área, cada um com a sua preocupação. Então aumentou muito o nível de violência, o nível de carência, carência afetiva mesmo, as pessoas estão muito carentes afetivamente, muito inseguras com relação ao emprego, com relação a como que vai chegar ao final do mês...as situações de fome, pra nós, a gente percebe que agravou muito, a necessidade de cesta básica aumentou demais da conta...e aí a gente fica meio impotente. Claro que a gente tem todo um entendimento de que existe um momento propiciando tudo isso, favorecendo tudo isso, facilitando tudo isso, mas é muito frustrante. (Assistente Social 6)

A agudização das expressões da questão social reflete-se no aumento da desigualdade social, que se expressa nas demandas e necessidades que se avolumam e se materializam nos equipamentos de assistência ao usuário, seja na Assistência Social, na Saúde ou na Previdência Social. Especialmente na Assistência Social, a demanda por cesta básica é recorrente, conforme aponta o relato seguinte ao descrever as motivações de procura do CRAS:

A primeira coisa sempre é por causa da atualização do Cadastro Único, ou a gente fez a busca ativa ou eles chegaram com essa demanda com uma obrigatoriedade; depois disso, automaticamente pra mim é sempre a insegurança alimentar (Assistente Social 10)

Durante a Pandemia a Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Juiz de Fora priorizou a destinação de cestas básicas às pessoas com deficiência, conforme os relatos que se seguem de algumas assistentes sociais,

E aí tem a questão também aqui, a gente recebeu cestas básicas e elas foram direcionadas pro...pelo Departamento de Defesa de Direitos, pro pessoal da APAE, do Instituto Bruno, aí eles lá fizeram a seleção das famílias mais vulneráveis e eles receberam outubro, novembro e dezembro, uma cesta básica por mês. (Assistente Social 5)

Aqui observa-se que a gestão municipal atuou em conformidade as recomendações para o funcionamento do SUAS durante a Pandemia, conforme Nota Técnica Nº 07 da Portaria Nº 54 de 01/04/2020 da Secretaria Nacional de Assistência Social:

XXII - A Assistência Social deve apoiar a área responsável pela Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito local, no que se refere, por exemplo, à coordenação de ações de distribuição de alimentos, podendo abranger desde a identificação das famílias mais vulneráveis, pessoas vivendo sozinhas ou em situação de rua que mais precisem deste tipo de proteção, até o referenciamento destas ações nas unidades de referência do SUAS de cada território. Nestes casos, devem ser delineadas logísticas de distribuição que otimizem esforços locais, envolvendo outras políticas e setores da sociedade, a fim de viabilizar tanto a aquisição quanto a entrega direta dos alimentos a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, sem que haja a necessidade de sua solicitação presencial. (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2020, p.04)

Para muito além da situação de Pandemia, o Brasil vem seguindo um percurso de insegurança alimentar desde 2016, quando medidas de ajuste fiscal foram sendo tomadas na tentativa de contornar a crise capitalista que, para nenhuma surpresa, acabou sendo transferida à conta dos mais pobres, poupando e beneficiando o mercado financeiro, tais como a PEC 241 do teto dos gastos, como já sinalizamos no Item 3.1.

O cenário de degradação dos empregos, somado à destruição dos direitos do trabalho, tomam contornos mais graves quando se trata da população assistida beneficiária do BPC:

O próprio auxílio emergencial⁴³, quem tinha Bolsa-Família foi automaticamente contemplado, e quem tinha o BPC sequer foi contemplado, e a gente pensa que justamente uma família com grande vulnerabilidade, uma vez que já tem ¼ de salário mínimo que já é baixo o perfil per capita, tem a deficiência, que nesse momento se tem uma renda complementar deixou de ter no momento de Pandemia, então grande parte das famílias de BPC nos procurou sim devido a benefício eventual de cesta básica nesse momento de Pandemia (Assistente Social 7)

Além da instituição do auxílio-emergencial, a Lei Nº 13.982 alterou critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada - BPC em relação ao critério da renda,

⁴³ O Governo Federal sancionou em 02 de abril de 2020 a Lei Nº 13.982, que trata do auxílio emergencial, uma das medidas excepcionais de proteção social em virtude da Pandemia de Covid-19. O valor do benefício consistia inicialmente em seiscentos reais a serem pagos num período de três meses aos trabalhadores que se enquadravam em alguns critérios, dentre eles não ter vínculo de trabalho formal e não ser titular de nenhum benefício previdenciário ou assistencial, com exceção do Bolsa Família.

podendo passar de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita para até $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo per capita. Entretanto, esta alteração com conseqüente aumento da renda per capita não ocorreu isoladamente, mas foi seguida por alguns critérios que acabaram por dificultar o acesso ao benefício. Esta Lei também alterou o artigo 20, inciso 14 da Lei 8.742 (1993), determinando assim que a renda proveniente do BPC ou benefício previdenciário de idoso acima de 65 anos ou de pessoa com deficiência não seja computado no cálculo per capita para concessão do BPC a outro membro da família, seja idoso ou pessoa com deficiência. Esta omissão no cálculo da renda familiar já era garantida desde 2009 em Minas Gerais através de Ação Civil Pública - ACP nº 2009.38.00.005945-2.

Em 23 de junho de 2021, uma nova Lei foi sancionada pelo Poder Executivo (LEI nº 14.176) ampliando o limite da renda familiar para concessão do BPC, que pode chegar a $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo per capita, desde que sejam avaliados outros elementos como, por exemplo, o comprometimento da renda familiar com despesas decorrentes da deficiência, incapacidade ou idade avançada, com insumos (medicamentos, fraldas), consultas médicas. Esta dedução em caráter de excepcionalidade já era prevista em todo território nacional por meio de Ação Civil Pública nº 5044874-22.2013.404.710/RS, contudo não estabelecia um limite de renda familiar como ocorre agora com a nova alteração da LOAS (1993) dada pela Lei 14.176 de 2021.

A publicação desta recente Lei também introduz a possibilidade de que a avaliação social da deficiência para concessão do BPC possa ser feita de forma remota ou por vídeo conferência. Esta etapa de avaliação é realizada por assistente social do INSS e médico perito, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade (2001), que direcionou no Brasil os modos de conceber a deficiência enquanto resultado de múltiplas determinações, não se restringindo a um comprometimento físico, mas sim entendendo que condições físicas associadas a barreiras sociais dificultam ou impossibilitam que esta pessoa tenha sua participação efetivamente na sociedade. Esta possibilidade de avaliação remota, dispensando a interação presencial junto ao requerente do BPC, vai de encontro às formas e critérios utilizados pelo assistente social.

Além disso, as medidas restritivas e necessárias para controle da Pandemia de distanciamento e isolamento social fez com que muitas famílias ficassem como únicas responsáveis pela assistência à pessoa com deficiência. Ao contar com o suporte de atividades nas Instituições, alguns familiares aproveitavam o tempo “livre” para realizar alguma atividade informal para complemento da renda. Com a situação pandêmica isso não acontece:

[...] é, porque assim, cuidar muitas vezes é...*(pausa..)* porque o momento que as vezes a pessoa *(pessoa com deficiência)* está nessa Entidade é o momento que ela *(o familiar)* faz um bico, é o momento em que ta fazendo um extra pra completar aquela fralda que não veio na questão do mês...o medicamento que não pegou no posto que não tinha no posto, ou que não dá na rede....porque se a gente for olhar, o valor que é pago pelo BPC não é um valor assim que dá realmente pra custear os gastos daquela pessoa né...então a gente acaba que entende também, como essa mudança faz falta pra família também, porque a gente tem que ter esse olhar mais sensível (Assistente Social 11, grifo nosso).

Como explicou Pereira, P. (2006, p. 131), o salário mínimo adotado no Brasil (incorporado na Constituição de 1934) foi uma das primeiras medidas de proteção social do país. Porém, o conceito fundamental do salário mínimo, como garantia de necessidades humanas básicas, levou em conta apenas o indivíduo, desconsiderando sua família, e deixando de lado necessidades como educação e lazer. A garantia de um salário mínimo à pessoa com deficiência e à pessoa idosa, como previsto na Constituição Federal de 1988 e na LOAS (Lei 8742, de 1993), é parte das estratégias para garantir os mínimos sociais, como consta no Artigo 2º da Lei 12.435 (2011), que altera a LOAS:

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.
Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.”

O conceito de mínimos sociais é bastante heterogêneo, segundo Pereira, P. (2006), mas geralmente se traduz como recursos mínimos em forma de renda, destinados àqueles que não possuem condições de manter a sua subsistência. No Século XX, a noção de mínimos sociais passa a integrar as políticas sociais públicas de seguridade, assim como aparece na LOAS (1993) para garantir a satisfação de necessidades fundamentais. Entretanto, dada as mudanças políticas e históricas da realidade social, é preciso pensar em novas formas de garantia de subsistência. Além disso, no ideário neoliberal, o conceito de mínimos sociais é considerado como elementares. Desta forma, as políticas sociais implementadas pela Seguridade Social brasileira foram adotadas pelo governo (à época de sua implementação) de forma focalizada, “sem parâmetros seguros e sem recursos adequados suficientes” (PEREIRA, p. 2006, p.180)

A inquietude a partir destas reflexões nos leva a um questionamento que, embora não seja inédito, a sua problematização ainda está longe de ser esgotada: é possível garantir à

pessoa com deficiência, com uma renda básica de um salário mínimo, a satisfação de suas necessidades e suas possibilidades de se desenvolver? É possível ter uma vida digna, convivendo com um salário mínimo, sem que essa renda possa ser complementada - seja porque os familiares estão impedidos de trabalhar: ou porque são os principais cuidadores, ou porque um acréscimo na renda familiar seria condição para perder o benefício pela perda do critério de elegibilidade? É notório que apenas a renda do BPC não é suficiente para suprir as necessidades de uma família. Como ressaltou Pereira, P. (2006, p. 29), um exemplo de política com encadeamento negativo seria

programa de manutenção de renda guiado por um critério de elegibilidade tão rigoroso que condiciona seus beneficiários a abdicarem de outros benefícios que, acumulados, melhorariam suas condições de vida e cidadania

Como o critério de renda para concessão do benefício é muito baixo (1/4 de salário mínimo per capita), ocorre que na maioria das vezes a maior renda, senão a única, é a proveniente do BPC.

O usuário a pessoa com deficiência ele sempre tem uma família por trás, sempre de alguma forma eu tenho percebido nos meus atendimentos, não sei se isso é uma particularidade, ou uma coincidência, nos atendimentos que eu pego, é que normalmente eles acabam que são a renda da família, percebo muito isso, então assim, normalmente tem sempre alguns outros familiares em volta, a renda fixa mesmo normalmente é a dele, e normalmente a primeira demanda é a insegurança alimentar, isso assim é..não tem como, chegou aqui você vai fazer um questionário socioeconômico ou uma abordagem você vai perceber que a questão da insegurança é muito grande. (Assistente Social 10)

[...] porque as vezes o critério de renda não é compatível, mas ainda assim as necessidades deles são muito maiores. Podemos pegar um caso: uma dieta enteral que eles precisam de 1 litro por dia, em 30 dias, eles gastam 650 reais. De medicação, eles gastam no mínimo 200 reais, e aí já é 850 reais. O que sobra do benefício? Pra prover uma família inteira? Tem que trabalhar, tem que ter outros tipos de condições (Assistente Social 2)

Todas estas questões desembocam em uma das maiores demandas que emergem a partir do contato com os usuários: “O cuidado de quem cuida...como falta!” (Assistente Social 11). O desgaste e a sobrecarga da família foram pontos evidenciados na percepção das (os) profissionais. A figura materna como principal responsável - ou única responsável - pelo provimento dos cuidados a uma pessoa com deficiência, que demande uma assistência mais

incisiva, aparece nos relatos das (os) profissionais, como mudanças na rotina, baixa renda e adoecimento desta cuidadora.

Uma demanda também muito grande é assim a sobrecarga, que sempre é a mãe que é a responsável que faz todo esse trabalho de levar ao médico, de acessar o CRAS, os direitos e procurar ter um benefício. Às vezes está impedida de trabalhar porque tem que olhar o filho, e isso eu acho talvez o mais difícil, que fica uma rotina delas totalmente diferente [...] E essas famílias, vamos dizer assim, elas não tem tantos problemas na questão de organizar, de ter o pai colaborando, mas as famílias mais jovens, vamos dizer assim, de uns meninos mais jovens, já tem essa questão do abandono, o pai foi embora, o pai não agüentou, ou o pai ta ali mas não participa, sabe [...] evoluiu de um lado da questão dos direitos e tudo isso, mas...e aí? Sempre a mulher...sempre a mulher. Então essa sobrecarga é um grande desafio. (Assistente Social 12)

Retomando novamente os resultados da “Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de Vida da População Brasileira”, o IBGE (2020) apontou uma menor participação da força de trabalho feminina no mercado se comparada à dos homens, haja vista as “dificuldades que as mulheres enfrentam [...] para encontrar ocupação e para permanecer ocupadas, principalmente quando ausentes legislação e políticas públicas específicas”. (IBGE, 2020, p.29) Ainda, a maior taxa de afazeres domésticos no próprio domicílio ou em domicílio de parentes, bem como do cuidado de familiares residentes na mesma casa ou em outra moradia era significativamente maior para as mulheres, que dedicam em média 24 horas semanais nesse conjunto de atividades, comparadas à 12,1 horas de atividades dos homens. (IBIDEM)

O fator de assistência e cuidado prestado à pessoa com deficiência foi prejudicado também em função do cenário pandêmico, tanto em relação à sobrecarga da família quanto aos próprios benefícios proporcionados ao usuário, conforme o relato a seguir:

Você vê um adoecimento crescente das famílias porque são pessoas que estavam inseridas em algum serviço e hoje não estão mais [...] muitas vezes essas pessoas que já tinham uma certa convivência dentro dos serviço, uma melhora, um ganho, estão retrocedendo, então estão perdendo aquele ganho, e ai a gente também fica meio sem saber como direcionar, vai tendo a perda física, a perda da questão mesmo da convivência [...]. Você só escuta o sufoco da mãe [...] Por conta da Pandemia, era na APAE que ele fazia fisioterapia, era na APAE que ele tinha convivência, a APAE era o único mundo dele além da casa, então ele perdeu esse mundo, então assim, todas as conquistas desse menino estão retrocedendo, e toda conquista que é de passos de formiga é perdida a passos de elefante. Então a mãe está muito

desgastada com isso, então assim, ai você tem que trabalhar com a mãe...você vai vendo o desgaste visível da mãe.

[...]

A gente tem a demanda e não tem pra onde encaminhar então assim...a demanda existe e é muito grande, mas...(Assistente Social 11)

No relato acima, identificam-se alguns elementos que contribuem para o agravamento da vulnerabilidade social e precarização das condições de vida das pessoas com deficiência, como a grande dependência de uma instituição, o adoecimento da cuidadora, não raro a mãe, e a ausência ou pouca oferta de programas e projetos para contribuir com o suporte necessário.

Muitas vezes a escuta, o acolhimento do profissional de Serviço Social junto a essas mães - ou cuidadoras, e os serviços ofertados pela pelas instituições são produtores de alívio e de possibilidade de construção de uma rede afetiva e de suporte social.

Aí enquanto eles estão na oficina, as mães estão com a gente, e a gente divide, uma parte Serviço Social sempre trazendo algo, uma informação, uma orientação, um encaminhamento. E as aulas de tricô e crochê...e nisso aí elas falam umas com as outras, elas contam umas com as outras..e é o momento que elas tem de aliviar essa carga. (Assistente Social 12)

Eu acho que o que eu mais aprendi nesse período que eu trabalho com pessoa com deficiência é que, as famílias, as mães, vou falar as mães porque aqui 80 – 90% dos responsáveis são mães. Basicamente mães...aqui eu tenho quatro pais para 76 mães, entendeu? E aí as mães que tem um filho com deficiência e principalmente elas se responsabilizam muito por isso [...] Lidar com esses lutos delas, lidar com essas coisas [...] (Assistente Social 2)

No Brasil, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH)⁴⁴ instituiu em 2021 um grupo de trabalho para estudar uma política nacional do cuidado, que ainda não é uma realidade no país, apesar de já terem se esboçado algumas iniciativas. Para concretização de uma política do cuidado, é necessário que o Estado o reconheça enquanto um direito que deve ser acessado por todas as pessoas, considerando as singularidades e as diferentes necessidades dos indivíduos, abrangendo tanto o cuidador quanto aquele que necessita do cuidado, de forma universal e transversal ao conjunto das políticas sociais.

