

O SEMINÁRIO CAPITALISMO, ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS

Ana Maria Arreguy Mourão*

Ana Maria Costa Amoroso Lima**

Édina Évelyn Casali Meireles de Sousa***

O presente número da *Revista Libertas* contempla, em sua totalidade, artigos emanados do Seminário Internacional *Capitalismo, Estado e Políticas Sociais*, realizado no mês de setembro de 2010, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Os antecedentes de sua realização foram processualmente construídos e incorporados junto ao desenvolvimento da pesquisa *A Gestão Pública da Política de Assistência Social: Um Estudo Comparativo Entre América Latina e Europa*.

A Pesquisa é apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG, e desenvolvida por docentes e discentes da Faculdade de Serviço Social da UFJF, da Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciência Política y Relaciones Internacionales da Universidad Nacional de Rosario (Argentina), da Universidad Nacional do Centro de la Província de Buenos Aires (Argentina), da Universidade de Granada (Espanha). No âmbito do Brasil integram-na, ainda, Assistentes Sociais da área da Assistência Social da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

O projeto de investigação está vinculado ao Grupo de Pesquisa: *Políticas Públicas, Gestão e Cidadania*, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora cuja linha está voltada para o aprofundamento da análise das Políticas Sociais destacando suas características na sociedade brasileira e seus processos de regionalização; além de estudos acerca da gestão das políticas públicas, em especial, as da Assistência Social e Saúde.

* Coordenadora, Mestre em Serviço Social, professora da Faculdade de Serviço Social da UFJF

** Coordenadora, Professora Associada da Faculdade de Serviço Social da UFJF

*** Coordenadora Geral, Professora Associada da Faculdade de Serviço Social da UFJF

O LUGAR DOS NEGROS POBRES NA CIDADE: ESTUDO NA ÁREA DE RISCO DO BAIRRO DOM BOSCO

Ana Cláudia de Jesus Barreto *

RESUMO

Para entender o processo de inserção da população pobre e negra no espaço urbano é necessário ir às origens da nossa formação socioeconômica. O sistema escravocrata, que fez parte desse processo, utilizou a mão-de-obra negra africana para produzir riqueza, deixando suas marcas profundas na nossa sociedade. Ao serem libertados os ex-escravos, não tinham muitas opções de trabalho e nem terra para produzir e morar. A não ser permanecer nas fazendas ou se aventurar nas cidades em busca de melhores condições de vida. Contudo, o estigma da cor e da escravidão deixou raízes profundas que perduram até o momento. A raça negra, ainda ocupa as funções menos qualificadas, o nível de escolaridade ainda é baixo, recebem os menores salários e o local que resta para morar são precários, seja nas favelas, nos cortiços e, hoje, nas denominadas áreas de risco ambiental.

Palavras-Chave: Escravidão. Área de risco. Vulnerabilidade social. Negros. Desastres. Habitação.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho pretende trazer a reflexão não somente o fenômeno da chuva, que ao longo dos últimos anos vem trazendo conseqüências desastrosas, nas médias e grandes cidades brasileiras, mas discutir acima de tudo sobre a população moradora das áreas consideradas de risco físico, sujeitas aos deslizamentos de terras e inundações. Quem é essa população? Senão os descendentes de escravos, que carregam a marca do preconceito, o estigma da cor e a trajetória de vida oprimida e submissa na sociedade. São os negros que ainda estão nos piores lugares, tanto no campo de trabalho, com baixos salários e pouca escolaridade, como nas cidades ocupando as favelas e as áreas de risco físico, sem acesso a uma moradia adequada para viver. Será hoje as favelas, os assentamentos precários e as áreas vulneráveis aos fenômenos naturais uma nova modalidade de senzala? Ao analisar o processo do acesso a propriedade da terra, a partir do Brasil Colônia e o uso da mão-de-obra escrava africana, colheremos os frutos de um passado para entender o presente da sociedade brasileira, marcada por divisões e papéis para grupos étnicos distintos e o lugar que ocupam na cidade.

* Mestre em Serviço Social pela UFJF. Assistente Social da Defesa Civil de Juiz de Fora-MG. Artigo síntese da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, em setembro de 2010, sob orientação da Prof^a Dr^a Elizete Menegat.

No campo da produção histórica, encontramos facilmente referências bibliográficas sobre o período da escravatura, porém é escassa no sentido pós-abolição. Poucos autores se debruçam para estudar as conseqüências morais e sociais sobre a população de ex-cativos, após 1888. O cerne desta pesquisa girou em torno justamente do período pós-abolição, onde foi possível questionar: o que aconteceu com a mão-de-obra de ex-cativos lançada na vida livre? Conseguiu ter fácil acesso a terra para produzir e morar? As respostas foram encontradas no recorte desta pesquisa realizada no bairro Dom Bosco, na cidade de Juiz de Fora – MG. Onde foi possível encontrar descendentes de escravos, cujas trajetórias de vidas, trazem a herança do sacrifício, da luta pela sobrevivência e a esperança de dias melhores ao migrar a partir da década de 30, das fazendas de café, rumo às cidades. Demonstraram o quanto é difícil ser negro e pobre numa sociedade marcada pela desigualdade social, restando-lhe como outrora as sobras, hoje exemplificada no lugar onde moram: precariedade, descaso público, irregularidade fundiária e sujeitos aos desastres causados pelas chuvas, que não é a culpada e sim reveladora da frágil relação entre o Estado e a população pobre e negra.

O ACESSO A TERRA NO PERÍODO COLONIAL: DA DOAÇÃO À COMPRA

Segundo autores como Sérgio Buarque de Holanda (1971) e Caio Prado Jr (1977), ir às raízes da nossa história é fundamental para entender o presente, marcado, na atualidade, pela imposição de restrições ao acesso à terra aos descendentes de escravos.

O que o português vinha buscar era, sem dúvida, a riqueza, mas, riqueza que custa ousadia, não riqueza que custa trabalho (HOLANDA, 1971). Essa ousadia custou muito caro a Portugal, que já havia contraído muitas dívidas com as aventuras exploratórias nas Índias. Seus cofres não suportariam novos gastos nas Américas. Portanto, estimularam-se os comerciantes, os aventureiros e “para o comando da empresa, os burocratas adestrados nos negócios do reino e do oriente, burocratas de nobre cepa, militares de experiências e tangidos interiormente pelo sentimento de lealdade ao rei” (FAORO, 2001, p. 137).

A partir de 1534, o reino português realizou, aqui, uma repetição da experiência que havia desenvolvido em outros empreendimentos. Transportou, para a colônia brasileira, o

sistema das capitanias hereditárias, que compreendiam grandes extensões de terras doadas aos donatários, que eram nobres, com serviços prestados ao rei. Essa forma de distribuição de terras pela coroa portuguesa sofreu uma readaptação à realidade brasileira, devido, dentre algumas razões, a grande extensão territorial que não estavam acostumados a administrar¹.

O “capitão e governador” representava os poderes do rei, como administrador e delegado, como jurisdição sobre o colono, português ou estrangeiro, mas sempre católico. As terras eram distribuídas aos moradores, que as deviam agricultar em certo prazo, sob o mesmo espírito da velha Lei das Sesmarias de Dom Fernando (FAORO, 2001, p. 140).

Desde que autorizados pelo rei, os donatários podiam doar terras aos requerentes que tinham um prazo de cinco anos para começar a explorá-la. Se, dentro desse prazo, não ocorresse o estabelecido, pagavam uma multa e as terras deveriam ser devolvidas. A condição essencial para a distribuição de terras era o poder aquisitivo do interessado, que apenas recebia a concessão. Esse sistema ficou conhecido como sesmarias².

Em meados do século XVI, a política de terras foi redefinida, refletindo os crescentes interesses comerciais da Coroa, que visava povoar a colônia para, além de defender seu território, cultivar os produtos para comercialização na Europa.

Através do então governador geral do Brasil, Tomé de Souza, foi instituído em 1548 o regimento para o acesso à terra, sob ordens da Coroa, para limitar o acesso indiscriminado a qualquer pessoa. A terra ficou restrita para quem possuía condições econômicas para iniciar a produção de cana e a instalação do engenho de açúcar, bem como para a construção de “fortificações”.

Em 1850, desenhou-se uma nova política para o acesso à terra, quando surgiram os primeiros sinais da abolição da escravatura e a iminência da chegada dos imigrantes. Os grandes proprietários de terras criaram um mecanismo para inibir o acesso à terra da massa de mão-de-obra escrava, que seria lançada na vida livre e conseqüentemente, buscaria a terra para sobreviver, contrariando os interesses da elite.

Foi criada então, em 1850, a Lei de Terras que “expressou os interesses desses grupos e bem como representou uma tentativa de regularizar a propriedade rural e o fornecimento de trabalho, de acordo com as novas necessidades e possibilidades da época” (COSTA, 1999, p. 177). A partir de então, os interessados em adquiri-las teriam que comprar do governo. Isso

representou, não apenas a legalização da propriedade das terras, mas, também, a limitação ao seu acesso pelos ex-escravos, imigrantes, arrendatários e meeiros, gente que foi o gérmen da formação social da colônia.

ESCRAVOS E DESCLASSIFICADOS SOCIAIS

O gérmen da formação social brasileira encontra-se no processo intenso de colonização realizada pelos portugueses a partir do século XVI. Somos, no presente, o resultado do processo exploratório estabelecido para a produção de gêneros e de produtos raros no além mar, não encontrados nas Índias e na África, porque as terras de “cá” eram mais férteis.

Para entender o uso da força de trabalho africana no Brasil, na produção agrícola dos gêneros tropicais, é preciso, como sugere Freitas (1993, p. 20) “fazer a conexão entre a articulação da economia local com o comércio internacional”. A substituição do escravo indígena pelo africano se deu por razões mercantilistas. Para aumentar a acumulação de capital da metrópole, era necessário adquirir matérias-primas coloniais com uma “moeda não metálica” (FREITAS, 1993, p. 21) e essa moeda foi o negro.

A saída encontrada por Portugal foi traficar africanos para o Brasil. O tráfico se dava da seguinte forma: o negro africano era trocado por produtos manufaturados. Por sua vez, os negros eram trazidos para a colônia e trocados por mercadorias e posteriormente comercializadas na Europa por um preço elevado. Aí consistiu o lucro altíssimo, extraído do trabalho escravo.

Além dos índios e dos escravos negros, existia também na colônia, outra mão-de-obra: os denominados “vadios inúteis”, os “desclassificados sociais”, constituídos por deportados da Europa, negros libertos e mestiços.

Souza (2004) faz referência ao conceito de desclassificado social, como um homem livre pobre – freqüentemente miserável -, que, numa sociedade escravista, não chega a apresentar grandes vantagens em relação ao escravo. Desclassificado social é o que não tem classificação, nada vale. Para entender a emergência desse tipo social, é necessário entender a estrutura social que engendra a sua desclassificação.

Ao estudar a pobreza na Europa do século XIV, Castel (1998) faz referência a duas categorias de população, a dos “pobres envergonhados e dos mendigos válidos”, afirmando que “tais sociedades já conhecem fenômenos de desclassificação social”, entendidos como processos de mobilidade descendente. A crise do feudalismo e os processos de expropriação dos camponeses engendraram o surgimento da mendicância e de um novo tipo social “o vadio”, na Europa. Tratava-se de massas de camponeses lançados para fora das terras agrícolas, que não encontravam trabalho para subsistência ou que não se adaptavam às exigências do novo modo de produção.

Na transição para o capitalismo, a elite européia estigmatizou essa população, como vadios, vagabundos, aqueles que não queriam trabalhar, que preferiam vagar de um lugar para outro, do que se fixar no campo. O problema não era visto como produto da estrutura social que não absorvia essa população errante.

Foram formuladas leis punitivas para combater a existência desses desclassificados, tais como prisão, pena de morte, marcação no corpo com a letra V ou deportação para as colônias. Na afirmação de Castel (1998, p. 123) “o banimento representa uma escapatória, graças à qual uma comunidade se desembaraça de uma questão insolúvel, para colocá-la em outro lugar”.

Para Souza (2004), o estado mercantilista europeu se encarregou de impulsionar seu povoamento com uma grande parcela de elementos socialmente desclassificados e para isso foram decretadas leis e alvarás, como o de 6 de maio de 1536 que determinavam que “os moços vadios de Lisboa que andavam na Ribeira a furtar bolsas e a fazer outros delitos fossem desterrados para o Brasil” (SOUZA, 2004, p. 85).

Contudo, esse contingente de “vadios” não substituiu os escravos, porque também cumpria um papel fundamental para o sistema produtivo colonial. As suas ocupações eram eventuais e esporádicas, ocupavam funções de feitor, capitão-do-mato e de desmatamento.

A formação social no Brasil colonial foi heterogênea, marcada por vários grupos, cada um com sua história e trajetória, mas traziam uma marca em comum: a desclassificação social. Segundo Souza (2004), a estrutura econômica estabelecida na colônia favoreceu o aparecimento da “massa vadia”. A economia agrária, voltada para a exportação e o uso de mão-de-obra escrava, propiciava a acumulação capitalista primitiva. A sociedade estava

dividida entre escravos e senhores. Os vadios não tinham lugar na estrutura produtiva e social do sistema escravocrata. Constituíam os desclassificados, os inúteis na denominação da elite colonial. Conforme Castel (1998, p. 96), os “vadios”, os “vagabundos” do período pré-industrial podem ser considerados os “ancestrais dos supranumerários de hoje”.

TRAJETÓRIAS DOS LIBERTOS APÓS A ABOLIÇÃO

Com o fim da escravidão no Brasil, a solução encontrada para substituição da mão-de-obra escrava foi à introdução do imigrante, cuja força de trabalho foi utilizada nos cafezais e nas indústrias. Com a chegada do imigrante europeu, o que aconteceu com a população de ex-cativos? Qual o seu destino? Qual a estratégia de sobrevivência que adotaram, sem dinheiro, sem empregos e terra para produzir? Segundo Costa (1999, p. 364) “foi abolida por um ato do Parlamento sob os aplausos das galerias. Promovida principalmente por brancos, ou por negros cooptados pela elite branca, a abolição libertou os brancos do fardo da escravidão e abandonou os negros à sua própria sorte”. Essa massa é lançada na vida livre e agrega-se aos “vadios”, que sem inserção no sistema produtivo vivem como itinerantes e de serviços esporádicos. Para Kowarick (1994, p. 31) “não passa de enorme massa de pessoas destituídas de propriedade e de instrumentos produtivos”.

Fernandes (1965), no livro *A integração do negro na sociedade de classes*, abordou a situação dos “antigos agentes de trabalho escravo” no pós-abolição, na cidade de São Paulo. O autor demonstrou quanto foi penoso e difícil, o que ele denomina de “adaptação” desses agentes no “novo sistema de trabalho livre”.

Após quatro séculos de cativo, condicionados à vida limitada, submissa e castigada, são dispensados das lavouras e plantéis de café para viver como quisessem, sem “assistência” e “garantias” para sua manutenção e dos seus familiares. “O liberto viu-se convertido, sumária e abruptamente, em senhor de si”, como fala Fernandes. Totalmente despreparados para uma nova modalidade de trabalho, sem recursos materiais e morais torna-se responsável por si e pelos seus descendentes.

Com a introdução do imigrante europeu, a situação dos ex-cativos agravou-se ainda mais. O imigrante estava disposto a enfrentar todo tipo de atividade e trazia em si a vontade

empreendedora que satisfazia ao sistema capitalista. Esses imigrantes foram ocupando as melhores oportunidades de trabalho livre, mesmo as modestas, como vendedores de frutas, de peixes e engraxates.

O resultado, para alguns, foi o acúmulo de riqueza, tanto que hoje na cidade de São Paulo, existem famílias que possuem fortunas obtidas a partir do êxito do imigrante, no seu empreendimento. Enquanto o “branco” absorvia todas as atividades, o “negro” era posto à margem do processo, sendo conduzido para os setores residuais, confinados às tarefas ou ocupações mal retribuídas e degradadas.

O negro e o mulato tinham de disputar eternamente as oportunidades residuais com os componentes marginais do sistema – com os que “não serviam para outra coisa” ou com os que “estavam começando bem por baixo (FERNANDES, 1965, p.10).

Foi uma libertação sem liberdade, pois a ascensão econômica e social foi vedada, não foi oferecida a real oportunidade com certa preparação para que esses ex-cativos pudessem ter condições de competir no mercado de trabalho. O estigma em torno do negro e o lugar reservado para ele se manteve na sociedade de classes e de forma agravada. Todo crime que ocorria era atribuído ao negro a autoria, bem como os termos, - preguiçoso, vadio, inútil para o trabalho, àqueles que não conseguiram se adaptar às atividades capitalistas.

Chegou-se a fazer uma divisão: o negro da casa grande e da senzala, para explicar a adaptação de uns e dificuldades de outros. Os primeiros tendiam a ser mais bem sucedidos e por causa da convivência com os senhores, que possibilitaram a aprender a ler e escrever. Muitos conseguiram conquistar a amizade de algumas famílias, que os protegiam e chegavam a herdar roupas. Fator relevante, pois o negro que não se vestisse bem, dificilmente conseguia trabalho.

Devido à vida no “eito”, o negro das senzalas não aprendeu a ler e nem escrever e, ainda por cima, nem roupa possuía para se apresentar “bem”. Para estes, o destino foi à segunda escravidão – repúdio, discriminação e desqualificação que marcou o caminho socialmente construído em torno daqueles que construíram fortunas, mas não se apropriaram delas – o negro africano escravizado.

A fala de Seu Julião, filho de ex-escravo, um dos entrevistados do Livro Memórias de Cativeiro (MATTOS; RIOS, 2005, p.121-122)³, revela com nitidez o que foi ser livre sem ser livre de fato:

O preto era o mais sacrificado do mundo, a cor preta era escravejada, ninguém gostava, tinha racismo, o preto não tinha valor pra nada... Depois que acabou o cativo ficou uns quarenta, cinquenta anos naquela escravidão ainda, que nem onça...mas ainda batiam em algum, até matavam mesmo... Eu com idade de 14 anos estava capinando... trabalhando pros outros, passando mal, dormindo mal dormido, comendo mal comido... eu fui escravo do mundo... meu pai foi escravo de fazendeiro, eu fui escravo do mundo, sofri muito.

A situação social e psicológica que os ex-cativos e seus descendentes tiveram que enfrentar diante do novo quadro, exigiu o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência em meio ao caos estabelecido. Tais estratégias podem ser constatadas nas diferentes trajetórias do campesinato negro, descritas na pesquisa de Ana Lugão⁴: itinerância, estabilidade e “terras de preto”.

DEPOIS DA ESCRAVIDÃO: DISCRIMINAÇÃO RACIAL E EXCLUSÃO DAS FORMAS LEGAIS DE ACESSO À PROPRIEDADE DA TERRA EM JUIZ DE FORA

Segundo Mônica Ribeiro (2000, p. 54), no século XIX, Minas Gerais era a maior província escravista do país e Juiz de Fora abrigava a maior população escravizada de Minas Gerais. Como em todo o país, nessa época, a mão-de-obra maciçamente utilizada, era a escrava, tanto que em determinados lugares havia mais escravos que livres. Em 1855, Juiz de Fora possuía uma população de 6.466 habitantes, desses, 2.441 eram livres e 4.025 eram cativos. Contudo, esses números começam a decair a partir da introdução da mão-de-obra imigrante na região, cujo intuito não divergiu das outras cidades, como a de São Paulo.

Somente após 1920, devido ao declínio da produção cafeeira, iniciou-se o processo de migração para o centro urbano. Contudo, nesse período parte da área central da cidade já estava ocupada pelos trabalhadores livres e imigrantes, sobrando para os libertos vindos da zona rural, locais sem urbanização e infra-estrutura, denominados, pela historiadora Mônica Ribeiro, de verdadeiras ilhas em torno da área central. Foi o caso de alguns bairros como Dom Bosco, Santa Rita e São Benedito e, hoje, parte deles são áreas de risco físico mapeados pela Defesa Civil de Juiz de Fora.

Segundo relatos de descendentes de escravos, citados no Livro O Negro: Trabalho, sobrevivências e conquistas⁵, somente a partir de 1930 o negro foi inserido no processo produtivo e reconhecidos seus direitos sociais. Durante 42 anos (1888 – 1930), os ex-cativos e

seus descendentes ficaram à margem da sociedade, sofrendo preconceitos de toda ordem. Batista (2006), em sua pesquisa colheu histórias de vida dos afrodescendentes que retratam bem a situação vivenciada em Juiz de Fora, conforme um trecho extraído da entrevista com Vô Nitinha:

Ih... era difícil. Não dava serviço não. Eu mesmo ia pra porta da fábrica todo dia...Olhava pra uns, olhava pra outros e escolhia era só os branco mesmo.Era todo dia.Eu ia assim mesmo. Os negro não entrava não. Isso era lá pra os idos de 30. Eu era mocinha. Queria trabalhá e ia mesmo. Naquele tempo já tinha discriminação (BATISTA, 2000, p. 108).

Em face das diversas dificuldades, os ex-escravos e seus descendentes, em Juiz de Fora, ocuparam-se, predominantemente, nas atividades econômicas informais e autônomas, como vendedores ambulantes, músicos, barbeiros, bombeiros, carpinteiros, alfaiates, mecânicos, amoladores. Paralelamente à luta pela sobrevivência, também tiveram que resistir às ações do Estado, que passou a cobrar impostos para as atividades citadas e que eram de baixa lucratividade. Esta medida representou uma forma de controlar e inibir a expansão da inserção produtiva dos negros. Batista concluiu que:

Obviamente, as atividades profissionais a que o povo negro teve acesso foram às atividades que demandavam maior esforço físico e menor nível escolar. Muitas vezes o negro buscou atividade autônoma como saída em termos de sobrevivência, mas, sem incentivo, não era possível uma perspectiva de crescimento em sua profissão. (BATISTA, 2006, p.88)

Florestan Fernandes (1965) denominou de “espoliação secular”, o fato do ex-cativo não possuir as condições necessárias (instrução, habilidade para as tarefas do comércio e da indústria nascente) para inserir-se nos diversos setores sociais e em decorrência não houve condições de transmitir aos seus filhos nenhuma instrução que, por sua vez, também encontraram dificuldades de progredir. Essa condição anterior imposta aos negros deixou raízes profundas que permanecem na atualidade.

A contribuição de Guimarães (2006) é de suma importância para entender como os ex-cativos, eventualmente, tiveram acesso à terra, bem como às possibilidades de usufruí-las e os conflitos que geraram em Juiz de Fora. A exemplo da história das famílias Balbino e Sobreira, de Juiz de Fora. A primeira família representa a população afrodescendente e, a segunda, a elite agrária de Juiz de Fora no final do século XIX e início do XX. Entre as famílias foi

travado um duelo que culminou no assassinato de dois integrantes da família Balbino e do Sobreira. O seu estudo⁶, também revelou que muitos receberam através de testamento certas extensões de terras, dinheiro, bens materiais e animais. Contudo, a autora ressalta que os inventários onde constava a contemplação de bens materiais aos escravos faziam-se diante da proximidade da morte dos proprietários que acreditavam preparar um bom caminho para suas almas. Em outros casos, o acesso também se dava por causa da relação amigável estabelecida entre senhores e escravos principalmente como recompensa por serviços prestados e pela conquista de laços de confiança.

O OUTRO LADO DE JUIZ DE FORA: RISCO E INADEQUAÇÃO, QUEM SE IMPORTA COM ISSO?

A cidade de Juiz de Fora está situada no sudeste do Estado de Minas Gerais; mesorregião geográfica da Zona da Mata Mineira. Ocupa uma área de 1.430 km². Este território está dividido em quatro distritos: Juiz de Fora (Distrito Sede) 725,975 Km²; Torreões, 374,5 Km²; Rosário de Minas, 225,6 Km²; Sarandira, 103,8 Km². O município abriga um total de onze núcleos urbanos. A população foi estimada, em 2008, em 520.612 habitantes. 99,17% da população vive na área urbana, enquanto 0,83% na zona rural. Sua densidade demográfica é de 317,5 hab/Km². Seu relevo é bastante diversificado, com colinas côncavo-convexas e vales, com altitudes compreendidas entre 700 e 900 metros, característico do Vale do Paraíba do Sul e dos contrafortes da Serra da Mantiqueira. O clima é tropical de altitude.

O espaço urbano encontra-se dividido em sete centros regionais: Norte, Nordeste, Leste, Centro, Sudeste, Sul e Oeste. Sua posição geográfica é bastante privilegiada e estratégica. A cidade está próxima a importantes metrópoles urbanas, como Belo Horizonte (255 Km); Rio de Janeiro (180 Km) e São Paulo (480 Km), o que a torna um pólo atrativo para investimentos.

A cidade de Juiz de Fora está dividida em dois lados, o formal, constituído pelas moradias e construções valorizadas pelo mercado imobiliário em locais com boa infraestrutura, saneamento e serviços e, por outro lado, o informal (MARICATO, 2001), caracterizado por moradias precárias situadas em locais desvalorizados pelo capital imobiliário, sem investimento público. Por essa razão, não existe o necessário para a

qualidade de vida dos moradores, como esgotamento sanitário, água, luz e saneamento básico. Muitas dessas áreas estão sujeitas a inundações e deslizamentos de terras, são as chamadas áreas de risco, vulneráveis aos desastres ambientais.

