



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional

A INVISIBILIDADE E A (DES) PROTEÇÃO DO ESTADO: ALGUMAS REFLEXÕES

Perla Cristina da Costa Santos do Carmo¹

Carla da Silva²

Resumo: O trabalho relata a experiência de atuação do serviço social no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Centro de Convivência. Apresenta o conceito de deficiência, como a complexidade das demandas postas para o Serviço Social no seu cotidiano profissional.

Palavras-chaves: deficiência, serviços de saúde, direito à saúde e serviço social.

Abstract: The paper reports on the experience of social service work in the Service of Convivance and Strengthening of Bond – Coexistence Center. It presents the concept of disability, as the complexity of the demands placed on Social Work in its professional daily life.

Key words: disability, health services, right to health and social services.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da atuação profissional como assistente social em um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Centro de Convivência (SCFV). O exercício profissional do Serviço Social está enraizado em um território de contradições e potencialidades, as expressões da questão social como objeto de intervenção, leva a este terreno árido de tramas históricas, da vida individual e coletiva, das microrrelações e das microrrelações, das relações sociais e das relações humanas, portanto, as assistentes sociais “trabalham onde a história se faz” (Martinelli).

A família em destaque nesse relato de experiência é invisível para os dados oficiais e para a cidade, em termos de acesso aos direitos e a proteção social, porque residem na área de preservação ambiental, “densa”. Aliás, existem muitas famílias na mesma situação, de abandono e invisibilidade, que não fazem parte dos 5.000 habitantes dessa área.

Cabe contextualizar que as famílias residem em uma metrópole de grande importância econômica para o Estado de São Paulo³, em uma cidade, que tem em seus

¹ Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, E-mail: perlacristinarj@hotmail.com.

² Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, E-mail: perlacristinarj@hotmail.com.

³ Para fins de proteção, a cidade e o território estudado não serão mencionados, preservando as identidades das pessoas estudadas.

dados oficiais 1.173.370 de habitantes, segundo o IBGE. Com uma área de preservação ambiental de 223 km² de extensão, nessa área ambiental, habitam 5.000 pessoas, dividida entre área urbana e rural. Na parte de preservação mais “densa”, não existem pessoas habitando, oficialmente.

2.O CONTEXTO FAMILIAR

Neste contexto, mora dona Justa, com aproximadamente 81 anos; seu João, com mais ou menos 80 anos – casados, e seu filho Antônio, com mais ou menos 40 anos, este com deficiência mental. As aproximações da idade são baseadas nos relatos dos membros da família, porque ninguém tem nenhum documento de identificação. Dona Justa nasceu em uma casa perto da administração da fazenda, em condições insalubres e precárias. Seu João nasceu, na mesma fazenda, mais perto do pasto, nas mesmas condições da dona Justa.

Cresceram juntos, nas brincadeiras e na “lida do trabalho”. Quando adolescentes, casaram e construíram sua casa, na mesma fazenda, mas em um lugar mais afastado da sede. Seu João continuou trabalhando na fazenda, ora na lavoura, ora na lida do gado. Dona Justa era responsável pelos afazeres da casa e logo do cuidado do seu filho Antônio. Ninguém frequentou a escola e muito menos saíram da sua casa ou da fazenda.

A casa construída pelo casal é composta por 5 cômodos, feita de tijolos e telhas manuais, dividida em dois quartos: um para o casal e outro para seu filho Antônio, sala, cozinha e um quarto para guardar tudo, inclusive os alimentos.

No interior da casa, há pequenos objetos curiosos, bonecas feitas à mão, de sabugo de milho e de palitos de fósforo. Apenas um retrato em preto e branco do casamento e muitas outras coisas. As camas são feitas à mão, com amarrações de troncos de árvores, o “colchão” é um grande saco costurado à mão e cheio de palha. Tem algumas cadeiras de madeira para sentar e uma mesa improvisada. Na cozinha, tem um fogão a gás, doado, mas nunca utilizado pela família, porque não conseguiram aprender a usar. Os alimentos são preparados no fogão à lenha. A geladeira antiga está desligada, porque não tem energia. No cômodo, onde tudo é guardado, tem absolutamente de tudo, desde ferramentas até alimentos guardados em latas vazias de tintas e nas antigas latas de óleo. A água é do poço “caipira”, perfurado manualmente e revestido com tijolos manuais de barro, não tem energia e nem tratamento de esgoto.