⁴⁴ Maiores informações em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/governo-federal-
implementa-grupo-de-trabalho-para-criacao-de-politica-nacional-de-cuidados](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/governo-federal-implementa-grupo-de-trabalho-para-criacao-de-politica-nacional-de-cuidados)

O cuidado é essencial à reprodução da vida e da economia, e tem historicamente se pautado no trabalho invisibilizado e não-remunerado das mulheres. A seguinte colocação de Abramo⁴⁵ (2021, informação verbal) endossa a reflexão posta:

Apesar de se constituir como um direito, a atual forma de organização social dos cuidados não garante o acesso a esse direito ao conjunto das pessoas, e pelo contrário, gera e aprofunda a pobreza e a desigualdade, porque está baseada em um modelo de cuidado familiar que se sustenta em uma injusta e desigual divisão sexual do trabalho e no trabalho não remunerado das mulheres, que são as principais provedoras quando não exclusivas do trabalho de cuidado

Cabe ressaltar que, conforme sinalizado anteriormente, o atual governo, de caráter conservador, tende a reforçar como ressaltou Moreno⁴⁶ (2021, informação verbal), o padrão hétero-normativo da Tradicional Família Brasileira e consequentemente os papéis de gênero socialmente construídos, nos quais há uma naturalização do cuidado enquanto trabalho feminino, gerando a precarização das condições de vida dessas mulheres na medida em que tal conformação coloca barreiras para o acesso ao trabalho, à escolarização, à renda, ao direito à participação comunitária. É necessário, portanto, que mudanças de paradigmas ocorram, tanto na co-responsabilização do Estado na provisão dos cuidados, ofertando os suportes necessários, quanto à co-responsabilização também dos homens no campo privado da família. (RIBEIRO. 2021).

Este debate, que foi potencializado no campo feminista e em estudos de gênero⁴⁷, deve ser mais amplamente discutido na sociedade. O assistente social, reconhecendo a demanda do cuidado como uma das principais questões postas ao seu trabalho no atendimento às famílias com pessoas com deficiência pode trazer esta pauta e potencializar a discussão junto aos usuários, incentivando a participação social e a criação de mecanismos e estratégias com vistas ao fomento e/ou fortalecimento da luta pelo direito ao cuidado enquanto política pública, atentando-se para as diferentes concepções e direcionamentos que podem ser dados neste campo de disputa.

Conforme Yazbek (2014, p. 682 - 683) a disputa social, política e cultural no campo das políticas sociais são mediações centrais no exercício profissional “em confronto com as

⁴⁵ Live produzida pela Fundação Perseu Abramo, disponível na plataforma digital da mesma.

⁴⁶ Live produzida pela Fundação Perseu Abramo, disponível na plataforma digital da mesma

⁴⁷ Para uma maior apreensão sobre o debate de gênero, ver Safiotti (1976), Scott (1995); Miotto e Dal Prá (2015); Cisne (2018); Carvalho e Montenegro (2018); Kergoat (2003).

desigualdades socialmente produzidas”, esfera a partir da qual “é possível modificar lugares de poder demarcados tradicionalmente, e, portanto de abertura para construir outros, e não apenas realizar gestões bem-sucedidas de necessidades...”. Desta forma, a busca é pela construção de caminhos alternativos à “herança neoconservadora e desestruturadora do neoliberalismo [...]”, contexto em que “ressurgem processos de remercantilização de direitos sociais e fortalece-se a tese de que cada indivíduo é responsável pelo seu bem-estar” (YAZBEK, 2014, p. 683).

As demandas colocadas pelos usuários necessitam de respostas profissionais, que se traduzem em ações e intervenções para viabilizar a garantia de direitos daquele usuário ou daquela população. Conforme ressaltam Moljo ET. AL (2014, p. 154-155), “toda profissão tem como substrato de sua atuação a resposta concreta a uma necessidade concreta, expressa como demanda.” Assim, a partir das demandas apresentadas, foi solicitado às entrevistadas que elencassem suas principais ações em resposta a estas demandas.

As demandas por orientações e encaminhamentos referentes ao BPC apareceram significativamente nas entrevistas, conforme já mostrado anteriormente. A obrigatoriedade de manter o Cadastro Único atualizado junto ao CRAS a partir do Decreto nº 8805/2016, tanto para manutenção do BPC quanto para sua solicitação inicial foi um fator que fez com que muitas famílias buscassem o CRAS, estreitando vínculos. Concomitantemente, muitas famílias acabaram perdendo o benefício por falta de informação e de acesso, conforme relatado por uma das assistentes sociais abaixo:

Tem algumas famílias também que só referenciaram no CRAS por causa da exigência do CadÚnico; são famílias que nunca estiveram aqui, que nunca se referenciaram, nunca buscaram o CRAS pra nada né, só viram buscar o CRAS porque a partir de 2018 todos os CRAS começaram a fazer contato com as famílias que tinham deficientes, da sua área de atuação, pra que eles pudessem vir ao CRAS e serem orientados em relação ao CadÚnico pra não perder o acesso ao BPC. Aí sim nós começamos a acompanhar e ter conhecimento de algumas famílias a mais por causa dessa questão. (Assistente Social 6)

Então foi nesse momento que a gente viu uma aproximação maior desse público dos portadores de deficiência com o CRAS, que eles tomaram esse conhecimento do que era o CRAS, do que eram os aparelhos da assistência porque muitas vezes eles não conhecem nem o próprio benefício que eles estão recebendo; não conhecem o benefício, não conhecem a rede, não conhecem os próprios...não conhecem nada realmente, só...porque esse benefício as vezes é conseguido através de um advogado, que ele não sabe nem porque ele está recebendo [...] Então assim, essa aproximação do Cadastro Único com o BPC tem esse lado positivo né, da gente ver essa

aproximação, mas a gente também acaba tendo uma crítica também, né, que as pessoas que estão mais vulnerabilizadas acabaram perdendo o seu benefício por exatamente não conseguir acessar mesmo o CRAS porque não conseguem seguir as orientações de fazer o Cadastro Único... não tiveram uma clareza de entendimento. (Assistente Social 11)

A requisição do BPC é feita pela central telefônica 135 ou por meio eletrônico através do site “Meu INSS”. Nas respostas das profissionais, identifica-se que os atendimentos referentes ao BPC acabam indo muito além das orientações, culminando muitas vezes em toda a execução da solicitação sendo feita pelo profissional, seja porque o usuário não tem acesso à tecnologia necessária, seja pela dificuldade que se apresenta em compreender todo o processo, muitas vezes pelo nível de instrução mais baixo deste usuário; contudo essa dificuldade é apresentada muitas vezes também pelos profissionais, dada a complexidade do manejo da tecnologia e o caminho burocrático.

As assistentes sociais relataram que, diante de algumas dificuldades e fragilidades dos usuários, se vêm inclinadas a realizar todo o percurso de solicitação e acompanhamento da requisição do BPC, pois diversas vezes esta intervenção é a única que será prestada para conseguir o acesso ao benefício, e isso requer do profissional tempo e recursos disponíveis como computador e celular. Tal fato tem sido tão recorrente e preocupante que a Comissão dos Direitos das Pessoas com Deficiência na Câmara dos Deputados realizou no dia 10 de Agosto de 2021 Audiência Pública sobre a operacionalização dos requerimentos iniciais BPC e revisões pelo INSS, com participação do CFESS⁴⁸. Podemos explicitar tal fato a partir dos relatos abaixo elencados:

E aí a gente faz essa ajuda aí junto no site porque muitos não tem acesso, não sabem como proceder desde o início, o que fazer então aí a gente orienta, entra no sistema, na página do meu INSS junto à Previdência e faz o requerimento do benefício pra pessoa, independente da idade. (Assistente Social 8)

[...] hoje em dia você acessa através do Meu INSS ou você acessa através do 135; ainda assim é uma dificuldade pras famílias, porque não tem acesso ao Meu INSS, não entendem o que que é, não tem computador em casa, as vezes não tem internet, liga pro 135 não consegue as vezes entender a orientação, as pergunta que estão fazendo. Então quando a gente identifica a necessidade do BPC da família ou quando a família nos procura pra se orientar sobre o BPC e a gente percebe que a família não tem condições de fazer esse acesso, de fazer essa solicitação, nós fazemos. [...]. Outro dia nós

⁴⁸ Disponível em [HTTPS://edemocracia.camara.leg.br/audiencias/sala/2096](https://edemocracia.camara.leg.br/audiencias/sala/2096)

atendemos um senhor aqui sozinho; a gente está tentando BPC Idoso pra ele, e ele tem uma dificuldade assim porque ele literalmente é uma pessoa sozinha, não tem família, mora sozinho, não tem computador, tem um celular, tem um nível de entendimento bom, mas ele não consegue acessar; então nós fizemos pra ele [...]. Aí ele recebeu uma carta de exigências do INSS, e aí ou era mandar por e-mail ou era presencial. Presencial não ta acontecendo, o e-mail ele não tem, então nós escaneamos aqui também, enviamos pro INSS com o e-mail do CRAS porque ele também não tem e-mail. Então é muito nesse sentido o que a gente ajuda. De num primeiro momento ajudá-los a acessar o benefício e depois ajudar a entender o acompanhamento. (Assistente Social 6).

[...] ai a gente organiza toda a documentação. Infelizmente em alguns momentos a gente acaba até tutelando um pouco esse usuário [...] É, a gente aqui faz assim, a gente joga no sistema, a gente mesmo as vezes monta a senha, monta processo (Assistente Social 11)

Os beneficiários do BPC, sejam pessoas com deficiência ou idosos, são grupos prioritários dentro da Política de Assistência Social, de forma que o trabalho do assistente social nesta política deve possuir um direcionamento específico para atuação junto a este público. Nas entrevistas ficou claro que durante o período de distanciamento social provocado pela Pandemia de Covid-19 as (os) assistente sociais estiveram ainda mais atentas ao público beneficiário do BPC, relatando ações profissionais e institucionais que apontam para um compromisso profissional ético com os usuários.

A gente tem feito muito contato por telefone, a gente tem mandado as cartinhas [...] nós estamos fazendo busca ativa e o contato com os idosos, e ai a gente tem feito esse contato por carta, e então assim...nós estamos realmente tendo um momento complicado (Assistente Social 7)

O que a gente está fazendo depois da Pandemia, porque “os meninos” não podem vir, como que a gente ta fazendo? [...] A gente se reuniu pra fazer um questionário socioassistencial pra gente aplicar com as famílias, como está sendo esse tempo pra elas de Pandemia, como elas estão fazendo com relação a ir ao CRAS, atualizar cadastro, pra gente manter esse contato com eles, que a gente faz um telemonitoramento das famílias atendidas. Então a gente continua fazendo o trabalho dessa forma, isso seria importante registrar, que *o trabalho continua apesar de não ser aqui esse apoio às famílias*, a questão da alimentação que semanal a gente repassa pra eles, e o CRAS doa a cesta básica, e quem precisa, o usuário que precisa ele é atendido através do celular, online. Então a gente continua, dentro das possibilidades, isso é importante. Eles estão com saudade, falam com a gente no telefone, sabe, é com a convivência é fundamental. (Assistente Social 12)

Outras ações indicadas pelas profissionais acerca das intervenções realizadas junto à pessoa com deficiência foram encaminhamentos, referência e contra-referência à rede de serviços sociais. Mais do que um simples encaminhamento, essa referência era seguida de um acompanhamento da profissional que fez o encaminhamento daquele sujeito ou de uma família. Este acompanhamento pós-encaminhamento ocorre principalmente através de contato com a Instituição a que foi referenciado, ou pelo contato com o próprio usuário, como demonstrado em duas entrevistas: “E essa referência e contra-referência, porque a partir do momento em que eu encaminhava, eu fazia contato: “E aí, conseguiu? Como está a questão da vaga? (Assistente Social 1)

Nós atuamos em parceria o tempo todo com as próprias instituições parceiras [...] então a gente faz essa parceria com esses entes onde pode atuar diretamente, aqui infelizmente seria uma porta de passagem mas a gente acompanha quem ta atuando lá [...] os encaminhamentos, contatos direto com a rede mesmo, faz o encaminhamento e acompanha, contra-referencia, o contato com a família, o respaldo, você fez o encaminhamento, "você foi lá?", "o que aconteceu"? Esse retorno da família também é importante. Vê se conseguiu; se não, o que aconteceu: é uma prioridade, não deixou de ser? Faltou documento? Ai retorna ao CRAS pra gente encaminhar isso, tem sido dessa forma. (Assistente Social 7)

O fluxo de referência e contra-referência é trazido por Dal Prá ET. AL (2018), que sinaliza que estes termos são mais amplamente utilizados na área da saúde do que na assistência social, pois se trata de encaminhar o usuário para um serviço de maior complexidade quando necessário (referência), e após a resolução da demanda, o usuário ser encaminhado ao serviço de origem para a continuidade do cuidado (contra-referência). Assim, “os conceitos [referência e contrarreferência] representam as relações que deveriam se estabelecer entre os serviços dos diferentes níveis de proteção social do SUAS visando a um atendimento integral de seus usuários”. (DAL PRÁ ET AL, 2018, p. 318).

O trabalho junto à rede sócio-assistencial tem sido o eixo das ações profissionais, conforme observado nos relatos das (o) profissionais. O estreitamento de vínculos e o trabalho em parceria com a rede pode ocorrer de variadas formas, como contato telefônico, visitas institucionais, estudos conjuntos e discussões conjuntas de caso, reuniões periódicas, acompanhamento conjunto das trajetórias percorridas pelo usuário.

[...] o que a gente faz aqui, encaminhamento, o atendimento individual, as oficinas, reuniões, reunião de rede que a gente faz, as vezes estudo de caso

com outros parceiros porque, um exemplo: a Saúde, a Assistência e a Educação atende o mesmo público, a mesma família, então a gente faz estudo de caso aqui, com a escola, com a UBS, com alguma outra entidade que também atende, tipo Curumim - ele 'ta' na escola de manhã e 'ta' no Curumim à tarde -, então a gente faz estudo de caso daquela situação pra ver qual o papel de cada entidade, o que a gente pode estar desenvolvendo, atribuir naquele momento o que cada um pode fazer pra poder estar trabalhando aquela família (Assistente Social 8)

Sem rede a gente não é nada no CRAS, a gente não faz serviço nenhum, a gente não consegue desenvolver [...] o mesmo usuário que passa pelo CRAS, ele passa pela Saúde, ele passa pela Educação. Então assim, a gente está falando da mesma pessoa, pode ser com visões diferentes de cada serviço, mas a gente está falando da mesma pessoa, que muitas vezes o meu trabalho vai depender ou complementar o trabalho do outro. (Assistente Social 4).

Então assim, esse trabalho em rede é fundamental, a gente tem que trabalhar em rede, não tem como, senão a gente não funciona. Se a gente ficar dentro da nossa 'casinha' aqui a gente não funciona. (Assistente Social 3).

O trabalho em rede possibilita o conhecimento de uma mesma família, evitando, por exemplo, o desgaste da mesma em relatar sua situação, detalhadamente, repetidas vezes, em vários serviços. Assim, os equipamentos que assistem àquela família ou aquele usuário podem planejar ações e estratégias de compartilhamento da assistência, de modo que uma mesma conduta seja adotada pelos diferentes atores para garantir o melhor atendimento possível àquela família ou individualmente a um (a) usuário (a). Desta forma, acontece uma ação conjunta de complementaridade. Quando um equipamento da assistência social ou da saúde aciona outra instituição, significa que aquele equipamento, sozinho, não dará conta de responder a todas as demandas postas por aquele usuário ou família. Assim também, identificar os equipamentos e os serviços que os mesmos oferecem possibilita realizar contatos, parcerias e encaminhamentos mais acertados para garantir a não desassistência àquele usuário. Conforme apontam Monnerat e Souza (2014, p. 147), “em muitas situações, diferentes políticas sociais tem como foco a mesma população, situada no mesmo território, sem qualquer tipo de interlocução”.

[...] você tem que conhecer o que eu faço, eu tenho que conhecer o que você faz pra gente poder ta trabalhando, encaminhando de uma forma correta porque é um desgaste do usuário [...]. Então assim, pra não ficar 'salpicando' a família num local de atendimento de forma errada, o encaminhamento de forma errada, você tem que se apropriar dessas informações, pra poder trabalhar a superação da vulnerabilidade, da dificuldade, da fragilidade dessa família, e só com um trabalho de rede que você vai conseguir um resultado, sozinho você não consegue, a assistência sozinha não dá conta, a educação

sozinha não dá conta, saúde também não, então por isso que a gente tem um resultado positivo de qualidade junto àquela família a gente tem que trabalhar junto, isso é rede. (Assistente Social 8)

Conforme Costa e Alfaz (2021) no trabalho intersetorial, o assistente social aparece enquanto um potencial articulador dessa rede, e, quanto mais conhecimento tiver sobre o território, melhor conseguirá realizar a interlocução entre instituições, usuários, programas e serviços, tanto na esfera pública quanto na privada, bem como em organizações e movimentos sociais. Assim, “é preciso acionar, estreitar e prever ações conjuntas em suas particularidades de exercício sócio-ocupacional”. (IBIDEM. P. 95).