Em 2007, a Defesa Civil de Juiz de Fora elaborou o Plano Municipal de Redução de Risco (PMRR) e constatou 42 (quarenta e duas) áreas de risco em Juiz de Fora. O objetivo do PMRR foi realizar um diagnóstico dos locais mais problemáticos, sujeitos a ocorrência de desastres por escorregamento de solo e rocha e inundação. Posteriormente, foi encaminhado e submetido à análise pelo Ministério das Cidades, que aprovou o diagnóstico que prevê intervenções nestas áreas, como remoção de moradores para locais seguros e obras de contenção.

Paralelamente ao mapeamento das áreas de risco físico em Juiz de Fora, o Atlas Social sinalizou a existência de 144 (cento e quarenta e quatro) Áreas de Especial Interesse Social (AEIS), distribuídas nas diversas regiões da cidade (Norte, Leste, Sul, Oeste, Centro). As regiões Norte/Noroeste concentram o maior número de moradias precárias, totalizando 3.122, com um crescimento de 41% nos últimos 6 (seis) anos e, em segundo lugar, vem à região Sudeste, com 2.491. Essas áreas são caracterizadas por moradias subnormais, precariamente atendidas pelos serviços de infra-estrutura, saneamento básico, coleta de lixo, luz, água e irregularidade fundiária. Por essa razão Silva (1989), afirma que o problema habitacional está ligado a questão fundiária urbana, uma vez que a excessiva valorização dos terrenos e o crescimento desordenado produzem desequilíbrio na estrutura interna. Nos últimos seis anos, em Juiz de Fora, o número de submoradias saltou de 8.270 para 13.262, representando um crescimento de 62%⁷.

São consideradas subnormais por estarem situadas em locais, sem infraestrutura e saneamento básico e a ocupação é irregular, não existe regularização fundiária.

Apesar de Juiz de Fora estar entre o grupo de cidades brasileiras com alto desenvolvimento humano, alcançando 0,828 no índice que mede variáveis de educação, renda e longevidade, a grande faixa de excluídos demonstra que o paraíso até pode ser aqui, mas o acesso ao Éden é para muito poucos. (ARBEX, 2008, p. 3)

Embora a cidade tenha um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) razoável, 73 mil pessoas, que corresponde a 14% da população, sobrevivem com menos de dois salários mínimos. De “cada R\$ 100,00 movimentados em Juiz de Fora, menos de R\$ 3,00 ficam com

os pobres”. Essa população de miseráveis, em boa parte constituída por descendentes de escravos, não alcançaram status social, qualidade de vida e o mínimo para sobreviver dignamente. Segundo Escorel (apud GRIZENDE, 1999, p. 89), vivenciam uma trajetória de vulnerabilidades, que os expõem aos riscos não só ambientais, como também, aos sociais e civis. Como resultado da exclusão do conjunto dos direitos constituídos, 285.322 juizforanos, o que equivale a 63,9%, não tem seu direito à qualidade de vida que a cidade oferece, o acesso é restrito alguns serviços como água tratada, habitação, serviços de saúde e educação⁸.

Devido à insuficiência dos Programas Habitacionais destinados aos pobres da cidade e de uma política pública voltada para moradores de áreas de risco, a Defesa Civil de Juiz de Fora passa a ser a porta de entrada das demandas por moradias e material de construção para promover melhorias habitacionais. Contudo, a política de Defesa Civil se desenvolve a partir de quatro ações, não sendo de sua competência e responsabilidade a organização e gestão da política habitacional. Seu objetivo principal é preservar a vida e o faz a partir do planejamento de atividades preventivas, da assistência a população atingida pelos desastres, de socorro e reconstrução das áreas afetadas. De acordo com o levantamento dos atendimentos realizados pelo Setor Social entre 2000 e 2006, dos 1.471 atendimentos, 994 demandas eram de Inadequação Habitacional⁸, para 378 de Déficit Habitacional⁹.

O LUGAR DOS NEGROS NA CIDADE: LEVANTAMENTO POPULACIONAL E ÉTNICO NAS ÁREAS DE RISCO FÍSICO EM JUIZ DE FORA

Este trabalho partiu da hipótese de que a maioria dos moradores das áreas de risco, em Juiz de Fora, é constituída por negros. Para a verificação desta hipótese, realizamos uma pesquisa em todas as áreas de risco reconhecidas pela Defesa Civil, no município, e indagamos sobre a cor dos seus moradores. Nos meses de maio a julho de 2010, foi realizado o Levantamento Populacional e Étnico nessas áreas. A pesquisa revelou que, em Juiz de Fora, 35.986 pessoas estão sujeitas aos desastres naturais, sendo que desse universo, 70,5% são negras - pretas e pardas - e 29,5% são brancas.

A título de esclarecimento sobre a maneira como foi recolhido o dado, declaramos que o quesito cor foi preenchido pelo pesquisador, a partir da entrevista realizada no domicílio. Em outras palavras, não foi a partir da autodeclaração do entrevistado. Segue abaixo a tabela:

Tabela 1 – Levantamento Populacional e Étnico nas Áreas de Risco Físico em Juiz de Fora – MG. Maio / Julho de 2010

BAIRROS	Nº de famílias	Quantidade de moradores	Cor		Cor (%)	
			Branca	Parda/Preta	Branca	Parda/Preta
Bela Aurora	156	532	17	139	10,9%	89,1%
Bonfim	239	826	58	181	24,3%	75,7%
Borboleta	51	199	16	58	21,6%	78,4%
Borboleta	74	236	235	171	57,9%	42,1%
Carlos Chagas	58	190	19	39	32,8%	67,2%
Cidade do Sol	42	155	23	19	54,8%	45,2%
Cruzeiro do Sul	154	463	26	128	16,9%	83,1%
Dom Bosco	584	1745	163	421	27,9%	72,1%
Dom Bosco	401	1499	33	372	8,1%	91,9%
Esplanada	189	569	74	115	39,2%	60,8%
Estrada União Indústria	36	88	5	31	13,9%	86,1%
Fazenda do Yung (Boto)	125	398	48	77	38,4%	61,6%
Fazenda do Yung (Grota Funda)	78	241	24	54	30,8%	69,2%
Filgueiras	98	353	15	83	15,3%	84,7%
Granjas Bethânia	31	90	6	25	19,4%	80,6%
Granjas Bethânia	177	593	31	146	17,5%	82,5%
Jardim Casa Blanca	151	523	40	111	26,5%	73,5%
Jardim da Lua	474	1592	104	301	25,7%	74,3%
Jardim de Alá	130	450	33	97	25,4%	74,6%
Jóquei Clube	378	1172	198	179	52,5%	47,5%
Ladeira	188	541	91	92	49,7%	50,3%
Linhares	399	1319	80	319	20,1%	79,9%
Marumbi	512	1581	267	248	51,8%	48,2%
Marumbi	290	856	160	130	55,2%	44,8%
Milho Branco	33	101	6	27	18,2%	81,8%
N S de Lourdes	259	877	97	162	37,5%	62,5%
Olavo Costa	1164	4074	301	863	25,9%	74,1%
Parque Guarani	344	1099	126	218	36,6%	63,4%
Parque Guarua	417	1408	69	348	16,5%	83,5%
Parque Independência	90	300	15	75	16,7%	83,3%
Santa Cecília	476	1476	0	476	0,0%	100,0%
Santa Cruz	244	898	141	101	58,3%	41,7%
Santa Efigênia	92	295	33	59	35,9%	64,1%
Santa Luzia	349	1173	235	171	57,9%	42,1%
Santa Rita	895	3019	210	685	23,5%	76,5%

Santa Rita	721	2233	168	553	23,3%	76,7%
Santos Anjos	38	100	14	24	36,8%	63,2%
São Bernardo	30	94	0	30	0,0%	100,0%
São Geraldo	57	176	15	42	26,3%	73,7%
Três Moinhos	236	768	84	152	35,6%	64,4%
Vila Alpina	410	1309	179	231	43,7%	56,3%
Vila São Damião	110	375	8	102	7,3%	92,7%
TOTAL	10980	35986	3246	7721	29,5%	70,5%

Fonte: Defesa Civil de Juiz de Fora - MG. Julho 2010.

O lugar onde mora, caracterizado como risco físico, denota que muitos descendentes de ex-cativos, ainda trazem a marca da escravidão velada: a falta de acesso a um bom emprego e, conseqüentemente, o não acesso a uma habitação adequada, relembrando que a senzala só mudou de lugar. A inserção do afrodescendente na sociedade é sofrida e dolorida, poucos conseguem romper a barreira da pobreza e da desqualificação.

Hoje, já não temos as senzalas, com suas correntes e chicotes nas mãos dos capatazes prontos para açoitar, mas, temos outro tipo de castigo: as atividades mais penosas, o preconceito e a discriminação racial, os piores lugares para se morar – as favelas, as ocupações irregulares situadas em áreas de risco.

Mas, as raízes da desigualdade social e racial plantadas no período escravocrata foram profundas e bem cuidadas. Hoje, nas cidades brasileiras, são eles, os negros, que apresentam indicadores de maior vulnerabilidade social:

Tomando-se as informações para 2007, temos que 20% da população branca situava-se abaixo da linha de pobreza, enquanto mais do dobro, ou 41,7% da população negra encontrava-se na mesma situação de vulnerabilidade. No caso de indigência, a situação é tão ou mais grave: enquanto 6,6% dos brancos recebem menos de ¼ de salário mínimo per capita por mês, esse percentual salta para 16,9% da população negra, quase três vezes mais. Isso significa 20 milhões a mais de negros pobres do que brancos e 9,5 milhões de indigentes negros a mais do que brancos (IPEA, 2008, p.33).

Em 2004¹⁰ a Pesquisa Mensal de Emprego (PME) realizada pelo IBGE, mostrou que das 18,5 milhões pessoas ocupadas das seis Regiões Metropolitanas (RMs) investigadas (Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro), os brancos (58,0%) participam mais do mercado de trabalho do que as pessoas pretas e/ou pardas (48,85); no caso da participação nas atividades domésticas, os pretos e (ou) pardos somavam

(era) mais do que o dobro, em todas as RMs, a exemplo de Porto Alegre, 14,7% dos pretos ou pardos ocupados eram trabalhadores domésticos, proporção maior do que a dos empregados sem carteira de trabalho da mesma cor ou raça (11,6%) no setor privado.

Outro estudo relevante é do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) realizado nas seis regiões metropolitanas brasileiras entre 2004 e 2008, que ratifica o abismo entre negros e não negros:

“Em São Paulo, o rendimento dos negros representa apenas 56,3% do rendimento dos não negros”.

“Em Belo Horizonte, a renda média dos negros cresceu 15,7% no período, porém a diferença continua grande: o rendimento médio de negros na capital mineira é de R\$ 5,03 contra R\$ 8,80 do recebido pelos brancos”.

“Em Salvador, embora os negros representem 85% da população, a hora de trabalho dos negros equivale a R\$ 4,75 e a dos brancos R\$ 9,63”.

As diferenças são grandes também na ocupação da mão de obra negra em postos de direção, gerência e planejamento. Em São Paulo, por exemplo, apenas 5% dos negros ocupados estavam em funções de direção, gerência e planejamento, em 2008. Entre os brancos, o percentual é de 17,4%¹¹.

Numa economia fortemente marcada pelo mercado, que impõe as regras do jogo, boa parcela dos negros indicados nas pesquisas acima, estão excluídos do acesso aos bens e serviços ofertados e incluídos de maneira precária nas cidades, seja na habitação, na saúde, na educação e no trabalho. Para Andreilino Campos (2005), o acesso a terra foi legalmente vedado aos negros e essa exclusão fez parte da estratégia do capital para alargar as bases do denominado exército industrial de reserva. Em decorrência desse processo, não restou alternativa para morar a não ser invadir lotes particulares, públicos, constituindo as favelas e assentamentos precários, isentos de infraestrutura e saneamento básico. Na atualidade, o crescimento destas ocupações desordenadas em áreas de risco ganhou um novo enfoque. Associada às precipitações pluviométricas, estão sujeitas aos desmoronamentos, aos escorregamentos de terra, às enxurradas e inundações.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Economia (IBRE) Instituto Brasileiro de Economia (IBRE), baseado no Censo Demográfico de 2002, estima-se que 35% da população brasileira vivem em extrema pobreza, o que equivale a 57,7 milhões de pessoas. De uma

forma geral, pode-se dizer que esse é o contingente dos excluídos do acesso às formas legais de propriedade da terra e dos bens e serviços necessários a reprodução da força de trabalho. Sua luta não é, apenas, por um lugar na divisão social do trabalho, mas, também, por um lugar no território da cidade. Diante deste quadro para MENEGAT (2009) o futuro é absolutamente negado para uma parcela cada vez maior de pobres “negros” na cidade, na condição de sem-propriedade passam a ser indesejados na cidade.

A evolução do uso e da ocupação do solo assume uma forma discriminatória (segregação da pobreza e cidadania restrita a alguns), e ambientalmente predatória. A questão fundiária, cujo enfrentamento foi adiado sine die, no campo, ressurge sob novo formato no universo urbano. (MARICATO, 2007, s.p)

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2008) foi praticamente insignificante o número de domicílios em assentamentos subnormais, entre 1993 e 2007. Em 1993, 3,2% dos domicílios estavam em favelas ou assemelhados, em 2007 para, 3,6%. Contudo, trata-se de 2 milhões de domicílios, ou 8 milhões de pessoas morando precariamente. Dentro deste universo 40,1% destes domicílios são chefiados por homens negros, 26% por mulheres negras, 21,3% por homens brancos e 11,7% por mulheres brancas.

Diante das condições precárias de moradia, que atingem grande parte dos brasileiros, não poderá haver outro resultado, ao cair um volume considerável de chuva em pequeno intervalo de tempo sobre as cidades, senão os drásticos desastres naturais que poderiam ser evitados caso o poder se preocupassem com o processo de ocupação irregular. Segundo dados da ONU, de cada três moradores de áreas urbanas no Brasil, um está condenado a viver numa favela, num cortiço ou em outro tipo de habitação precária resultado da pobreza oriunda da não inserção ou da inserção precária no mundo do trabalho.

“A territorialização dos pobres é sempre uma territorialização em contestação, uma área de risco” (VALÊNCIO et al., 2009, p. 7), definido por Mendonça (2003, p. 46) “como sendo aquelas que podem resultar em danos à pessoa humana ou na destruição do ambiente devido a formas de uso ou de ocupação inadequadas da terra”. Sendo assim, para Valêncio (2009, p. 5), “o desastre é antes de tudo, uma constatação pública de uma vulnerabilidade na relação do Estado com a sociedade diante o impacto de um fator de ameaça que não se

conseguiu a contento, impedir ou minorar os danos e prejuízos”. Na ocasião das chuvas, após o evento que torna a cidade um caos, as autoridades públicas se dirigem aos locais atingidos para visitar as “tragédias anunciadas” e, posteriormente, liberar recursos para os afetados. Tais autoridades não costumam visitar os moradores de áreas de risco antes do desastre, para planejar ações preventivas de remoção ou construções seguras, a fim de evitar ou minimizar as suas perdas e o seu sofrimento.

LEVANTAMENTO POPULACIONAL E ÉTNICO NAS ÁREAS DE RISCO DO BAIRRO DOM BOSCO

Depois de realizar o levantamento populacional e étnico nas áreas de risco do município, incidimos o recorte da pesquisa no bairro Dom Bosco, uma área de risco físico habitada quase na totalidade por famílias negras.

De acordo com a pesquisa de campo realizada no dia 25 de maio de 2010, nas treze ruas do Bairro Dom Bosco consideradas de risco físico, moram 3.514 pessoas, sendo que 19,3% são brancas e 80,7% são negras - pretas e pardas.

Segue, abaixo, o quadro com os dados sobre a cor das famílias:

Tabela 2 – Levantamento Populacional e Étnico nas áreas de risco do bairro Dom Bosco - Maio de 2010

Logradouro	N de Famílias	Qtd Moradores	Cor		Cor(%)	
			Branca	Parda/Preta	Branca	Parda/Preta
Monsenhor Gustavo Freire	66	203	18	48	27,30%	72,70%
Professor João Massena	35	109	5	30	14,3%	85,7%
Arminda Nunes Ribeiro	67	255	2	65	3,0%	97,0%
Olegário Maciel	416	1178	138	297	33,20%	66,8%
José Claro Dia	32	114	0	32	0,0%	100,0%

Silvério Siqueira	37	136	0	37	0,0%	100,0%
Gustavo Dodt	35	128	0	35	0,0%	100,0%
Manoel Lopes Silva	37	193	0	40	0,0%	100,0%
João Beghelli	62	257	0	62	0,0%	100,0%
N S Imaculada Conceição	26	87	5	21	19,2%	80,8%
João Manata	40	136	11	29	27,5%	72,5%
Vicente Beghelli	58	176	9	50	15,3%	84,7%
Silvério da Silveira	74	272	6	66	10,8%	89,2%
TOTAL	985	3514	194	812	19,3%	80,7%

Fonte: Defesa Civil de Juiz de Fora-MG.

A formação do bairro Dom Bosco iniciou-se no ano de 1927, quando Vicente Beghelli parcelou suas terras e começou a vender os lotes “por baixo preço” aos operários. Até então, o local era denominado de Boa Vista, pois 2/4 de sua área fazia parte do antigo sítio “Boa Vista”, pertencente à Beghelli. A seguir apresento o projeto de loteamento do bairro (1937).

“Pequeno quilombo” foi assim que se referiu o senhor Isaías (87 anos), morador do bairro Dom Bosco desde 1932, ao iniciar o diálogo com a pesquisadora. Ele relatou que, ao chegar ao bairro, havia uma presença grande de ex-escravos oriundos das fazendas de café, São Mateus e Salvaterra. Conforme, esse antigo morador, as casas eram simples, feitas de sapé, o chão de terra batido e uma única estrada, chamada São Francisco, cortava o morro “Serrinha”, ligando a cidade ao Distrito de São Francisco. A água era de bica e a luz de candeeiro.

Com o tempo vários investimentos e construções foram sendo realizadas em torno do bairro: A Universidade Federal de Juiz de Fora (1960), Hospital Monte Sinai (1994), investimentos imobiliários, como a construção de prédios com fins residenciais e a obra mais recente é o Shopping Independência (2008). Outros investimentos estão em via de construção, como o Centro Médico Monte Sinai e um edifício na Avenida Independência (cuja parte da

frente será voltada para os bairros São Mateus, Cascatinha e o Shopping Independência e não haverá apartamentos de fundos, cuja vista é o bairro Dom Bosco). Essa estratégia paisagística tem uma razão de ser: não ver a pobreza, fazer de conta que ela não existe. Até porque não é apreciável uma vista de casas cujas construções precárias, revelam a pobreza e miséria que muitos vivenciam na cidade e naquele bairro.

Conforme levantamento do Atlas Social de Juiz de Fora, o Dom Bosco é considerado uma Área de Especial Interesse Social (AEIS). De acordo com a metodologia da pesquisa do referido documento, o bairro está inserido nos Grupos II e III¹², representando uma pobreza urbanizada: o local recebeu infraestrutura, mas necessita de algumas intervenções, como regularidade na posse da terra. Apesar de o bairro ter recebido melhorias urbanas, persiste uma vulnerabilidade socioeconômica e civil dos seus moradores. Kowarick (2009) refere-se à situação de desproteção a que vastas camadas pobres encontram-se submetidas no que concerne às garantias de trabalho, saúde, saneamento, educação e outros componentes que caracterizam os direitos sociais básicos de cidadania. Isso também é viver em risco. Trata-se de cidadãos totalmente desprotegidos, pois não têm acesso às políticas públicas: de habitação, trabalho e renda, que lhe confeririam uma inclusão digna. Na maioria dos casos são vistos como “massa desvalida”, “desclassificados”, “desfiliaados”, “desterritorializados”, vulneráveis aos danos materiais, psicológicos e aos riscos devido às chuvas. Viver numa sociedade tão desigual é um duplo risco!

Observa-se que há uma estreita relação entre as péssimas condições de moradia, o acesso a serviços públicos e os riscos ambientais, como se ocorresse nos territórios um encontro, perverso, de vulnerabilidades – urbana, social e ambiental. Assim, os territórios com pouco ou nenhum investimento público, concentram população em situação de maior pobreza e são áreas com grande degradação ambiental. Os locais de moradia podem exercer um papel central sobre as condições de vida e sobre o grau de vulnerabilidade destes indivíduos. Assim, é preciso articular a noção de risco e vulnerabilidade social com a de segregação socioespacial (PAZ et. al., 2010, p. 3).

PERFIL SOCIOECONÔMICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Nessa pesquisa foram realizadas várias visitas a campo para aplicação da entrevista aberta com 16 (dezesseis) moradores de quatro ruas mapeadas pela Defesa Civil que são

consideradas de risco físico: José Claro Dia, Arminda Nunes Ribeiro, Silvério da Siqueira e Silvério da Silveira. Entre os dezesseis, encontram-se seis entrevistados que foram removidas pela Defesa Civil, entre os anos 2003 e 2007, e incluídas no Programa de Atenção às Situações Emergenciais (PASE)¹³. O objetivo de entrevista-las, foi perceber se houve mudança e que tipo de mudança na vida delas, após serem removidas da área de risco. Do total de 16 pessoas entrevistadas, 93,75% são negras e 6,25% brancas. Com relação à descendência de escravos, 50% não souberam confirmar, por várias razões: não ter conhecido os pais ou por nunca ter conversado em família sobre o assunto; 37,5% confirmaram que tiveram parentes que foram escravos, normalmente foram os avós, já que os pais dos entrevistados já nasceram após a abolição; os outros 15,2% negaram descender de escravos, apesar de serem pretos.

Os moradores entrevistados, em sua maioria apresentam uma escolaridade baixa, 68,8%, não chegaram a concluir o ensino fundamental. No tocante a ocupação 43,8% é do lar, 25% desenvolvem atividades no mercado informal, como faxineiras e auxiliar de pedreiro. A maioria está na fase adulta, 43,75% entre 28 e 37 anos de idade. Com relação ao número de ocupantes no domicílio, 68,75%, tem de 4 a 7 pessoas ocupando o imóvel. E a renda familiar está entre 1 (um) salário mínimo 25% e inferior a 1 salário mínimo 25%.

Foi questionado aos entrevistados qual era o sentimento deles na ocasião das chuvas. O sentimento que impera é o de medo e preocupação com os filhos e as pessoas conhecidas. Com relação às seis pessoas que foram removidas da área de risco, apesar de não estarem, mas na situação de risco físico, ainda tem “medo”, sente “tristeza”, “impressão ruim” e com exceção de uma moradora que disse hoje ter “tranquilidade”, por não está mais no risco. Apenas uma falou que: “preferia voltar para o lugar que estava antes, porque apesar da precariedade que vivia, sem banheiro, água e luz, hoje ela tem que arcar com todas essas despesas”.

SITUAÇÃO LEGAL DO IMÓVEL

A situação legal dos imóveis ocupados pelos entrevistados em sua maioria não tem registro em cartório representando 87,5%, enquanto 12,5% conseguiram registrar legalmente o imóvel. Apesar desse fato, esse dado não revela que aqueles que não possuem registro ocupou irregularmente, conforme pode-se constatar no gráfico abaixo.

TIPO DE AQUISIÇÃO

Dos entrevistados 56,25% compraram o lote, através de “contrato de gaveta”; 43,75% ocuparam o lote. Demonstrando que muitos que compraram não registraram, porque não tem condições econômicas de arcar com as despesas cartoriais e com os impostos municipais.

TIPO DE HABITAÇÃO

No tocante ao padrão construtivo habitacional dos entrevistados, 31,25% não tem casa estruturada; 50% tem moradias com estrutura (vigas, pilares) e 18,75% são consideradas “barracos” ou moradias frágeis, feitas com placas de cimento.

MODO DE CONSTRUÇÃO DA MORADIA

Sobre a modalidade como as casas foram construídas, 50% dos entrevistados informaram que foi através da autoconstrução; 18,75% fizeram mutirão; 12,5% contrataram pedreiro; 12,5% não souberam informar e 6,25% terceiros contrataram pedreiros.

NECESSIDADE HABITACIONAL

Dos entrevistados 56,25% mostraram que suas moradias não adequadas, necessitando de regularização fundiária e de melhorias habitacionais, enquanto 43,75% representam um déficit habitacional, ou melhor, a necessidade de novas moradias devido as demolições de suas casas pela Defesa Civil em 2008. Pois estas moradias estavam numa área de risco.

TEMPO DE CONSTRUÇÃO DAS MORADIAS

A maioria das construções com predominância de 0 a 3 anos correspondem a 44%, os inacabados e indefinidos somam um percentual de 38%, o restante dos intervalos obtiveram 6% cada. As estimativas indicam que o tempo de construção ou é curto ou longo demais.

TRAJETÓRIAS DE VIDA DE MORADORES DO DOM BOSCO

A seguir, serão narradas duas trajetórias de vida de descendentes de escravos que mora no Dom Bosco ou que foi removida pela Defesa Civil, após as ocorrências de deslizamentos de terras. Milton Santos (1993) afirmou que devemos olhar para o território como “formas-conteúdo”, considerando a história de um lugar, a sua gente, as causas das mazelas urbanas e não, meramente, olhar seus efeitos. Em vista disso, este trabalho pretendeu acima de tudo, sinalizar a sua gente, a história de luta e resistência pela permanência no lugar.