As paredes da casa são tingidas de preto, por causa, da fumaça do fogão a lenha, pois as janelas são raramente abertas, com a justificativa que o sol e o vento apagam o fogo e estragam os moveis, especialmente o “colchão”. Ver a casa aberta é um fato raro e comemorado pela equipe de saúde e do SCFV, que não conseguem adentrar na casa, por conta, do odor e da fumaça.

A higiene pessoal é mantida com sabão de pedra, feito com óleo de soja usado, que serve para tudo, lavar o corpo, o cabelo, a louça e as roupas. Os dentes são escovados com os dedos, sem nenhum produto, por conta, desse descuido, seu João tem apenas 4 dentes; dona Justa tem poucos dentes e seu filho Antônio tem apenas dois.

Dona Justa é extremamente magra, “um fio de pessoa”, às vezes não é possível aferir sua pressão arterial com o aparelho de adulto, sendo necessário utilizar o aparelho, para aferição de crianças. Todos os membros da família são extremamente saudáveis, não têm nenhuma doença diagnosticada (a equipe de saúde colhe sangue, afere pressão e faz exames clínicos, todo mês).

Referente ao dinheiro: seu Antônio, ainda trabalha na fazenda, em troca da moradia e da alimentação. Não sabe reconhecer dinheiro. Quando questionado, diz: “que não precisa de dinheiro para viver, que nunca precisou e não quer”.

Com a morte do proprietário da fazenda, seu filho assumiu a administração da fazenda e o “cuidado” dessa família. Leva a cada quinze dias, alimentos que dona Justa pede e às vezes pães, que Antônio gosta muito. Carlos (administrador) relata que tentou refazer a casa que está desmoronando, comprar outros tipos de alimentos e remunerar o seu João, mas a família não aceita. Em conversa com a família, sobre essas mudanças, eles não aceitaram, gerando quebra dos vínculos com a equipe.

Na casa nada pode ser mudado de lugar, nada pode ser tocado ou alterado, qualquer mudança gera muitos conflitos. Tudo precisa ser mantido no lugar que há décadas foi destinado.

Na conversa com a família, percebe-se o cuidado entre eles, a cumplicidade em suas histórias e na forma de vida. Essas histórias são contadas com alegria e orgulho, em sobreviver, até os dias de hoje.

3. É (DES) PROTEÇÃO DO ESTADO OU (RE) ORGANIZA?

A atuação profissional do assistente social na composição da equipe multidisciplinar do serviço especializada do Centro de Reabilitação. E, por fim, algumas possibilidades e desafios percebidos no cotidiano da prática profissional.

3.1. DEFICIÊNCIA

A tentativa de pensar um conceito de deficiência para construção deste trabalho partiu do que foi produzido, a partir da abordagem do modelo médico tradicional e se aproximou da alternativa trazida pela abordagem, a partir do chamado modelo social, passando a deficiência a ser vista para além da lesão que causa uma limitação e sendo discutida a partir das diversas barreiras sociais impostas a este grupo. (Diniz, 2007, p.9-10)

Essa mudança conceitual sobre deficiência, passando de um problema médico, centrado no corpo com impedimentos e limitações para o resultado da opressão social, é um desafio para a formulação de políticas públicas e sociais, pois denuncia a desigualdade imposta a um corpo com impedimentos por ambientes repletos de barreiras. (DINIZ, 2007, p. 11)

Assim, a conceituação de deficiência pela abordagem do modelo social permitiu deslocar o tema do espaço doméstico para o público, passando a ser vista como uma questão de justiça e não mais restrita ao lugar exclusivo do cuidado, sejam médicos ou familiares. (NUSSBAUM, 2007, p. 35)

Os precursores do chamado modelo social da deficiência tiveram influência do materialismo histórico e buscavam explicar a opressão por meio dos valores centrais do capitalismo, tais como as ideias de corpos produtivos e funcionais. (DINIZ, 2007, p. 23)

Na perspectiva do modelo social a deficiência para a ser pensada a partir da relação entre o corpo com limitações e o nível de acessibilidade oferecido pela sociedade (DINIZ, 2007, p. 23). Dessa forma, não está centrada no impedimento sofrido pelo sujeito, mas na capacidade que a sociedade possui de oferecer seu acesso em condição de igualdade, ou em produzir discriminação, opressão e segregação desse sujeito.