Concomitante ao trabalho em rede ocorre o trabalho interdisciplinar institucional. Foi o que pôde ser observado em relação às ações profissionais, pois, em todas as instituições, assistentes sociais entrevistadas compunham equipe multidisciplinar, com quem realizavam ações pertinentes ao trabalho em equipe. As (o) profissionais deram indicativos do quão importante é este trabalho.

Às vezes a gente faz estudo de caso, leva pra equipe: me ajuda a achar uma saída, de repente alguém pode ter uma outra luz, porque o Serviço Social aqui dentro do CRAS especificamente ele não trabalha sozinho, é um trabalho de equipe. Lógico igual eu falei, igual você já falou na sua área, cada um tem um olhar, mas é um trabalho de equipe. (Assistente Social 8)

Conforme apontou Trindade (2001, p. 92), o profissional de Serviço Social atua tanto no atendimento direto dos usuários como também participam da organização institucional dos serviços sociais através de “procedimentos administrativo-organizacionais, como aqueles relativos às ações de articulação intra e interinstitucionais e às ações de organização e gestão dos serviços”. Destaca-se a capacidade do assistente social de articulação com outras instituições, favorecendo o intercâmbio de serviços. Assim,

Os assistente sociais assumem a mobilização de diversas instituições, não só no sentido de angariar recursos e serviços, como também no sentido de despertar profissionais e usuários para a organização em torno de reivindicações pertinentes à realidade dos usuários e para o aumento da consciência sobre os seus problemas. (TRINDADE, 2001, p.93)

Ainda de acordo com a autora citada acima, o assistente social participa de equipes profissionais com formações diferenciadas, o que demanda compreender o processo de

trabalho desenvolvido nas instituições, bem como requer a contribuição de todos os integrantes da equipe para a clareza de suas atribuições, empenhando-se para ofertar um trabalho qualificado. Equipes multidisciplinares são previstas na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB/RH/SUAS. Assim, os CRAS devem ser constituídos por equipes compostas basicamente por assistentes sociais, psicólogos e cientistas sociais/antropólogos (técnicos de nível superior), e auxiliares administrativos e cuidadores (técnicos de nível médio).

Nas Organizações da Sociedade Civil também foram identificadas nas equipes, de forma unânime, a presença de pelo menos um assistente social e um psicólogo; algumas outras profissões também foram apontadas a depender do caráter da instituição, como fisioterapeutas, professor de música, médico, pedagogo, fonoaudiólogo. Para a Política de Assistência Social, conforme orientações Técnicas aos CRAS, a interdisciplinaridade é um processo dinâmico que articula saberes distintos para responder às diversificadas demandas complexas e heterogêneas, contando para isso com uma equipe multiprofissional que atue de forma recíproca, na busca da superação de uma abordagem tecnicista, o que não significa negligenciar competências e atribuições específicas de cada área. (BRASIL, 2009).

Conforme sinalizou Trindade (2001), em diversos espaços institucionais há uma tendência do assistente social priorizar ações e instrumentos de caráter individual, com baixa incidência de procedimentos coletivos, tal como os grupos, que podem ser regulares ou esporádicos, podendo ser um potente espaço de socialização de informações, reflexão sobre temas que perpassam o cotidiano dos sujeitos, compartilhamento de experiências, fortalecimento de vínculos entre os usuários e a instituição e entre os usuários e a comunidade. Em uma das entrevistas, o profissional relatou uma experiência bastante significativa ocorrida através de reuniões com usuários no CRAS, em que, a partir de grupos quinzenais, uma das assistentes sociais da instituição fez um trabalho junto aos usuários de capacitação sobre participação social e Conselhos de Políticas Públicas, resultando na eleição de três usuários para representar o território junto ao Conselho Municipal de Assistência Social.

[...] essa reflexão na cabeça desses três usuários a gente já não tira mais, não tem como tirar, seriam esses espaços que eles se identificam, tanto é que: “eu quero participar sempre, agora eu vou reclamar que na comunidade não tem água”. E agora elas já entenderam que não é ali, mas que tem outros espaços que ela pode ir, então se a questão é a água na sua rua, então tem outros espaços também que você pode estar reclamando sobre isso...E ela: - “Ah agora quero participar de todos” [...] saber que existem esses espaços [...]

que eles tem fala; se eles conseguem perceber isso pra mim é sensacional.
(Assistente Social 10)

Apenas mais dois relatos para ilustrar o trabalho em grupos, como se segue:

Tem dias que a gente tem oficinas com as famílias, com as mães, é, tentamos fazer alguns grupos de orientação; se for um dia que tem escola de pais, que é um projeto que a gente tem, a gente faz uma apresentação no auditório, falando alguma coisa sobre direito, alguma coisa sobre orientações que eles precisam de temas que eles também tem interesse. (Assistente Social 2)

E a gente também tinha uma outra frente que a gente recebe listas das pessoas que recebem o BPC, tanto deficiente quanto idoso e agente fazia reuniões com esse publico aqui no CRAS, informava, orientava, colocava o CRAS à disposição de orientações, de algum acompanhamento, encaminhamento, e ai eles chegam conforme a demanda deles mesmo, então assim, isso é previsto no SUAS, então a gente faz esse atendimento. (Assistente Social 11)

Conforme Eiras (2011), historicamente o trabalho do Serviço Social com grupos, herdando uma herança norte-americana, possuía como objetivo o ajustamento dos indivíduos e manutenção do sistema social, através de correção de disfunções e de comportamentos desviantes. A partir dos relatos apontados acerca das experiências das (os) profissionais entrevistadas (os), percebe-se que a direção dada aos grupos não está nesta perspectiva histórica subalternizante e moralizante da vida social, mas acompanhando a renovação crítica do Serviço Social, está pautada na dimensão sócio-educativa que, nos termos de Abreu (2016), configura a dimensão pedagógica emancipatória, ou seja, direcionada para uma organização da cultura da classe trabalhadora para fortalecimento de suas lutas contra-hegemônicas, com vistas a uma outra ordem societária. (RAMOS, 2019).

Algumas intervenções realizadas pelo assistente social são de caráter imediato e muitas vezes emergencial, como percebido no relato de uma das assistente sociais:

Aí ela (*a mãe*) tinha o pedido, aí conseguimos fazer uma consulta, ela foi na consulta com o Gastro lá no HU. E aí foi uma corrida contra o tempo porque o HU marcou um exame pra duas semanas e ele não tinha dois dias. Então a gente pegou aquele papel, com um laudo do médico falando que era um risco de morte se ele não fizesse a gastro, orientei todos os passos pra ir pra Ouvidoria de Saúde; eu mandei por e-mail o caso, a Ouvidoria de Saúde retornou falando que era pra família ir lá na data e no horário marcado. E aí [...] conseguiram um horário pra poder internar ele no dia seguinte no HU pra poder já fazer o procedimento no outro dia. Ele chegou de manhã, ficou

lá esperando, quando ele deu entrada seis horas da tarde no quarto, pra poder já preparar pra no outro dia fazer a cirurgia, ele ‘parou’ (*parada cardiorespiratória*)....e ele quase morreu, ele ficou sete minutos parado, e aí conseguiram reanimar. Depois de reanimar ele fez a gastro e hoje em dia ele está muito bem!Ele está muito bem! [...] E aí assim, eu acho que é uma das histórias de grande marco pra mim assim porque realmente a gente atuou, a gente viu que fez, e assim, .a gente conseguiu, neste caso, recuperar uma vida. (Assistente Social 2, grifos nossos).

No relato acima, vê-se que a profissional, diante de uma situação grave, atuou com base no conhecimento que tinha dos recursos oferecidos, os caminhos para acessar tais recursos em tempo hábil, as orientações necessárias à família, contribuindo para a viabilizar, por meio de sua mediação, a manutenção da vida do usuário.

Neste item procurou-se elencar as principais demandas trazidas pelos usuários e as ações e intervenções profissionais em resposta a tais demandas. Durante a exposição dos resultados da pesquisa e análise das respostas profissionais, foi possível perceber o quanto o trabalho profissional tem sido imprescindível dentro das instituições, e essencial na viabilização e garantia de direitos da população. Como explicitou Trindade (2001, p. 93), “o assistente social demonstra ter uma visão mais abrangente da instituição e das possibilidades de acionamento de recursos institucionais em prol dos objetivos do trabalho” (TRINDADE. 2001, p. 93). O profissional demonstra suas potencialidades e competências no trato das expressões da questão social, atuando junto a usuários, grupos, comunidades e famílias no esteio da Política de Assistência Social. Esta percepção foi ratificada ao serem analisados os conteúdos das entrevistas relativos à compreensão dos usuários em relação ao trabalho profissional, bem como a como a avaliação, feita pelos profissionais, sobre a contribuição do Serviço Social com os sujeitos com deficiência, como veremos no item que se segue.

4.3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA VIABILIZAÇÃO DO ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS

Inicialmente, a partir do relato das profissionais acerca da compreensão que os usuários têm do trabalho profissional dentro das instituições socioassistenciais, identifica-se em diversas falas o quanto o assistente social tem sido o primeiro profissional a quem os usuários e famílias recorrem para expressar suas demandas. Isto demonstra que a população usuária reconhece o assistente social enquanto aquele profissional que vai buscar seus direitos através da promoção da autonomia, da escuta qualificada, do encaminhamento, do acesso à informação.

Muitas pessoas quando vem se orientar, chegaram àquele diagnóstico, e aí tem que inserir nos serviços, ter acesso aos direitos, e aí a gente faz todo esse caminho de acesso aos direitos que é fundamental [...] imagina, como já aconteceu comigo aqui, você tem um filho e você acaba de ver que ele tem uma deficiência: - “Pra onde eu vou agora?” Quando você chega num serviço e é acolhido, e seus direitos são esclarecidos: - “que atitude eu tomo? Onde eu levo, levo num neuro, levo num psiquiatra? Vou ao CRAS?” O acesso é essencial, porque como elas vão ficar informadas e sabendo, e orientadas e acolhidas? Não só com relação a esse segmento da pessoa com deficiência mas nos outros segmentos. (Assistente Social 12)

Entretanto, o estabelecimento desta relação de vínculo e confiança também faz com que os usuários recorram ao Serviço Social para toda e qualquer demanda: “Olha, é incrível. Todas as necessidades deles, eles chegam até a mim. Todas, todas...” (Assistente Social 3); e ainda: “Eles tem uma coisa muito interessante que tudo é com assistente social” (Assistente Social 6).

[...] acho que seria uma pessoa pra me ajudar, pra me direcionar, pra que caminho eu vou, pra onde eu vou, a quem buscar, ou “se ela não souber a quem buscar ela vai procurar alguém pra me ajudar!” [...] “ela vai dar um jeito”. Eu acho que eles vêm a gente como isso. (Assistente Social 4)

No relato acima a profissional faz uma consideração importante sobre o compromisso profissional do assistente social. A frase “ela vai dar um jeito” pode ser traduzida em: a (o) assistente social vai buscar os caminhos, seja em sua intervenção, seja na intervenção de outro colega, equipe ou instituição, para que o direito daquele usuário seja acessado. O que significa que todos os usuários, que chegarem até o profissional, serão no mínimo escutados em suas necessidades, mesmo nas situações em que não poderá atendê-las.

Então esse vínculo, eu acho que o Serviço Social é...eu acho que todas as áreas que são, os profissionais que trabalham no CRAS, desenvolvem, trabalham com essa referência no serviço entendeu, pra que a família não abandone o serviço, possa estar fazendo um acompanhamento mesmo, o Serviço Social ocupa dentro da área ...dessa área do Serviço Social, isso a gente tende a fortalecer mais por causa do nosso olhar, entende, a gente busca mais isso, uma forma de não só atenção, mas da questão do profissional com essa família, o compromisso com certeza. (Assistente Social 8)

Foi observado, a partir das entrevistas, que o assistente social se posiciona perante o usuário como alguém a quem ele poderá recorrer a qualquer tempo. Um profissional

disponível e atento para a escuta, o acolhimento, os encaminhamentos necessários, fazer a mediação entre o usuário e os recursos disponíveis na comunidade. Assim, através da atuação profissional são garantidos acessos às políticas, exemplificativamente a saúde, a inserção no mercado de trabalho.

[...] eles entendem que o Serviço Social está aqui pra dar suporte pra eles, de todas as formas que eles precisam, de pedir o telefone de algum lugar, é..ou de ligar pra um hospital, ou pra Secretaria de Saúde porque a Secretaria de Saúde já esgotou deles tudo que eles tinham, eles não agüentam mais ouvir ‘não’, pedem pra eu poder ligar porque as vezes eu vou ouvir um ‘sim’, então eles confiam muito no trabalho do Serviço Social.(Assistente Social 2)

A gente tem um usuário aqui [...] que tinha muita vontade de trabalhar, ai a gente fez, acessou, nós do Serviço Social fizemos um trabalho, enviamos o currículo dele no Bahamas, hoje ele trabalha no Bahamas. (Assistente Social 12)

O assistente social realiza atendimentos aos indivíduos através de uma escuta qualificada que lhe permita identificar necessidades e traçar estratégias a fim de direcionar o melhor caminho diante da situação posta pelo usuário. O caminho refere-se a um percurso que o usuário terá de fazer a fim de alcançar a resolução de suas questões, ou satisfação de suas necessidades. Nem sempre a resolução ou satisfação ocorrerá de forma imediata, pois dependerão de outras instâncias, atores e instrumentos. O direcionamento ocorre para viabilizar um direito àquele cidadão, num primeiro momento, de forma individualizada: “A cesta básica”, “o passe-livre”, “o acesso à saúde”, “o acesso à assistência jurídica pública”, dentre outros. Contudo, é preciso que “o profissional fortaleça as lutas e formas de organização da classe trabalhadora, para construção de estratégias políticas coletivas de pressão sobre o Estado, a fim de garantir serviços de qualidade e ampliação de direitos” (MOLJO ET AL, 2014, p. 161).

Conforme apontou Raichelis (2011), ainda que contem com equipes multiprofissionais, os assistentes sociais são reconhecidos pela sociedade como o profissional de referência da política de assistência social e conseqüentemente de seus equipamentos mais centrais, os CRAS e CREAS. Além das condições objetivas referentes aos processos sociopolíticos que delineiam a inserção do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho, é importante também considerar a auto-imagem da profissão e o modo como o assistente social incorpora o seu trabalho e a compreensão que tem sobre a intencionalidade e

legitimidade de suas ações, elementos que conformam a direção ético-política da profissão. (RAICHELIS, 2011).