Araguaci

Natural de Juiz de Fora, hoje com 34 anos, mãe de cinco filhos menores, Araguaci declarou que sua avó por parte de mãe, foi escrava. “Minha mãe falava muito que os outros explorava, não pagava, exploração”. Estudou até a 3ª série, trabalha três vezes por semana fazendo faxinas e cuida de uma idosa. Esses serviços que lhe possibilitam um rendimento mensal de R\$ 200,00, além do complemento de R\$ 130,00 do Programa Bolsa Família. Ela relata que quando era criança, sua mãe a entregou, juntamente com seus irmãos, a outras pessoas na cidade de Ubá-MG. Lá ficou trabalhando como doméstica e “morava na casa de gente rica”. Em 1995, quando completou 20 anos, decidiu voltar para Juiz de Fora, para morar perto dos irmãos que já estavam no Dom Bosco. Aproveitou do dinheiro que tinha recebido do antigo emprego e juntou um pouco mais com o novo trabalho que conseguiu na cidade e aos poucos foi construindo sua casa ao lado do irmão, “juntou todo mundo pra levantar”, a casa que segundo ela levou três anos para construir. Em 2007, houve um escorregamento de terras nos fundos da sua moradia e na dos seus irmãos. Todos foram removidos pela Defesa Civil para um abrigo temporário e, posteriormente, encaminhados para o Programa de Atenção a Situações Emergenciais (PASE). Até hoje, Araguaci mora de aluguel pago pela PJF e, quando questionada sobre seu sentimento quando chove, respondeu “é um sentimento ruim. Aqui a gente tá bem. Fico com receio de acontecer alguma coisa, coisa triste”. Ela ainda continua morando no próprio bairro e sobre a perspectiva de receber uma casa que será

propriedade dela e em local seguro, respondeu mostrando preocupação em deixar algo para os seus filhos e em segurança, “é pouco, mas vai ser deles pro resto da vida”.

Maria do Carmo

Hoje com 62 anos, mãe de 13 filhos, todos criados na roça. Neta de escrava, por parte de pai, é analfabeta, “a gente começava a trabalhar muito novinho, não estudava”. É separada, hoje com ela moram 8 filhos e quatro netos. Saiu da Fazenda Dores do Paraybuna rumo a Juiz de Fora, estimulada por um filho que se encontrava morando em Juiz de Fora. Peregrinou de um bairro a outro pagando aluguel. Quando um filho que já morava no Dom Bosco e já estava mais estabelecido no local, chamou para ir morar no Dom Bosco, que representou a possibilidade de parar de pagar aluguel, apesar de que o lote não pertence a família, foi ocupado. Quando chegou ao local há dez anos, onde hoje é sua casa, relata que “tinha pedacinho cheio de lixo... lugar pequenininho... a gente limpou... a gente olhava... a gente fez um comodozinho, entrou dentro e tá construído até hoje..foi difícil, mais graças a Deus chegou lá”. Hoje a família mora numa casa estruturada de dois andares, no pavimento inferior moram Maria do Carmo e seus 8 filhos e 4 netos e no pavimento superior, a filha com o esposo e três filhos. Maria do Carmo é do lar, seus filhos não estão empregados formalmente, fazem serviços eventuais (faxinas e construção civil). No decorrer da entrevista demonstrou preocupação em ter que sair do local, por não possuir escritura do imóvel, “por isso não gasto mais dinheiro, não faço mais nada”. E com relação à chuva relatou o receio do barranco descer e das dificuldades em andar na rua onde mora, que ainda não é asfaltada. “Tenho uma filha que é epiléptica, uma vez teve que carregar ela e subir aquilo ali escorregando... fico preocupada com a chuva por causa daquela casa que fizeram próxima ao barranco... medo da casa cair e atingir a gente”, finalizou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo e da pesquisa pude constatar que a cidade de Juiz de Fora não é para todos, principalmente para aqueles que trazem na pele o estigma da senzala, dos cruéis castigos e pagam ainda um preço muito alto. Como pode ser constatado nas pesquisas de emprego e de salário, o negro sempre está em desvantagem com relação ao branco. São oito

milhões de brasileiros morando precariamente, segundo pesquisa do IPEA (2009), dentre estes 40,1% das famílias são chefiadas por homens negros e 21,3% por homens brancos.

Em Juiz de Fora, hoje são 35.986, que corresponde a 7% de seus habitantes, morando em áreas de risco. Sendo que dentro desse universo, 70,5% são negros e 29,5% são brancos e o poder público não tem tomado medidas preventivas e eficazes para reduzir esses números. Ficando claro, que não há uma preocupação com essa população. Isso seria uma forma velada de discriminação ou de reafirmação de que o negro pobre deve continuar sofrendo, mas outro tipo de violência: a de não ter seu direito por garantia constitucional de morar bem e com qualidade de vida?

A pesquisa realizada no Dom Bosco possibilitou compreender melhor a trajetória de luta e vida dos escravos e dos seus descendentes que foram morar naquele bairro, ao sair das fazendas de café por volta de 1930. A luta não compreendeu apenas um lugar para morar, mas para sobreviver. Motivo que mobilizou as famílias a vir morar na cidade. Apesar da falta dos serviços básicos como água e luz, pois o bairro no início não tinha absolutamente nada, a não ser trilha e mato, os primeiros moradores conseguiram superar as dificuldades. Com o tempo, foram chegando os investimentos públicos e a infraestrutura. Mas apesar disso, ali mora uma população em sua maioria negra e pobre, localizada na área de risco, que necessita de mais investimentos em obras de contenção, remoção de moradores para local seguro e promoção de melhorias habitacionais.

Vários investimentos imobiliários e de serviços estão sendo realizados no seu entorno, o que dá uma sensação aos moradores de valorização do bairro, mas não se dão conta, que os moradores sem condições econômicas não podem usufruir. Exemplo do Hospital Monte Sinai, os entrevistados afirmaram se não possuir um plano de saúde não é atendido, outros não vão ao Shopping Independência, “nunca fui lá, não tenho dinheiro para comprar nada”, afirmou uma entrevistada da pesquisa. A construção do Shopping retirou o campo de futebol, que era um lazer para os moradores aos domingos. Ao serem questionados sobre o sentimento quando o campo foi retirado, responderam:

“Falta de consideração com a gente, não tem praça, não tem creche.”

“Um grande golpe, única área de lazer, foi para área longe do bairro.”

“Ficou horrível. Todo mundo ficou triste era área de lazer, prejudicou muito a gente.”

“Isso não foi muito bom, porque as crianças gostam de brincar, ficam sem fazer nada.”

Serão eles indesejados na cidade? Essa gente continua com um histórico de desterritorialização, de tirar a força ou por imposição sua vontade. Cada vez mais são empurrados para os cantões da cidade, onde apenas resta continuar lutando para ter um lugar para viver, mesmo que esse lugar coloque em risco sua vida. A cada chuva, se repete a necessidade de sair de um lugar para outro, porque aquele lugar que sobrou para morar está em risco e o que mais sobra? Senão as políticas manipuladas pela lógica do favor e do assistencialismo. O que sobra para esses cidadãos juizforanos é aceitar a remoção provisória para um brigo público e posteriormente um auxílio emergencial para pagamento de aluguel num valor abaixo do mercado imobiliário até que sejam contemplados com uma nova moradia financiada pelo governo federal. Quanto custa o preço para chegar a morar num lugar seguro? Custa o preço de uma trajetória de espoliação urbana definida por Kowarick (1979), como a retirada da população pobre do acesso aos bens e serviços de direito.

THE PLACE OF POOR BLACKS IN THE CITY A STUDY IN THE AT-RISK ÁREA IN THE DON BOSCO DISTRICT

ABSTRACT

To understand the process of placement of the poor black population in urban areas, it is necessary to go to the origins of our socioeconomic formation. In the slave system, which was part of that process, we used the black African manpower to produce wealth, leaving its mark deep in our society. Upon being freed, former slaves, did not have many job options and no land to raise food and live on, unless they stayed on farms or to venture into the cities in search of better living conditions. However, the stigma of color and slavery left deep roots that persist to date. Blacks still occupy the less skilled positions, their educational level is still low, they receive the lowest wages and they live in the poorest places, whether in the slums, tenements, and today in areas of known environmental risk.

Key Words: Slavery. Risk area. social vulnerability Blacks. Disasters. Housing.

Notas:

¹ As capitanias foram doadas a homens suficientemente ricos, aos quais cabia a obrigação de trazer pessoas capazes de nela exercerem as atividades necessárias. Seus direitos incluíam a escravização de índios, o recolhimento de impostos pagos em espécie; e a cobrança de uma taxa sobre os produtos da terra, além de parte das rendas da coroa, vintena das pescarias, o monopólio da marinha, moendas de água e quaisquer outros engenhos, o direito da venda do pau-brasil e o provimento dos ofícios e cargos públicos da capitania, competindo-lhes criar vilas e escolher seus administradores.

² A principal perspectiva de aproveitamento dessas terras concentrava-se no plantio de cana-de-açúcar, que naquela época era produto de exportação por excelência, pois praticamente não existia na Europa. Aos donos das sesmarias era vedado negociar com os índios, medida com que se restringia sua influência e se procurava impedir a intromissão de elementos estranhos e porventura instigadores de conflitos nas relações entre portugueses e os naturais da terra.

³ MATTOS, Hebe; RIOS, Ana M.L. Memórias de cativo: família, trabalho e cidadania no pós-abolição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

⁴ Ibid

⁵ Da autora Rita de Cássia Souza Félix Batista.

⁶ GUIMARÃES, Eliane Silva. Múltiplos viveres de afrodescendentes na escravidão e no pós-emancipação: família, trabalho, terra e conflito (Juiz de Fora - MG, 1828-1928). Juiz de Fora - MG: Funalfa Edições, 2006.

⁷ Tribuna de Minas, Juiz de Fora – MG, p. 3, 11 Nov. 2007.

⁸ Ibid. Matéria publicada em 28 Set. 2008.

⁹ As moradias classificadas como inadequadas são aquelas que necessitam de melhoramentos para que alcancem um padrão mínimo de habitabilidade, definido a partir de critérios de qualidade da infra-estrutura de serviços, relacionados ao ambiente em que a moradia está inserida, e quantitativa de cômodos do domicílio em relação ao tamanho da família. As moradias classificadas como inadequadas podem ter problemas relacionados ao acesso à infra-estrutura ou ao adensamento excessivo

¹⁰ Déficit habitacional deve ser entendido como "a necessidade de construção de novas moradias para a resolução de problemas sociais detectados em um certo momento e específicos de habitação". Ou seja, representa as deficiências propriamente habitacionais do estoque de moradias, de modo que sua quantificação global resulta da agregação dos domicílios rústicos e improvisados (habitações precárias) com a coabitação familiar.

¹¹ Ver http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=161&id_pagina=1

¹² Ver <http://www.afropress.com/noticiasLer.asp?id=2075>

¹³ Segundo a metodologia utilizada as Áreas de Especial Interesse Social foram caracterizadas para uma melhor compreensão. **Grupo II** – Áreas de concentração de pobreza parcialmente urbanizadas: Neste grupo são citadas áreas com demandas de intervenções urbanísticas parciais – em um ou mais aspectos de urbanização-, ou pontuais, em comunidades de baixa renda. As intervenções incluem, geralmente, a regularização da posse de terra. **Grupo III** – Áreas de concentração de pobreza urbanizadas: Algumas áreas com histórico de exclusão social, após sofrerem sucessivas intervenções de melhorias, não demandam mais intervenções urbanísticas em infra-estrutura, podendo restar apenas a requalificação de moradias (acabamentos de fachadas e interiores e melhorias das condições sanitárias), persistindo a questão socioeconômica como o fator dominante. Persistem, portanto, demandas maiores no domínio privado, sendo que as questões de caráter coletivo – urbanização e inserção – estão resolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, Daniela. De cada R\$ 100,00 movimentados em JF, menos de R\$ 3,00 ficam com os mais pobres. *Tribuna de Minas*, Juiz de Fora – MG, Caderno Voto & Cidadania, p. 1, 28 Set. 2008.

BARROS, Ana Cláudia de e ARBEX, Daniela. JF falha nos projetos habitacionais. *Tribuna de Minas*, Juiz de Fora – MG, p. 3, 29 Nov. 2009.

BATISTA, Rita de Cássia Souza Félix. *O negro Trabalho, sobrevivência e conquistas em Juiz de Fora de 1888 a 1930*. Juiz de Fora - MG: Funalfa Edições, 2006.

CAMPOS, Andreino Campos. *Do quilombo à favela: a produção do “espaço criminalizado” no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. Petrópolis – RJ: Vozes, 1998, p.95 – 143.

_____, *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. Petrópolis – RJ: Vozes, 1998, p.21-37.

CARDOSO, Adauto Lúcio e AZEVEDO, Sérgio de. *Necessidades Habitacionais: Notas metodológicas*, 2009. Disponível em: <<http://www.eadtrabalhosocial.com.br/moodle/mod/resource/view.php?id=520>>. Acesso em 28 Jul. 2010.

COSTA, Fabíola. Ameaça de favelização. *Tribuna de Minas*, Juiz de Fora – MG, p. 3, 11 Nov. 2007.

COSTA, Emília Viotti da. *Da monarquia à república: momentos decisivos*. 6. ed. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999. p. 341 – 362.

FAORO, Raymundo. *Os donos do poder: Formação do patronato político brasileiro*. 3. ed. Rio de Janeiro: Globo. 2001. p. 116 – 162.

FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classe*. São Paulo: Dominus Editora, Vol 1, 1965. p. 1 - 69.

FREITAS, Décio. *Escravos e senhores de escravos*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1983. p. 11-23.

GRIZENDI, Lucimar Therezinha. *Condições de Moradia e Risco: Representações Sociais e Moradores da Periferia de Juiz de Fora*. Rio de Janeiro/RJ, 2003, 129f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social da PUC – Rio de Janeiro, 2003.

GUIMARÃES, Elione Silva. *Múltiplos viveres de afrodescendentes na escravidão e no pós-emancipação: família, trabalho, terra e conflito* (Juiz de Fora - MG, 1828-1928). Juiz de Fora - MG: Funalfa Edições, 2006.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 1971, p. 3 – 40.

KOWARICK, Lúcio. *Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil*. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

_____. *Trabalho e Vadiagem: A origem do trabalho livre no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

MARICATO, Ermínia. *Dimensões da Tragédia urbana*. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/cidades/cid18.htm>. Acesso em 21 Out 2007.

MATTOS, Hebe; RIOS, Ana M.L. *Memórias de cativo: família, trabalho e cidadania no pós-abolição*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MENDONÇA, Cláudia Augusta Lopes de. *Intervenções em áreas de risco*. In FERNANDES, E. e ALFONSIN, B. *A lei e a legalidade na produção do espaço urbano*. Belo Horizonte: Del Rey, 2003, 43-56.

MENEGAT, Elizete. *Crise urbana na atualidade: indagações a partir do fenômeno da concentração espacial dos pobres em assentamentos ilegais*. In POGGIESE, H. e COHEN EGLER, T. T. *Otro desarrollo urbano: ciudad incluyente, justicia social Y gestión democrática*. Buenos Aires: CLACSO, 2009, p. 93 – 103.

OLIVEIRA, Mônica Ribeiro de. *Famílias solidárias e desafios urbanos: os negros em Juiz de Fora*. In BORGES, Célia Maia (Org). *Solidariedades e conflitos: histórias de vida e trajetórias de grupos em Juiz de Fora*. Juiz de Fora – MG: Ed. UFJF, 2000.

PRADO Jr, Caio. *Formação do Brasil Contemporâneo: Colônia*. 15. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1977. p. 9 – 70.

SOUZA, Laura de Mello e. *Desclassificados do Ouro: a pobreza mineira no século XVIII*. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. p. 9-130.

TAVARES, Gisele Machado (Org.). *Atlas Social - Juiz de Fora*. Diagnóstico/Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG: Prefeitura de Juiz de Fora, 2006.

VALÊNCIO, N.F.L.S et al. *Sociologia dos Desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil*. São Carlos – SP: Rima editora, 2009. Disponível em www.ds.ufscar.br/...desastres.../livro-sociologia-dos-desastres-versao-eletronica. Acesso em: 23 jun de 2010.

LA POLÍTICA DE ASISTENCIA SOCIAL NA CIDADE GRANADA (ESPAÑA)

María Teresa Gijón Sánchez^{**}

Rosana de Matos Silveira Santos^{***}

Belén Morata García de la Puerta.^{*}

RESUMO

Neste artigo apresentamos uma análise da forma institucional de organizar a política de assistência social a nível local através do estudo de caso da cidade de Granada. Este estudo se realiza com o propósito de comparar o governo local da gestão social em diferentes cidades de tipo médio, concretamente las Universidades de Juiz de Fora (Brasil), Tandil y Rosario (Argentina) e Granada (Espanha). Neste artigo apresentamos os dados descritivos e informação documental sobre como a Prefeitura da cidade de Granada gestiona a política de assistência social para dar resposta às necessidades e problemas sociais da cidadania, que tipos de políticas sociais setoriais de bem estar se promovem sob su responsabilidade e qué políticas participativas se impulsam para implicar de maneira direta a sociedade civil na assistência social.

Palavras-Chave: Gerência local, política social, serviços sociais, bem-estar social, estudo do caso, Granada

INTRODUCCION

Este artículo presenta un análisis de la forma institucional de organizar la política de asistencia social en la escala local, a través del estudio de caso de la ciudad de Granada (perteneciente a la Comunidad Autónoma de Andalucía en España). Este trabajo es parte de un proyecto internacional de investigación más amplio, financiado por FAPEMIG, titulado *A gestão pública de assistência social: un estudo comparativo entre América Latina e Europa*, integrado por personal investigador y docente de Trabajo Social procedente de las Universidades de Juiz de Fora (Brasil), Nacional del centro de la provincia de Buenos Aires (Tandil) y Nacional de Rosario (Argentina) y Granada (España). El estudio de caso se realiza con el propósito de aproximarnos a comparar el gobierno local de la gestión social en las ciudades que albergan nuestras Universidades. Concretamente, esta investigación se plantea

^{**} Profesora del Departamento de Psicología Social, Antropología Social y Trabajo Social y Servicios Sociales

^{***} Profesora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

^{*} Profesora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

como objetivos mostrar cómo se gestionan los programas de bienestar social local, discutir sobre la influencia de las ideologías de los gobiernos municipales en las políticas y su gestión, conocer la percepción del personal responsable político y gestor sobre la asistencia social, reflexionar sobre el papel que juega la participación ciudadana en la gestión del bienestar local, entre otras cuestiones, utilizando técnicas cualitativas y documentales para triangular la información analizada.

Granada es una ciudad andaluza del sur de Europa, perteneciente a una de las zonas más pobres de España, con una renta per cápita por debajo de la media española y andaluza. España aunque desde su ingreso de en la Unión Europea ha ido acercando su PIB *per capita* al nivel medio europeo, aún se sitúa en el 60 por cien del mismo. En el caso de Andalucía se sitúa 18 puntos porcentuales por debajo de la media de la Unión Europea respecto a su riqueza nacional por habitante, según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística y de Eurostat (Oficina Europea de Estadística). Por su parte, según la Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza (EAPN-A), en Granada alrededor de la tercera parte de sus habitantes vive en situación de pobreza al disponer de menos de 500 euros al mes, lo que también supera la media andaluza al colocarla en el tercer lugar entre las provincias andaluzas con mayor número de personas en situación de pobreza.

En definitiva, Granada y la Comunidad Autónoma andaluza a la que pertenece, tras la integración de España en la Unión Europea en 1986, se han visto afectadas por tres circunstancias: 1) ha tenido que asumir obligatoriamente determinadas políticas comunitarias que le afectan de forma considerable, tal es el caso de la Política Agraria Común; 2) se ha visto beneficiada por la percepción de un elevado volumen de ayudas procedentes de los distintos fondos europeos; y 3) está inmersa en un proceso de convergencia real o de reducción de las diferencias de renta con la media de la UE.

En este artículo mostraremos datos descriptivos e información documental sobre cómo el Ayuntamiento de la ciudad de Granada gestiona la política de asistencia social en el ámbito local. Concretamente, explicaremos la organización política y administrativa del municipio y el sistema electoral que da lugar al mandato municipal, presentaremos brevemente las principales características sociodemográficas de la ciudad, para dar paso al núcleo central del artículo: cómo el Ayuntamiento de la ciudad de Granada gestiona la política de asistencia

social para dar respuesta a las necesidades y problemas sociales de la ciudadanía, qué políticas sectoriales de bienestar promueven bajo su responsabilidad y qué políticas participativas impulsan para implicar de manera directa a la sociedad civil en la asistencia social.

ORGANIZACIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA DE LOS MUNICIPIOS EN ESPAÑA: EL CASO DE LA CIUDAD DE GRANADA

En España el gobierno y la administración de los municipios se encomiendan a los Ayuntamientos, que se componen de una Alcaldía y diferentes Concejalías. En estos últimos años, el desarrollo de reformas legislativas en las Leyes de Régimen Jurídico Local, han fortalecido las funciones gestoras y ejecutivas de las alcaldías, de cara a promover una gestión con mayor eficacia y agilidad, al mismo tiempo que se han consolidado mecanismos de control del pleno del ayuntamiento (entre otros, a través de la moción de censura y la nueva moción de confianza). En el plano real la gobernabilidad de un Ayuntamiento depende del apoyo mayoritario a la Alcaldía y a su equipo de gobierno durante su mandato. No cabe duda de que durante el tiempo de ocupación, la Alcaldía y su equipo intentarán consolidar los apoyos electorales recibidos, la formación de una elite política local y el establecimiento del liderazgo en el mismo.

En la actualidad, la ciudad de Granada está gobernada por una corporación del Partido Popular (PP), partido de ideología conservadora, que también gobernó en el mandato anterior. Este partido ha sabido conjugar en su equipo de gobierno, un grupo heterogéneo de personalidades con peso dentro del partido (con responsabilidades y presencia en los órganos locales de la organización), junto a jóvenes (procedentes de la sección “Nuevas Generaciones del Partido Popular”) que aportan nuevas perspectivas e ideas en su visión de la sociedad local y sus problemas y que, además, coinciden todos ellos y ellas en tener una formación académica en ciencias políticas y sociología.

La actual corporación municipal cuenta con 15 concejalías, responsables de las siguientes áreas: Presidencia y Relaciones Institucionales, Educación, salud y consumo, Urbanismo y Obras públicas, Economía, hacienda y comunicación, Turismo y PYMES,

Mantenimiento integral de la ciudad y limpieza, Medioambiente, Cultura, Participación y protección ciudadana; Movilidad y comercio, Atención a la familia, bienestar e igualdad de oportunidades, Personal, servicios generales y organización, Deportes, Juventud, Patrimonio y contratación.

Las concejalías se corresponden con las principales áreas de actividades del municipio. Sin embargo, el Ayuntamiento de Granada, al igual que otros muchos de España, ha optado por crear, alrededor de las mismas, toda una serie de organizaciones (con forma jurídica de fundación, empresa pública, organismo autónomo, patronato, consorcio, entre otras) para gestionar determinadas áreas de actividad (como el agua, la vivienda, etc.), incorporando algunos factores del Derecho privado. La razón que esgrimen las Administraciones, a favor de estos fenómenos que algunos califican como de “privatización” es la de dotar de cierta autonomía a los órganos que gestionan algunas de las políticas más importantes.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE GRANADA

El municipio de Granada es una ciudad española y una de las ocho capitales de provincia que componen la Comunidad Autónoma de Andalucía. En los últimos años, de la misma manera que en España y en Andalucía, en Granada se han producido importantes cambios geográficos, demográficos, políticos, sociales, económicos y culturales que han originado transformaciones y tendencias sociales en el contexto de la ciudad y la provincia.

La ciudad de Granada se sitúa en el sur de España y de Europa y se define como “*ciudad universitaria*” y “*ciudad turística*”, siendo ambos sectores los principales motores económicos y sociales que la impulsan e identifican. En este sentido, como botón de muestra cabe señalar que Granada es uno de los destinos turísticos más elegidos para estudiar español. Asimismo, su fuerte tradición en salud, biomedicina y ciencias de la vida, también están promoviendo su carácter de “*ciudad sanitaria*” con el reciente diseño y construcción del Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud (PTS) emplazado en la zona sur de la ciudad. El PTS pretende convertirse en un espacio de referencia óptimo para la creación, implantación y expansión de instituciones y empresas, que transforman el conocimiento en desarrollo económico y social, - especialmente en los sectores Farmacéutico, Biosanitario, Asistencial y

Alimentario -, lo que lo convierte en el primero de España y uno de los pocos del mundo especializado en Salud. Por otro lado, actualmente también se está impulsando el desarrollo de los servicios de transporte y comunicación con otras provincias y ciudades, a través de la construcción de las infraestructuras necesarias para la conexión ferroviaria con trenes de Alta Velocidad (AVE).

Desde el punto de vista geográfico, la ciudad de Granada está compuesta por 33 barrios, muy diferentes entre sí social y económicamente, que se agrupan a su vez en 8 distritos municipales. Desde el punto de vista demográfico, en el año 2009 la población del municipio de Granada es de 234.325 habitantes, de los que un 53,6% son mujeres y el 46,4% restante hombres, mientras que el total de la población de la provincia de Granada es de 907.428 personas, siendo a nivel provincial mayor la diferencia entre hombres (40,5%) y mujeres (50,5%). Por su parte, el volumen de la población andaluza es de 8.302.923 personas, presentando un mayor equilibrio la distribución proporcional de la población en función del sexo (49,5% hombres y 50,5% mujeres). Por último, en España el número de habitantes es de 46.745.807, estando más acrecentada la diferencia entre sexos (50,5% mujeres y 45,5% hombres). En resumen, se observa una feminización de la población en España, Andalucía y en mayor medida en Granada según datos del Padrón Municipal de Habitantes (Instituto Nacional de Estadística).