O conceito adotado hoje na construção de documentos legais e de orientação nos níveis nacionais e internacionais muito tem se apropriado da discussão proposta a partir da abordagem do modelo social, um marco dessa mudança é a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas de 2006, que definiu pessoa com deficiência em seu Artigo 1º como: “aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.” (ONU, 2006, art. 1º)

A relevância da Convenção está em ser um documento normativo de referência para a proteção dos direitos das pessoas com deficiência em vários países, podendo nortear a

construção das políticas sociais dos países signatários, tanto com relação ao conceito de deficiência, como dos direitos a serem garantidos.

Outro exemplo da construção dos marcos legais a partir da influência do modelo social da deficiência é a revisão realizada pela Organização Mundial de Saúde da Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap de 1980, que culminou na construção e divulgação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde de 2001 (Diniz, 2007, p. 46).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em seu Relatório Mundial sobre Deficiência de 2012, o conceito de deficiência é complexo, dinâmico, multidimensional e questionado. Propõe para discussão do tema não a apresentação de uma dicotomia entre o modelo médico e o modelo social, afirmando que “deficiência não deve ser vista como algo puramente médico, nem como algo puramente social...” (OMS, 2012, p. 4)

A construção da legislação e das políticas públicas no Brasil tem se apropriando desses conceitos em sua constituição, como é o caso da atual estratégia em saúde, baseada na construção de uma rede de cuidado à pessoa com deficiência, reforçando que a atenção em saúde da pessoa com deficiência seja feita como a todos usuários do Sistema de Saúde, por meio da articulação de toda rede de saúde.

3.2. REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A estratégia atual de atenção em saúde proposta pelo Ministério da Saúde para pessoas com deficiência está constituída pela da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência instituída pela Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012.

Sua composição se dá pela por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência, tendo como objetivo geral a ampliação do acesso e qualificação do atendimento, promoção do vínculo dos usuários e familiares aos serviços e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, conforme descritos no primeiro e terceiro artigos da portaria de sua criação. (BRASIL, 2012)

A instituição da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência pelo Ministério da Saúde, com a previsão de aporte de recursos para custeio dos pontos de atenção especializados, trouxe um alento às equipes técnicas e uma expectativa de que poderão investir na qualificação e ampliação da rede de atendimento já ofertado pelo município.

Conforme descrito em seu artigo 2º, para construção desse relato, vale destacar as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: respeito aos direitos humanos com garantia da autonomia, independência e liberdade; promoção da equidade e do respeito às diferenças por meio do enfrentamento aos estigmas e preconceitos; garantia de acesso a serviços de qualidade, com foco na integralidade e interdisciplinaridade; humanização da atenção; estratégias de cuidado diversificados; ações voltadas para o território favorecendo a participação na comunidade e o exercício da cidadania; regionalização da rede de atenção e realização de ações intersetoriais; ações de educação permanente; desenvolvimento do cuidado sob a lógica da construção do projeto terapêutico singular; e desenvolvimento de pesquisa com foco em reabilitação. (BRASIL, 2012)

Além dos objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência citados acima, conforme apresentado em seu artigo quarto, são também objetivos desta: a promoção cuidados em saúde, em especial dos processos de reabilitação; realizar ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências; ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); promover a reinserção das pessoas com deficiência, pelo acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com a política de assistência social; ações voltadas à formação permanente para profissionais de saúde; promover intersetorialmente ações de promoção e prevenção à saúde; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; realizar a regulação e organização das demandas e os fluxos assistenciais; e construir indicadores com a finalidade monitorar e avaliar a qualidade dos serviços da atenção à saúde.