O assistente social é um importante elo na equipe multiprofissional capaz de fortalecer o trabalho através de seu conhecimento teórico, técnico, ético e político, socializando para os usuários e profissionais a perspectiva do direito e não do favor, das formas de preconceito que ainda existam nos espaços, ainda que não intencionalmente, mas como um reflexo de anos de tratamento das pessoas com deficiência pela via da caridade e do capacitismo. Assim, há uma grande preocupação em potencializar trabalhadores e promover autonomia aos usuários, como expresso nos seguintes relatos:

Sim, eu sempre mostro pra eles e pros funcionários que eles estão aqui não de favor, eles estão aqui porque eles são os nossos chefes e realmente que a gente 'ta' aqui pra atendê-los. Não só eu, mas toda a equipe. Então assim, eles não estão aqui porque são os coitadinhos não, as pessoas tem muito essa visão. As pessoas tem muito a visão que eles tem que agradecer de estarem aqui. Não, eles estão aqui porque é um direito deles. E o que a gente tem pra fazer aqui é pra eles. [...] E o Serviço Social dentro de uma instituição faz a diferença. A nossa visão, nossa visão de direito, não de favor, não de caridade, então acho que faz a diferença. (Assistente Social 3)

[...] e a gente deixa muito claro que a gente aqui é facilitador, a gente aqui está no papel de política pública, a gente aqui não está fazendo favor a ninguém mas que a gente ta aqui pra mostrar, apontar caminhos [...] a gente 'ta' aqui pra falar: olha, o caminho é esse, seu direito é esse, é essa direção, mas tem gente que ainda confunde as coisas e essa questão de ainda estar muito atrelada aquela questão de ser tutelado (Assistente Social 11)

[...] a importância do Serviço Social 'ta' aí, de mostrar pra eles que o direito deles estão aqui e que eles precisam ir atrás; a gente vai junto até certo ponto. Eu trabalho muito com a potencialização das famílias pra elas não dependerem *(da instituição.)* [...] de não depender mais desse auxílio e dessas orientações. E é isso, eu considero realmente muito importante pra eles conseguirem a garantia dos direitos deles, a garantia da qualidade de vida, da autonomia pra todas as pessoas que a gente atende, usuários e família. (Assistente Social 2, grifo nosso)

E esta intervenção realizada com intuito de levar informação e esclarecer sobre os direitos não são acontecimentos isolados, mas já incorporados na rotina dos profissionais, conforme relato que se segue:

[...] então assim, nas reuniões com as famílias...então assim as vezes no dia de cesta básica a gente reúne, tem aqui a discussão de um tema específico que a gente coloca e a todo momento a gente reforça a política pública, como é a educação, como é a saúde, como é a habitação, a segurança pública, a gente 'tava' pegando bastante nisso (Assistente Social 11)

Para além do reconhecimento do trabalho do assistente social, as (os) profissionais apontaram um importante reconhecimento da população em relação àquela instituição, seja no CRAS ou na Organização da Sociedade Civil:

O fato talvez de estar no território, de já ter esse acesso, e aí a instituição dentro do território ela já é reconhecida, o vínculo é muito prático, principalmente aqui nesse espaço, 'to' dizendo de localidade mesmo, exatamente aonde ele fica, eu acho que é um espaço que ele é muito reconhecido [...] então eu acho que reconhece esse espaço o CRAS é muito bem reconhecido no território. (Assistente Social 10)

Eles mesmo se encaminham: "vai no CRAS!" Eu acho que isso já é um respaldo muito grande do nosso trabalho. O próprio "vai ao CRAS" deles mesmo...o "vai lá" (Assistente Social 7)

E agora, partindo da percepção das (os) profissionais acerca da contribuição do Serviço Social junto às pessoas com deficiência, de forma unânime responderam imediatamente que o Serviço Social contribui sim e “muito” (Assistente Social 7), ainda que algumas vezes com limites e dificuldades. Desta forma, após refletir sobre tantas questões acerca do trabalho do assistente social junto a pessoas com deficiência, os relatos obtidos apontam que, na concepção das (os) profissionais entrevistadas (os), elas (eles) têm desempenhado um importante e essencial trabalho na viabilização dos direitos da população usuária. Para além de reconhecer o quanto o Serviço Social possui um papel fundamental nas políticas sociais, as (o) assistentes sociais entrevistadas apontaram a importância da equipe, e a importância da instituição na vida dos usuários, ainda que as ações sejam travejadas por limites e desafios, como apontou uma das profissionais:

O nosso trabalho no momento, as vezes a gente não tem muito o que fazer. Mas a partir do momento que você tem uma escuta qualificada, uma orientação, um espaço de fala dessa família, você já está contribuindo. (Assistente Social 8)

mas eu acho que sempre vai esbarrar nos limites da política assim, eu acho que isso é uma coisa que eu tenho trazido muito, você vai ver que ta

repetitivo, porque é uma coisa que tem me incomodado muito que eu percebo [...] e eu não acho que tem a ver com o profissional ou com o Serviço Social, eu acho que tem a ver com a política (Assistente Social 10)

Como apontaram Santos, Backx e Guerra (2012, p. 45; 53), a fragmentação das políticas sociais pressupõe a consequente setorização das necessidades sociais que culminam com intervenções profissionais focalizadas e pragmáticas para atender às demandas imediatas, favorecendo a limitação do exercício profissional no que diz respeito à dinâmica do cotidiano e ao “cumprimento de rotinas institucionais”, com seus “papéis já conhecidos” e suas respostas pré-concebidas”. Entretanto, o espaço do cotidiano pode também revelar a possibilidade de realização de uma prática reflexiva, atenta às implicações éticas das respostas às necessidades e demandas apresentadas, ultrapassando o nível da imediatividade a partir da “pesquisa concreta de situações concretas”. Daí a importância da dimensão investigativa da profissão, para que se possa apreender as demandas e reconfigurá-las, fazendo a crítica do cotidiano.

4.3.2 LIMITES E POSSIBILIDADES DO TRABALHO PROFISSIONAL

Tendo em vista toda a discussão realizada neste trabalho, descortinou-se um panorama perpassado por desafios e possibilidades para alcançar os objetivos da assistência à pessoa com deficiência, qual seja a garantia do acesso aos seus direitos. Desta forma, neste último item, iremos trazer as reflexões das (os) assistentes sociais acerca dos limites e possibilidades do trabalho profissional nos espaços socioassistenciais. Estes questionamentos ocorreram após terem sido respondidas todas as perguntas do roteiro de entrevista, o que possibilitou às (aos) entrevistadas (os) e à pesquisadora dialogarem com base em toda a discussão realizada, já se encaminhando para o desfecho das reflexões.

Conforme Trindade (2001), o desenvolvimento das ações, procedimentos e instrumentos fazem parte da produção das respostas profissionais às demandas postas, seguindo os princípios éticos e os direitos que fundamentam o acesso às políticas e serviços sociais. Entretanto, como advertiu Barroco (2009), a materialização da ética ocorre entre limites e possibilidades que não dependem apenas da intenção de seus agentes. Assim

As precárias condições de existência social da população usuária se revelam cotidianamente nas instituições, exigindo respostas dos profissionais que, em grade medida, não dispõem de condições objetivas para viabilizá-las. (BARROCO. 2009. P.18)

Acerca de entraves e dificuldades do trabalho profissional para responder às demandas dos usuários no horizonte da garantia dos direitos da pessoa com deficiência, apontou-se, conforme o quadro abaixo:

Quadro 4 – Dificuldades Mencionadas na Assistência à Pessoa com Deficiência

Principais Dificuldades / Entraves à Assistência/Garantia de Direitos à Pessoa com Deficiência	Quantidade de profissionais que mencionaram tal obstáculo
Falta de informação sobre a rede e sobre o tema	5
Falta de Acessibilidade/Inclusão	4
Ausência de Políticas Públicas	4
“Falha” na rede socioassistencial	3
Barreiras Atitudinais/ Preconceito	3
Desgaste da Família	3
Falta de Recursos Humanos	3
Oferta escassa de serviços	2
Pouco investimento nas instituições	2
Grande Demanda/Sobrecarga	1
Falta de insumos/materiais/recursos	1
Burocratização	1

Fonte: Elaborado pela própria autora com base nos dados obtidos com a pesquisa.

Cabe ressaltar que esses entraves/dificuldades são constitutivos do objeto de trabalho do assistente social, uma vez que lida com as contradições e desigualdades próprias à sociabilidade capitalista, que põe e repõe as expressões da questão social, demonstrando assim a complexidade deste trabalho. Conforme Guerra (2000, p. 8), o Serviço Social responde a “necessidades sociais que se traduzem (por meio de muitas mediações) em “demandas (antagônicas) advindas do capital e do trabalho” Ao analisar e quantificar as respostas, conforme sistematizadas no quadro acima, não foram observadas grandes diferenças entre as(o) profissionais lotadas nos CRAS e aquelas lotadas nas OSC’s. De maneira geral, relataram as mesmas dificuldades sentidas e percebidas em seu exercício profissional. As falas foram bem emblemáticas, conforme a exposição a seguir:

Um grande nó que a gente tem: falta de política pública. Isso pra mim é fundamental. Isso é um entrave entendeu, você não tem pra onde recorrer, o que a gente tem já está saturado, já ta sobrecarregado, igual a gente encaminha pra psicologia, a Entidade tem uma fila de espera enorme, a rede

pública não tem isso, e aí? É a falta de política pública, de investir em tudo. (Assistente Social 8)

Acho que a rede é falha, muito falha, ela precisa ser revitalizada, ser bem orientada, principalmente no que tange à pessoa com deficiência, porque isso falta muito, falta trato, falta cuidado, falta acessibilidade, e quando a gente fala de acessibilidade a gente não fala só de rampa não, quando a gente fala de acessibilidade as pessoas acham que colocar elevador e rampa nos lugares resolve, mas aí você pensa numa pessoa que tem surdocegueira, e ela precisa ir ao médico, como ela vai falar com o médico? Sabe, precisa de alguém pra poder falar pra ela, precisa de pessoas capacitadas pra receber uma pessoa que é surda e conseguir falar com ela minimamente, ou receber uma pessoa que é cega e ter o mínimo de noção de orientação de mobilidade, e saber que você não pode pegar no braço do cego, ele que pega no seu braço, sabe, como você conduz ele no espaço que é reduzido, como você conduz ele numa escada? Então assim, falta muito isso, um olhar sensível pra todas essas tecnologias assistidas, pra todas as coisas que possam facilitar a vida dessas pessoas, e pra além da defasagem de orientação, da defasagem de conhecimento, de saber..e a sensibilidade. Eu acho que o que mais falta hoje em dia pra tratar a pessoa com deficiência é a humanidade. É a humanização dos espaços, o olhar pra aquela pessoa como uma pessoa de direito, sabe, porque por muito tempo elas foram vistas à margem da sociedade, elas eram escondidas [...] eles precisam ser incluídos, mas é uma inclusão de fato, não é uma inserção. Porque hoje o que a gente tem não é uma inclusão, é uma inserção. Você pega a pessoa com deficiência e você 'joga' ali naquele meio e ta pronto. Não! Esse meio tem que ser criado pra ela. (Assistente Social 2)

Nas falas acima, identificam-se diversos aspectos presentes no Quadro 5, tais como as dificuldades da rede socioassistencial, falta de acessibilidade e inclusão, ausência de capacitação/infomação sobre o tema, ausência de políticas públicas que dêem conta das demandas dos usuários. A fala imediatamente acima trouxe uma importante reflexão sobre a necessidade de apropriação de conhecimento e formas de manejo que possam diminuir a deficiência daquele sujeito, no sentido mesmo do modelo social da deficiência, reconhecendo naquele espaço os gargalos e as potencialidades que contribuem para acentuar ou reduzir deficiências.

O trabalho em rede foi mencionado tanto como possibilidade quanto como desafio. A título de exemplo, encontramos no relato abaixo, que denota a importância do trabalho em rede e a inquietude relacionada à falta de recursos humanos, a ausência do profissional de Serviço Social, como se segue:

Isso é um entrave entendeu, você não tem pra onde recorrer, o que a gente tem já está saturado, já ta sobrecarregado [...]. Um exemplo básico, nas UBS não tem assistente social, a maioria quando tem ela aposenta não é substituída, isso é fundamental, é um profissional que necessitava ali pra ajudar junto com a assistência. Então assim, essa ampliação, esse

fortalecimento da política que já existe e ampliar essa...isso que eu falo, isso necessita muito, muito...educação, não tem uma lei que precisa do serviço social na educação? Cadê? A importância disso nas escolas, porque tudo cai na assistência, tudo vem pra cá, que não é o nosso papel, né, tem muita coisa que não está na nossa atuação mas que aparece aqui porque as outras áreas não tem [...] eu acho que o grande entrave é esse, é o de ampliar o que existe, de fortalecer [...]. Tem que ter essa atenção a essas questões...criar novas formas, eu falo coisas simples, área de recurso humanos, por que as UBS não tem assistente social na rede, no Programa Saúde da Família? Tem que fazer parte da equipe....ainda temos UBS Tradicional...(Assistente Social 8)

O trecho acima exposto é emblemático para ilustrar a discussão realizada anteriormente acerca do processo de “assistencialização da política social”, em que a assistência social vai assumindo cada vez mais um papel central ao mesmo passo em que não há investimento nas demais políticas sociais. Assim, a proteção social ao cidadão fica comprometida pela não integralidade das políticas, além da sobrecarga gerada nos equipamentos socioassistenciais, reverberando nos trabalhadores e usuários do SUAS. Desta forma, reafirmamos que é imprescindível que a Assistência Social esteja articulada às demais políticas sociais e que todas possam ser fortalecidas.

Em algumas entrevistas foi pontuado sobre fragilidades encontradas na rede sócio-assistencial, como os seguintes relatos:

Sim, a gente trabalha em rede, sempre a gente é referenciado ao CRAS apesar de a gente não ter um contato muito estreito, eu enxergo muito falho inclusive...os atendimentos de uns casos, os CREAS ...não teve solução de casos...Conselho Tutelar, já encaminhei várias vezes, de não ter retorno. Eu acho que o trabalho que mais funciona hoje em dia em rede é, pra além dos nossos parceiros, são as UBS; são os que mais atendem aos nossos chamados e os que mais dão retorno, eles respondem as nossas demandas, mesmo que a resposta seja um ‘não’, eles nos retornam, eles buscam ações, então as UBS elas são hoje em dia o que a gente mais trabalha em conjunto e o que mais funciona. (Assistente Social 2)

A gente está num momento muito fragilizado, essa rede está muito fragilizada. Essa rede ela não, eu diria que ela não é uma rede...ela já não é muito forte, ela não é uma rede muito...a gente tem algumas deficiências nessa rede. A Pandemia agravou essas deficiências. (Assistente Social 6)

Tem até uma criança que a gente precisa de fazer um encaminhamento e ainda tá lento o encaminhamento pra psicólogo, tá lento o encaminhamento devido a essa questão da pandemia e até alguns profissionais das instituições são de grupo de risco, então a gente teve, durante a pandemia a gente teve uma escassez de atendimento (Assistente Social 7)

Conforme se pode observar, existem relatos de dificuldades enfrentadas neste trabalho em rede, reflexo da fragilização e precarização das políticas sociais, ao passo em que os profissionais deram bastante ênfase à importância de fortalecer este trabalho, sem o qual a efetivação da assistência ao usuário fica inviável. Nas entrevistas, pontuou-se acerca da importância da participação das escolas neste processo de construção da articulação em rede para o atendimento dos usuários, e como esta parceria precisa ser fortalecida:

Muitas vezes a gente não consegue nem falar, só pra você ter uma idéia, assim, vou te dar o exemplo da educação: como é difícil a gente conseguir um vínculo com a educação! Como é difícil a gente conseguir falar, tem vezes que a gente liga três quatro vezes pra conversar com o diretor [...] e a gente não consegue. A educação por exemplo não tem vindo nas nossas reuniões que tinha na época das reuniões de rede...então assim, é o que eu falei: o usuário que tá aqui ele está na maioria de todos os outros serviços, então assim se a gente conseguisse fortalecer ele como um todo, pensando nele na saúde, na educação, na assistência, ou numa Instituição...eu acho que isso já ia ser um grande passo...se a gente conseguisse conversar mesmo. (Assistente Social 4).

Acho que a rede aqui funciona bem, as escolas, às vezes um pouquinho mais difícil de trazer essas escolas pra esses espaços, mas aí tem a ver com uma questão de carga horária de trabalho, liberação, que é um pouquinho mais delicado mas que eu acho que seria uma parceria que tinha que ser fortalecida um pouco mais, mas a gente sabe que não é tão simples mas é um trabalho que funciona, aqui funciona. (Assistente Social 10)

De acordo com Monnerat e Souza (2014, p. 46), problemas estruturais e condições de vulnerabilidade incidem sobre a aprendizagem e a manutenção de crianças e adolescentes nas escolas. Entretanto,

no que se refere a área da educação, pode-se dizer que, dentre as políticas públicas de corte social, é a que apresenta menor quantidade de produção bibliográfica sobre o tema da intersectorialidade (...) de onde se pode levantar a hipótese de que este setor apresenta legado histórico mais hermético e menos voltado para a proposições de diálogo e inter-relação com outras políticas sociais.

A seguir salienta-se uma fala que expressa o quanto o trabalho em rede foi referido como um importante elemento para consecução do trabalho profissional e, por conseguinte, o seu fortalecimento surge como ponto primordial a ser alcançado.

A parceria com o posto (posto de saúde) é muito bacana, principalmente as instituições que também tem Serviço Social, acho que isso facilita parece

que um pouco isso, pra dar um suporte é uma particularidade daqui, por exemplo a UBS [...] tem assistente social, então é muito fácil ter essa parceria porque já tem esse olhar, já tem essa sensibilidade, então se dispõe. E funciona bem aqui, acho que a rede aqui funciona bem [...] (Assistente Social 10)

Conforme exposto ao longo da análise das entrevistas, o tema deficiência precisa ser apropriado e aprofundado por diversos atores em diferentes instâncias. Uma das profissionais entrevistadas, respondendo de um CRAS, ilustrou sobre as reverberações ocorridas pela falta de informação/capacitação, que atinge diversos setores da sociedade:

essas doenças elas muitas das vezes são confundidas com falta de limite, com falta de educação, e ai fica naquela ali: - “Ah ele não quer ir pra escola, ele não quer entrar, ele grita com a professora, ele não consegue conviver com a criança” [...] e o quanto é importante o preparo da área educacional, que é a porta da criança, ou ela está na escola ou ela está em casa, e uma das vezes se a mãe está trabalhando, se o pai esta trabalhando, ou ela fica com alguém, um responsável, essa criança está na escola quando não em horário integral, então esse olhar específico da educação, não digo só do professor, ou supervisor, de todos ali, esse olhar especial pra essas crianças, porque ai passa por isso: “ele é o mau educado” e ficou...e fica por ali, ele não tem o tratamento da psiquiatria, o encaminhamento pro psicólogo, a família não é direcionada, as demandas dessa criança que pode ser que tem essa questão diagnosticada, e ‘to’ te dizendo isso pela experiência do acolhimento, porque por muitas e muitas e muitas vezes eu tive que ir à escola não pra defender, muito pelo contrário, mas pra fazer valer os direitos dessa criança (Assistente Social 7)

Aqui a profissional aponta para a importância de que toda a rede de apoio familiar e institucional tenha conhecimento acerca do tema da deficiência, a fim de não negligenciar situações que estejam demandando cuidados em saúde e/ou outro tipo de atenção, privando assim o sujeito de acessar a assistência que precisa naquele momento em virtude da falta de informação adequada. Também denota o quanto a profissional lança um olhar sobre a situação no sentido de não culpabilizar o indivíduo ou a família pelas suas questões, mas compreendendo os elementos constitutivos de forma mais ampla.