En relación a la edad, cabe señalar que la proporción de menores de 24 años es del 25,35% en el municipio y del 28,11% en la provincia de Granada, mientras que el volumen más numeroso de población se concentra en el grupo etéreo de 25 a 44 años (30,38 % en el municipio y 32,26% en la provincia). Por otro lado, la población de 65 y más años representa al 18,17% y al 16,11% del total de población empadronada en el municipio y en la provincia respectivamente. En resumen, se observa un menor peso de población joven y un mayor peso de población mayor en el municipio de Granada respecto al contexto de la provincia. Por último, tanto en el municipio como en la provincia, a partir de los 50 años se advierte una mayor presencia de mujeres respecto a los hombres.

Por otro lado, otros de los principales cambios demográficos acontecidos en la ciudad de Granada, vienen dados por el crecimiento poblacional de los municipios próximos a la ciudad que integran su área metropolitana, así como por la incidencia del fenómeno

migratorio y en concreto por la llegada de población inmigrante extranjera a la provincia y a la ciudad (Gijón, 2010).

Por último, en relación a las situaciones de pobreza y exclusión social, las mayores tasas en Granada se sitúan en la zona norte de la ciudad. En ella vive el 15,4% del total de la población de Granada y su crecimiento va en aumento, según los datos del Padrón Municipal de Habitantes del año 2009. La ciudad de Granada pierde paulatinamente población frente a esta zona norte, que aumenta a razón de un 4% anual, gracias al empuje de algunos barrios de esta zona (que no son los más pobres del área). Por el contrario, las zonas más deprimidas y que presentan mayores indicadores de exclusión y marginación social se van despoblando paulatinamente, muy despacio, lo que parece indicar que se está produciendo un efecto salida del barrio cuando las condiciones socioeconómicas permiten a las familias huir de la estigmatización residencial y de sus consecuencias (Morante, 2010).

LA GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA SOCIAL EN GRANADA

En la ciudad de Granada la gestión municipal de la política de asistencia social corresponde al Ayuntamiento y concretamente concierne al Área de Bienestar Social, ubicada en la *Concejalía de Familia, Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades*, con diferentes niveles de objetivos. El objetivo general es la atención en primera instancia a la problemática de toda la ciudadanía a través de la formulación de programas y servicios integrales y/o sectoriales. Como objetivo funcional pretende establecer una adecuada relación entre necesidades-problemas y recursos y, finalmente, el objetivo operativo se refiere a marcarse como meta el establecimiento de una red precisa de servicios y programas de intervención y actividades estables que cubran las necesidades sociales, teniendo como finalidad última, la dinamización de la vida comunitaria y la promoción de su desarrollo.

En este contexto se ubica el *Sistema Público de Servicios Sociales*, como instrumento de la política social que, con carácter universal, persigue mejorar el bienestar de la ciudadanía, garantizando determinadas prestaciones sociales a favor del pleno desarrollo de las personas dentro de la sociedad, promoviendo su participación en la vida ciudadana. Todo ello con el

objetivo de prevenir y eliminar las causas que conducen a la marginación de personas, familias o colectivos que se encuentran en situación de desventaja social. Los servicios sociales del Ayuntamiento se articulan en dos niveles de atención que se organizan de manera integrada y complementaria y que son los siguientes:

- Primer nivel de atención: denominados “servicios sociales generales”, “comunitarios”, “de base” o “de atención primaria”, que se centran en actuaciones específicas y/o sectoriales siempre en el ámbito de una comunidad determinada.
- Segundo nivel de atención: designados “servicios sociales especializados”, cuyo ámbito de actuación es específico, de determinados colectivos o áreas que, por sus características o peculiaridades, requieren una atención especializada

Aunque desde la década de los 80 las Comunidades Autónomas inician la creación de sus *Sistemas de Servicios Sociales* en su territorio, el impulso fundamental para garantizar los servicios sociales, se produce a partir de 1988, cuando el Estado firma con las Comunidades Autónomas un “*Plan Concertado para el desarrollo de la Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales*”. Este Plan se materializa en convenios-programa de colaboración en los que se concreta la participación de las Administraciones públicas implicadas, siendo los municipios los titulares de los equipamientos que podrán en marcha las prestaciones que se determinan en el Convenio. En la ciudad de Granada, los Servicios Sociales del Ayuntamiento tienen como finalidad prestar ayuda y asesoramiento a los colectivos y las personas más desfavorecidas socialmente y necesitadas, y se distribuyen territorialmente a través de centros ubicados en distintas partes de la ciudad, ya sean comunitarios o especializados.

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN EL MUNICIPIO DE GRANADA

La prestación de los *Servicios Sociales Comunitarios* se implantan en el territorio a través de las *Zonas de Trabajo Social (ZTS)*, que son divisiones territoriales y están reguladas en la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Estas Zonas a su vez se dividen en demarcaciones denominadas *Unidades de Trabajo Social (UTS)*. Estas Unidades

suelen tener un ámbito territorial inferior al municipio, aunque en algunas demarcaciones de gran dispersión la agrupación de varios municipios constituye una Unidad.

En el municipio de Granada, las UTS están formadas por equipos de profesionales distribuidos por distintas zonas de la ciudad: *Ronda, Norte, Albaicín, Chana, Zaidín, Beiro, Centro y Genil*. Estas UTS tienen como objetivo acercar y descentralizar los servicios al entorno más próximo donde se generan los problemas sociales. En cada distrito existe un Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios y en la mayoría de ellos uno o varios Centros de Día para personas mayores. Los colectivos a los que preferentemente prestan servicios son: *mujeres, personas mayores, discapacitados, personas sin hogar, inmigrantes, jóvenes, familias, drogodependientes y excluidos/as sociales*.

A continuación, en el Cuadro 1, se recogen los Programas de los Servicios Sociales Comunitarios desarrollados por el Ayuntamiento de Granada en la actualidad.

Cuadro 1. Programas de los Servicios Sociales Comunitarios en la Ciudad de Granada

Servicio de Información, Valoración y Asesoramiento (SIVA)	Conjunto de medidas que facilitan a la ciudadanía el conocimiento y acceso a los recursos sociales en una relación de ayuda profesional, con el objetivo de garantizar sus derechos sociales.
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Prestación realizada en el domicilio personal o familiar que proporciona una serie de atenciones a personas y familias con el fin de facilitar la permanencia en el medio habitual de vida, evitando situaciones de desarraigo y desintegración social. Contempla las siguientes actuaciones: de carácter doméstico, personal educativo, socio-comunitario, teleasistencia.
Programa de Prevención de la Marginación e Inserción social	Conjunto de actuaciones dirigidas a evitar la aparición de situaciones que provocan marginación, exclusión y deterioro de la convivencia, así como al tratamiento de aquellas personas con dificultades para las relaciones en su medio natural.
Programa de Ayudas Complementarias	Prestaciones de contenido económico, temporales de carácter urgente o coyuntural y complementario a las intervenciones

	técnicas. Destinadas a apoyar económicamente a personas que, por circunstancias excepcionales, viven una situación de especial necesidad. Tienen como finalidad atender situaciones extraordinarias urgentes y graves a las que se debe dar respuesta con prontitud. Se tiende a dar prioridad a la cobertura de las necesidades básicas de menores a cargo de familias, cuando éstas carezcan de los recursos económicos suficientes.
--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de la información publicada en la Web del *Ayuntamiento de Granada*.

SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

Los *Servicios Sociales Especializados* del Ayuntamiento de la ciudad de Granada se dirigen a determinados sectores de población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan de una atención específica. Aunque la obligación legal de prestar servicios sociales especializados corresponde a los municipios de más de 20.000 habitantes, la experiencia, sin embargo, responsabiliza a los Ayuntamientos de prestar los servicios sociales de atención primaria, mientras que son las Comunidades Autónomas respectivas quienes se ocupa de los servicios sociales especializados.

POLÍTICAS SECTORIALES DE BIENESTAR SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE GRANADA

En este apartado vamos a describir los principales planes, programas y prestaciones que desde el Ayuntamiento de Granada, se ofrecen e implementan para la ciudadanía residente y también para quienes de manera transitoria se encuentran en la ciudad. Estos programas abarcan diferentes colectivos, tales como: *personas sin hogar, mayores, jóvenes, personas con diversidad funcional, personas que padecen drogodependencias y adicciones,*

etc. También describiremos aquéllos que se dirigen a la cooperación descentralizada y los que promueven y fomentan la participación ciudadana. Los presentamos, a continuación, de forma sintética.

En algunos casos, estos colectivos son de importancia política para el Ayuntamiento, hasta el punto que se diferencia dentro de la organización en una unidad que de manera preferente se ocupa del colectivo. Este es el caso de la *Concejalía de Juventud* o la *Concejalía de Familia, Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades*, ambas dentro del Área de Bienestar Social. En estas y otras ocasiones el Ayuntamiento ha aprobado un Plan Integral de actuación para el colectivo en concreto. Ello significa que, dentro del periodo de tiempo acordado, el Ayuntamiento se compromete con un presupuesto concreto a mejorar las condiciones de vida de estas personas y sus familias, en las distintas áreas de bienestar: servicios sociales, cultura, educación, empleo, etc.

En la atención especializada no se debe perder de vista dos factores fundamentales:

- Que es muy probable que la Administración del Estado o de la Comunidad Autónoma tengan aprobado un Plan Integral de actuación para ese colectivo, de manera que el Ayuntamiento podrá colaborar en la implementación de los mismos con medidas propias, pero también implementando en su municipio las medidas contenidas en los planes estatales o autonómicos (a modo de ejemplo, en las políticas de atención a las drogodependencias participan concurrentemente todas las administraciones territoriales, a través de la aprobación e implementación de Planes Integrales (este es el caso el *Plan Nacional de Acción sobre Drogas (2009-2012)*, el *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2002-2007*, actualmente en elaboración el 3º Plan, y finalmente del desarrollo del *II Plan Granada sobre Drogodependencias*).
- Que la mayor parte de las prestaciones se realizan desde los mismos servicios sociales del Ayuntamiento, sin que las Concejalías o el Área de Bienestar Social tenga órganos especializados para la puesta en marcha de los Planes de actuación.

Además de la atención comunitaria, como se ha explicado, el Ayuntamiento puede tener especial interés en determinados colectivos específicos. Las razones por las que un

Ayuntamiento singulariza dicha atención, al margen de la estructura de Servicios Sociales Comunitarios (que tiene una implantación territorial que abarca a toda la ciudad), responden a distintos factores. En algunos casos, la corporación municipal es especialmente sensible a los problemas que padecen determinados colectivos, de manera que organiza un plan concreto, acompañado de un presupuesto determinado y, en conjunción con otros agentes sociales, desarrolla programas que amortigüen o mejoren los efectos de la desigualdad y la exclusión social. A veces es por razones puramente electoralistas. Queremos pensar, sin embargo, que esta última razón en sí misma no mueve a los Ayuntamientos a destinar dinero público para la provisión del bienestar y más frecuentemente, lo que ocurre, es que se dejan llevar por lo que otras Administraciones ya hacen. Y no sólo porque se beneficiarían de la experiencia de éstas, sino porque también recibirían las transferencias de capital que las otras Administraciones establecen para la implementación de políticas en el ámbito municipal (a esta última razón responden los objetivos de convergencia de la Política Social Europea mediante la financiación de programas europeos, que se implementan en los Estados miembros).

- Atención especializada:

Los colectivos a los que el Ayuntamiento de Granada presta especial atención son: *familias, infancia, juventud, mujeres, personas mayores, personas con discapacidad (diversidad funcional), personas que sufren drogodependencias, inmigrantes y personas sin hogar*. A continuación, en el Cuadro 2, se describen brevemente los recursos sociales que destina el Ayuntamiento para promover su bienestar.

Cuadro 2. Políticas Sectoriales de Bienestar en la Ciudad de Granada

FAMILIAS	<i>Pacto local por la conciliación de la vida laboral, familiar y personal de la ciudad de Granada, aprobado el 22 de abril de 2008 (Concejalía de Igualdad de Oportunidades, Ayuntamiento de Granada).</i>
	<i>Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo social (inicio 2006, final 2010), destinado a aquéllas que tienen dificultades para cuidar y atender a sus hijos/as de forma adecuada.</i>

	<p><i>Proyecto Casas de Familia</i> (inicio 2007, final 2011), es un servicio de Acogida para quienes carecen de vivienda, de manera permanente o coyuntural, y tienen hijos/as menores de 18 años. La acogida es temporal y provisional, por un periodo de tiempo máximo de seis meses.</p>
INFANCIA	<p>Se inserta en el <i>Sistema Público de Servicios Sociales</i> (servicios sociales comunitarios y especializados). A su vez, está vinculado vez con el <i>Sistema de Justicia</i>, lo cual es inseparable de la red de atención a la infancia que, incluiría a todos los <i>Servicios de Bienestar Social</i> (Educación, Salud, Cultura, Trabajo, etc.). También habría que añadir la iniciativa privada y, en todo caso, la actuación pública utiliza los Servicios Especializados como <i>último recurso</i>, evitando de este modo, intervenciones que impliquen la separación del menor de su contexto familiar y social, primando medidas alternativas al internamiento. Lo anterior no deja de ser válido y pertinente para aquellos niños/as con medidas de protección y de responsabilidad penal en centros.</p>
JUVENTUD	<p><i>Plan Joven (2008-2011)</i>, persigue mejorar la calidad de vida de la juventud granadina, dando respuestas a sus necesidades y problemas. Destaca que se ha elaborado con la participación de la mayoría de las asociaciones y organizaciones juveniles de la ciudad, junto a la Concejalía de Juventud y otras áreas del Ayuntamiento, que han sido quienes han dado forma a las aspiraciones y necesidades planteadas por la juventud.</p> <p><i>Vivienda:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Servicio de Información General</i>, para difundir aquéllas medidas municipales que fomentan el acceso a la vivienda. - <i>Programa de alojamiento compartido de jóvenes universitarios con personas mayores</i>, pionero en la Universidad de Granada, por la que se ofrece a jóvenes universitarios durante el curso académico convivir en el domicilio de personas mayores solas, a cambio de compañía y colaboración en tareas domésticas, etc. <p><i>Formación-Empleo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Servicio de Orientación Profesional</i>, para favorecer la toma de decisiones sobre el futuro laboral. <i>Programas de Orientación Vocacional</i>, organizados

	<p>por el Instituto Municipal de Formación y Empleo de Granada, dirigido a los jóvenes que cursan Formación Profesional, especialmente hacia el autoempleo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cursos permanentes de formación</i>, para el uso de nuevas tecnologías, asociacionismo y cooperación, etc. - <i>Observatorio de la Juventud de Granada</i>, asesora al Ayuntamiento en torno a las necesidades, problemas y situaciones en las que se encuentra la juventud granadina, con actuaciones muy variadas. - <i>Centro de Información Juvenil</i>, servicio gratuito ofrecido por la Delegación de Juventud del Ayuntamiento de Granada, diseñado para que se tenga el acceso de forma rápida, cómoda y directa a la información más interesante.
MUJERES	<p><i>Consejo Municipal de la Mujer</i>, órgano de consulta y participación de las asociaciones de mujeres en los asuntos municipales.</p> <p><i>IV Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres (2009-2014)</i>, persigue integrar la perspectiva de género en la intervención pública.</p> <p><i>Centro Municipal de Atención a la Mujer (CMAM)</i>, presta atención integral a las mujeres residentes en el municipio de Granada y su principal función es informativa sobre recursos existentes, orientación a los colectivos y asociaciones de mujeres y, especialmente, con mujeres víctimas de la violencia machista. Asimismo, se atiende a las mujeres que hayan sufrido una agresión sexual, con independencia de que su autor sea una persona conocida o desconocida.</p> <p><i>Centro Europeo de las Mujeres “Mariana Pineda”</i>, se creó con una triple finalidad: honrar la memoria de esta ilustre mujer, actuar como sede del Consejo Municipal de la Mujer y favorecer proyectos que reúnan a mujeres de diferentes países para actuar conjuntamente a favor de la igualdad entre los géneros.</p> <p><i>Otros Servicios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Servicios de conciliación</i>: Ludotecas, Centros infantiles, becas para madres jóvenes, recursos para conciliar, campañas de sensibilización para la

	<p>conciliación de la vida personal, laboral y familiar.</p> <p>- <i>Servicios de Igualdad de Oportunidades y Coeducación</i>: Coeducación e Igualdad de Oportunidades en centros educativos, casa-escuelas, rutas y visitas por la ciudad con perspectiva de género.</p>
	<p><i>Otras Áreas de Igualdad de Oportunidades</i>:</p> <p>- Género y Urbanismo, Lenguaje no sexista, Mujeres y discapacidad, Mujeres e interculturalidad y Prostitución.</p>
PERSONAS MAYORES	<p><i>Plan Municipal para las Personas Mayores (desde 1993)</i>, trata de afrontar los principales problemas económicos, sociales y humanos que afectan a las personas mayores, tales como: pensiones insuficientes, aislamiento social, soledad e incluso marginación y exclusión social.</p>
	<p><i>Programa Sociocultural para los Mayores de Granada</i></p>
	<p><i>Centros de Día de Mayores</i>, trata de fomentar y mejorar la convivencia, la formación, la participación, la integración social y la protección de los intereses de las personas mayores de 60 años y pensionistas mayores de 55 años, a través de todas las actividades que en los mismos se desarrollan</p>
	<p>Convenios con distintas entidades, para poner en marcha proyectos y programas para mayores, como el proyecto <i>“Los huertos del Rocío”</i>, con la colaboración de Cruz Roja en Granada.</p>
PERSONAS CON DISCAPACIDAD (DIVERSIDAD FUNCIONAL)	<p>Algunas de las <i>actividades y prestaciones municipales</i> dedicadas a este colectivo son:</p> <p>- Exención del impuesto de vehículos de tracción mecánica por minusvalía, preferencia en el aparcamiento de lugares públicos y de gran afluencia, reconocimiento y prioridad a los Deportes adaptados en el Patronato municipal de Deportes, reserva de plazas en las oposiciones de acceso a la función pública en el Ayuntamiento.</p>
	<p><i>Centros de Día</i>, de carácter público o privado (lucrativo o no) como recurso social en el que estos colectivos, en función de cuál sea el tipo de discapacidad, pueden desarrollar habilidades personales, sociales y pre-laborales. En los 8 distritos de Granada en el que se ubican los centros de servicios sociales encontramos centros de día municipales, junto a una oferta privada, procedente principalmente de las asociaciones de afectados.</p>

	<p><i>Consejo Municipal de Minusválidos</i>, en el que las asociaciones cobran importancia en materia de minusvalías y accesibilidad.</p>
DEPENDENCIA	<p>En el marco de la <i>Ley del Estado de “Promoción de la Autonomía personal y de atención a las personas en situación de Dependencia”</i>, los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento son responsables de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y los de Promoción de la autonomía personal. - Servicio de Teleasistencia. - Servicio de Ayuda a Domicilio (atención a las necesidades del hogar) Cuidados personales. - Servicio de Día y de Noche: Centro de día para mayores, Centro de día para menores de 65 años, Centro de día de atención especializada, Centro de noche. - Servicio de Atención Residencial: Residencia de personas mayores en situación de dependencia, Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.
DROGODEPENDENCIAS Y ADICIONES	<p><i>II Plan Granada sobre Drogodependencias</i>, desarrolla una serie de programas (“Granada sin Drogas”, “Revélate, vive sin drogas”) que inciden especialmente en el ámbito de la prevención, fomentando el ocio saludable entre menores/jóvenes de 6 a 30 años</p>
INMIGRANTES	<p><i>Programa de Atención a las personas inmigrantes</i>, entre otros servicios y prestaciones contempla los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Servicio de Atención a Inmigrantes (SAI)</i>: información y orientación, así como derivaciones, reagrupación familiar, <i>mediación y arraigo social</i>. - Servicio de Traducción: atiende la comunicación como necesidad básica e indispensable para poder hacer mediación intercultural, asesoramiento jurídico y cualquier otra ayuda dirigida a poblaciones de origen extranjero.
PERSONAS SIN HOGAR	<p><i>Plan Municipal de Actuación con Personas sin hogar</i>, se estructura en diferentes programas: acogida, normalización, integración, programa de crónicos y casa familiar.</p> <p>A través de convenios, el sector privado no lucrativo interviene para optimizar algunos de los recursos, siendo muy importante la participación</p>

	de Caritas/Fundación Diocesana de casas de acogida y la ONG “OCREM”
--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de la información publicada en la Web del *Ayuntamiento de Granada*.

- Cooperación Descentralizada

El servicio de Cooperación Descentralizada, dependiente de la *Concejalía de Familia, Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades* del Ayuntamiento de Granada, cumple una importante función social ya que permite destinar fondos municipales - a través de la convocatoria de Ayudas a Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo – para desarrollar proyectos y programas en países en vías de desarrollo que mejoren la calidad de vida de su ciudadanía, como estrategia de lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Desde esta óptica se ha creado el *Consejo Municipal sobre Cooperación Internacional*, como órgano consultivo del Ayuntamiento y de participación democrática de las personas y organizaciones sociales que están relacionadas con la cooperación descentralizada. El Ayuntamiento también apoya la prospección e investigación de necesidades, asumiendo la responsabilidad de la gestión del dinero público. De esta manera, personal técnico del Ayuntamiento de Granada se desplaza al lugar donde se desarrolla el proyecto que ha sido beneficiario de la ayuda o subvención.

- Participación Ciudadana

El Ayuntamiento de Granada cuenta con órganos de información y participación institucionalizada, para tratar de hacer efectivo el principio de participación ciudadana en la gestión local de los asuntos y servicios públicos. En el Cuadro n3, podemos ver cuáles son los principales órganos de información y participación ciudadana promovidos por el Ayuntamiento en la actualidad.

Cuadro 3. Órganos de información y participación ciudadana del Ayuntamiento de Granada

<p>1. JUNTAS MUNICIPALES DE DISTRITO (desde 2006)</p>	<p>Dependen del Ayuntamiento y son de gestión desconcentrada. Facilitan la participación ciudadana en los asuntos locales y acercar la administración a los/as vecinos/as, mejorando la eficacia de los servicios públicos que gestionan. De esta manera, los vecinos y vecinas integrados en un Distrito podrán realizar propuestas, solicitar y recibir información y supervisar el control de la gestión municipal.</p>
<p>2. CONSEJO SOCIAL DE LA CIUDAD (desde 2002)</p>	<p>Órgano colegiado de participación y de consulta de la corporación municipal. Realiza estudios y propuestas en materia de desarrollo económico-local, planificación estratégica de la ciudad y grandes proyectos urbanos. Con presencia en el Consejo de los representantes de Instituciones representativas de la ciudad: el mismo Ayuntamiento, la Universidad de Granada, los sindicatos, Instituciones de ahorro y crédito, de las Asociaciones de vecinos, organizaciones de usuarios y consumidores, etc.</p>
<p>3. OFICINAS DESCONCENTRADAS</p>	<p>Aproxima la Administración municipal a la ciudadanía, de manera que no necesitan acercarse a las oficinas centrales del Ayuntamiento, para hacer trámites y gestiones, sino que éste tiene desplegada en toda la ciudad una red de oficinas desconcentradas.</p>
<p>4. CENTROS CIVICOS</p>	<p>Repartidos también por la ciudad, organizan distintas actividades lúdicas, recreativas, culturales, destinadas a la ciudadanía.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información publicada en la Web del *Ayuntamiento de Granada*.

- Consejos Municipales de Participación

La experiencia más significativa de participación institucionalizada quizá sean los *Consejos Municipales de participación*. Se dividen sectorialmente por colectivos o áreas de

interés y son el máximo exponente de la participación democrática de personas o entidades representativas de los diferentes sectores relacionados con la materia. Los Consejos están presididos por la persona responsable de la Alcaldía o por la persona en quien ésta delegue, y suelen contar con la participación de altos cargos del Ayuntamiento y de representantes de las asociaciones y entidades más representativas relacionadas con la materia. Los Consejos Municipales son órganos de control de la actividad municipal y, al mismo tiempo, de impulso de la vida municipal, puesto que proponen a la Corporación medidas de actuación y, través de ellos, dirigen sus demandas y necesidades a la Alcaldía. En definitiva, su participación modula, de alguna manera, la política municipal que sobre un área o colectivo quiera emprender el Ayuntamiento.

A continuación, se muestran los Consejos Municipales que, en la actualidad, funcionan en el municipio de Granada:

Cuadro 4. Consejos Municipales de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Granada

Consejo Municipal sobre Cooperación Internacional	Realiza funciones consultivas para el Ayuntamiento, a través de estudios, informes y propuestas encaminadas a actuaciones municipales en materia de cooperación internacional. Al mismo tiempo es un órgano de participación, de las entidades relacionadas con la materia que tengan sede en la ciudad de Granada.
Consejo Municipal sobre Drogodependencias	Elabora estudios, informes y propuestas encaminadas a la prevención e integración social de las personas sujetas a drogodependencias. Promueve la elaboración de programas, proyectos y campañas de prevención de todo tipo, relacionados con la drogadicción. Potencia la participación de personas y entidades relacionadas con la materia de drogas y fomentar el asociacionismo de los afectados en la materia.