A implantação desta estratégia e funcionamento estão em construção, algumas etapas estão previstas para que seja efetivada, mas por suas diretrizes e objetivos apresentados, conforme constam na Portaria de criação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, é possível considerar que sua efetivação contribuirá para que pessoas com deficiência melhorem seu acesso aos direitos garantidos e estejam menos vulneráveis a violação destes.

3.3. REDE DE SAÚDE MUNICIPAL

Para iniciar a apresentação da rede de saúde analisado, vale percorrer a trajetória a partir das primeiras ações realizadas com o objetivo de construir uma proposta de atendimento para as pessoas com deficiência. No início do ano 2000, por iniciativa da equipe da Regional de Saúde de São José dos Campos (extinta DIR XXI) e apoio do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da USP, desencadeou-se na região do Vale do Paraíba e Litoral Norte um processo de discussão e reflexão sobre a atenção e

acolhimento das pessoas com deficiências na atenção básica e a concepção de implantação de serviços municipais especializados, organizados em modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS e normativas do MS. Foram realizados processos de qualificação em aspectos técnicos e também em aspectos da gestão preparando a pequena equipe de técnicos que atuava nos municípios para conduzirem os processos de construção da política.

A construção foi coletiva, através de processo interativo, participativo e articulado, que contou com representações de diversas secretarias municipais, movimentos sociais de pessoas com deficiência e de familiares e alguns conselhos municipais.

Em 2004, o processo foi finalizado e produziu o documento “Política Regional de Atenção à Saúde e Reabilitação a Pessoa com Deficiência”. Documento que define estratégias e estimula os municípios para a organização e funcionamento de serviços em níveis de complexidade interdependentes e complementares. O documento produzido foi aprovado na Comissão de Intergestores Regional – CIR – em 23 de setembro de 2004 e indicou propostas estratégicas para a implantação serviços e ações nos municípios. Este documento norteou o trabalho de implantação e implementação de políticas municipais de atenção às pessoas com deficiência a partir de então e resultou ao longo destes anos em avanço na atenção à pessoa com deficiência nos municípios nesta região de saúde.

A atenção a partir da recente estratégia de organização da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência está em construção por meio de uma articulação com a Divisão Regional estadual de saúde e outros três municípios que compõe a Região de Saúde. Como previsto na Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, existem fazes para sua implantação e nesse momento está em andamento o diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para posterior adesão.

A fim de dimensionar quais serviços compõe a rede de saúde do município onde a experiência relatada neste trabalho ocorre, vale citar que é composta por 21 Unidades de Saúde da Família, duas Unidades Básicas de Saúde, dois Centros de Saúde, um Pronto Socorro, um Pronto Atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dois Centros de Reabilitação, um Centro de Infectologia, um Centro Especializado Odontológico e um Laboratório Regional de Prótese Dentária.

No âmbito municipal, muitos desafios são percebidos no cotidiano dos serviços para efetivação de uma Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, inicialmente, pela precariedade imposta à política de saúde e a outras políticas públicas com as quais possa fazer uma articulação, fator que impede atendimento e ações de saúde mais qualificados.

O modelo das formações profissionais na área da saúde e a insuficiência de ações de educação permanente, podem contribuir para limites profissionais de atuação com esse segmento populacional, reforçando muitas vezes o que está posto pelo senso comum em nossa sociedade.

Outro fator é a predominância do conceito de pessoa com deficiência a partir da abordagem oferecida pelo modelo médico que ainda é hegemônica na maioria dos serviços de saúde, demais serviços públicos e na comunidade, fazendo que a atenção e cuidado em saúde seja voltado exclusivamente para a lesão ou limitação presente, e não para o sujeito, em sua integralidade e potencialidades.

Esse fator pode ser um desafio para construção da rede de saúde e para o acesso aos direitos garantidos, pois a pessoa com deficiência, muitas vezes, tem seu atendimento, assim como sua participação na sociedade confinada aos serviços especializados, não circulando nos demais serviços de saúde e de outras políticas públicas, onde poderiam acessar e garantir seus direitos assegurados.

Uma observação à atenção em saúde realizada no município, à luz dos princípios que norteiam a rede de cuidado à pessoa com deficiência, possibilita perceber que há muito a ser construído para que tais diretrizes sejam efetivadas, mas é inegável que muitos avanços têm sido realizados, especialmente por iniciativa das equipes de saúde articuladas com atores de outras políticas públicas, como Assistência Social e Educação em pequenos territórios.