Uma outra fala que também corrobora com a discussão:

Um primeiro entrave é o próprio preconceito, primeira coisa é esse olhar que a gente tem de achar que o deficiente é incapaz. Existe uma coisa que é deficiência e existe uma coisa que é incapacidade. Ele pode ser deficiente e incapaz. E ele pode ser deficiente e totalmente capaz de outras coisas. Eu falo que deficiente todos nós somos em alguma coisa, em algum aspecto. Então, essa primeira coisa de você olhar e falar: ‘ai vou lidar com um deficiente’, “ai vai ser difícil”, “vai exigir muito”...então assim, uma certa

preguiça de lidar...Quando você olha pros aspectos da assistência, ainda precisamos de muita coisa, em termos de muitas coisas, de acessibilidade, de entendimento das questões deles, das reais necessidades deles [...]. As vezes dentro de um contexto familiar quem menos precisa de ajuda imediata é a pessoa com deficiência. (Assistente Social 6)

A brilhante fala transcrita acima mostra claramente o que é um pensamento e uma postura não-capacitista, ou seja, o modo de perceber e de direcionar o pensamento e a ação para a questão da deficiência sem reproduzir preconceitos e opressões, ainda que em nenhum momento a profissional tenha mencionado a palavra capacitismo ou conhecer o seu significado. Isto aponta para a direção ético-política da profissão de Serviço Social, que possibilita aos profissionais comprometidos com a emancipação humana, direcionar a escolha de suas ações, dentro de uma formação generalista, tendo como parâmetro a liberdade, a democracia e a universalidade.

Tendo outro exemplo de compreensão não capacitista, pode-se citar o seguinte trecho abaixo:

[...] eles tem que começar a enxergar a pessoa com deficiência...não aquela pessoa...não ter pena, porque hoje existe um mundo que ainda tem muita pena: - “Ah, tadinho”...não...eu acho que tem que enxergar que são pessoas...são pessoas que tem direitos e que precisam fazer valer os seus direitos; pra fazer os seus direitos os outros precisam enxergar que são pessoas de direitos, que não são pessoas de ter que ter pena. Então o maior entrave é esse, é o preconceito (Assistente Social 3)

De acordo com o observado nos dados obtidos com as entrevistas percebe-se como o compromisso ético profissional, associado à compreensão acerca das questões que perpassam a vida da pessoa com deficiência, constitui importante subsídio para potencializar intervenções com vistas à garantia dos direitos sociais da população atendida nos serviços. Conforme Santos; Backx e Guerra (2012, p. 56), “toda intervenção encontra-se imbuída de um conjunto de valores e princípios que permitem ao assistente social escolhas teóricas, técnicas, éticas e políticas’.

A seguir apresenta-se um trecho que ilustra a criticidade das ações profissionais no horizonte da potencialização dos sujeitos:

A importância do Serviço Social ta aí, de mostrar pra eles que o direito deles estão aqui e que eles precisam ir atrás; a gente vai junto até certo ponto. Eu trabalho muito com a potencialização das famílias pra elas não dependerem (da instituição) e agente já teve muitos casos de superação [...], de não

precisar mais do serviço porque eles entenderam, eles foram no caminho e eles conseguem lutar e eles conseguem os direitos deles e conseguem avançar na vida, em tudo, de não depender mais desse auxílio e dessas orientações. (Assistente Social 2).

Conforme apontou Vasconcelos, A. M. (1997, p. 134),

A existência de um direito social não determina que se tenha acesso a ele como tal. O direito existe formalmente, mas dependendo da forma como se usufrui dele, transforma-se num objeto de favor, doação, constrangimento, troca...O acesso a um recurso por um cidadão – um sujeito social – crítico, consciente, é que transforma o direito formal em direito real.

De acordo com o CFESS (2011, p.18)

A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe a assunção, pelo/a profissional, de um papel que aglutine: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos/as trabalhadores/as em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os/as trabalhadores/as, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

A partir do exposto, elencamos, conforme quadro abaixo, pontos apontados pelas (o) profissionais acerca das possibilidades para o fortalecimento das ações profissionais junto às pessoas com deficiência no âmbito das instituições socioassistenciais:

Quadro 5 – Possibilidades para o fortalecimento das ações

Ações/Estratégias/Sugestão de Melhorias para o trabalho profissional	Quantidade de Profissionais que mencionaram cada item
Fortalecimento da Rede	3
Capacitação	3
Ampliação da Oferta de Serviços	2
Garantia de Recursos Materiais e Insumos	2
Ações contínuas	2
Qualificação/Recomposição de Recursos Humanos	1

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir dos dados obtidos com a pesquisa.

Considera-se que as ações e estratégias sugeridas conforme expostas no quadro sintetizam os pontos principais das discussões já realizadas neste trabalho.

A partir da análise dos dados coletados, realizada em articulação ao referencial teórico abordado, finaliza-se este trabalho com a expectativa de que tenham sido elucidados importantes aspectos da intervenção profissional do assistente social no atendimento à pessoa com deficiência nos serviços socioassistenciais da Política de Assistência Social.

É de suma importância que o assistente social consiga realizar a defesa de uma rotina que lhe permita capacitar-se constantemente e participar de espaços de construção e participação social, como os Conselhos de Direitos, por exemplo. Para além destes espaços já construídos, a organização dos trabalhadores é construída com criatividade e inventividade. A prática não se distancia do campo teórico, de forma que “quanto maior o conhecimento teórico, mais ampla será a cadeia de mediações e maiores as possibilidades encontradas para a intervenção” (EIRAS; MOLJO; SANTOS, 2012, p. 123, *apud* MOLJO ET AL, 2014, p. 159).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Após tanto esforço
Descubro a vida
Como floresta de mistérios.
Quanto mais desvendo
Mais descubro o que falta”
(RENDER-SE. VASCONCELOS, 2006, p.299)*

O trecho retirado do poema de Eymard Mourão Vasconcelos aponta que nada está totalmente acabado; ainda que se tenha bastante caminhado, descobre-se que é preciso continuar, pois assim como as pessoas, as estradas e as histórias “não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas” (Guimarães Rosa, 1986). Assim, embora tenha iniciado esta conclusão já dizendo de sua incompletude, uma certeza foi alcançada: ao término de cada entrevista realizada, era comum um sentimento pessoal de que não se tratou apenas da realização de entrevistas para uma pesquisa acadêmica, mas também de um *encontro*. Encontro nos dois sentidos que o verbo possui: como ato de encontrar-se, reunir-se com alguém; e como ato ou efeito de conhecer, achar, descobrir, atinar.

Ao reunir-me com as colegas de profissão, encontrei-as e a mim também, identificando-me com suas falas, experiências, sentimentos expressos. Ouvi e falei, e compartilhamos daquilo que nos tange enquanto assistentes sociais que estão na “execução terminal das políticas sociais” (NETTO, 2011). Aprendi que uma entrevista não precisa ser apenas o seguimento de um roteiro de perguntas e registro de respostas, mas, sobretudo, uma troca. E em cada troca/entrevista, uma grata surpresa - na verdade, o esperado: deparei-me com profissionais extremamente comprometidas com a realização de um trabalho com qualidade. Assistentes sociais com muita clareza acerca da dimensão da integralidade do ser humano, do seu lugar, do nosso lugar, enquanto profissional capacitado teórica, metodológica, ética e politicamente na defesa de direitos. E, neste trabalho em especial, a defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Não pretendo concluir este trabalho romantizando o Serviço Social, nem lançando um olhar messiânico sobre a profissão; muito antes, pelo contrário: nossa realidade é árdua, nossas limitações são muitas, mas é preciso reconhecer o quanto somos capazes de resistir.

Os anos de realização da pesquisa de campo – 2020 e 2021 – foram plenos de desafios pela junção do contexto pandêmico, o desfavorável cenário político, a morte de milhares de brasileiros somando o trágico número de mais de 600 mil, dentre eles vários assistentes

sociais, companheiros de profissão que estiveram na linha de frente. Assim, os trabalhadores, especialmente os da área da Saúde, também se somaram ao conjunto de outros grupos considerados em maior vulnerabilidade, primeiramente pelo maior risco de exposição ao vírus e também pelo stress diante da sobrecarga de trabalho e a condução de casos graves. Estar na “linha de frente” durante a Pandemia, como estiveram os profissionais da Saúde e da Assistência Social, significou o medo recorrente de adoecer e/ou ser vetor de contaminação da própria família e das pessoas mais próximas; significou estar constantemente em alerta acerca de protocolos de segurança nos locais de trabalho, bem como munir-se de informações sobre as normas e orientações técnicas relacionadas à COVID-19. Estas determinações corroboraram para intensificação do trabalho, tornando-o ainda mais extenuante.

Também assistimos o Brasil retornar ao mapa da fome, o desrespeito aos direitos humanos e sociais, a desinformação, a pesquisa e a ciência sendo negligenciadas; a proposta de retorno de instituições e práticas manicomiais, o conservadorismo cada vez mais excludente. Ainda não é possível discorrer sobre todas as reverberações que decorrerão da Pandemia, uma vez que ao término desta Dissertação ainda nos encontramos em cenário pandêmico. Isto pode ser tema de necessários estudos posteriores mais aprofundados.

Ainda que com cenário bastante desfavorável por todo o contexto esboçado, a pesquisa junto às (aos) assistentes sociais não encontrou impedimentos para ser realizada no que tange ao acesso às (aos) profissionais. Após obter parecer favorável do Comitê de Ética, e autorização das instâncias responsáveis na Secretaria de Assistência Social e na AMAC, as (os) profissionais convidadas (os) não se opuseram à participação, colocando-se disponíveis para a contribuição na realização deste trabalho.

As entrevistas presenciais, previamente agendadas, foram realizadas considerando as medidas de segurança necessárias. As perguntas contidas no Roteiro de Entrevista abarcaram questões que possibilitaram, a partir da exposição e análise do conteúdo das respostas, ampliar a compreensão do tema estudado, respondendo ao problema central da pesquisa e trazendo novos elementos para o debate. Assim, foi possível conhecer as demandas apresentadas e as respostas operadas na intervenção profissional no atendimento à pessoa com deficiência. Lamentavelmente, a partir da literatura estudada, da própria experiência profissional e dos resultados da pesquisa, foi possível perceber que as pessoas com deficiência encontram dificuldades e mesmo impedimentos para usufruto de seus direitos e realização de suas vidas.

Os resultados obtidos dialogaram com o referencial teórico trazido ao longo dos capítulos, especialmente quando foi possível relacionar as dificuldades do trabalho do assistente social com a precarização das políticas sociais, tema delineado mais

especificamente no Item 3. Assim, a ausência de políticas públicas, seguida da falta de maiores informações sobre o tema da deficiência e falta de acessibilidade/inclusão apareceram em quantidade expressiva no relato das (os) profissionais no campo dos limites e possibilidades da atuação na rede socioassistencial. Com efeito, não há uma inexistência completa de políticas sociais e de um arcabouço jurídico-legal que contemplem os direitos das pessoas com deficiência. Entretanto, a partir da literatura estudada e da fala das profissionais, percebe-se uma angústia pela não efetivação, ou efetivação insuficiente das propostas, dos programas e dos projetos.

Como ressalta Iamamoto (2014, p. 107),

O capital financeiro assume o comando do processo de acumulação e, mediante inéditos processos sociais, envolve a economia e a sociedade, a política e a cultura, vincando profundamente as formas de sociabilidade e o jogo das forças sociais. (...) As necessidades sociais das maiorias, a luta dos trabalhadores organizados pelo reconhecimento de seus direitos e suas refrações nas políticas públicas, arenas privilegiadas do exercício da profissão, sofrem uma ampla regressão na prevalência do neoliberalismo, em favor da economia política do capital.

Assim também ocorre com o exposto, a partir da experiência profissional, acerca do trabalho em rede intersetorial no município. De forma unânime todas (os) as (os) profissionais pontuaram a importância deste trabalho e do firmamento de parcerias, sem as quais é impossível atender às demandas dos usuários. Mas, ao serem questionadas (os) sobre os entraves postos ao trabalho profissional, apontaram a “falha” na rede socioassistencial, revelada significativamente nas entrevistas, expressa como dificuldades em estabelecer diálogo com parceiros para um trabalho efetivamente conjunto. De forma geral, observa-se que o município de Juiz de Fora possui um grande potencial para o trabalho em rede, não tanto pelos recursos disponíveis, materiais, institucionais e humanos – que poderiam haver em maior quantidade -, mas pela qualificação dos profissionais inseridos nas políticas, a exemplo das participantes da pesquisa aqui apresentada. Este cenário não é diferente do observado em outros espaços no Brasil, como apontaram Senna, Lobato e Alves (2013, p. 71-72):

A articulação com outras políticas públicas e setores sociais é outra fragilidade enfrentada na institucionalização do SUAS. No tocante às pessoas com deficiência, essa fragilidade assume contornos ainda mais graves, tendo em vista a necessária garantia de atenção à saúde, educação inclusiva, acessibilidade, condições de moradia, entre outras.

Cabe, desta forma, pensar estrategicamente o aprimoramento desta rede, aparando arestas e estabelecendo fluxos mais claros e parcerias mais fortalecidas. Também, a luta por melhores condições de trabalho, pela ampliação dos equipamentos e espaços sócio-ocupacionais para atendimento às necessidades e demandas da população.

Ainda no Segundo Capítulo (Item 3.4), ao tratar da intervenção do assistente social junto a Pessoa com Deficiência, algumas questões encontradas no referencial teórico assemelham-se aos achados da pesquisa, tais como os entraves para acesso ao BPC, a importância da dimensão educativa da profissão, o incentivo à participação política dos usuários, as demandas por orientações sociais, percursos e fluxos para acessar benefícios, o trabalho em equipe e em rede, trabalho com grupos, os reatamentos sentidos pela precarização do Sistema de Proteção Social, o não acesso a muitos recursos e serviços necessários, a necessária compreensão dos processos sociais que originam e/ou aprofundam as deficiências, a fragmentação das políticas públicas que compromete o atendimento integral dos sujeitos e o empenho na supressão de preconceitos.

Ao longo da dissertação buscamos discorrer sobre as diferentes formas de “exclusão” e constrangimentos a que as pessoas com deficiência foram submetidas historicamente. Isto se deu em grande parte devido às formas de conceber e interpretar o significado atribuído à deficiência a partir da existência de uma característica corporal e/ou mental que de alguma forma diferencie uma pessoa de outra dita “normal”. Como apontou Arantes (2019, p. 7):

Apesar do legado construído, é sabido que, ao longo da história da humanidade, a resposta social e coletiva dada à vida das pessoas com deficiência é de desvalorização, carregada de sistemas de preconceitos e práticas discriminatórias, opressoras e reprodutoras de violências. Isso porque historicamente as relações sociais predominantes são as conservadoras, classistas e de dominação entre os homens e, nessa dinâmica, às pessoas com deficiência coube ora a extinção, ora a condição de segregação ou de coisificação.

Assim, o passado nos aponta que longo foi o caminho percorrido até o presente momento para o alcance de reconhecimento, inclusão, direito à assistência sem ser discriminado, eliminação de práticas de violência e segregação.

No entanto parece-nos, ao chegar ao fim deste trabalho, que constantes esforços ainda precisam ser despendidos continuamente se quisermos ver respeitados os direitos humanos e sociais das pessoas, em especial às com algum tipo de deficiência. Sobretudo, é necessário que sejam operadas mudanças nas formas de pensar os conceitos de “normal” e “anormal”

que tendem a padronizar certo tipo de corpo, privilegiando como padrão aqueles que não se apresentam com deficiência. Isto significa que a sociedade necessita de fato abarcar todas as formas de existência, garantindo a todos a possibilidade de desenvolver suas capacidades, bem como usufruir de assistência pública diante das necessidades que sobrevierem pela questão da deficiência. A apreensão do conceito de modelo social da deficiência foi essencial para uma mudança de posturas e paradigmas para a transição da deficiência de uma tragédia pessoal para o resultado de uma exclusão imputada pela própria sociedade à pessoa com algum tipo de deficiência. Explicitamos como o Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil foi se conformando e se organizando, ainda que permeado de divergências, para alçar as pessoas com deficiência à cena política e assim propiciar que seus interesses fossem situados.