<p>Consejo Municipal sobre Inmigración</p>	<p>Elabora estudios, informes y propuestas encaminadas a las actuaciones municipales en materia de inmigración y extranjería. Especialmente importante es su papel de asesor de políticas municipales de extranjería, tendentes a la prevención de la marginación y apoyo a la integración social de personas extranjeras residentes en la ciudad (asesoría jurídica, vivienda, mediación, idioma, inserción laboral, etc).</p>
<p>Consejo Municipal de Personas Mayores</p>	<p>Atiende a todas aquellas personas mayores que deseen trasladar cualquier cuestión relacionada con el colectivo. Colabora además con el Área de Familia y Bienestar Social en la organización y desarrollo de actividades, así como gestiona actividades propias, tales como: programa de senderismo familiar, taller de pintura, excursiones socioculturales, y un boletín informativo. Fomenta el asociacionismo de personas mayores, estimulando la creación de asociaciones.</p>
<p>Consejo Municipal de Infancia y Adolescencia</p>	<p>Es el órgano máximo de participación democrática de los niños y adolescentes y de las personas y/o entidades relacionadas con éstos en el ámbito del municipio de Granada. Promueve la elaboración de programas y proyectos que favorezcan la participación infantil y adolescente de Granada. Realiza informes e investigaciones sobre la problemática, necesidades, demandas, etc. de los menores granadinos; haciéndoles llegar a las administraciones competentes sus recomendaciones. Potencia la participación de las personas y entidades en los temas relacionados con la infancia y adolescencia y fomentar el asociacionismo. Impulsa los planes y medidas que ponga en marcha el ayuntamiento relacionados con este sector de población.</p>
<p>Consejo Municipal de Personas con Discapacidad</p>	<p>Mediante informes, estudios e investigaciones asesora al Ayuntamiento en las cuestiones que afectan a las personas con discapacidad que viven en Granada, dentro de las competencias municipales, fundamentalmente en materia de eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte accesible y de la comunicación, tanto en espacios públicos como privados, aplicando la Normativa existente a tal efecto (la Ordenanza de Accesibilidad y Eliminación de Barreras del Ayuntamiento de Granada).</p>

	Especial importancia tiene en esta materia el fomento del asociacionismo y la participación en los asuntos municipales, a través de las actividades organizadas por los Centros Municipales de Servicios Sociales, campañas informativas, etc.
Consejo Municipal de la Mujer	Tiene la finalidad de posibilitar la participación democrática de las mujeres granadinas, a través de sus asociaciones, en los asuntos municipales y hacer más efectivo el principio de igualdad de oportunidades en el municipio de Granada, siendo un órgano consultivo y asesor de las políticas de igualdad a desarrollar por la Concejalía de Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Granada. Pueden formar parte del Consejo colectivos de mujeres o entidades con vocalía de la mujer o grupos de trabajo específicos para la promoción de las mujeres, reconocidos legalmente, que no persigan fines lucrativos y que soliciten pertenecer al mismo. El Consejo Municipal de la Mujer está integrado en la actualidad por alrededor de setenta asociaciones y entidades.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información publicada en la Web del *Ayuntamiento de Granada*.

- El Tercer Sector

En Granada, al igual que en el resto de España, el modelo de asociacionismo y participación del tercer sector en la vida pública depende también del sistema político de cada país. La legislación prevé cauces de participación de las asociaciones en la vida pública, de manera institucionalizada, pero la titularidad y la responsabilidad es sólo pública y, en consecuencia, la función de estas asociaciones se agota en la colaboración, no en la sustitución del poder público. Es cierto que encontramos, a veces, con que existen determinados colectivos poco o mal atendidos por la Administración y que gracias a las asociaciones (fundamentalmente asociaciones de personas implicadas, asociaciones de

familiares) encuentran un lugar en la sociedad que los excluye. La Iglesia Católica sigue jugando un papel relevante en colectivos marginales desatendidos u olvidados, aunque con las limitaciones que suponen una organización asistencial, por mucha implantación territorial que tenga, como es el caso de Caritas Diocesanas. Para la mayoría de las asociaciones, ello es posible gracias a la convocatoria anual subvenciones públicas, para la creación y mantenimiento de los gastos que originan las asociaciones, así como para la puesta en marcha de proyectos y programas de bienestar social, que se dirigen a determinados colectivos.

En este sentido, el Ayuntamiento de Granada aprueba anualmente estas convocatorias, que permiten a muchas ONG sobrevivir a los gastos corrientes que originan su existencia, además del desarrollo de proyectos. Las funciones a las que se dedican estas asociaciones son: apadrinamiento, arte y cultura, atención a enfermos y familiares, ayuda humanitaria, cooperación al desarrollo, defensa de los derechos humanos, defensa y protección de animales, deporte, discapacidad, educación, género, infancia y juventud, educación para el desarrollo y sensibilización, inmigración, asilo y refugio, investigación y docencia, mayores, medio ambiente, SIDA, responsabilidad social y corporativa, sociedad en general, nuevas tecnologías y comunicación, voluntariado, voluntariado ONG, asociación vecinal. En Granada y provincia están registradas en el Directorio del Canal Solidario, 96 ONGs con las mencionadas características. El Ayuntamiento también fomenta el voluntariado social, gracias a estas subvenciones públicas, y éste debe estar constituido legalmente y cumplir los requisitos establecidos para acceder a las subvenciones.

Para finalizar, nos gustaría mencionar al movimiento vecinal, como “alma” del asociacionismo desde los años 60 en España, y en Granada. Las asociaciones de vecinos y vecinas fueron un factor crucial para el movimiento asociativo que se desarrolló con posterioridad en una España en donde hasta el año 1964 estaban prohibidas las organizaciones y las manifestaciones públicas de opinión, contrarias a la Dictadura. Las asociaciones de vecinas y vecinos surgen como asociaciones de autoayuda, para reivindicar al poder público municipal las infraestructuras básicas de servicios públicos para muchos pueblos y ciudades de España con pocos equipamientos básicos. Posteriormente, estas asociaciones pasan al terreno político al sumar reivindicaciones democráticas de participación y libertad para la

ciudadanía. Hoy día, las Asociaciones vecinales están federadas para reforzar sus posiciones. La Federación Provincial de Asociaciones de Vecinos/as de Granada, está constituida por hombres y mujeres, que llevan largos años trabajando dentro del movimiento vecinal de la ciudad y la provincia. Se trata de un órgano de conexión entre todas las asociaciones de vecinales de Granada, y con las respectivas administraciones públicas, integrada dentro de la Confederación de Asociaciones Vecinales de Andalucía y Ceuta (CAVA). Se caracteriza por su vocación de servicio a las asociaciones de vecinos y ciudadanía en general, prestando servicios tales como de asesoramiento, canalización y unificación de todas las Asociaciones Vecinales de la provincia y dando respuesta a los problemas, inquietudes y proyectos.

CONCLUSIONES

Desde la aprobación de la Constitución Española en 1978, las provincias y los municipios en España tienen autonomía para gestionar sus intereses respectivos, garantizándose la suficiencia financiera para ello. De esta manera, con el paso de los años la gestión de “*lo local*” ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia en el contexto de una Europa que ha consagrado el principio de subsidiariedad. De esta manera, globalización y subsidiariedad, gobernanza y políticas públicas, poder local y participación ciudadana, parecen ser los nuevos paradigmas en torno a los cuales gira la nueva política de gestión local del bienestar.

Esta globalización se manifiesta especialmente en una ciudad universitaria, turística y sanitaria en constante proceso de cambio y transformación social. Granada se caracteriza por su diversidad cultural y por los cambios demográficos, económicos y sociales que acontecen en la ciudad y que tienen su reflejo en la gestión local de las políticas de bienestar impulsadas por el Ayuntamiento de la ciudad. El fenómeno de la inmigración se localiza de formas diferentes en sus distintos barrios (por ejemplo a través de la presencia de población europea en el barrio del Albaicín y población procedente de África y América Latina en los barrios de las zonas norte y sur de la ciudad). Desde el punto de vista demográfico, también destaca el

fenómeno del envejecimiento de la población en determinadas zonas, así como la expansión de familias jóvenes que comienzan su vida profesional y familiar en otras zonas. Los problemas de dependencia, especialmente en la zona centro de la ciudad, y en otras zonas con servicios públicos deficitarios, conviven con otros fenómenos derivados de la desigualdad de oportunidades para jóvenes, mujeres y otros colectivos desfavorecidos.

En este artículo hemos analizado cómo a través de la estructura de servicios sociales y la planificación de políticas sectoriales de bienestar social, el Ayuntamiento de Granada pretende dar respuesta a las demandas y problemas sociales que plantea una ciudadanía diversa, con pocas oportunidades para encontrar opciones de cambio a través del mercado laboral. La razón principal es la ausencia de un tejido empresarial potente que pueda recoger la mano de obra del sector agrícola decreciente y de toda la población activa que vive en la ciudad. La Universidad es el principal motor de la ciudad pero es incapaz de absorber toda la demanda de empleo del municipio. Las cifras oficiales de población activa desempleada o precaria justifican la acción pública local, que reemplace la ineficiencia del mercado capitalista y que permita integrar a amplias capas de población excluidas.

Los datos obtenidos hasta el momento no permiten asegurar que el Ayuntamiento intente mejorar el bienestar social de la ciudadanía en función de sus demandas, necesidades y problemas sociales específicos y diferentes en función de la edad, el género, la posición social, la etnia o el territorio en el que habiten las personas residentes en la ciudad. Estas diferencias que son innecesarias, importantes, evitables e injustas, se traducen en desigualdades y en una peor calidad de vida de las poblaciones, y suponen un verdadero reto para las sociedades modernas en general y en particular para la gestión local de la política social en el Ayuntamiento de Granada. La planificación municipal, a veces mediatizada por la financiación del gobierno regional y nacional, tiene por delante retos importantes que afrontar: la búsqueda de soluciones que se adapten al déficit estructural de la ciudad, que superen la tendencia a homogeneizar la acción social (con independencia de los colectivos específicos, sus necesidades y problemas) y que realmente se planteen una integración social y laboral sensible a las diferencias, como un objetivo real más que la simple dispensa asistencial de gestionar prestaciones a una ciudadanía excluida y en ocasiones dependiente del modelo de asistencia social de la ciudad.

WELFARE POLICY IN THE CITY OF GRANADA

ABSTRACT

In this article we present an analysis of the institutional manner of organizing social welfare policy at the local level, through a case study of the city of Granada. This study was performed in order to approach local government to compare the social management in different cities, specifically, housing at Juiz de Fora (Brazil), Tandil and Rosario (Argentina) and Granada (Spain). In this article we show descriptive data and documentary information about how the city council of Granada managed social welfare policy to meet social needs and problems of citizenship, which policies promote the welfare sector under their responsibility and what participatory policies seek to engage directly with civil society on social welfare.

Keywords: Local Management, Social Policy, Social Services, Social Welfare, Case Study, Granada

BIBLIOGRAFIA

AYUNTAMIENTO DE GRANADA. En: <http://www.granada.org>. Fecha de consulta: 01/06/2010.

AGUIAR, F.G. *Estado del Bienestar, Democracia y Tercer Sector*. VIII Congreso Estatal del Voluntariado. Granada, IESA-A/CSIC, 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/gobernacion/opencms/portal/Voluntariado/Publicaciones/ponencias_8congresovoluntariado/FernandoAguiarGonzalez.pdf

ARENILLA, M. y J. M. CANALES (Coords) *Gobierno Local y Pacto Local*. Madrid. Ministerio de Administraciones Públicas y Ministerio de la Presidencia, 1999.

CASADO PEREZ, D. y E. GUILLÉN SÁBADA *Introducción a los servicios sociales*. Madrid: Acebo, 1987.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ANDALUCÍA (CES). *Informe sobre la Situación Socioeconómica de Andalucía 2008*. Junta de Andalucía, Sevilla, 2009. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/www/ces/trabajos_publicaciones/informes_socioeconomicos.php [Fecha de Consulta: 01/05/2010]

CRUZ TERÁN, J. (Coord.) *Vivir en la calle. Estudio psicosocial sobre las personas sin hogar*. Granada. Gráficas Genil, 2008.

DIAZ HERRÁIZ, E. *Los ámbitos profesionales del Trabajo Social*. En Fernández Alemán, Introducción al trabajo social. Madrid: Ciencias Sociales, 2003.

EGEA JIMENEZ C, NIETO CALMAESTRA JA, DOMINGUEZ CLEMENTE J, GONZALEZ REGO RA. *Vulnerabilidad del tejido social de los barrios desfavorecidos de Andalucía: Análisis y Potencialidades*. Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía. Factoría de Ideas, 2008.

GIJON SANCHEZ MT. La Comparación Demográfica en estudios sobre inmigrantes, salud y diversidad cultural. En Comelles JM, Allúe X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L, (comps.), *Migraciones y Salud*. Tarragona: Ed. Publicaciones Universidad Rovira i Virgili, pp. 90-106. Libro Digital, 2010.

MORANTE, M.L. (2010) *Diagnóstico social de la zona RIB de la ciudad Granada*. (mimeografiado)

ROLDAN GARCIA, E. y GARCIA GIRALDEZ, T. *Políticas de Servicios Sociales*, Madrid: Síntesis, 2006.

O ESTUDO DA GESTÃO PÚBLICA NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA ESPANHA

Belén Morata García de la Puerta *

María Teresa Gijón Sánchez **

Rosana de Matos Silveira Santos ***

RESUMO

Neste artigo, com o objetivo de analisar a gestão do sistema de proteção social em Espanha desde o marco da Constituição Espanhola de 1978 apresenta-se uma visão geral e articulada da organização territorial e formas de organização político-administrativa descentralizada nas respectivas Comunidades Autônomas. Considerando a existencia de uma estratégia de convergencia que tem como referencia o modelo social europeu analisa-se o atual regime de bem estar espanhol denominado como *mediterrâneo, quarto modelo ou familista* desde seus quatro eijos principais: saúde, educação, seguridade social (garantia de rendas) e serviços sociais. Múltiplos são os fatores – crise econômica, mudanças demográficas e sociais, descentralização política, etc – que interferem na fragmentação atual das políticas sociais e no grau de qualidade e eficiencia da gestão dos serviços públicos de bem estar em Espanha.

Palavras-Chave: Proteção Social, Assistência Sanitaria, Educação, Serviços Sociais e Comunidade Autônoma.

INTRODUCCIÓN

España es un Estado miembro de la Unión Europea, constituido como Estado social y democrático de Derecho bajo la forma de gobierno de monarquía parlamentaria en la *Constitución Española (CE) de 1978*. La población en España asciende a 46.745.807 personas (50,5% mujeres y 49,5% hombres) según los últimos datos disponibles del Padrón Municipal de Habitantes del Instituto Nacional de Estadística correspondiente al mes enero de 2009. Su extensión territorial es de 504.645 km.

El Estado Español se organiza territorialmente en Comunidades Autónomas, provincias y municipios (diecisiete Comunidades Autónomas, cincuenta provincias y más de ocho mil municipios). Políticamente el Estado está descentralizado en Comunidades

* Profesora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social, Universidad de Granada.

** Profesora del Departamento de Psicología Social, Antropología Social y Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo, Universidad de Málaga.

*** Profesora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social, Universidad de Granada.

Autónomas, únicas entidades territoriales dotadas de autonomía política, además del Estado central. Esta forma de Estado y de organización territorial y política, en su momento, se configuró como solución intermedia a un modelo federal o a un modelo unitario de distribución política del poder. Dicho modelo ha sido denominado por la literatura científica y por la propia clase política como “Estado Autonómico Español” o “La España de las Autonomías”, ya que la CE no lo hace explícitamente en ninguno de sus preceptos. El resto de entidades territoriales gozan de autonomía administrativa y, concretamente, las provincias y municipios tienen protección constitucional de su autonomía local, desarrollada y reforzada por el desarrollo de la legislación española posterior.

En este documento, presentamos un análisis de la gestión del sistema de protección social en España durante el periodo democrático que arranca con la CE, sin olvidar que su Estado de Bienestar ha tomado forma a lo largo de los acontecimientos ocurridos en la primera mitad del siglo XX, como la guerra civil española, la dictadura franquista, la transición democrática y su posterior proceso de modernización social y organización político-administrativa. Tras describir brevemente la organización territorial del poder, expondremos cómo se gestionan las políticas de bienestar en España, en un modelo multinivel que recoge un sistema de relaciones intergubernamentales original.

EL MODELO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL PODER

El modelo territorial que instaura la Constitución española de 1978 es un modelo políticamente descentralizado que no se corresponde con un estado federal. Se trata más bien de un modelo a medio camino entre un estado federal y un estado unitario, sin que exista en la teoría o en la práctica constitucional un Estado de referencia. Las razones por las que finalmente optaron por esta forma de organización político-territorial han sido analizadas por la literatura especializada, y apuntan a la necesidad de superar el modelo unitario que abanderó el franquismo, que abusó de la idea de unidad del Estado y no resolvió los problemas seculares que procedían de las reivindicaciones territoriales de los nacionalismos periféricos (Solozábal, 1992). El modelo federal también fue rechazado por un amplio sector de la ciudadanía española: el sentimiento nacionalista era muy desigual en España y, además,

estaban muy recientes las dos experiencias de República asociadas al cantonalismo y al desorden público.

El modelo híbrido resultante parecía contentar a quienes aspiraban a su autonomía política, con el reconocimiento de ésta, y a quienes eran contrarios a una división del Estado, puesto que la CE no obligaba a la creación de las Comunidades Autónomas, sino que simplemente permitía su acceso, a través de un proceso regulado.

La originalidad del modelo radica en compartir rasgos unitarios y federalizantes al mismo tiempo. España es un Estado políticamente descentralizado: hay un poder central con una organización general que abarca a todo el territorio: Parlamento, Gobierno y poder judicial. Junto a este poder, el Estado se compone de 17 Comunidades Autónomas, dotadas también de Parlamentos y Gobiernos propios. Sin embargo, no es un Estado Federal pues la Constitución reconoce la unidad e indisolubilidad del pueblo español, al que atribuye la soberanía popular.

Desde el punto de vista jurídico, coexisten las normas del Estado con las de las Comunidades Autónomas. Éstas tienen verdadera capacidad legislativa al poder aprobar leyes con el mismo peso legal en sus territorios que el Parlamento de la Nación. Por encima de todas ellas la propia Constitución Española estructura y jerarquiza el sistema de fuentes y reconoce su propia competencia para interpretar todo el conjunto normativo.

Existe también un Senado, como Cámara de representación de los intereses territoriales, si bien en la práctica queda configurado como una Cámara de segunda lectura. Quizá la nota más característica de este modelo híbrido sea que la autonomía política de las Comunidades Autónomas se combina con la existencia de Estatutos de Autonomía de éstas, que son normas institucionales básicas pero no verdaderas Constituciones, al ser aprobadas por el poder central y no por sus propias Asambleas legislativas.

La Constitución recoge un sistema de reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Los municipios y provincias no entran en este reparto y la Constitución se remite a la legislación sectorial para concretar el listado de materias sobre las que los municipios y provincias tienen responsabilidad. En términos generales, el Estado se ocupa (tiene competencias exclusivas) de aquellas materias que trascienden al interés general

y que aseguran la unidad y soberanía del Estado (Relaciones internacionales, Defensa, Hacienda, Seguridad Social, Aduanas, etc). De la misma manera, a las Comunidades Autónomas les corresponde regular sus instituciones de autogobierno, la salvaguarda de su identidad cultural, la promoción de su bienestar económico y social y todas aquellas materias que recaigan sobre sus propios intereses. Al mismo tiempo, existen algunas materias cuya competencia es compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

En este sentido, la gestión de los subsistemas de bienestar corresponde a las Comunidades Autónomas: la educación, la sanidad y los servicios sociales son competencia autonómica, mientras que el sistema nacional de pensiones y el desempleo corresponde al Estado. El criterio que se ha mantenido hasta ahora es el de hacer prevalecer la solidaridad y el principio de unidad, frente a la diversidad que imponen las Comunidades Autónomas. Se habla de la “caja única” del Estado, que garantiza la igualdad en todo el territorio español en el cobro de pensiones y prestaciones por desempleo.

En algunos casos, el Estado ha dictado normas básicas o generales que homogeneizan la legislación autonómica posterior. Es el caso de la sanidad (que regula el sistema nacional de salud gestionado por las Comunidades Autónomas) y las leyes orgánicas de educación (que regula el sistema educativo, desarrollado posteriormente por las Comunidades Autónomas). En el caso de los servicios sociales el Estado renunció a hacer una ley básica que diseñara un modelo a desarrollar posteriormente por las Comunidades Autónomas. A finales de los años 80 éstas comienzan a aprobar en sus territorios leyes de servicios sociales que regulan un sistema público, algunos de los cuales han evolucionado, en el sentido que después se expondrá.

EL REGIMEN DE BIENESTAR ESPAÑOL

España no fue incluida en la clasificación de regímenes de Bienestar que elaboró Esping-Andersen y que apareció en su obra *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. En aquellos momentos España aún no era un país democrático aunque el Estado social de finales del franquismo inició tímidas reformas y aprovechó el desarrollo económico para sentar las

bases que permitirían el tránsito a un modelo de bienestar, como el resto de los países de su entorno, años más tarde.

La literatura especializada ha clasificado posteriormente a España como un modelo *mediterráneo* (conocido también como *el cuarto modelo* o *modelo familista*), junto a los países situados geográficamente al sur de Europa (Grecia, Italia y Portugal) a partir de la clasificación elaborada por Gösta Esping Andersen. Estos países muestran una serie de características específicas que impiden incluirlos automáticamente en los modelos clásicos. El modelo *mediterráneo* se considera un modelo intermedio respecto a otros regímenes de protección social de las democracias avanzadas, que han alcanzado un nivel intermedio de desmercantilización (de-commodification) y de acceso universal por comprobación de medios (means testing) a prestaciones y servicios sociales (Moreno, 2001).

La pertenencia a este *cuarto modelo* de los países de la Europa meridional se fundamenta en una serie de analogías respecto a la historia, sistema de valores y peculiaridades institucionales. Con distinto grado y duración todos estos países sufrieron dictaduras y gobiernos autoritarios durante el siglo XX. Además, la Iglesia Católica ha sido uno de los principales agentes protagonistas en la provisión de bienestar. No obstante, en estos momentos - y como consecuencia del proceso de secularización de la sociedad - el papel protagonista de la Iglesia ha disminuido. Además, la pertenencia a la Unión Europea y la globalización han fomentado una cierta aproximación a los países del centro de Europa y del área septentrional.

Por otro lado, al igual que en Grecia, Italia y Portugal, el papel desarrollado por la familia en el régimen de bienestar español es un factor estructural que interacciona con el Estado y los poderes públicos, por una parte, y las instituciones de la sociedad civil por otra. Al mismo tiempo define y aclara el funcionamiento del sistema de bienestar en la Europa del sur. Porque las familias conceden un importante apoyo material y afectivo a todos los miembros y son, además, una de las instituciones más apreciadas y valoradas por la ciudadanía. En toda el área mediterránea, los hogares han sido tradicionalmente autosuficientes, en lo relativo a cuidados personales y apoyo material (Moreno, 2006). La familia ha actuado como un colchón que amortiguaba los efectos del infortunio, en los casos de enfermedad, muerte, desempleo, invalidez, etc. de sus miembros. Incluso en la legislación

de estos países la garantía de algunos derechos sociales aparece supeditada a las obligaciones legales familiares. Por ejemplo, el llamado “Derecho de alimentos”, supedita algunas ayudas y prestaciones públicas a la inexistencia de parientes cercanos que, según la ley, deban y puedan hacer frente a tales responsabilidades familiares.

Otro factor singular de los países del Sur de Europa tiene que ver con el régimen de propiedad de las viviendas. La concentración de la titularidad de éstas en personas mayores pone de manifiesto la importancia del hogar como institución que aglutina a distintas generaciones. Todo ello unido a que las políticas de vivienda han ido preferentemente dirigidas a la compra y no al alquiler de las mismas. Si a esto se une otra de las características típicas de la Europa meridional, como es el retraso en la edad de los jóvenes para la emancipación, de nuevo en la familia se comparten los recursos y la vivienda, mucho más que los jóvenes de otros países del centro o norte de Europa.

El conglomerado de todos estos factores junto a la descentralización política, el contexto de crisis económica y los cambios demográficos y sociales se traducen en la práctica en la insuficiente eficiencia y equidad en la gestión de los servicios públicos de bienestar en España como consecuencia de la fragmentación de las políticas sociales.

El contexto europeo es muy importante a la hora de configurar el régimen de bienestar español. No es que haya una cesión de soberanía y, por otra parte, la política social en Europa no es obligatoria para los países miembros. Sin embargo existe una estrategia de convergencia hacia un modelo social europeo. Los acuerdos de Lisboa (año 2000) y Niza (año 2005) así lo propusieron con unos Programas Sociales, con objetivos precisos: igualdad de oportunidades para todas las personas en la Unión Europea, lucha contra la pobreza y la desigualdad social. Al mismo tiempo, la flexibilidad y la seguridad en el empleo (la “flexiseguridad), la movilidad laboral y la nueva gestión empresarial se han incorporado como nuevos (o no tan nuevos) paradigmas en la renovación del pacto entre el bienestar y el progreso económico.