A fim de caracterizar o serviço onde a prática profissional se desenvolve, trata-se de um serviço considerado de média complexidade, de acordo com os níveis de hierarquização designados pela legislação do Sistema Único de Saúde, cujo público de atendimento são pessoas com deficiências com foco na reabilitação. A equipe de atuação é composta por profissionais da área de saúde, sendo as formações atuantes: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, além de técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, recepcionista e auxiliar de serviços gerais.

O funcionamento e fluxo do serviço é realizado por meio de um protocolo pactuado e informado a toda rede municipal de saúde e aos usuários do serviço. Tem como objetivo a garantia do acesso aos serviços de saúde, assim como potencializar o acesso aos demais direitos da pessoa com deficiência, entendendo que o processo de reabilitação tem sua importância, mas que a garantia dos direitos extrapola o acesso ao tratamento reabilitativo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de serviço social é uma das áreas que compõe a equipe multidisciplinar do Centro de Reabilitação Municipal, muitas demandas são postas para sua atuação no serviço, geralmente ligadas às contradições existentes no atendimento oferecido pela política de saúde, “dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa-individual”. (COSTA, 2007)

O assistente social neste serviço atua em atendimento direito aos usuários e seus familiares, realização e participação em grupos e ações educativas com usuários e comunidade, visitas domiciliares e institucionais, participação em reuniões com a equipe multidisciplinar, com a categoria profissional e com atores de outras políticas públicas, articulação com demais serviços da rede de saúde e com serviços de outras políticas públicas a fim de garantir o acesso a direitos, muitas vezes negligenciados às pessoas com deficiência, nesse sentido vale destacar a articulação com a política de educação, a fim de favorecer o acesso de crianças e adolescentes ao ambiente escolar, um desafio muito presente no cotidiano profissional.

Contemplam ações e estudos de competência do Serviço Social, tais como: entrevistas, requerimento e concessão de benefícios e serviços, encaminhamentos e ações socioeducativas.

Pensando a prática profissional atualmente realizada neste serviço, a partir dos parâmetros de atuação do assistente social na saúde, fica evidente que o eixo relacionado às “ações voltadas para a mobilização e participação social” ainda são incipientes diante da necessidade de articulação política em defesa da garantia do direito à saúde. (CFESS, 2010, p. 55)

No cotidiano profissional, destaca-se a complexidade das demandas postas aos serviços de saúde e sua limitada capacidade de atendê-las, sobretudo em função da ausência de recursos materiais e humanos. Com a integração do Serviço Social na equipe, pôde-se observar uma maior capacidade de atendimento em demandas que envolvem necessidades sociais básicas, mas também pode-se evidenciar mais claramente a insuficiência de recursos para dar respostas a estas demandas e a ampla violação de direitos ao seguimento das pessoas com deficiências.

Ao se considerar a grande relevância dos determinantes sociais da saúde para o planejamento e execução das ações na política de saúde, faz-se necessário considerar a importância da atuação do profissional de Serviço Social em um Centro de Reabilitação, não apenas como apoio, mas como parte da equipe de referência. Há que se ultrapassar a

concepção de uma equipe centrada no mínimo, definido pela política de saúde, para que possamos avançar na garantia do direito à saúde.

Porém, a deficiência pensada sob a perspectiva do modelo social é ainda recente em nossa sociedade e percebemos a existência de um longo caminho a ser trilhado, a prática profissional neste Centro de Reabilitação pretende construir uma atuação na direção da desconstrução das barreiras e construção de uma rede de saúde capaz de promover, em condições de igualdade, o acesso aos direitos das pessoas com deficiência.

5.REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010

COSTA, M.D.H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: MOTA, A.E. et al. (Org.) Serviço Social e Saúde. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

DINIZ, D. 2007. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense.

NUSSBAUM, M. 2007. **Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión**: Barcelona: Paidós Iberica Ediciones.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. 2006. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Relatório Mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012.

SILVA, L.B. e MENDES, A.G. **Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate**. In SILVA, L.B. e RAMOS, A. (Org.) Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.