Identificamos na profissão de Serviço Social um potencial para corroborar com a garantia de direitos e acesso às políticas sociais a partir de sua inclinação ético-política ao compromisso hegemonicamente assumido junto à classe trabalhadora. Assim, o assistente social é um importante ator na construção de outra sociabilidade, potencializando o combate ao preconceito, como sinalizou Arantes (2019). Faz-se necessário que o profissional, entendendo “a importância de reflexões críticas acerca da direção sociopolítica do trabalho profissional no cotidiano”, esteja empenhado em “articulações com entidades e movimentos sociais de luta por direitos e pela superação das relações sociais calcadas na exploração dos homens.” Como apontou Iamamoto (2018, p. 6), os assistentes sociais “conseguiram manter viva a capacidade de indignação ante o desrespeito aos direitos humanos e sociais de homens e mulheres, crianças, jovens e idosos das classes subalternas com os quais trabalhamos cotidianamente”.

No universo desta pesquisa, que contemplou a realidade do município de Juiz de Fora, identificamos nas entrevistas elementos que favorecem a atuação do assistente social na viabilização de respostas à população que demanda os serviços socioassistenciais. Destacaram-se o incentivo à capacitação, proporcionado pela gestão municipal; a relativa autonomia profissional de que dispõem as (os) profissionais para dar a tônica de suas ações; e o estabelecimento de vínculo com a população, propiciado por um acolhimento qualificado, perpassado pela escuta atenta e compromisso com o direcionamento dos usuários. Conforme Gomes e Diniz (2013, p. 14)

não são poucos os profissionais que atuam sob a perspectiva de viabilização de direitos, conscientização de responsabilidades, produção de conhecimento e socialização de informações; apontando possibilidades para que o cidadão

usuário de seus serviços seja atendido em sua especificidade, em sua mediaticidade, e também em sua possibilidade de emancipação. Isto significa que a profissão avança em direção ao fortalecimento de uma identidade profissional pautada na competência teórica e prática.

Acerca desta competência teórica e prática, evidenciou-se a forma como as (os) assistentes sociais pontuaram sobre a importância de realizar capacitações profissionais. Desta forma, para além das capacitações ofertadas, demonstraram empenho pessoal na busca de informações que qualifiquem o trabalho e possibilitem cada vez mais instrumentalizar usuários para o acesso aos direitos sociais. A grande maioria das entrevistadas não tinha domínio teórico de conhecimentos específicos sobre pessoas com deficiência, fato que não impediu que fossem relatadas ações exitosas no cotidiano do trabalho, a exemplo da construção do vínculo, da promoção de direitos e acesso a bens e recursos e da universalização das informações. Isto demonstra compromisso ético e postura crítica, requisitos necessários para a garantia dos direitos dos usuários.

O conhecimento aprofundado sobre o tema da deficiência instrumentaliza o profissional para o fortalecimento das ações junto a este segmento, tanto em nível de assistência quanto de planejamento e gestão de políticas sociais. Assim, é uma área que demanda maior investimento em capacitação continuada. Entretanto, conforme foi pontuado por uma das entrevistadas, cujo relato encontra-se neste trabalho, torna-se humanamente impossível o domínio de diversas áreas e assuntos ao mesmo tempo, haja vista a diversidade e volume de demandas que se apresentam, bem como as constantes alterações em legislações e programas. Cabe ressaltar que no final do ano de 2021 a Prefeitura de Juiz de Fora viabilizou às (aos) servidoras (es), através da Secretaria Especial de Direitos Humanos, capacitação em um curso específico sobre Capacitismo, conforme foi mencionado neste trabalho. Tais iniciativas são muito importantes e precisam ser constantemente ofertadas, uma vez que a produção de conhecimento é contínua e assim também a necessidade de atualização profissional.

Ressalta-se a importância também de que se possa garantir espaço e oportunidade para a capacitação dentro do horário de trabalho, como componente da rotina, a partir do reconhecimento de que quanto mais capacitado for um profissional, tanto mais ele poderá contribuir com a instituição e com os usuários.

Acerca das ações e procedimentos utilizados, pontuamos que as (os) profissionais participantes da pesquisa demonstraram diversos elementos e recursos que utilizam para consecução das atividades dentro das instituições. Ainda que identificadas atividades

repetitivas e rotineiras, bem como instrumentos de certa forma padronizados como as fichas de cadastro e atendimento, observou-se uma apreensão crítica do processo de trabalho como o potencial existente no conhecimento da história de vida dos usuários e a identificação de demandas, a execução de intervenções que objetivam o fortalecimento do protagonismo e autonomia da população usuária dos serviços. Também expressaram quanto se empenham para garantir assistência à população, ainda que nem sempre a demanda trazida estivesse compatível com o recurso disponível na instituição.

De forma geral todos os relatos foram acompanhados de criticidade acerca dos limites e possibilidades da intervenção, delineando uma prática profissional não executada de forma mecânica ou irrefletida, mas com clareza de objetivos, mesmo que relatando grande volume de demandas. Da mesma maneira, as (os) profissionais demonstraram postura no entendimento das dificuldades enfrentadas pela população num contexto de progressiva intensificação das expressões da questão social, sem culpabilizar os sujeitos pelas adversidades impostas através da sociabilidade capitalista, mas sem deixar de convocá-los a protagonizarem a busca pelos meios de sobrevivência dos quais necessitam.

Conforme Iamamoto (2009), os trabalhadores

sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de prevalência do capital que rende juros, articulado ao grande capital produtivo internacionalizado. Este é um dos desafios importantes da agenda profissional, o que requer dar um salto de profundidade na incorporação da teoria social crítica no universo da profissão aliada à acurada pesquisa sobre as condições de trabalho e as respostas profissionais acionadas para fazer frente às expressões da questão social nos diferenciados espaços ocupacionais do (a) assistente social na sociedade brasileira

Dentre as demandas trazidas pelos usuários e/ou familiares de pessoas com deficiência, destacamos a busca por informações e orientações, o acesso a bens e recursos sociais e comunitários e as dificuldades trilhadas neste caminho como, por exemplo, o acesso à solicitação de BPC pelos canais digitais, de forma que, mediante a ausência do assistente social, grande seriam as chances de que o usuário acabasse sendo excluído do acesso ao benefício. Assim também as (os) profissionais afirmaram existir outras situações que não encontravam escoamento em nenhum outro lugar, e por isso acabavam sendo atendidas pelo assistente social, preocupado em garantir o mínimo de direcionamento ao usuário. Sinalizamos também para o adoecimento e sobrecarga de familiares responsáveis diretos pelos cuidados de pessoas com deficiência com maior grau de dependência. Introduzimos brevemente apontamentos sobre a necessidade de se pensar a defesa de uma política nacional

de cuidado, e consideramos que os assistentes sociais, somados aos usuários e a outros setores, possam contribuir para a instituição e construção desta política, aproveitando o momento em que este debate se encontra em pauta no cenário brasileiro.

Ressaltamos como as entidades da categoria profissional, tais como o conjunto CFESS/CRESS têm estado atenta e se posicionado na defesa dos direitos das pessoas com deficiência, podendo ser norteadores de debates e intervenções junto aos usuários. A efetivação dos direitos das pessoas com deficiência é em grande parte materializada nas ações dos profissionais que atuam diretamente junto a esta população. Daí a importância da valorização e capacitação das equipes do SUAS, do SUS, e de diversas outras políticas sociais, bem como o fortalecimento destas mesmas políticas através de investimentos em uma estrutura robusta e abrangente da rede socioassistencial.

Conforme Mota (2017), a reprodução das relações sociais não é somente a reprodução material da vida e dos sujeitos, mas de todos os fios que tecem a sociedade, inclusive o que ela possui de contradições. Neste sentido, é fundamental que o assistente social, como um importante agente do fortalecimento de mudanças nas relações sociais, aproprie-se das discussões acerca da deficiência, das atitudes consideradas capacitistas, para que, atento aos princípios de seu Código de Ética Profissional, possa pautar suas ações no “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”. (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL. PRINCÍPIO IV. 1993).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. As políticas de cuidado no País da Desigualdade. [S.l.] **Fundação Perseu Abramo**. 25 de outubro de 2021. 1 vídeo [1h:06 min]. *[LIVE]*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YD5R6V3rGaw>. Acesso em: 25 out. 2021.

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. – 5 ed. São Paulo: Cortez. 2016.

AFRO, Publio Terêncio. **Heautontimorumenos**. [s.l.] [163 d.C. ?]

ALVES, C.; FORTUNA, C.M.M.; TORALLES, M.B.P. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. IN: **Gaz. méd. Bahia** 2005;75:1(Jan-Jun):92-115. Disponível em: <http://gmbahia.ufba.br/ojs/index.php/gmbahia/article/view/355> Acesso em: 05/05/2020

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. 1996. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em 21/08/2021.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p.

ANTUNES, Ricardo (org.). **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

ANTUNES, Ricardo. DRUCK, Graça. A terceirização como regra? IN: **Rev. TST**, Brasília, vol. 79, no 4, out/dez 2013. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1

ARANTES, M. F. Discriminação contra a pessoa com deficiência. Caderno 7 Série **Assistente Social no combate ao preconceito** DF: CFESS. 2019.

ATAÍDE, Marlene Almeida. Um diálogo com a história oral: limites ou possibilidades de se fazer pesquisa qualitativa? IN: **SINAIS UFES** 2016, p. 148 – 167 Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/sinais/article/view/13198>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124. 2015.

_____. O que é preconceito? **Caderno 1 Série Assistente Social no combate ao Preconceito**. DF: CFESS, 2016.

_____. Fundamentos Éticos do Serviço Social. In: **CFESS. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Unidade III. Brasília: CFESS, 2009. v. 1.

BEHRING, E. R. A contra-reforma do Estado Brasileiro: Projeto e Processo. IN: **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003. P. 171-212.

_____. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social: direitos profissionais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7.ed. – São Paulo: Cortez, 2010. V. 2, P.36-46

BEHRING, E. R. .Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreforma no Brasil da redemocratização. **Anais do XVI ENPESS**. 2018. Disponível em: <HTTPS://periódicos.ufes.br>

BELO HORIZONTE. **ESTATUTO SOCIAL DA REDE CIDADÃ**.2017. Disponível em: <https://www.redecidada.org.br/wp-content/uploads/2019/07/ESTATUTO-SOCIAL-DA-REDE-CIDAD%C3%83-11-de-Dezembro-de-2017.pdf>

BERNARDES, V. Barreiras visíveis e invisíveis às pessoas com deficiência. In: **Capacitismo, precisamos dialogar** – curso online. Juiz de Fora: Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SEDH. 20 de outubro de 2021.

BERNARDO, M.H.J.; OLIVEIRA, T. A dimensão educativo do exercício profissional de assistente social: reflexões sobre o trabalho remoto com idosos em cenário pandêmico. IN: **Diálogos sobre trabalho, serviço social e pandemia** [recurso eletrônico] / organização Ana Lole... [et al.]. – 1. ed. – Rio de Janeiro : Mórula, 2021.

BOSCHETTI; I. BEHRING, E.R. Seguridade Social no Brasil e perspectivas do Governo Lula. IN: **UNIVERSIDADE E SOCIEDADE**. Desmonte e Descaso. DF. Ano XIII, nº 30, jun de 2003, p. 9-21. Disponível em: https://www.andes.org.br/img/midias/8939aafae1ae5adf276da2a7975af5f7_1547840946.pdf.

BRASIL. **Cadernos da Atenção Básica Nº 34**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il.

_____. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). / Luiza Maria Borges Oliveira / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília : SDH-PR/SNPD, 2012. 32 p.

_____. **Código de Ética do Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão – 9. Ed. Brasília: CFESS, 2011.

_____. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007)**. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 Jul. 2008: decreto nº 6.949, de 25 Ago. 2009. -- 4. ed., rev. e atual. – Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. 100p.

_____. **IBGE**, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Cadastro e Classificações, Cadastro Central de Empresas 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/pesquisa/35/29951>

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>

_____. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil** / compilado por Mário Cléber Martins Lanna Júnior. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. 443p. : il. 28x24 cm.

_____. Lei N. 7853, de 24 de Outubro de 1999. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm.

_____. Lei **10.098**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Casa Civil. 19 dez. 2000. **Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10098.htm

_____. **Lei 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília - DF. 06 Abr. 2001 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 06/05/2020

_____. **LOAS Anotada**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Brasília, 2009.

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília/DF:MDS, 2009. 72 p.

_____. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência : SDH-PR/SNPD, 2013.92 p.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília: MDS, 2004. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf Acesso em: 20 de agosto de 2021.

BRASIL. **Portaria N. 336 – Estabelece três modalidades de CAPS**. Ministério da Saúde. 19 Fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 06/05/2020.

_____. **Portaria GM n. 648**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. 28 mar 2006.

_____. Síntese de Indicadores Sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2020 / **IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 148 p. : il. - (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 43)

_____. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: 2013.

CALDAS, M. D.; BENES, V.S. ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS OFERTADOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: reflexões sobre as demandas e serviços relativos aos usuários do Centro de Referência de Assistência Social Terra Nova – Manaus/AM. IN: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luis – MA. Brasil. 2013. 9p.

CARVALHO, P.H. **Comissão debate restabelecimento do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Agência Câmara de Notícias. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/812327-comissao-debate-restabelecimento-do-conselho-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/>

CAVALCANTE, R.B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método**. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/10000/10871.

CFESS. 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Dia Internacional da Pessoa com Deficiência. Um longo caminho para efetivar direitos. **CFESS Manifesta**. Brasília: 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/editor/./arquivos/cfessmanifesta2012_pessoacomdeficienciaFINAL.pdf.

_____. Assistentes Sociais dizem não para os retrocessos aos direitos e às políticas sociais das pessoas com deficiência e da pessoa idosa. **CFESS Manifesta**. Edição Especial. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1417>

_____. **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional / Conselho Federal de Serviço Social (org); colaboradores Rosa Prêdes... [et al.]**-- Brasília: CFESS, 2005.

CFESS defende revogação do Decreto Nº 10.502/2020. Conselho Federal de Serviço Social. Outubro de 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1761>
CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

_____. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social** / Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). -- Brasília, CFP/CEFESS, 2007. 52 p.

CHAVES, Telma Souza. **ESTUDO DE CASO - A CIDADE DE JUIZ DE FORA MG - SUA CENTRALIDADE E PROBLEMAS SÓCIO-ECONÔMICOS**. Rev. GEOMAE. Campo Mourão, PR v.2n.e.1 p.155 - 170 2ºSem 2011. Disponível em: http://rpem.unespar.edu.br/index.php/geomae/article/viewFile/150/pdf_33

CONFERÊNCIA Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais– LGBT, 2, 2011. **Anais**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IIConferenciaNacionaldePoliticaseDireitosHumanosLGBT.pdf>

CONFERÊNCIA Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 4, 2016. Brasília. **Anais**. 59 p. Tema: Os desafios na implementação da política da pessoa com deficiência: A transversalidade como radicalidade dos direitos humanos. Disponível em: <https://www.sds.sc.gov.br/index.php/conselhos/conede/conferencias/4-conferencia-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/2109-anais-da-4-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia>.

CONHEÇA o cenário da Inclusão de PcD no Brasil . Ação Social para Igualdade das Diferenças. **ASID**. Brasil. 29 jan. 2019. Disponível em: <https://asidbrasil.org.br/br/conheca-o-cenario-da-inclusao-de-pcd-no-brasil/>. Acesso em: 08/08/2021.

CONTRIBUIÇÕES para um exercício profissional comprometido com a defesa dos direitos humanos. **Conselho Regional de Serviço Social 7ª Região** / Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/cartilha-dh2013.pdf>

COSTA. F. **Instrumentalidade do Serviço Social: Dimensões Teórico-Metodológica, Ético-Política e Técnico-Operativa e Exercício Profissional**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008

COSTA, G.M.C. Demandas de portadores de deficiência e intervenção do assistente social no ambulatório do HU-UFJF. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.17, n.2, p. 115-136, ago. a dez. / 2017

COSTA, J.D; ALFAZ, A. Intersetorialidade no Terceiro Setor e o Papel do Assistente Social como articulador de rede socioassistencial. **Caderno Humanidades em Perspectivas**, Curitiba, v. 5, n.10, p. 90-102, 2021.

COUTINHO, C.N. Cidadania e Modernidade. São Paulo: **Revista Perspectivas**, n. 22, 1999. P. 41-59.