En este empeño participa el Estado (con sus distintos niveles de gobierno), las organizaciones sociales y el mercado. Y esto es otra de las características típicas del Estado español: un *pluralismo de bienestar* o, como apunta Ingo DOLE, un *disorganized welfare mixes* (2006) ya que la participación privada (lucrativa y no lucrativa) viene a complementar el menor gasto social público respecto de la media europea. En este sentido, la irrupción del

sector privado, lucrativo y no lucrativo, introduce una matización importante en la cuestión de la privatización (o externalización) de los servicios públicos en España. Al igual que en el resto de Europa la participación del sector privado no es una novedad, sino que mediante conciertos educativos, sanitarios y sociales, el sector privado tradicionalmente ha intervenido en la gestión de estos servicios propiciando que el sistema público conviva con servicios privados (concertados o no).

LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

La declaración política constitucional del Estado español, como modelo *social y democrático de Derecho*, al igual que los países de su entorno, se materializa en una amplia gama de derechos sociales. La estructura institucional de su Régimen de Protección Social, en líneas generales, se desarrolla sobre la base de una serie de (sub)-sistemas que se estructuran en seis ejes centrales, si bien en la práctica se reconducen a cuatro, que son: *Salud, Educación, Seguridad Social (Garantía de Rentas) y Servicios Sociales* (véase Cuadro 1). Estos Sistemas no se han desarrollado por igual a lo largo de la historia española más reciente. Siendo la Salud, la Educación y la Seguridad Social los que gozan de mayores garantías.

Cuadro 1. Los Pilares del Estado de Bienestar Español

SECTORES DE BIENESTAR	DERECHOS
SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Derecho universal al Sistema Nacional de Salud ✓ Derecho universal a las prestaciones básicas de salud
EDUCACION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Derecho universal a la educación básica y obligatoria (6-16 años)
GARANTIA DE RENTAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Derecho a una pensión contributiva (previa cotización y contribución) y a una pensión no contributiva (previa demostración de estado de necesidad) ✓ Derecho a una prestación por desempleo ✓ Derecho limitado a subsidios y ayudas a personas sin recursos y en situación de necesidad

<p>SERVICIOS SOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Derecho universal de acceso al sistema público de servicios sociales ✓ Derecho limitado a las prestaciones económicas del sistema público de servicios sociales ✓ Derecho universal a las prestaciones del sistema de atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal
-------------------------------	--

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Moreno (Moreno, 2009)

Atender a las necesidades sociales básicas para mejorar la calidad de vida de la población, optimizar el desarrollo pleno de los grupos, individuos y comunidades, desarrollar su bienestar social, hacer frente a los problemas sociales así como prevenir y eliminar las causas que conducen a la exclusión y marginación social son algunos de los objetivos básicos que definen a estos sistemas de protección social y en concreto al Sistema Público de Servicios Sociales en España (Plan Concertado de Prestaciones Básicas en Servicios Sociales en las Corporaciones Locales, 1988). En este sentido, las metodologías y técnicas empleadas por el personal profesional del Trabajo Social son una pieza clave para llevar a cabo procesos de intervención social con estos propósitos, y especialmente eficaces para producir cambios y resolver problemas sociales (Escartín, 1998).

Respecto a la gestión de **la Salud**, en España se trata de un derecho reconocido en la CE cuya provisión compete a los poderes públicos a través de medidas de promoción, prevención y asistencia. Su ámbito competencial es por tanto general y articula las relaciones entre la Administración Central y las diferentes Comunidades Autónomas. De esta manera, la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril posibilitó el tránsito del antiguo modelo de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado mediante impuestos y de cobertura prácticamente universal. Desde entonces se han producido cambios, que han culminado en el año 2002 con la descentralización completa de competencias en materia de salud en todas las Comunidades Autónomas (en el caso de Andalucía, junto a algunas otras Comunidades Autónomas, asumieron la gestión de la sanidad en la década de los 80). La regulación nacional de competencias en materia de salud se realiza desde el Consejo Interterritorial del SNS, organismo que agrupa a los máximos responsables autonómicos en materia de salud de cada Comunidad Autónoma y que tiene entre otras, la

responsabilidad de evitar las desigualdades en la gestión de los servicios sanitarios dentro del territorio nacional.

El Sistema de Salud está constituido por una importante Red sanitaria integrada en dos niveles de atención: 1) Atención Primaria y 2) Atención Especializada. La Atención Primaria o primer nivel de atención se establece en torno a la Medicina de Familia y la Pediatría. Su espacio físico de referencia lo constituyen los Centros de Salud, que se establecen como la puerta de entrada al sistema. Todos estos equipamientos responden a una organización geográfica diseñada sobre espacios de convivencia: barrios, distritos, comarcas y poblaciones. Aplicándose los servicios en relación a la población usuaria y las demandas sanitarias de la misma. Por su parte el segundo nivel de atención sanitaria lo constituyen los Servicios de Atención Especializada. Para acceder al mismo es imprescindible pasar por el nivel de atención primaria, salvo situaciones de urgencia. Todos los Centros Hospitalarios y muchos Centros de Salud cuentan con Servicios de Urgencia en la mayoría de los casos las 24 horas del día.

Este es sin duda uno de los Sistemas más consolidados de la administración Social Española, que siendo gestionado por las Comunidades Autónomas, garantiza asistencia a cualquier residente en cualquier parte del territorio estatal. Además se trata de un dispositivo que goza de una gran confianza en la población y que es demandado por la ciudadanía de la Unión Europea por su aceptable funcionamiento (Freire-Campo, 2006).

La Educación, es un Derecho constitucional por el que se garantiza la enseñanza básica como obligatoria y gratuita, de responsabilidad pública aunque se reconoce también la gestión de los gobiernos regionales en todos sus niveles.

En España tienen derecho y obligación a la Educación todos los niños y niñas comprendidos entre los 6 a los 16 años y es por tanto algo ineludible. La escolarización es obligatoria, universal y pública en este intervalo de la vida. No es una obligación (y un derecho) exclusivo de la ciudadanía española que resida en el Estado sino que igualmente es aplicable a todas los no nacionales que residan en el territorio nacional de manera regular.

La escolarización obligatoria cubre los grados de enseñanza primaria y secundaria. No se extiende a los estudios superiores aunque la política social educativa prevé la oportunidad de acceso a la misma, mediante Becas y Ayudas Públicas, para garantizar la igualdad de

oportunidades. El Estado y las Comunidades Autónomas, a través de los órganos responsables de la gestión de la educación, convocan con carácter anual estas becas y ayudas que permiten al alumnado cursar estudios, dentro y fuera de sus ciudades.

Siguiendo a Myriam López de la Nieta (2008) el nivel educativo español, de ciudadanos mayores de 16 años, ha evolucionado significativamente desde 1990, especialmente en los niveles más bajos. Tomando datos de la Encuesta de Población Activa de los años 1990 y 2006 para poder establecer las comparaciones, expone lo siguiente: en menos de 20 años ha descendido considerablemente el número de personas analfabetas, situándose en 2006 en el 2,2% y la tasa de quienes tenían estudios primarios incompletos ha bajado del 15,8% en 1990 a un 9,6% en el año 2006. Sigue siendo un reto para las políticas educativas reducir la tasa de población cuya titulación es inferior al nivel de Secundaria Obligatoria pues aún hay un 36% de la población en el año 2006.

Existen dos variables importantes a considerar, que son la edad y el sexo. Los datos indican que cuanto mayor es el individuo (especialmente si es mujer) mayores probabilidades tiene de tener un nivel educativo más bajo. La franja de edad 40-64 años es especialmente vulnerable y mucho más si hablamos de personas mayores de 65 años, que son quienes menos cualificación académica tienen (educación primaria o, incluso, menor).

Como se ha explicado anteriormente, los Centros Educativos españoles son gestionados por las Comunidades Autónomas, pero en todo el territorio español se cumplen una serie de condiciones idénticas que garantizan el principio de igualdad. Las diferencias regionales o territoriales en materia de educación tienen que ver con la idiosincrasia del territorio (la enseñanza en las lenguas autonómicas reconocidas en la Constitución: el catalán, el gallego y el vasco y el énfasis en la historia y la cultura de esos territorios).

La política social educativa española pone el acento en la formación de los valores democráticos, la convivencia y la ciudadanía, el respeto a las minorías y la discriminación positiva para los más desfavorecidos o en situación de discapacidad, la interculturalidad, las nuevas tecnologías, la educación para la paz y la No violencia, el respeto al medio ambiente, el desarrollo sostenible y la ecología.

Algunos estudiosos han puesto de manifiesto el porcentaje importante de fracaso escolar en España, mostrando unos resultados que no corresponden con el nivel de desarrollo social y económico de España. Sin embargo, las políticas educativas han realizado un enorme esfuerzo para compensar las desigualdades educativas, con el establecimiento de la *Educación Especial* y parte de *Educación Compensatoria*, relacionadas con las minorías y la garantía social. La primera va dirigida al alumnado que tiene necesidades asociadas a factores físicos o psíquicos, intentando normalizar la escolarización en centros y aulas ordinarios, con el resto del alumnado o, en todo caso, en centros específicos de educación especial, cuando el aprovechamiento del alumnado se resintiera en régimen de integración.

La educación compensatoria va dirigida a las minorías étnicas o culturales en situación de desventaja socioeducativa, y también a otros colectivos desfavorecidos que presenten un desfase escolar significativo o con necesidades de inserción y apoyo escolar, ya sea por una incorporación tardía al sistema escolar, por una escolarización irregular o, en el caso del alumnado inmigrante o refugiado, por el desconocimiento de la lengua en la que se imparten las enseñanzas. En este sentido, las Comunidades Autónomas –y especialmente Andalucía que ha sido pionera y muy activa- han desarrollado programas en este campo: actuaciones en el medio rural, programas de atención a las minorías étnicas, programas de aulas hospitalarias y de atención domiciliaria, entre otros (López de la Nieta, 2008).

La *Seguridad Social* en España tiene por objetivo garantizar asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad a los y las trabajadoras afiliadas al sistema y a sus familias. De acuerdo con la Constitución Española, la seguridad social se articula en dos niveles de protección: contributivo o profesional y, en segundo lugar, no contributivo o básico asistencial. El primero es el más importante, se financia con las cuotas sociales que pagan los empresarios y trabajadores afiliados y asegura la cobertura de riesgos laborales, por enfermedades o accidentes –comunes o profesionales- a la persona beneficiaria y su familia que convivan con ella. El segundo nivel está pensado para los que no pueden trabajar (bajo prueba de falta de recursos) y se financia vía impuestos. A estos niveles se añade una modalidad de protección de carácter voluntario. Se basa en el ahorro y sirve para completar las pensiones y/o optar por otras alternativas privadas, en el campo de la salud y los servicios sociales.

Realmente, el sistema de garantías y protección de rentas se estructura, en su mayor parte, a través de la Seguridad Social. En estos últimos años se ha hecho un verdadero esfuerzo por mejorar el principio de universalidad de las pensiones, así como la cuantía de las mismas, especialmente en lo que se refiere a los mínimos. Durante la década de los 80 y 90 del siglo pasado, los “complementos mínimos de pensiones” y la puesta en marcha de “las pensiones no contributivas de la Seguridad Social” fueron eficaces instrumentos de lucha contra la pobreza severa en España.

Junto a las pensiones y prestaciones económicas y en especie (atención sanitaria y servicios sociales) que reciben los trabajadores y sus familias y otros colectivos designados por el Estado (perceptores de pensiones no contributivas y prestaciones asistenciales de la Seguridad Social), el sistema de garantía de rentas, al margen de la Seguridad Social, prevé otras prestaciones vinculadas al mercado de trabajo, en los casos de pérdida del empleo: las prestaciones por desempleo, destinadas a la población activa (16-65 años). Es también un sistema público y obligatorio. En algunos casos, una vez agotado el periodo de percepción de estas prestaciones, será posible extender la cobertura, a través del Subsidio por Desempleo, previsto sólo en algunos casos (determinados colectivos o situaciones), acreditando previamente algunas circunstancias. De manera paralela, en el nivel asistencial se sitúa también un grupo de programas que otorgan subsidios a jornaleros del campo (Subsidio Agrario), a trabajadores desempleados de larga duración, mayores de 45 años (Rentas Activas de Inserción) y, desde el año 2009, como consecuencia de la crisis económica, se ha aprobado un programa temporal de protección por desempleo e inserción, por el que se prorroga el derecho a recibir una prestación económica a quienes, según la ley, ya habían agotado el tiempo de recibo de estas prestaciones.

Sin embargo, en España no se ha articulado desde el Estado un sistema de Renta Básica que asegure la cobertura de necesidades a aquellos colectivos expulsados del mercado de trabajo, pero siendo “potencialmente” activos. Son las Comunidades Autónomas las que han aprobado en sus territorios programas de *Rentas Mínimas de Inserción (RMI)*. Estos programas combinan la percepción de rentas con itinerarios de inserción pues, en la mayoría de los casos, son programas con rentas no vitalicias que buscan mejorar o propiciar la

inserción laboral. Se consideran la “última red de seguridad” y tienen un papel residual y subsidiario respecto de otras formas de protección social, públicas o privadas.

Al margen de las Rentas Mínimas de Inserción, también existe un conjunto heterogéneo de prestaciones económicas que prevén las Comunidades Autónomas, complementarias a los sistemas de protección existentes (también los Ayuntamientos, con carácter muy limitado) y que completan esta “última red” de acción social, de carácter pública. Estas prestaciones no están sometidas a una regulación más o menos común sino que, por el contrario, su existencia, normativa, concesión es muy dispersa y sometida igualmente al criterio de territorialización de los servicios sociales.

Para concluir, la financiación de la Seguridad Social española adopta un sistema mixto ya que se nutre de muy distintos fondos para reunir los recursos necesarios que permitan atender sus obligaciones. En la financiación participa el Estado: en los Presupuestos Generales del Estado se consignan con carácter anual las partidas permanentes que se acuerden para atenciones especiales o que resulten precisas por exigencia de la coyuntura. Además, el sistema se financia, principalmente, con las cuotas sociales de las personas trabajadoras y los empresarios. Como se ha señalado anteriormente, la Seguridad Social es competencia del Estado, no se ha transferido a las Comunidades Autónomas salvo los servicios sociales de la Seguridad Social. También el sistema de prestaciones por desempleo –en su modalidad contributiva o asistencial- tiene una financiación y gestión estatal. Los propios trabajadores han cotizado al desempleo y el resto de la cobertura se financia con los impuestos.

Por el contrario, todo el conjunto de prestaciones de carácter autonómico o local, tal y como se han descrito, se financian con los presupuestos de las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos.

El último de los pilares del bienestar, los *Servicios Sociales* (como sistema de protección social específico) se orientan a la consecución de un mayor bienestar social y a la elevación de la calidad de vida de la ciudadanía, incidiendo en los colectivos más desfavorecidos. A pesar de que la Constitución consagra un modelo universal de protección social, a través de la Seguridad Social, lo cierto es que existen importantes colectivos excluidos de la misma pues su pertenencia está directamente relacionada con el trabajo

productivo: sólo las personas afiliadas a la Seguridad Social (trabajadoras por cuenta ajena y Autónomas) y sus familias pueden beneficiarse de las prestaciones. La Seguridad Social incorpora también prestaciones, con carácter universal, en los casos de jubilación e invalidez y también reconoce para las familias otras prestaciones. En consecuencia, las Comunidades Autónomas han desarrollado un sistema público de servicios sociales, paralelo a la Seguridad Social, que, aunque de carácter universal, va dirigido preferentemente a los colectivos más desfavorecidos.

Los objetivos sobre los que se asienta el Sistema Público de Servicios Sociales en España son:

- *Prevención: Orientada a evitar la marginación y a promover las condiciones de igualdad.*
- *Asistencia: Dirigida a atender las necesidades de los individuos a través de diferentes recursos que tratan de apoyar los núcleos de convivencia básicos o de arbitrar su sustitución cuando se estime necesario.*
- *Inserción: Dirigida a la integración de personas que se encuentran en situación o en riesgo de marginación, promoviendo y potenciando las capacidades existentes, recuperando funciones que se habían perdido así como removiendo los obstáculos que impiden o dificultan la integración social. (Arriola, 1997)*

Este sistema se articula en torno a una estructura con dos niveles de atención: uno general o de atención primaria o comunitaria y otro con carácter sectorial, (sectores de población) o especializado (véase Cuadro 2). *Los Servicios Sociales Generales o Comunitarios* van dirigidos a toda la población y se concretan en una serie de prestaciones básicas, que consisten en un conjunto de medidas, de carácter público y universal, regladas y sujetas a Derecho, integradas en el Sistema Público de Servicios Sociales, garantizando unos mínimos de cobertura reconocidos socialmente y que se prestan en el municipio como nivel territorial más próximo a la ciudadanía. Estas prestaciones son:

- Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento

- Ayuda a Domicilio
- Convivencia y Reinserción Social
- Fomento de la cooperación y solidaridad social , etc.

Cuadro 2. Esquema de Los Servicios Sociales Comunitarios y Especializados

NECESIDADES	OBJETIVOS	PRESTACIONES	SERVICIOS SOCIALES	
			EQUIPAMIENTOS COMUNITARIOS	EQUIPAMIENTOS ESPECIALIZADOS
Acceso a los recursos sociales	Prevenir el acceso desigual a los servicios sociales	Información, Orientación y Tratamiento social	Centros de servicios sociales generales: - UTS - equipos interprofesionales	. Albergues . Casas de acogida . Pisos tutelados . Minirresidencias . Residencias
Convivencia personal	Realización personal y autonomía en la convivencia	- Ayuda a domicilio - Alojamiento y acogida		- Centros ocupacionales - Centros de inserción social - Centros de relación social (hogares y clubes)
Integración social	Facilitar las condiciones personales y sociales para participar en la vida social	- Inserción social		
Solidaridad social	Fomentar la responsabilidad social ante las necesidades sociales	- Financiación a ONG - Apoyo técnico	Iniciativa social: - Familias de acogida - Asociaciones - Grupos de autoayuda - Iniciativas de apoyo mutuo - Voluntariado social - fundaciones	

Fuente: De las Heras, 2007

Los servicios sociales comunitarios están implantados en el territorio a través de demarcaciones territoriales (Zonas de Trabajo Social), en función de factores socioculturales, de población y territorio. En cada Zona de Trabajo Social debe haber un centro de servicios sociales, como estructura básica. Asimismo, cada Zona de Trabajo Social se subdivide en demarcaciones territoriales y de gestión, de ámbito inferior, denominadas Unidades de Trabajo Social.

La financiación de los servicios sociales comunitarios se sustenta en los criterios establecidos por *el Plan Concertado para el desarrollo de las Prestaciones Básicas en materia de Servicios Sociales* (el Plan Concertado es un Convenio-Programa suscrito entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para reforzar el papel de los Ayuntamientos y Diputaciones y asegurar la implantación de estos servicios en los municipios). Participan en la financiación todas las Administraciones implicadas, si bien en un porcentaje desigual. Desde la implantación de la *Ley de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía personal*, en el año 2007, mediante Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas se determinan las obligaciones asumidas por cada partes en la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema; También se prevé que los beneficiarios contribuyan económicamente a la financiación de los servicios de manera progresiva, en función de su capacidad económica (Codorniu, 2006).

Los Servicios Sociales Especializados o de segundo nivel de Intervención de este Sistema de Protección Social responden a aquellas necesidades cuyo ámbito de competencia excede del campo de acción de los Servicios Sociales Generales. Este grupo de Servicios y prestaciones sociales pueden ser tanto públicos como de iniciativa social (lucrativa y no lucrativa):

Los servicios especializados ofrecen apoyos dirigidos específicamente a:

- Infancia, adolescencia y juventud

- Personas mayores con dependencia o riesgo social
- Personas con discapacidad
- Personas con problemática social derivada de enfermedad mental
- Personas afectados por el virus del sida
- Familias con problemática social y riesgo de exclusión social
- Mujeres en situación de violencia machista y sus hijos
- Víctimas de delitos con violencia o personas en riesgo de sufrirla
- Personas con drogodependencias

En definitiva, la futura gestión del sistema de protección social en España dependerá del análisis de prioridades de las necesidades y problemas sociales, políticos y económicos que determinarán los cambios a implementar en el alcance del conjunto de las prestaciones que marcarán el bienestar y el grado de calidad de vida de las personas y, por tanto, los avances del Estado del Bienestar Español.

CONCLUSIONES

En el entorno de la Unión Europea, los países han optado por una cohesión social frente a modelos puramente neoliberales, pero se trata de una cohesión social que se adapta a los requerimientos de la liberalización neotecnológica, que no es universal y que establece diferencias en cuanto a la intensidad de los derechos sociales materializados.

En el Estado español, por ejemplo, no se reconoce un mínimo ciudadano (como Derecho de ciudadanía) con capacidad para satisfacer una amplia serie de necesidades sociales. Sino que es un mínimo asistencial, subordinado a la lógica del mercado de trabajo. De esta manera, las personas que quedan fuera del sistema de protección social contributiva (porque no trabajan, porque trabajan en economía sumergida o porque no han cotizado lo suficiente a la Seguridad Social) pueden acceder a los servicios sociales, en la actualidad de

responsabilidad de las Comunidades Autónomas y gestionados por los Ayuntamientos y Diputaciones, en general. Se trata, por tanto, de un sistema público (en realidad 17 sistemas públicos autonómicos), de carácter universal, para favorecer y mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, mediante prestaciones técnicas y económicas.

Como hemos visto, el sistema de protección social en España está muy descentralizado, tanto en lo que se refiere a la toma de decisiones políticas como en la misma gestión del bienestar: la salud, la educación, los servicios sociales, las políticas activas de empleo, etc. que dependen de los gobiernos autonómicos. Así, con la excepción del sistema de pensiones y la protección por desempleo que es responsabilidad del Estado central, el resto de las políticas de bienestar se gestionan desde las Comunidades Autónomas.

El Estado Español se ha reservado el derecho a elaborar la legislación básica que se aplicará a todo el territorio nacional y mantiene parte de su ámbito de influencia, como consecuencia de las transferencias intergubernamentales, normalmente de carácter condicionado, que forman parte del presupuesto de las Comunidades Autónomas. Esto significa que los derechos sociales acaban teniendo contenidos concretos diferentes en las Comunidades Autónomas, en función de las prioridades de éstas y de los recursos que sea posible movilizar en cada uno de los territorios.

Por ello, es muy importante el papel desempeñado por los gobiernos autonómicos, no sólo porque pueden servir de banco de pruebas en algunas de las políticas desarrolladas en España (es el caso de Andalucía, respecto a la puesta en marcha del sistema público de atención a la dependencia, en la actualidad), sino también porque se han convertido en actores políticos significativos que se posicionan en relación a las reformas promovidas por el gobierno central, y tienen cierta capacidad de presión.

En definitiva, en el contexto de globalización de la crisis económica y cambio social es necesario realizar diagnósticos certeros de las necesidades y problemas sociales de la población en el momento actual. Sólo así estaremos en disposición de predecir hacia dónde se dirige la sociedad y hacia dónde deben dirigirse las respuestas a estos cambios en la gestión de la política social en el contexto actual.

La crisis económica, los problemas de déficit financiero de los sistemas de protección social, los problemas demográficos como el envejecimiento de la población, la baja

fecundidad y el fenómeno de las migraciones internacionales, el aumento de la esperanza de vida, los cambios en las familias y el papel de las mujeres, la calidad del sistema educativo, las transformaciones tecnológicas, las transformaciones del mercado de trabajo, el aumento de las tasas de desempleo y la acentuación de una parte de la población dependiente, son algunos de los retos a afrontar por el Estado de Bienestar en España para promover una sociedad igualitaria y justa.

THE STUDY OF PUBLIC MANAGEMENT IN THE SOCIAL PROTECTION SYSTEM IN SPAIN

ABSTRACT

In order to analyze the management of social protection system in Spain under the Spanish Constitution of 1978, this paper presents an overview and articulated territorial organization and forms of political and administrative decentralized autonomous communities. Considering the existence of a strategy of convergence towards a European social model, it analyzes the current welfare system dubbed Spanish Mediterranean or familistic fourth model, revealing the four central themes of the Social Protection System in Spain: health, education, social security (income guarantee) and social services. There are many factors - economic crisis, demographic and social changes, political decentralization, and so on, that interfere with the current fragmentation of social policies and the degree of quality and efficiency in the quality of public management of welfare services in Spain.

Key Words: Social Protection, Health Care, Education, Social Services and Autonomous Region.

BIBLIOGRAFIA

ARRIBA, A (Coord.). *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*. Madrid: Colección Estudios, Fundación Foessa, 2008.

ARRIOLA, M. S. "Política Social y Servicios Sociales". En Alemán Bracho, *Política Social*. Madrid: McGrawhill, 1997.

BODE, INGO. Disorganized Welfare Mixes. *Journal of European Social Policy*. Vol 16 (4): 346-359, 2006.

CORDONI, J. M. *Reflexiones para el debate del modelo de financiación de la futura ley de dependencia (¿un pastel de tres pisos?)*. Obtenido de www.imsersomayores.csic.es/.../monsterrat-financiacion-01.rtf. Fecha de consulta: 01/06/2010.

ESCARTÍN CAPARRÓS, MJ. *Manual de Trabajo Social. Modelos de práctica profesional*. Alicante: Aguaclara, 1998.

ESPING-ANDERSEN, G.. *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnánim, 1990.

FREIRE-CAMPO, J. "Política Social y Salud" . En Alemán Bracho C., *Política social y estado de bienestar* . Valencia: Tiran lo Blanch. pp. 387-388, 2006.

GORRI GOÑI, A. Política Social y Salud. En Alemán Bracho C, *Política social y Estado de bienestar*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2006.

LÓPEZ DE LA NIETA, M. "El sistema educativo y desigualdad. Un estudio sobre los logros educativos de la población y algunos aspectos del fracaso escolar". En Arriba, A. *Políticas y bienes Sociales*. Madrid: Colección Estudios Fundación Foessa, 2008.

MORENO, L. La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers*, 63/64, 2001. Obtenido de <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n63-64p67.pdf>. Fecha de consulta: 01/06/2010.

_____ España y el Bienestar Mediterráneo. *Documento de trabajo 06-10. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC)*, 2006. Obtenido de <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0309.pdf>. Fecha de consulta: 01/06/2010.

SOLOZÁBAL, J. J. Sobre el Estado Autonómico Español. *Revista de Estudios Políticos* 21 , 105-129, 1992.

UNA APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN DEL MUNICIPIO DE ROSARIO. APORTES PARA RE-PENSAR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA SOCIAL A NIVEL LOCAL¹

María Eugenia Garma

Romina Lamanuzzi

Melisa Campana*

RESUMEN

El presente trabajo, realizado por el equipo de investigación² conformado por docentes, graduados y estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario, se propone presentar una aproximación a la política de asistencia social en la ciudad de Rosario, tomando como referente empírico de análisis a la Secretaría de Promoción Social del Municipio. Estas reflexiones se enmarcan en el cuadro más general de la actual situación socio-política de la ciudad de Rosario, que permean el ámbito de las políticas sociales y de su gestión en lo local. A partir de una breve descripción de las características de la ciudad y las coordinadas políticas del gobierno socialista, se problematiza la gestión de la asistencia social municipal en la actualidad.

Palabras Claves: asistencia social - gestión local

INTRODUCCIÓN

En la historia Argentina, la política propiamente asistencial devino residual con el desarrollo relativamente amplio de los derechos vinculados al trabajo y permaneció en un lugar de cierto relegamiento, dirigida a quienes no podían integrarse al mundo laboral. De esta manera, los destinatarios de la asistencia social eran aquellos incapaces de subvenir a sus necesidades de reproducción, los legítimamente apartados del mercado de trabajo y de la producción en general.

En nuestro país, el derecho a la asistencia social no está consagrado con rango constitucional ni en una ley, motivo por el cual se ha tendido a otorgar un carácter residual a la política de asistencia social, en comparación con otras políticas universalizantes, como educación o salud pública. Asimismo, el sistema de seguridad

* Profesoras e Investigadoras de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario.

social no contempla las intervenciones estatales de asistencia social, sino que se restringe a las protecciones asociadas al empleo.

A su vez, las lógicas de gestión de la asistencia social difieren según se trate del nivel nacional, provincial o municipal, con lo cual es necesario establecer precisiones respecto a las características que asume en cada caso el diseño e implementación de la política asistencial.

Es por ello que el presente trabajo se propone presentar una aproximación a la política de asistencia social en la ciudad de Rosario, tomando como referente empírico de análisis a la Secretaría de Promoción Social del Municipio. Dicho análisis se enmarca en las principales características de la ciudad así como en las coordinadas políticas del gobierno socialista, por lo que se describen, en primer lugar, tanto aspectos de la estructura social de la ciudad como del entramado institucional del Municipio.

En ese contexto se problematiza, en segundo lugar, la gestión de la política de asistencia social municipal en la actualidad, buscando poner en tensión la noción de residualidad de la misma, a partir de un prisma reflexivo que comprende a la lógica asistencial como elemento transversal al conjunto de las políticas sociales.

PRESENTANDO A LA CIUDAD

Rosario está ubicada en el centro-este de la República Argentina, y en el extremo sudeste de la Provincia de Santa Fe, integrando geográficamente la denominada “pampa húmeda”. Se halla a 305 km al noroeste de Buenos Aires (capital de Argentina); 170 km de la ciudad de Santa Fe (capital de la provincia).

Constituye uno de los principales centros urbanos del país, con 909.397 habitantes según el último Censo Nacional realizado en 2001. Junto con las localidades de Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Pérez, Capitán Bermúdez, Granadero Baigorria, Fray Luis Beltrán, Funes y Puerto General San Martín, conforma el área metropolitana del Gran Rosario.

Posee un importante puerto sobre el margen oeste del río Paraná, en donde se exporta cerca del 80% de la producción del país en cereales, aceites y sus derivados, lo cual ha constituido a la ciudad en un centro de servicios nacional e internacional. Se encuentra en una posición geográficamente estratégica con relación al Mercosur, siendo significativo el tránsito fluvial y terrestre.

La actividad económica de la ciudad es el resultado del potencial agroindustrial y el desarrollo portuario. En la actualidad la actividad agroindustrial más importante es la producción y procesamiento de oleaginosas, como la soja y el girasol; esta actividad se integra al entramado de la industria alimenticia del país.

A lo largo del tiempo ha tenido una oferta laboral sostenida en empresas vinculadas a las actividades agropecuarias, pequeñas y medianas empresas de diversos rubros (metalmecánica, química, siderúrgica, muebles y textil, principalmente) y, actualmente, también en el área de servicios.

La ciudad ofrece infraestructura (servicios de agua potable, recolección de residuos, cloacas, alumbrado público, etc.), servicios de salud y educación pública de calidad y en cantidad. Por ello, estas condiciones la posicionan como un centro urbano que recibe familias pobres provenientes del norte, noroeste y noreste del país.

Según datos del último Censo Nacional de Población de 2001, en Rosario vivían 909.397 personas, sin presentar una diferencia significativa entre la cantidad de varones y mujeres. A su vez, con respecto a la distribución etaria, la pirámide poblacional es equilibrada en la cantidad de adultos mayores, niños y personas en edad económicamente activa.

Rosario no estuvo ajena a la crisis que sufrió el país como consecuencia de políticas neoliberales que se aplicaron desde mediados de la década del '70, que produjo una importante crisis en la estructura económica regional.

En la ciudad hacia fines de los '80 se observaban grandes áreas o bolsones de pobreza los cuales no se caracterizaban por su transitoriedad sino como asentamientos en tierras privadas o municipales donde se instalaban familias migrantes en situación precariedad por la de servicios básicos, viviendas. Esto fue reconfigurando la ciudad.

La ciudad, en 2001, tenía 91 asentamientos informales con una población de aproximadamente 130.000 personas. Las viviendas deficitarias constituían el 20% y sin infraestructura básica el 35%. El 10,7% de los hogares³ y el 13,5% de la población de Rosario tenían Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Rosario ha logrado superar en los últimos diez años una situación crítica de acuerdo a lo que reflejan los porcentajes de hogares y personas pobres, como así también en los valores de indigencia.

Los datos de Pobreza e Indigencia por ingresos están disponibles para el aglomerado Gran Rosario y se realizan en forma semestral a través de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) a cargo del IPEC-INDEC. Para este conjunto, la pobreza tanto de los hogares como de los individuos, ha disminuido desde 2003 hasta 2008, presentando un pequeño aumento en 2009. En el 1º semestre de 2003, el 42,4% de los hogares y el 54,6% de las personas eran pobres y el 20,7% de los hogares y el 29,3% de las personas eran indigentes. Estos guarismos han ido disminuyendo constantemente, llegando en el primer semestre de 2008 a su punto más bajo, con 8% de los hogares y 12% de las personas en situación de pobreza y 3,5% de los hogares y 4,5% de las personas en situación de indigencia. Según los últimos datos disponibles, al primer semestre de 2009, el 10% de los hogares y el 14,6% de las personas eran pobres, mientras que el 4,2% de los hogares y el 5,7% de las personas eran indigentes.

Cabe destacar que las nuevas cifras de pobreza e indigencia son producto de una recomposición económica del país. Al mismo tiempo, se implementaron durante los últimos 8 años en todo el territorio argentino un conjunto de programas de transferencia condicionada de ingreso de alcance masivo a cargo del Ministerio de Trabajo y el de Desarrollo Social de la Nación.

Este conjunto de planes (Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, Programa Familias para la Inclusión Social, Seguro de Desempleo y Capacitación, Asignación Universal por Hijo) conforma una red de contención del conflicto social. Si observamos los valores del 2009 veremos una mejora sustancial, no obstante, las últimas medidas presidenciales resultan significativas para mantener por sobre la

línea de pobreza e indigencia a una gran masa de población que no accede al empleo formal.

El Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, creado al calor de la crisis iniciada fines de 2001, constituyó el programa asistencial de mayor envergadura destinado a la población en situación de pobreza y desempleo en Argentina, tanto por los montos que transfirió como por la cantidad de beneficiarios que alcanzó. A finales de 2002, se contabilizaban más de 2 millones de beneficiarios que percibían alrededor de U\$45 cada uno. A fines de 2004, a través del Decreto 1506/04 y con la intención de desactivarlo, en la medida que se reactivó la economía, se estableció que los beneficiarios con posibilidades de empleo continuarían percibiendo sus beneficios en la órbita del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, mientras que aquellos que no tuvieran esa posibilidad serían incorporados a otros programas dependientes del Ministerio de Desarrollo Social. Por ello, algunas personas pidieron su pase al Plan Familias que se implementaba desde 2003. En 2002 se definieron los criterios de inclusión al Programa Familias para la Inclusión Social que estuvieron vigentes hasta 2009, a saber: el programa estaba orientado a familias en situación de pobreza con hijos menores de 18 años a cargo (o discapacitados de cualquier edad) de los aglomerados urbanos definidos por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)⁴ y con base en un estudio realizado por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) a través de la Ficha Selección de Familias Beneficiarias de Programas y Servicios Sociales (SISFAM). El principal componente del programa, los ingresos no remunerativos, se canalizaban a través de una transferencia en cabeza de la mujer de la familia condicionado a la demostración de la concurrencia a la escuela de los niños a cargo, así como de los controles prenatales en caso de las embarazadas.

En noviembre de 2009, en Rosario había vigentes 8.500 beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar (en 2002, el padrón llegaba a 59 mil personas), mientras que el Programa Familias abarcaba a 20 mil ciudadanos de Rosario.

A partir de octubre de 2009 la Asignación Universal por Hijo absorberá el conjunto de planes y programas mencionados. La AUH aparece como una medida

universalizante (no universal), de alcance territorial extendido y abierta a los cambios que se producen en las familias, en la medida que está siempre abierta la posibilidad de baja e incorporación de nuevos beneficiarios.

Una gran innovación de la AUH es la relación directa que establece el derecho-habiente con el Estado en la gestión del recurso a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). A diferencia de lo que ocurría con el PJJHD, que abrió una cantidad innumerable de ventanillas en cada uno de los barrios y municipios donde se localizaban sus potenciales beneficiarios, el acceso a la AUH se hizo basándose en una relación directa entre ciudadanos y Estado. El monto establecido al momento de su creación de \$180 era igual al de la asignación por hijo de los trabajadores formales⁵. Una consideración especial es puesta al analizar la condicionalidad de la transferencia. El monto base de la AUH sufre una retención del 20% por parte del ANSES que queda condicionado al cumplimiento de controles sanitarios y de asistencia a la escuela y es liquidado una vez al año. Aquí nuevamente encontramos criterios diferenciadores entre los menores según se trate de padres con empleos registrados o bien que estén cobrando la AUH. Por otro lado, en el art. 9 de la reglamentación de la AUH se establece que estas obligaciones son exigibles a la totalidad de los niños del grupo familiar, independientemente de que esos niños reciban el beneficio. Es decir una familia de un trabajador formal, recibe el subsidio por la cantidad de hijos que tenga y no debe demostrar nada a cambio. Mientras que una familia de un desocupado de más de 5 hijos que percibe la AUH, solo percibe el beneficio por los 5 primeros hijos, pero debe garantizar la asistencia escolar y los controles sanitarios de todos.

CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES

El Estado argentino es un estado federal en el que existen dos niveles de instituciones las de la federación por un lado y las de los estados miembros por otra. Así los ciudadanos de cada Estado miembro deben cumplir las leyes específicas de

su Estado además de las leyes promulgadas por las instituciones federales. Argentina tiene 23 provincias, la ciudad autónoma de Buenos Aires y 2112 municipios.

El país, por su historia federal, concentra en las provincias la mayor cantidad de poderes estatales, además ostentan su condición de titulares primigenios del poder lo que en la práctica va en detrimento de los municipios. La experiencia desarrollada por el municipio de Rosario desde 1996 es valorizada, en la región y por organismos internacionales, ya que ha superado las limitaciones institucionales mencionadas y lo convirtió en actor estratégico del desarrollo local.

La Provincia de Santa Fe aún no reconoce en su Constitución la autonomía municipal⁶. Por ejemplo, a nivel del gasto, mientras que el nivel central-federal ejecuta el gasto en educación superior, el nivel provincial tiene la mayoría de los sectores a su cargo: ejecución de gasto público en educación primaria, preescolar y secundaria, atención primaria de la salud, hospitales, irrigación, programas nutricionales, puertos y vías navegables, suministro de electricidad, vivienda y gran parte del gasto en justicia y seguridad.

Las competencias municipales han estado determinadas principalmente por el criterio de particularización de ciertos servicios (limpieza y alumbrado público, recolección de residuos, mantenimiento vial de la ciudad, etc.), que pueden ser prestados más efectivamente en el nivel local, los municipios también incursionan en actividades de redistribución de ingresos y desarrollo económico. Estas funciones dan cuenta de las mínimas capacidades de acción local para atender los problemas de la comunidad, en especial en temas de desarrollo humano (salud, educación, medio ambiente y lucha contra la pobreza).

Argentina ha desarrollado un proceso de descentralización que, iniciado en la década del '50, se viene profundizando desde la reapertura democrática a partir de 1983. Primero, un Pacto Fiscal que, durante los '90, implicó una nueva distribución de impuestos, ampliando poderes fiscales a las provincias, pero sosteniendo una alta concentración de la recaudación tributaria -77%- en el nivel central nacional. Luego, un Pacto Federal que, entre otras cosas, comprometió a las provincias a llevar a cabo procesos de desregulación y privatización. Paralelamente, se le asignaron más

recursos a aquellas provincias a las que se les han transferido los servicios de educación, salud y asistencia social.

Rosario está ubicada en la Provincia de Santa Fe. La Provincia está conformada por 19 departamentos, divididos en distritos con 48 municipios y 315 comunas.

Rosario, por ser un centro urbano que supera los 200.000 habitantes, es un municipio de primera categoría de acuerdo a la Ley Provincial N° 2756, Ley Orgánica de las Municipalidades (Cap. I, Art. 1°).

La Municipalidad de acuerdo al art. 22 Ley Orgánica de Municipalidades se compone de un Concejo Municipal y del Poder Ejecutivo. El Concejo Municipal estará integrado por concejales, elegidos por voto popular y cuyos cargos son de cuatro años de duración, pudiendo los mismos ser reelectos.

El Concejo Municipal de Rosario se integra por 22 concejales. Los Concejales se organizan en Comisiones Temáticas y son los encargados de elevar al Ejecutivo Municipal proyectos, para que desde el mismo se lleven a cabo.

El Poder Ejecutivo estará a cargo de su autoridad máxima, el Intendente Municipal, quien es elegido por elección directa y permanece cuatro años en el ejercicio de sus funciones. El Poder Ejecutivo está compuesto por las secretarías de: Gobierno, General, Hacienda y Economía, Salud Pública, Obras Públicas, Servicios Públicos y Medio Ambiente, Planeamiento, Promoción Social, Cultura y Educación, Producción y Comercio Exterior. Cada una de ellas está integrada por Subsecretarías, Direcciones y Coordinaciones. Además, el Municipio cuenta con Coordinación de Gabinete, Dirección General de Relaciones Internacionales, Dirección General de Comunicación Social y Servicio Público de la Vivienda.

EL MUNICIPIO Y SUS “REFORMAS”: POTENCIAR LO LOCAL

El escenario y las modalidades de gestión de los municipios se modifican de manera sustancial a partir de la década del noventa y la ciudad de Rosario no constituye una excepción a este proceso. En este contexto, las nociones de

governabilidad, gobernanza y buen gobierno local impregnaron decisivamente las acciones del Partido Socialista desde 1995, lo cual se ve reflejado en el Plan Estratégico Rosario como en el Programa de Descentralización y Modernización, que se fueron delineando como direccionalidad política de los sucesivas gestiones socialistas al frente del municipio.

DESCENTRALIZACIÓN

La ciudad de Rosario inició en diciembre de 1995 un conjunto de reformas en sus modalidades de gestión, que fueron generando un cambio sustantivo en el estilo de actuación del Estado Municipal.

La decisión de descentralizar la ciudad tuvo su motivación en los problemas que ofrecía la modalidad centralizada para su administración, gestión y gobernabilidad. Influyeron en esta determinación el tamaño de la ciudad (extensión y número de habitantes), sus desigualdades socio-económicas y físicas, y la existencia de una centralidad fuerte y desequilibrante. La idea fue respetar lo que ya existía y orientar el proceso a lograr un equilibrio territorial, superando las situaciones de depresión o deterioro y consolidando aquellas que ya estuvieran consagradas.

Los grandes objetivos del Programa están explicitados en el Documento Base:

- desconcentrar servicios y competencias hacia ámbitos de gestión distribuidos en distintas zonas de la ciudad;
- modernizar la gestión haciéndola más transparente, ágil, eficaz y con altos estándares de calidad;
- fortalecer a la sociedad civil desde la participación y al propio Estado desde el aprendizaje del asociativismo.

Desde 1996 se delimitaron seis Centros Municipales Distrito (CMD): Centro, Oeste, Norte, Sur, Noroeste y Suroeste. Los mismos tienen como característica:

- Es un centro administrativo y de servicios, que facilita la resolución de trámites y la prestación de servicios públicos.

- Es un centro comunitario que da cabida a una multiplicidad de programas y actividades administrativas, de servicios, de desarrollo social, cultural, productivo.
- Es un centro de coordinación entre diferentes áreas municipales para ese territorio particular.
- Es un centro de participación ciudadana, lugar de encuentro entre distintas organizaciones o entidades barriales.

El proceso completo de descentralización municipal en Rosario se organizó abarcando cuatro grandes aspectos:

a) Una reorganización funcional u operativa, que se dio con la creación de un Área de Servicios Urbanos (ASU) en cada distrito. Las ASU fueron indispensables para la primera y original desconcentración de las tareas municipales vinculadas a las obras y servicios públicos de pequeña y mediana escala, para lo cual se hizo necesario formalizar algunas tareas. Por un lado, la organización de una cuadrilla de personal por cada distrito y por otro, la derivación del equipamiento e infraestructura necesaria.

b) Una reorganización administrativa, que se desarrolla con la habilitación de los Centros Municipales de Distrito (Atención al Vecino, Mesa General de Entradas, Catastro y Obras Particulares, Registración e Inspección, Tránsito y Tribunal de Faltas, y Finanzas).

c) La redefinición de las políticas urbanas. En este sentido se trabajó en precisar los lineamientos que debían seguirse en cada distrito para impulsar los procesos de transformación, con la concreción de los siguientes pasos: especificación de una política de localización de los Centros Municipales de Distrito, como proyectos de alto impacto en términos de transformación urbana; elaboración de los Planes de Distrito formando parte del Plan Urbano y encuadrados en el Plan Estratégico de la ciudad.

d) La definición de un nuevo modelo de gestión asentado en dos cuestiones básicas. Por un lado, la implementación de mecanismos de información pública, para lograr una difusión constante de los distintos pasos desarrollados y de los avances

alcanzados en cada etapa del proceso. Por otro lado, organizar canales reales y activos de participación ciudadana, para incorporar a la población, efectiva y directamente en los procesos de evaluación, control y toma de decisión.

En definitiva, en Rosario se han encarado gradual y prioritariamente la descentralización operativa y administrativa, sin embargo, la descentralización política aun no muestra signos de mecanismos institucionalizados, más allá del Presupuesto Participativo, para la participación ciudadana. Es importante reconocer que existe en las diferentes políticas públicas municipales una sensibilización e incorporación de la nueva perspectiva de la gestión, que va siendo lentamente puesta en marcha de modo diverso para planificar desde el territorio en forma participativa.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA: LA GENERACIÓN DE CONSENSOS

El Plan Estratégico Rosario permitió enmarcar este cambio al posibilitar la construcción de un modelo de futuro posible y deseable para la ciudad y la región, la identificación de temas críticos y orientaciones estratégicas de intervención, el desarrollo de proyectos de desarrollo económico, social y cultural. Este Plan fue realizado a nivel institucional se convocaron instituciones representativas de la ciudad a participar en la elaboración del mismo es decir la ciudadanía de rosario en su conjunto no participó.

En 1998 se presentó el Plan Estratégico Rosario (PER), compuesto por grandes líneas de trabajo en torno a las cuales se definió el menú de proyectos. Las cinco líneas estratégicas fueron: Construir la Ciudad del Trabajo, la Ciudad de las Oportunidades, la Ciudad del Río, la Ciudad de la Integración, la Ciudad de la Creación. Por su parte, el Programa de Descentralización y Modernización, forma parte de uno de los ejes propuestos en dicha planificación estratégica. La consolidación de este proceso se dio en el año 2002, con la implementación del Programa de Presupuesto Participativo, el cual demostró que la participación ciudadana es un elemento de gerencia pública, de gestión moderna y que, junto con la descentralización, permite mejorar la gestión y sus resultados.

El Plan Director de 1999, entendido como estrategia de transformación física articulada con el desarrollo integral de la ciudad, contiene los grandes proyectos estructurales cuya función es servir de guía a una serie de proyectos urbanos de escala menor territorialmente seleccionados. Además, se convierte en el soporte para la puesta en marcha de programas y acciones concretas relativos a vivienda, servicios y equipamientos, vialidad y transporte público, usos espaciales, etc.

Un instrumento operativo intermedio del Plan Urbano lo constituyen los planes de distrito. En ellos, se indican los lineamientos básicos y el inventario de obras prioritarias a desarrollar en partes o sectores de la ciudad, coincidentes con la organización espacial delineada por el Programa de Descentralización y Modernización Municipal. Según los fundamentos del documento, la descentralización actúa como política de reorganización administrativa y de las funciones y servicios municipales, y se desarrolla a través de la delimitación de sus distritos con sus correspondientes centros, cubriendo todo el territorio del Municipio.

El gobierno municipal decidió dar el paso hacia el Presupuesto Participativo a inicios del año 2002. La descentralización sirvió de escenario privilegiado: cada uno de los distritos se constituyó en una “unidad de participación” dentro del presupuesto participativo. La experiencia generó su marco normativo: la Ordenanza n° 7326/02, la cual dispone que el Departamento Ejecutivo Municipal procederá a la implementación del Presupuesto Participativo respetando para ello la estructura de los seis Distritos en los que se organiza la ciudad.

El proceso se estructura en cuatro grandes momentos: la Primera Ronda de Asambleas Barriales, los Consejos Participativos de Distrito, la Segunda Ronda de Asambleas Distritales y la Tercera Ronda o cierre.

Los Consejos Participativos de Distrito (CPD) tienen la tarea de “convertir las propuestas formuladas por los vecinos y vecinas de cada una de las áreas barriales en proyectos”. Como son seis Distritos en la ciudad, hay seis CPD. Están integrados por las consejeras y consejeros electos en las asambleas barriales, un/a secretario/a técnico/a y el o la Directora/a del Distrito. Se reúnen en tres comisiones: de Proyectos Sociales (incluye los temas referidos a las Secretarías de Cultura,

Promoción Social, Salud Pública, Gobierno), de Proyectos Urbanos (Secretarías de Servicios Públicos, Obras Públicas, Planeamiento) y de Participación Ciudadana (cuestiones de reglamento y procesos).

En esta instancia, las demandas y propuestas que hicieron los vecinos en las asambleas barriales son trabajadas por los consejeros junto a equipos técnicos municipales para transformarlas en proyectos viables, que serán presentados a los vecinos para su priorización en la Segunda Ronda de Asambleas Distritales. Además, “los CPD se constituyen en foros permanentes de discusión e información sobre temas de la gestión municipal, [así como lugar de] seguimiento de la ejecución de las obras votadas en el Presupuesto Participativo anterior” (Documento URBAL, 2008: 17).

La Segunda Ronda de Asambleas Distritales “es una reunión por Distrito en la que los vecinos y vecinas deciden qué proyectos priorizar de los elaborados por el Consejo Participativo de Distrito”. Se realizan durante el mes de septiembre. Los vecinos son convocados para conocer los proyectos elaborados por los consejeros en los meses previos en cada CPD -expuestos en paneles con un detalle de características y costos estimados para cada uno y para decidir mediante voto secreto e individual cuáles son prioritarios. Luego, los proyectos son ordenados de acuerdo a la cantidad de votos obtenidos por cada uno e incorporados a la propuesta presupuestaria hasta cubrir la suma de dinero estipulada para cada Distrito. Esa propuesta será luego enviada por el Departamento Ejecutivo Municipal al Concejo Deliberante para su discusión y eventual sanción.

La Tercera Ronda o cierre es “una reunión única para todas las consejeras y consejeros, como así también para las vecinas y vecinos, donde se realiza un balance de lo ejecutado mediante el Presupuesto Participativo del año anterior y se dan a conocer los proyectos y obras que se harán al año siguiente”. Se realiza en diciembre, en un lugar amplio, a lo largo de una tarde.