DAL PRÁ, K.R. ET AL. O direito à assistência social: reflexões sobre a judicialização do Benefício de Prestação Continuada e o acesso aos níveis de proteção do SUAS. **O Social em Questão** - Ano XXI - nº 41 - Mai a Ago/2018. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_SL1_Pra_Gon%C3%A7alves_Wiese_Mioto.pdf

DAMARES deve responder por que suspendeu Conade. **Sindicato dos Bancários e Financeiros de São Paulo, Osasco e Região**. 2019. Disponível em: <https://spbancarios.com.br/03/2019/damares-deve-responder-por-que-suspendeu-conade>

DIAS, A. Por uma genealogia do capacitismo: da eugenia estatal à narrativa capacitista social. In: **Anais do II Simpósio Internacional de Estudos sobre Deficiência**; 2013; São Paulo.

DiMARCO, Victor. **Capacitismo: o mito da capacidade**. Belo Horizonte: Letramento, 2020.

DRAIBE, Sonia Miriam. As políticas de combate à pobreza na América Latina. IN: **São Paulo em Perspectiva**, 4(2), 16-24, abril/junho 1990

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Política de Assistência Social e Serviço Social: Dilemas e Desafios da Intervenção Profissional. Em: **LIBERTAS – Revista da Faculdade de Serviço Social – UFJF**. v. 11 n. 1 (2011): (jan. jul. 2011).

_____. **Sociedade civil e democracia: Um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007, 240p.

_____.; MONTAÑO, C. **Estado, Classe e Movimento social**. -3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011

EIRAS, A. A. T. L. S. Problematizações acerca do trabalho com grupos no Serviço Social. **Libertas**, Juiz de Fora, v.1 n.2. jul-dez 2011.

EL – ABED, Naila Muhammad. Atuação do Profissional do Serviço Social na Educação Especial. **Educação, Psicologia e Interfaces**, vol. 1, n. 1, p. 44-56, 2017.

EM CARTA À ONU, governo Bolsonaro insiste na extinção de parte dos conselhos de participação social. **Revista Fórum**. 21 de Agosto de 2019. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/bolsonaro/em-carta-a-onu-governo-bolsonaro-insiste-na-extincao-de-parte-dos-conselhos-de-participacao-social/>

EUFRÁSIO, A. O preconceito moral contra beneficiários(as) do programa bolsa família: uma das expressões do neoconservadorismo no Brasil. IN: **Ética, direitos humanos e neoconservadorismo** / Maria Lúcia Silva Barroco.- São Paulo : EDUC, 2021. 214 p. ; 24 cm - (Série serviço social)

FERNANDES, F.H.; MOREIRA, T. O. A nova definição Constitucional de Pessoa com Deficiência produto do diálogo com o Direito Internacional e suas implicações no ordenamento jurídico brasileiro. IN: **Revista do Direito Internacional dos Direitos Humanos** – REDIDH – UFRJ: Rio de Janeiro . v.2, n.1, jan-jun 2014. P 42-76.

FERREIRA, S S. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 144 p.

FILGUEIRAS, L. GONÇALVES, R. **A economia política do Governo Lula**. São Paulo, Contraponto, 2003.

FREITAS, M. N. C. **A Inserção de Pessoas com Deficiência em Empresas Brasileiras: Um Estudo sobre as Relações entre Concepções de Deficiência, Condições de Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho**. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FREITAS, Tais Pereira de. Serviço Social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 30-49, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000100003>.

FONSECA, T.M.A. A deficiência no interior da política de assistência social: um balanço sócio-histórico. **O Social em Questão** - Ano XVII - nº 30 – 2013. P. 327-352

GENTIL, D.L. Ajuste fiscal, privatização e desmantelamento da proteção social no Brasil: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015). **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**. UFES, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas 2008. 6º Ed

GIOVANELLA, L. ET AL. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Perspectivas. Cadernos de Saúde Pública [online]**. V. 35, n. 10. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>.

GÓIS, T. B.; SANTOS, S.C.A; SANTOS, E. O. O Serviço Social como mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais. **Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas**. N. 2, ano I, 10/2012. UFVJM – MG.

GOMES, F. A. O projeto Profissional do Serviço Social na Defesa e Garantia de Direitos da Pessoa com Deficiência: Espaço de resistência e luta na cidade de São José dos Campos. **Tese de Doutorado**. USP, São Paulo: 2016

GOMES, N.A.; DINIZ, C.A.S. Teoria e Prática no Serviço Social: uma reflexão sobre a identidade profissional do assistente social e os desafios contemporâneos. **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte: CRESS, 2013.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999.

GOVERNO Federal implementa grupo de trabalho para criação de Política Nacional de Cuidados. **Governo Federal**, 22/03/2021. Disponível em: [Governo Federal implementa grupo de trabalho para criação de Política Nacional de Cuidados — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Brasília, CFESS, ABEPSSCEAD – UNB, 2000.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GURGEL, C. R. M. Para além da reforma do estado - crises e limites da razão liberal. IN: **Administração Pública e Gestão Social**, 9(3), jul.-set., 2017, 159-170

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

HISTÓRIA do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. [s.l.] [s.n.], 2010. 1 vídeo (61 min.). Publicado pelo canal Franco Groia em 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/results?search_query=movimento+pol%C3%ADtico+das+pessoas+com+defici%C3%Aancia+no+brasil+

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. São Paulo:, Cortez, 2001.

_____. **Os Espaços Sócio-ocupacionais do Assistente Social**. CFESS, ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. 8º Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

_____. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 13-38, jan./abr. 2017

_____. As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. Trajetórias e Desafios. IN: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. MOTA (org). São Paulo: CORTEZ, 2018.

_____; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 26 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

JUIZ DE FORA. **Decreto do Executivo 11342 / 2012**. Regulamenta a Lei nº 10.410, de 20 de março de 2003, que dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida no Município de Juiz de Fora/MG. Prefeitura de Juiz de Fora Disponível em: <https://jflgis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000035491>

_____. **LEI N.º 13.515** - Dispõe sobre passe livre no transporte coletivo urbano para pessoas com deficiência no Município de Juiz de Fora. 26 maio 2017. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=53878

_____. **LEI Nº 14.159, DE 31 DE JANEIRO DE 2021** - Altera a Lei nº 9.212, de 27 de janeiro de 1998, a Lei nº 10.589, de 21 de novembro de 2003, e a Lei nº 13.830, de 31 jan. 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/j/juiz-de-fora/leiordinaria/2021/1416/14159/lei-ordinaria-n-14159-2021-altera-a-lei-n-9212-de-27-de-janeiro-de-1998-a-lei-n-10589-de-21-de-novembro-de-2003-e-a-lei-n-13830-de-31-de-janeiro-de-2019>

KNOPP, L.C.O. **O processo de feminização do trabalho e as implicações para saúde da mulher trabalhadora**: análise das pesquisas em Serviço Social. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

LANHOSO, Camila Americano. **ENTENDENDO O CAPACITISMO**. Portal SER-DH, 2021. Disponível em: <https://serdh.mg.gov.br/repositorio-artigos/artigo/entendendo-o-capacitismo>. Acesso em: 27, julho, 2021.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 maio 2020.

LIMA, T.C.S; MIOTO, R. C.; K. R. DAL PRÁ. **A Documentação no Cotidiano da Intervenção dos Assistentes Sociais**: algumas considerações acerca do diário de campo. In: Revista Textos e Contextos. Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 93 a 104, 2007

LOURENÇO, A.; GONÇALVES, P.A. O trabalho de assistentes sociais nas instituições filantrópicas em tempos de pandemia. IN: **Diálogos sobre trabalho, serviço social e pandemia** [recurso eletrônico] / organização Ana Lole ... [et al.]. – 1. ed. – Rio de Janeiro : Mórula, 2021.

MACHADO, A. C. G; STAMPA, I. Precarização do trabalho no cenário pandêmico e seus impactos sobre a classe trabalhadora. Em: **Diálogos sobre o trabalho, Serviço Social e Pandemia**. Ana Lole ET AL (org). Rio de Janeiro: Mórula, 2011. P. 41-51.

MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. Práticas em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. Em: **Rev. Rene. Fortaleza**, v.10, n.4, p. 165-172. Out-dez. 2009.

MARTINS, B.S; FONTES, F; HESPANHA, P. BERG, A. A emancipação dos estudos da deficiência. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], 98 | 2012, colocado online no dia 06 Junho 2013, criado a 16 Janeiro 2016. URL : <http://rccs.revues.org/5014> ; DOI : 10.4000/rccs.5014

MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, Out. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001003265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Ago. 2020. <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: DESLANDES, Suely Ferreira ET AL (orgs). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOLJO, C.B.; CUNHA, A. M. Serviço Social e cultura: considerações acerca das concepções de cultura na trajetória da profissão no Brasil desde a sua gênese até os anos 1990. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4, n.1, p. 78 - 104, jul-dez / 2009

MOLJO, C.B.; Mendes, D. L. de P., Viana, L. M., Rodrigues, C. R. S., Silva, P. C. da, & Pimenta, F. de O. (2020). O exercício profissional do assistente social nos CRAS:: aproximações para análises críticas. *Principia: Caminhos Da Iniciação Científica*, 18(1), 13. <https://doi.org/10.34019/2179-3700.2018.v18.29855>

MOLJO, C. B et AL. Serviço Social e Assistência Social: uma análise a partir dos parâmetros para atuação do Assistente Social na Política de Assistência Social. In: MOLJO, C. B; SANTOS, C.M (orgs) **Serviço Social e Questão Social: Implicações no mundo do trabalho e no exercício profissional do assistente social em Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Ed UFJF, 2014. P. 153-176

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. Intersetorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. Em: **A Intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais**. MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, G. (org). Campinas, SP: Papel Social. 2014. P. 41-54

MORENO, Renata. As políticas de cuidado no País da Desigualdade. [S.l.] **Fundação Perseu Abramo**. 25 de outubro de 2021. 1 vídeo [1h:06 min]. *[LIVE]*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YD5R6V3rGaw>. Acesso em: 25 out. 2021.

MOTA, A.E. Serviço **Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante**. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Número 20 – 2007. P.127-139

_____. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: **Serviço Social e saúde. Formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília< DF; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. Ana Elizabete Mota...[ET AL] , (orgs).

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. IN: **Temporalis** / Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano. 2, n. 3(jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011. 8. Ed.

_____. III CBAS: algumas referências para a sua contextualização. IN: **30 Anos do Congresso da Virada** / Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (organizador), Conselho Regional de Serviço Social - S. Paulo (CRESS- 9a. Região), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) (co-organizadores). – Brasília, 2009. 272 p.; 23 cm.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2009

OLIVEIRA, E.M.A.P; CHAVES, H. L. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0143.pdf>

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. **Estratégias e Táticas. Reflexões no campo do Serviço Social.** 1 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. 216p.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Da administração pública burocrática à gerencial. In: PEREIRA, L. C. B; SPINK, K. (orgs). **Reforma do Estado e administração pública gerencial.** Tradução Carolina Andrade. – Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas.** Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. A Intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. IN: **A Intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais.** MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, G. (org). Campinas, SP: Papel Social. 2014. P. 77-103

PEREIRA, Raimundo José. **Anatomia da Diferença:** Uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006. 174p.

PICCOLO, G. M. Contribuições a um pensar sociológico sobre a deficiência. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 34, n. 123, p. 459-475, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302013000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302013000200008>.

_____.; MENDES, E.G. **Sobre formas e conteúdos:** a deficiência como produção histórica. IN: PERSPECTIVA, Florianópolis, v. 31, n. 1, 283-315, jan./abr. 2013.

PIZZINATO, Adolfo et al. Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 23, n. 2, p. 145-156, jun. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200006&lng=pt&nrm=iso>.

PORTUGAL. Organização Mundial da Saúde. **CLASSIFICAÇÃO Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde.** Lisboa: 2004. 238 p.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. IN: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: CLACSO, 2005. P.117-142. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_QUIJANO.pdf. Acesso em 28/06/2020.

RAICHELIS, Raquel. **Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no Serviço Social. In: Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** V. 2. p. 11-42. Brasília, CFESS, 2020.

_____. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 104, p. 750-772, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000400010>.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 107, p. 420-437, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 30 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000300003>.

_____. Polêmicas teóricas na análise marxiana do trabalho no Serviço Social. IN: **EM PAUTA.** Rio de Janeiro: 2018. N. 41, v. 16, p. 154-170

RAMOS, T.D. **Reflexões acerca da dimensão socioeducativa do trabalho profissionnal do assistente social:** Uma análise crítica a partir do cotidiano profissional nos Centros de Referência de Assistência Social de Juiz de Fora. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social – UFJF. Juiz de Fora, 2019.

RELATÓRIO Mundial sobre a Deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : **SEDPeD**, 2012. 334 p.

ROSA, Sueli Marques. A justiça Divina e o Mito da Deficiência Física. IN: **Estudos Vida e Saúde.** PUC: Goiânia, v.31, n. 1 / 2, p. 9-19, jan./fev. 2007. Disponível em: seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/304/245. Acesso em: 28 fev 2022.

SALVADOR, E. Fundo Público e Políticas Sociais na Crise do Capitalismo. IN: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 104, pag. 605-631. Out/dez 2010

SANTOS. Cláudia Mônica. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. In: A dimensão Técnico-Operativa no Serviço Social. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais – CRESS 6º R. **Conexão Geraes.** N°3 Ano 2 – 2013. P.25-30

SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (orgs). **A dimensão técnico operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** Juiz de Fora, Editora UFJF, 2012. P. 39-68.

SANTOS, C. M.; NORONHA, Karine. O Estado da Arte sobre os Instrumentos e técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social – uma perspectiva crítica. IN: GUERRA, Y E FORTI, V. **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos.** Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2010.

SANTOS, J. W. B. Flexibilização e precarização do trabalho no desmonte da política de assistência social. **Revista Ser Social.** Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

SANTOS, J. W. B.; SILVA, S.S.S. Demandas institucionais e respostas profissionais no Sistema Único de Assistência Social: novas aproximações. IN: **Temporalis**, Brasília (DF), ano 18, n. 36, p. 306-319, jul./dez. 2018

SANTOS, R. T. O neoliberalismo como linguagem política da pandemia: a Saúde Coletiva e a resposta aos impactos sociais. IN: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.30(2). 2020.

SANTOS, Wederson Rufino. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [3]: 501-519, 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300008&lng=en&nrm=iso

_____. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 10 [Acessado 29 Maio 2019] , pp. 3007-3015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>.

SASSE, Cintia. **Capacitismo**: subestimar e excluir pessoas com deficiência tem nome. Senado Notícias, 2020. Disponível em: [Capacitismo: subestimar e excluir pessoas com deficiência tem nome — Senado Notícias](#). Acesso em: 20/03/2021.

SATO, C.S.; MOREIRA, F.P. É (NEO)FASCISMO? O DEBATE SOBRE AS CONFIGURAÇÕES ATUAIS DA EXTREMA DIREITA NO BRASIL. IN: **Ética, direitos humanos e neoconservadorismo** / Maria Lúcia Silva Barroco.- São Paulo : EDUC, 2021. 214 p. ; 24 cm - (Série serviço social)

SENNA, M.C.M; LOBATO, L.V.C; ANDRADE, L.D. Proteção Social à Pessoa com Deficiência no Brasil Pós-Constituinte. IN: **Ser Social**. Brasília, v15, n32, p. 67-73. 2013.

SILVA, A.B.; BRITES, C.M.; OLIVEIRA, E.C.R.; BORRI, G.T. **A Extrema Direita na Atualidade**. Em: **Ética, direitos humanos e neoconservadorismo** / Maria Lúcia Silva Barroco.- São Paulo : EDUC, 2021. 214 p. ; 24 cm - (Série serviço social)

SILVA; L.C.T.; DUARTE, M.J.O. Território, Rede e Saúde Mental: o Trabalho Profissional do Serviço Social no Processo de Trabalho do Apoio Matricial. IN: BARCELLOS, W.S.; DIAS, T.G.; H.A.V. (org.) **O exercício profissional do Serviço Social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2018. P.117-134

SILVA, R. T. F. da; et. al. **Políticas sociais no Brasil: no neoliberalismo ao governo Temer**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz/Maranhão. Agosto 2017.

SIMIONATTO, Ivete. **Crise, reforma do Estado e políticas públicas**: implicações para a sociedade civil e para a profissão. Florianópolis, 1997.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão Pública e Democracia**: a Burocracia em questão. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, 262p.

SPEROTTO, Neila. **Teoria e metodologia**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009.152 p.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013

SPOSATI, A.; ET AL. **Assistência Na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras**. Uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 2014. 12 ed.

TEIXEIRA, S.M.F.; PINHO, C.E.S.; Liquefação da rede de proteção social no Brasil autoritário. IN: **R. Katálysis**., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 14-42, jan./abr. 2018

TIEMI, C; FREITAS, P. Economicamente inviável: cortes de Bolsonaro e Guedes não geram crescimento. **Brasil de Fato**. 24 de Julho de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/07/24/economicamente-inviavel-cortes-de-bolsonaro-e-guedes-nao-geram-crescimento/>.

TRINDADE, R.L.P. Desvendando as determinações socio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. IN: **Temporalis, Brasília: ABEPSS** n 04 ano 2 , 2001.

VASCONCELOS, A. M.. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: **Em Pauta-Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**-n.10. Rio de Janeiro, 1997.

VASCONCELOS. Eymard Mourão. **Educação Popular e atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec 2006. 3 ed.

VAZ; V.C.S.; ET. AL. Direitos humanos da pessoa com deficiência no Brasil: paradoxo da conquista de direitos. IN: **ANAIS** do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS. V.16. N.1 (2018), Vitória.

VENDRAMIN, Carla. Repensando Mitos Contemporâneos: o Capacitismo. **Anais do III Simpósio Internacional Repensando Mitos Contemporâneos**. UNICAMP: 2019. P. 16-25. Disponível em: <https://www.publionline.iar.unicamp.br/index.php/simpac/issue/view/112/showToc>. Acesso em 26/08/2021.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 2000. 2 ed.

WALBER, V. B; SILVA, R.N. As práticas de cuidado e a questão da deficiência: integração ou inclusão? IN: **Estudos de Psicologia**. Campinas: SP, 2006. P. 29-37.

WOBETO, S.L; BORELLI, V. **Construção jornalística da pessoa com deficiência e a ênfase na superação**. 10º Encontro Nacional de Jovens Pesquisadores em Jornalismo (JPJOR) 3 a 6 de Novembro de 2020. Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo. Pag. 1-14. Disponível em: <http://sbpjour.org.br/congresso/index.php/jpjour/jpjour2020/paper/viewFile/2539/1611>. Acesso em 27/08/2021.

WOOD, E. M. O que é a agenda pós-moderna? In: WOOD, E.M. & FOSTER, J. B (orgs). **Em defesa da História** – marxismo e pós-modernismo. RJ: Zahar, 1999.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

_____. O significado sócio-histórico da profissão. IN: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. P. 126-139.

_____. A dimensão política do trabalho do assistente social. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014.

_____. Sistema de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. IN: MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, G. **A intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. P. 77-103.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



O Serviço Social no atendimento às Pessoas com Deficiência: uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora

Forma de realização da entrevista () presencial () vídeo-chamada

Local de Realização da Entrevista:

Data: ____ / ____ / ____ . Entrevistador (a): _____

1. Nome Completo:

2. Idade: _____
3. Sexo: _____
4. Onde se graduou?
5. Ano em que se graduou:
6. Fez algum curso de capacitação após a graduação? Se sim, qual?
7. Tem relação direta com seu trabalho profissional?
8. Qual seu vínculo empregatício nesta instituição?
9. Há quanto tempo atua nesta instituição?
10. Foi uma opção trabalhar com pessoas com deficiência?
11. Quais são as principais demandas que você identifica que as pessoas com deficiência apresentam ao Serviço Social? Tem algum registro sobre as demandas?
12. Quais são suas principais ações em resposta a estas demandas e os instrumentos que utiliza?
13. Existem demandas não atendidas? Você poderia enumerar algumas delas e os motivos para o não atendimento?
14. Como as pessoas com deficiência chegam até o serviço?
15. Como você definiria uma pessoa com deficiência?
16. Você tem conhecimento acerca das legislações referente às pessoas com deficiência?

17. Como os usuários compreendem o trabalho profissional neste espaço? P.C.D
18. Você considera que a profissão de Serviço Social vem contribuindo com os sujeitos com deficiência? Como? P.C.D
19. A sua instituição trabalha em rede? Se sim, como você avalia o trabalho em rede no que tange ao atendimento à pessoa com deficiência?
20. Você poderia descrever um dia comum de seu trabalho? (Rotina)
21. Você tem realizado no último ano leituras que a auxiliaram para a realização do trabalho profissional? Quais?
22. Você poderia dar um exemplo de uma situação marcante vivenciada durante o trabalho junto à pessoa com deficiência?
23. Em sua opinião, qual é ou quais são os principais entraves que podem dificultar a assistência às pessoas com deficiência?
24. De que maneira as ações ofertadas podem ser melhoradas e/ou fortalecidas?
25. Você gostaria de deixar registrado algum comentário não contemplado nas perguntas anteriores?

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa de Mestrado “O Serviço Social no atendimento às Pessoas com Deficiência: uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora”, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Este projeto foi aprovado em banca de qualificação na Faculdade de Serviço Social e também autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa perpassa pelo entendimento que o trabalho do assistente social, nos mais variados espaços de inserção, é atravessado por inúmeras questões, possibilidades e desafios que são postos e repostos cotidianamente. Diante dos dados sobre o contingente populacional que possui alguma deficiência, e reconhecendo esta como uma expressão da questão social, cabe aprofundar esta temática, as contradições e implicações que a tangenciam, tanto em relação aos aspectos pertinentes à intervenção do assistente social, quanto em relação às questões subjetivas e objetivas que dizem respeito às pessoas com deficiência.

Nesta pesquisa pretendemos conhecer o trabalho do assistente social em instituições do município de Juiz de Fora, no âmbito da Política de Assistência Social especificamente na Proteção Social Básica e de Média complexidade, no atendimento a pessoas com deficiência, com vistas à identificação das demandas trazidas pelo público atendido e as ações profissionais decorrentes em resposta a tais demandas.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades: realização de entrevista estruturada, guiada por um roteiro de perguntas acerca de questões pertinentes ao seu exercício profissional junto a pessoas com deficiência. A pesquisa será gravada em formato de áudio e transcrita pela própria pesquisadora, com o seu consentimento, para possibilitar maior fidedignidade no trato das informações. Toda pesquisa envolvendo seres humanos contém riscos (Res. 466/2012), e no caso desta os riscos são considerados riscos mínimos, de ordem emocional/psicológica como stress ou desconforto no momento de responder às perguntas. Outro risco refere-se ao momento após a conclusão e publicização da pesquisa, pois embora sua identidade e seu local de trabalho não sejam revelados, não há garantia plena de que estes não possam ser em algum momento identificados por indução.

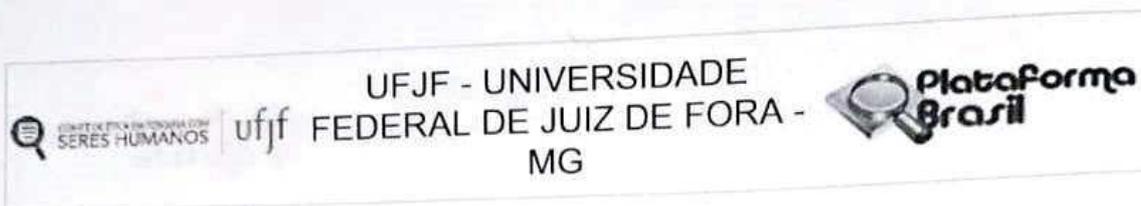
Assim, a quebra de sigilo é um risco comum a todas as pesquisas com seres humanos, ainda que aconteça de forma involuntária e não intencional. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, tomarei medidas para que você se sinta o mais confortável possível durante a entrevista, inclusive para não responder a alguma pergunta se assim desejar. Seu nome e o nome da instituição em que trabalha não serão revelados ou identificados, pois usaremos estratégias de anonimato. Não existem benefícios diretos aos participantes. A pesquisa pode ajudar a médio e longo prazo na possibilidade de análise sobre as dimensões do fazer profissional, suas potencialidades e os principais desafios colocados, bem como uma aproximação do conhecimento sobre o público alvo de sua intervenção, a partir de um esboço das demandas colocadas e das ações elaboradas em resposta a tais demandas. Espera-se que a reflexão sobre o trabalho profissional junto às pessoas com deficiência possa fortalecer a luta pelos direitos desta população, bem como colaborar para o aprimoramento e planejamento de políticas públicas.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano causado por atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética/UFJF

 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	 UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: O Serviço Social no atendimento às Pessoas com Deficiência: uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora										
Pesquisador: Giselle Mara Cardoso da Costa										
Área Temática:										
Versão: 3										
CAAE: 37713720.5.0000.5147										
Instituição Proponente: Faculdade de Serviço Social										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 4.372.715										
Apresentação do Projeto:										
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.										
"O presente projeto de pesquisa é oriundo da dissertação de mestrado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF, aprovado em banca de qualificação no ano de 2019. Tem como objeto estudo a análise trabalho do assistente social – com foco nas demandas e respostas de sua intervenção profissional - no atendimento à pessoa com deficiência no município de Juiz de Fora, em instituições componentes da proteção social, no âmbito da Assistência Social. Objetiva principalmente conhecer o trabalho do assistente social, as principais demandas e as respostas no atendimento à pessoa com deficiência, buscando elencar as perspectivas e desafios da intervenção profissional. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, que busca uma visão geral e aproximativa do problema a ser pesquisado. O caminho metodológico traçado parte da revisão de literatura acerca do objeto estudado, buscando artigos e teses na base de dados da CAPES, bem como fonte de dados secundária relativas ao Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010, e posteriormente para a coleta de dados através de entrevistas a serem realizadas com profissionais da área guiadas por roteiro.".										
Objetivo da Pesquisa:										
Objetivo Primário: Conhecer o trabalho do assistente social em instituições do município de Juiz de										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N</td> <td style="border: none;">CEP: 36.036-900</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: SAO PEDRO</td> <td style="border: none;">Município: JUIZ DE FORA</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: MG</td> <td style="border: none;">E-mail: cep.propesq@uff.edu.br</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (32)2102-3788</td> <td style="border: none;">Fax: (32)1102-3788</td> </tr> </table>			Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900	Bairro: SAO PEDRO	Município: JUIZ DE FORA	UF: MG	E-mail: cep.propesq@uff.edu.br	Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900									
Bairro: SAO PEDRO	Município: JUIZ DE FORA									
UF: MG	E-mail: cep.propesq@uff.edu.br									
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788									
Página 01 de 05										



Continuação do Parecer: 4.372.715

Fora inseridas na Política de Assistência Social, no âmbito da Proteção Social, no atendimento a pessoas com deficiência, com vistas a identificação das demandas trazidas pelo público atendido e as ações profissionais decorrentes em resposta a tais demandas.

Objetivo Secundário:

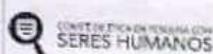
- Identificar o trabalho do assistente social, suas particularidades, mediações, a partir das demandas apresentadas pelos usuários;
- Identificar se as demandas são atendidas, e de que forma isto procede;
- Elencar as perspectivas e os desafios do trabalho profissional em instituições de atendimento a pessoas com deficiência na política de assistência social, reconhecendo de que forma afeta as condições de vida e corrobora para a efetivação do acesso aos direitos das mesmas;
- Refletir sobre o trabalho do assistente social na contemporaneidade, considerando as particularidades históricas, sociais e culturais do capitalismo em seu estágio imperialista e as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da práxis profissional;
- Refletir criticamente acerca da questão da deficiência em nossa sociedade, com um horizonte teórico pautado pelo modelo social da deficiência, bem como a discussão acerca das políticas públicas brasileiras concernentes a pessoa com deficiência no contexto do capitalismo contemporâneo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"O risco da pesquisa é considerado risco mínimo e pode ocorrer no momento da publicização dos dados, pois embora a identidade e o local de trabalho dos sujeitos não sejam revelados - uma vez que nos utilizaremos de estratégias de anonimato - não há garantia plena de que estes não possam ser em algum momento identificados por indução. Dessa forma, a quebra de sigilo é um risco comum a todas as pesquisas com seres humanos, ainda que aconteça de forma involuntária e não intencional. (Gradação de Riscos – CEP/UFJF). Os riscos que podem ocorrer no momento de aplicação do questionário são de ordem psicológica/ emocional, devido a situações que podem ser gerada tais como stress, desconforto, cansaço em responder as perguntas. Não existem benefícios diretos aos participantes. A médio e longo prazo, os benefícios desta pesquisa são expressos na possibilidade de análise sobre as dimensões do fazer profissional, suas potencialidades e os principais desafios colocados, bem como uma aproximação do conhecimento sobre o público alvo de sua intervenção, a partir de um esboço das demandas colocadas e das ações elaboradas em resposta a tais demandas.

Espera-se que a reflexão sobre o trabalho profissional junto às pessoas com deficiência possa fortalecer a luta pelos direitos desta população bem como o aprimoramento de políticas públicas e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



ufjf

UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



Continuação do Parecer: 4.372.715

o planejamento de ações profissionais.”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Em acolhimento às medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a fim de priorizar a saúde da comunidade com o distanciamento social, (medida considerada a mais eficiente para frear a propagação do coronavírus e a disseminação da pandemia de Covid19), apresentará a(s) declaração(ões) de concordância e infraestrutura e a Folha de Rosto posteriormente, comprometendo-se em declaração de próprio punho a encaminhar ao CEP, por NOTIFICAÇÃO, o(s) documento(s) com as devidas assinaturas assim que a presente situação voltar à normalidade. Conforme autoriza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil durante esse período. Vale ressaltar que aprovação está sendo realizada mediante as recomendações da CONEP, que cada instituição têm autonomia de consentir ou não na realização da pesquisa.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

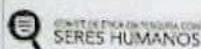
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



ufjf

UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



Continuação do Parecer: 4.372.715

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: janeiro de 2021.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1620862.pdf	30/10/2020 11:27:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO_corrigido2.docx	30/10/2020 11:27:16	Giselle Mara Cardoso da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	08/10/2020 07:28:59	Giselle Mara Cardoso da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	28/08/2020 16:39:58	Giselle Mara Cardoso da Costa	Aceito
Outros	RoteiroparaEntrevista.doc	27/08/2020 22:48:11	Giselle Mara Cardoso da Costa	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.pdf	27/08/2020 22:47:32	Giselle Mara Cardoso da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	27/08/2020 22:44:26	Giselle Mara Cardoso da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

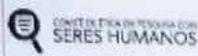
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA COM
SERES HUMANOS

ufjf

UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG

Continuação do Parecer: 4.372.715

JUIZ DE FORA, 30 de Outubro de 2020

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B – Autorização AMAC

Associação Municipal de Apoio Comunitário
Juiz de Fora - Minas Gerais

DECLARAÇÃO

EU **ALEXANDRE OLIVEIRA ANDRADE**, na qualidade de responsável pela "**Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC**", autorizo a realização da pesquisa intitulada "O Serviço Social no atendimento à Pessoa com Deficiência: uma análise das demandas e respostas profissionais nos serviços socioassistenciais do município de Juiz de Fora" a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora "**Giselle Mara Cardoso da Costa**"; e **DECLARO** que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 21 de setembro de 2020.



Alexandre Oliveira Andrade
Superintendente da AMAC

20.439.311/0001-69
ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE
APOIO COMUNITÁRIO - AMAC
RUA ESPÍRITO SANTO, 434
CENTRO - CEP 36010-040
JUIZ DE FORA - MG

ANEXO C – Autorização Departamento de Proteção Social Básica – PJJ

29/10

**JUIZ DE FORA**
PREFEITURA

Memorando Nº 2516/2020/SDS terça-feira, 27 de outubro de 2020

De: Tammy Claret
Secretária de Desenvolvimento Social
SDS

Para: Carla Salomão Ferreira
Subsecretária de Proteção Social, Promoção e Defesa de Direitos
SDS/SSPSD

Assunto: Ref: Memorando nº 2322/2020/SDS - Pesquisa

Prezada Senhora,

Com cordiais cumprimentos, em atenção a solicitação da Sra. Carina Berta Moljo referente a pesquisa a ser realizada pela discente Giselle Mara Cardoso da Costa, regulamente matriculada no PPG sob a matrícula 102150197.

Diante da aceitação por parte da Subsecretaria de Proteção Social, Promoção e Defesa de Direitos, além da manifestação favorável por parte da OSC AMAC, concedo a permissão para a realização da Pesquisa de Campo de Mestrado a ser executada pela discente acima mencionada.

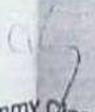
Contudo alguns procedimentos deverão ser tomados, quais sejam:

- Abertura de Processo com o nome da Discente Giselle Mara Cardoso da Costa, com o assunto da pesquisa;
- Deverá ser apresentada a concordância e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF;
- A pesquisa realizada e todas as suas etapas deverão ser acostadas no processo;
- A Gerente do Departamento de Proteção Básica Sra. Luciana Domith ficará responsável como fiscalizadora da pesquisa a ser realizada.

Aproveitamos a oportunidade de informar que qualquer solicitação de pesquisa deverá sempre ter o aval do Gestor desta UG.

É o que temos a manifestar no momento.

Atenciosamente,


Tammy Claret
Secretária de Desenvolvimento Social

M