A lo largo de los años de su implementación se han ido produciendo modificaciones en sucesivas ediciones, de acuerdo con intereses de la gestión municipal y de los consejeros. Entre esas modificaciones importantes, podemos

mencionar: la subdivisión de los distritos en áreas barriales (entre 5 y 10) “a los fines de generar una mayor cercanía de los vecinos y sus realidades, a la hora de proponer problemas y debatir soluciones”; la asignación de un monto específico por Distrito (igual para todos los Distritos) al principio del proceso, con lo cual “las vecinas y vecinos trabajan sabiendo de antemano cuántos recursos tienen disponibles para dar prioridad responsablemente a los proyectos más urgentes”; el trabajo de los consejeros en base a “proyectos” en vez de “prioridades presupuestarias”, con lo que “los participantes asumieron el desafío de transformar buenas ideas en proyectos concretos para el Distrito”; y la convocatoria periódica a “una Comisión Interdistrital para producir un intercambio de experiencias e inquietudes entre los consejeros de los diferentes distritos de la ciudad”.

Modificaciones surgidas de los propios consejeros han tenido que ver fundamentalmente con las reglas de funcionamiento de cada CPD, referidas a los tiempos de exposición, las formas válidas de expresión, los días de reunión, etc.

Hay dos características que adopta el PP en Rosario que pueden entenderse como limitaciones. La primera es que en Rosario no hay criterios redistributivos institucionalizados. Es decir, que en las asambleas barriales como en los CPD en Rosario, los funcionarios municipales y los consejeros experimentados asumen la importancia de privilegiar las demandas de quienes menos tienen (las necesidades), que sean técnicamente viables (factibilidad), que incluyan a un gran número de personas (población alcanzada), que hayan sido más pedidas (participación) como criterios que direccionan los proyectos y su evaluación. Pero no está escrito en ningún lado, ni tampoco se plantea como un tema a discutir, con lo que queda más librado a la buena voluntad de los participantes, a una cuestión de moralidad, y no a una toma de posición política discutida y conocida por todos los participantes, que puede modificarse año a año.

La segunda característica es que en Rosario no existe una instancia de articulación de todos los distritos, sino que cada CPD decide el destino de los recursos sin tomar explícitamente en cuenta a los otros distritos o al conjunto de la ciudad. En el Presupuesto Participativo de Rosario se da una fragmentación: las

discusiones sobre proyectos y montos se dan a escala barrial y distrital pero se cortan a nivel interdistrital; las redes entre organizaciones se construyen principalmente a nivel distrital pero no se favorecen las relaciones interdistritales (lo que por supuesto no impide que esas organizaciones se vinculen por su propio esfuerzo); y las relaciones entre las organizaciones y la gestión municipal se busca que sean “punto a punto” o agrupadas lo mínimo posible.

FINANCIAMIENTO

En términos de financiamiento, el presupuesto municipal ha experimentado, en el último decenio, un constante y marcado incremento. Tomando como punto de partida el año 2000, el presupuesto de la Administración Central se quintuplica, pasando de casi \$278 millones a \$1.135 millones presupuestados para el año 2009. Entre 2000 y 2002 el presupuesto no presenta grandes variaciones y a partir de 2003 comienza a crecer, teniendo un primer pico en 2005 cuando se duplica el presupuesto de 2000. El aumento de recursos ejecutados por el Municipio se mantiene constante hasta el año 2008, cuando el volumen vuelve a duplicarse, ahora en relación al 2005. Entre el presupuesto ejecutado en 2008 y el proyectado para 2009 hay un incremento de apenas el 1%.

La composición por Finalidades y por Jurisdicciones⁷ se ha mantenido sin mayores alteraciones, acompañando este notable aumento de recursos ejecutados a nivel local.

En base al proyecto de ordenanza del Presupuesto 2010, se desprende que de los recursos que dispone la Municipalidad de Rosario, un 53% son de origen municipal, un 23% de origen provincial, un 20% de origen nacional más un 4% de otro origen. Analizados desde la clasificación por rubro, los Ingresos Tributarios explican casi el 72% del financiamiento municipal y al interior de ellos, son los de jurisdicción municipal los que representan el 53%. La Tasa General de Inmuebles (TGI), aporta casi el 40% y el Derecho de Registro e Inspección (DReI) aporta el 60% de los recursos tributarios municipales.

En la clasificación del presupuesto por Jurisdicciones, observamos que la Secretaría de Promoción Social (SPS), pasa de ejecutar casi 16 millones de pesos en el año 2000, a 43 millones en 2005, disponiendo en la actualidad de un presupuesto de casi 76 millones de pesos. En el quinquenio 2000-2004 la SPS se apropiaba del 7,8% del presupuesto, con un máximo de 8,8% en 2003, descendiendo a 7,3% en el período 2005-2009, con un máximo de 8,6% en 2007. La SPS se apropia, en media, del 7,4% de los recursos municipales en el decenio 2000-2009. La Secretaría de Salud Pública, por su parte, ha sido la secretaria de mayor participación en el presupuesto promediando a lo largo de la década el 25,5% y teniendo en los últimos dos años sus picos de recursos con 27,5% para 2008 y 28,6% para 2009. Por último, es de remarcar el crecimiento relativo de los recursos asignados a la Secretaría General que ha pasado del 2% en promedio durante 2000-2004 a recibir el 5,8% en los últimos 5 años. Esta secretaria recibió a partir del 2003 los recursos destinados a la implementación del Presupuesto Participativo.

Como decíamos, existe también una constante a lo largo del período al analizar el presupuesto por Finalidades. El Gasto Social osciló alrededor del 60% para los primeros años de la serie y presentó una leve tendencia alcista a partir del ejercicio 2005, ubicándose en los últimos tres años por encima del 65%.

LA GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA SOCIAL

Si bien, como vimos, durante los últimos quince años se ha venido construyendo un modelo de ciudad basado en la planificación estratégica, la modernización de la gestión a través del acercamiento a los ciudadanos, etc., estas reformas del aparato estatal-municipal no se tradujeron en modificaciones sustanciales en todas las áreas de gobierno.

En el caso particular de la Secretaría de Promoción Social (SPS), desde 2009, se ha dado un espacio para repensar y discutir su direccionalidad, del cual han participado secretario y directores y han acordado que la “misión” explícita de la SPS es “generar e implementar políticas sociales integrales e integradas territorialmente,

que promuevan el reconocimiento y ejercicio de los derechos, la participación ciudadana, el fortalecimiento de los lazos sociales y la inclusión social”. Esta nueva dirección de la secretaría es muy reciente hasta ahora los responsables de la gestión, que son funcionarios designados por el ejecutivo por sugerencia del secretario, son los que comparten y asumen esta visión política. Sin embargo, existen dificultades para que los trabajadores de las diferentes áreas asuman esa visión y, al mismo tiempo, para que se le otorgue esa direccionalidad a las acciones por definir, es decir, no se vislumbran propuestas que tiendan a instalar mecanismos de planificación estratégica con la participación de las organizaciones del tercer sector y los ciudadanos si hay experiencias aisladas de equipos profesionales que trabajan de ese modo en situaciones puntuales. Se visualizan esfuerzos por coordinar acciones entre áreas y direcciones que superen la superposición y la dispersión.

También se ha definido que la “visión” de la SPS es “una estructura dinámica y de circulación interna que articule las distintas áreas con los diferentes niveles gubernamentales y las Organizaciones de la Sociedad Civil propiciando y potenciando el desarrollo de redes y el abordaje integral e integrado de las problemáticas sociales, con un saber común compartido y con equipos únicos en cada territorio”.

Lo que presentamos a continuación surge de una reconstrucción realizada a través de informantes ya que el organigrama ha experimentado modificaciones porque en los últimos 3 años fue incorporando nuevas áreas y cambios direcciones. También desde hace muy poco tiempo la SPS tiene una presencia identificable en los CMD si bien ya estaban algunos equipos profesionales trabajando allí hoy es posible encontrar referentes para plantear necesidad y problemáticas.

En el proceso de conocimiento de la gestión de la asistencia social, nos encontramos que nuestra referencia empírica la SPS tiene una escasa producción y sistematización de la información atinente a la actividad de las diferentes áreas. En función de ello, aún no podemos presentar datos que acompañen la descripción de la SPS.

En la Secretaría funcionó, hasta diciembre de 2007, el Registro Único de Beneficiarios (RUB) y hasta ese momento la cantidad de personas con las que se trabajó era de 71.789. Actualmente, se encuentra en funcionamiento una nueva modalidad de registro informático (Registro Social), común a todas las áreas de la Secretaría. No obstante, no se conoce aún el número de personas/familias que han tenido intervención.

La actual estructura organizativa de la Secretaría cuenta con dos grandes Sub-Subsecretarías: de Acción Social (SAS) y de Economía Solidaria (SES).

La SES se organiza a partir de una Coordinación General que tiene a su cargo el Servicio Municipal de Empleo, la Dirección de Acción Cooperativa y Mutual y un Área de Emprendimientos Productivos que comprende: Agricultura Urbana, Producción de Alimentos, Producciones Artesanales, Vestimenta y Calzado, Reciclado de Residuos.

La SAS tiene bajo su égida una serie de Direcciones, Áreas y programas: Programa de Asistencia e Intervención Directa (PAID), Unidad de Gestión de Seguridad Alimentaria, Dirección de Infancias y Familias, Dirección de Adultos Mayores, Área de la Mujer, Dirección General de Recreación y Deportes, Dirección de Vecinales, Área de la Diversidad Sexual e Instituto Municipal de Salud Animal.

A su vez, de la SPS dependen directamente tanto la Coordinación de Descentralización -integrada por las coordinaciones correspondientes a cada uno de los Distritos Municipales- como las Áreas de Apoyo (Oficina de Comunicación Social, Oficina de Compras, el Centro Informático Local y un conjunto de Direcciones: de Administración Económica y Financiera, de Planificación, de Despacho, de Relaciones Laborales, de Arquitectura y Mantenimiento).

Siendo que las áreas y direcciones se encuentran en un proceso de transformación, el organigrama que presentamos es una construcción provisoria que permite visualizar, a grandes rasgos, la organización de la SPS.

A continuación, profundizaremos aquellas Direcciones, Áreas y Programas que se presentan como las más pertinentes y significativas a los fines de dar cuenta de la gestión de la política de asistencia social en nuestra ciudad.

El Programa de Asistencia e Intervención Directa (PAID) es creado en diciembre de 1999 por resolución interna de la SPS. Su función está vinculada a orientar, asesorar, evaluar y asistir a las personas y grupos familiares en la resolución conjunta de la situación problemática que se aborda, así como articular con las instituciones distritales permitiendo establecer modalidades de intervención conjunta para la mejor resolución de las situaciones planteadas.

La coordinación del Programa y el Consejo Asesor de la Coordinación General, están a cargo de profesionales de Trabajo Social. Al interior del Programa funcionan dos equipos: "equipo de guardia por distritos" y "equipo de adultos en situación de calle", ambos conformados por doce trabajadores sociales y contando con apoyo matricial de un psicólogo, un abogado y un médico. Además, trabajan en el PAID cuatro administrativos, dos auxiliares sociales y dos asistentes gerontológicas.

Los equipos (mediados por la coordinación) captan las situaciones sobre las cuales se intervendrá y luego derivan o re direccionan a los ciudadanos hacia otras áreas, generalmente dentro de la misma SPS.

La guardia funciona de lunes a viernes y la población de cada uno de los distritos tiene asignado un día de atención que se realiza mediada por el sistema de turnos, que pueden ser programados para un día específico o si la situación que la persona expone "lo amerita" se la atiende en el momento (lo que no garantiza que se le dé una respuesta favorable).

Los equipos cuentan con movilidades para trasladarse a las diferentes zonas de los distritos que permite profundizar el trabajo ya sea con el grupo familiar o con las diferentes instituciones involucradas en el proceso.

El Programa ofrece un conjunto de ayudas en especie o transferencias monetarias que pueden agruparse de la siguiente manera:

- * Subsidios para traslados, ya sea para personas con discapacidad o con problemas de salud, que requieren la contratación ocasional de un móvil.

- * Subsidios para emprendimientos, dirigidos a personas que acreditan tener un oficio y solicitan un beneficio en dinero, que se otorga por única vez, para la adquisición de herramientas de trabajo vinculadas al oficio.

* Subsídios de emergencia habitacional, que se otorgan sólo en aquellos casos en los que ha ocurrido un incendio que provocó daños irreparables en la vivienda.

Para la oferta preestablecida mencionada arriba los requisitos formales son la presentación de cierta documentación, como por ejemplo certificado médico, factura de compras de herramientas, pasajes de transporte, informe social, entre otros.

Para el resto de las demandas, que no se encuadran en las antes descriptas, no hay criterios técnicos homogéneos formalizados sino que la evaluación es caso por caso. Cabe destacar, además, que en última instancia la decisión acerca del otorgamiento o no de un beneficio queda en manos de la coordinadora (por ejemplo, en aquellos casos en los que el subsidio requerido excede los montos estipulados).

La Unidad de Coordinación de Políticas de Seguridad Alimentaria funciona con una coordinación General y Referentes Distritales. La dimensión administrativa se encuentra centralizada y las evaluaciones para el alta de la Tarjeta Única de Ciudadanía (TUC)⁸ la realizan los equipos pertenecientes a las diferentes Área/Direcciones de la SPS. El beneficio otorgado por la TUC consiste en la acreditación de \$100.- mensuales en una tarjeta de débito, para la compra de alimentos permitidos, en la Provincia de Santa Fe. Está destinado a personas mayores de 21 años en situación de pobreza (escasos recursos o ingresos inestables e insuficientes), con hijos (si están en edad escolar se toma como criterio de prioridad), o que cuenten entre sus miembros a personas mayores de 70 años que no tengan jubilación o pensión, mujeres embarazadas y/o discapacitados. Para acceder al beneficio, el solicitante, deberá presentarse con DNI en el Centro Territorial de Referencia correspondiente al barrio. Allí, para determinar su vulnerabilidad, el solicitante se entrevistará con la Trabajadora Social, la cual completará el Registro Social, donde constarán sus datos y los de su grupo familiar.

Actualmente, hay en la ciudad de Rosario 58.759 beneficiarios de la TUC. De los mismos, 56.645 corresponden al Programa de Seguridad Alimentaria, 330 a Celíacos y 1784 a Nutrir Más (Programa dirigido a niños y niñas de hasta seis años con desnutrición aguda).

La Dirección de Adultos Mayores, cuenta una Directora y con un equipo interdisciplinario que se propone trabajar de forma transversal a todas las otras áreas del Municipio. Cada integrante del equipo es referente del trabajo con distintas Secretarías municipales.

La Dirección tiene como objetivos: mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad, conservar y potenciar las capacidades existentes en el adulto mayor para promover la autonomía y posibilitar la búsqueda de nuevas respuestas ante la vida, brindar asesoramiento en el área específica y la gestión, organización y ejecución de diferentes actividades.

Si bien sus acciones están principalmente destinadas a personas mayores de 65 años, dicho recorte es flexible. Entre los proyectos y actividades que desarrolla se encuentran: mini-turismo; trabajo recreativo (actividades de natación y un taller de entrenamiento de la memoria); ciclos de cine (en articulación con el INCAA y el PAMI); charlas en distintos puntos de la ciudad.

De la Dirección de Adultos Mayores dependen:

- Escuela de Gerontología

Funciona desde Julio de 1990 y tiene una conformación mixta, con profesionales de planta municipal y otros que son contratados aparte. Tiene como objetivo la formación de recursos humanos, a través de capacitaciones tales como el curso anual de Asistente Gerontológico, que cuenta con el reconocimiento ministerial. También realizan cursos en convenio con la Secretaría de Empleo y organizan talleres que son en su mayor parte arancelados (cubriendo así los honorarios docentes). Una parte de estos talleres, fueron votados por Presupuesto Participativo, por lo que son gratuitos.

- Centros de Día

Hay dos tipos de Centro de Día. Unos funcionan a través de un convenio con el Ministerio de Relaciones Exteriores con el país de España, con financiamiento de dicho país (excepto en el recurso humano aportado por el municipio) y otros son creados a partir de su votación en el Presupuesto Participativo. Trabajan en jornadas de 6 o 7 horas, donde los participantes realizan actividades de entrenamiento de la

memoria y actividad física y una merienda. Los Centros de Día de Presupuesto Participativo están en el Distrito Sur, Sudoeste y Oeste y tienen a su vez talleres abiertos a la comunidad.

- Hogar de Mayores: tiene capacidad para 16 personas autoválidas. Funcionan talleres para los residentes y se está intentando abrirlos a la comunidad.

La Dirección General de Infancias y Familias es creada en el año 2010 (reemplazando a la antigua Área de la Niñez) y se propone como objetivo desarrollar y difundir la promoción, protección y restitución de los derechos de los niños/as, adolescentes y sus familias para la construcción de una ciudadanía basada en la igualdad, participación y solidaridad. Su accionar se enmarca en la promoción del Sistema Local de Protección Integral de la Infancia acorde a la legislación vigente (Ley Nacional N° 26.061 y Ley Provincial N° 12.967).

Está conformada por un Director General y un equipo de Referentes Territoriales por cada distrito. La Dirección se organiza a través de Centros Territoriales de Referencia (CTR), que son lugares de anclaje de los equipos, conformados por una coordinación, un grupo de educadores, un promotor socio-productivo, un productor socio-alimentario y un trabajador social a cargo de conducir el abordaje familiar. Los Centros Territoriales de Referencia se encuentran ubicados en los diferentes distritos municipales.

La Dirección cuenta, además, con los siguientes proyectos: Centro de día “La Casa”, CPII (Centro de Protección Integrado de la Infancia), Supervisión de Jardines Particulares, Ludotecas, Capacitación Técnica y Aprendizaje Laboral, Familia Sustituta, Dispositivo Clínico, Dispositivo Situación de Calle y el Proyecto La Ciudad de Los Niños. Este último se materializa con la conformación de Consejos de Niños por Distrito, cuyo propósito es crear espacios institucionales que garanticen el derecho a ser escuchados y participar activamente en la vida democrática y la transformación de la ciudad.

El Área de la Mujer cuenta con una coordinación y una gran variedad de programas, a cargo de profesionales psicólogas y trabajadoras sociales.

- Programa Atención y Prevención de la Violencia de Género, que incluye:

* Teléfono Verde. Funciona centralizadamente en la SPS, y constituye la puerta de entrada al circuito de atención.

* Equipos interdisciplinarios por distrito. Reciben derivaciones del Teléfono Verde, derivaciones inter-institucionales (centros de salud, ONGs, etc.) y consultas espontáneas. Tienen un día de trabajo en terreno y de acompañamiento de situaciones.

* Hogar de Tránsito “Alicia Moreau de Justo” y “Casa Amiga”.

- Programa Ciudadanía Activa de las Mujeres: capacitaciones votadas por el Presupuesto Participativo en los distintos distritos. Tiene como objetivos mejorar la empleabilidad de las mujeres y aumentar las posibilidades de lograr autonomía economía y social.

- Centro de Documentación “María Luisa Lischetti”.

- Políticas de Género para Adolescentes, que incluye:

* Programa de Equidad Educativa para Alumnas Madres y Embarazadas. Becas monetarias para menores de 18 embarazadas o con hijos, que estén concurriendo a instituciones educativas para completar sus estudios.

* Noviazgos no violentos. Talleres en las instituciones educativas y en las organizaciones barriales.

* Salud Sexual y Reproductiva. Talleres en las instituciones educativas.

- Programa de Capacitación en Oficios: a través de convenios con instituciones de distintos rubros (gastronomía, artesanías, etc.).

- Programa de Democratización de las Relaciones Familiares: tiene como objetivo promover la transformación de las asimetrías de poder en la familia., la comunidad y las instituciones sociales desde una dimensión relacional de los derechos de las mujeres, niños/as y adolescentes.

- Programa de Igualdad de Oportunidades.

- Programa Promoción de los Derechos: coordina las actividades de efecto masivo, por ejemplo el 8 de marzo Día de la Mujer; o el 25 de Noviembre de lucha contra la violencia.

- Programa de capacitación, investigación y producción de materiales no sexistas: se propone garantizar la transversalización de la perspectiva de género en los proyectos y programas de la Municipalidad de Rosario y la sistematización del trabajo del Área de la Mujer.

- Mercociudades - Ciudades Seguras para todos/as - Programa Regional Ciudades sin Violencia hacia las Mujeres - Red Mujer Hábitat, implementado por CISCOSA, financiado por UNIFEM, que trabaja la violencia urbana, la violencia contra las mujeres en el espacio público.

El Área de la Mujer cuenta con partida presupuestaria específica, el 50% de la cual se destina a las Políticas de Género para Adolescentes, y el resto se divide entre los otros programas. Además, recibe financiamiento externo de la URBAL y de algunas regiones de Italia y Alemania. La evaluación y monitoreo es acotada a los programas con financiamiento externo. Como dinámica interna, hay una reunión general semanal y una por programa.

Por último, la Coordinación de Descentralización de la SPS cuenta con un coordinador general y uno o dos coordinadores por CDM, que desempeñan diferentes funciones de articulación con los equipos de las diferentes áreas de la SPS y las organizaciones civiles que están dentro del territorio del distrito.

REFLEXIONES FINALES

Como dijimos al comienzo, el hecho de que en Argentina el derecho a la asistencia no esté consagrado con fuerza de ley, ha tendido a imprimir un carácter residual a la política de asistencia social. A ello se suma la coexistencia de múltiples lógicas de gestión de la asistencia social de los niveles nacional, provincial y municipal, con lo cual el desafío de analizar las características del diseño e implementación de la política asistencial constituye una apuesta que obliga a problematizar las particularidades de cada caso y sus relaciones con respecto al contexto más general.

En lo específicamente atinente a la gestión de la política de asistencia social en el Municipio de Rosario, hemos visto que en la Secretaría de Promoción Social se ha ido estructurando, en los últimos quince años, una política que supone un *mix* (*una mixtura*) de lógicas de intervención. De un lado, una lógica vinculada al conjunto de mecanismos de transferencia de bienes y servicios a aquellos individuos y/o grupos que no son absorbidos por el mercado de trabajo, o a aquellos cuya absorción es demasiado irregular como para acceder a la seguridad social, a los servicios universales, o incluso para satisfacer las necesidades materiales básicas en el mercado. En estos casos se apela a la comprobación de la situación de pobreza del individuo para que, recién luego y en función de determinados criterios técnicos, se le otorguen ciertos recursos.

Por otro, una lógica vinculada a las innovaciones que llegaron de la mano de la protección de los derechos de categorías sociales (infancias, mujeres, diversidad sexual, etc.) y de la generación de condiciones para que puedan ser efectivamente ejercidos. En estos casos se han instalado mecanismos de participación de las organizaciones de la sociedad civil y de los ciudadanos en su conjunto que los involucra en el abordaje de las problemáticas.

Esta mixtura de lógicas indica, desde las primeras aproximaciones realizadas, que la intervención del Estado municipal aún no ha desarrollado en la política de asistencia social procesos de descentralización de la toma de decisiones, participación ciudadana y transparencia en el gasto.

Estas aproximaciones serán revisitadas desde las entrevistas a gestores de la política con diferentes funciones y niveles de responsabilidad lo que permitirá profundizar en la complejidad de la gestión de la política de asistencia social.

RESUMO

Esse trabalho, realizado pela equipe de investigação composta por professores, graduados e alunos da Escola de Serviço Social na Universidade Nacional de Rosario, apresenta uma abordagem para a política da assistência social na cidade de Rosario, tomando como referência para análise empírica a Secretaria de Promoção Social do município. Essas reflexões se engajam no quadro geral da situação sócio-política da cidade de Rosario, que permeiam o campo da política social e de gestão a nível local. Após uma breve descrição das características da cidade e as coordenadas das políticas do governo socialista, vamos questionar a gestão da assistência social do município hoje.

Palavras-Chave: assistência social - gestão local

AN EXAMINATION OF MUNICIPAL MANAGEMENT IN ROSARIO SUPPORT FOR A REVIEW OF THE SOCIAL WORK POLICY AT LOCAL LEVEL

ABSTRACT

This work, done by the research team composed of professors, graduates and students of the School of Social Work at the Universidad Nacional de Rosario, presents an approach to social welfare policy in Rosario city government, using the Social Promotion Office as taking as reference for empirical analysis. These reflections are part of the general picture of the current socio-political situation of the city of Rosario, which permeate the field of social policy and management at local level. After a brief description of the characteristics of the city and the coordinates of the socialist government policies, this work examine the management of municipal social assistance today.

Key words: social work, local management

Notas:

¹ El presente artículo es la presentación al Seminario Internacional “CAPITALISMO, ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS: O DESAFIO DA GESTÃO PÚBLICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL” realizado en la UFJF en septiembre de 2010. La presentación es el producto de las aproximaciones al estudio de la Gestión de la Política de Asistencia Social en Rosario.

² El equipo está integrado además de las autoras por Ignacio Castro Rojas, Roberto Zampani, Cecilia Tosoni, Valeria Suarez y Evangelina Casá.

³ Hogar: persona o grupo de personas que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación. Se definen como hogares particulares: “la persona o grupo de personas, parientes o no, que se asocian parara proveer a sus necesidades alimenticias u otras esenciales para vivir. Cuando una familia, grupo de personas o persona sola viva en una o más habitaciones de un hotel o pensión de forma permanente o están dispuestos a fijar residencia por razones de trabajo, estudio, etc., se los considera como hogar particular” (Torrado, 1998:261).

⁴ La EPH se realiza en 31 aglomerados urbanos considerados representativos de la población de la Argentina. En el caso de la provincia de Santa Fe, son relevados el Gran Rosario, Gran Santa Fe y a partir del 2006 es incorporado el aglomerado San Nicolás-Villa Constitución.

⁵ Las discusiones en torno a la pérdida de poder adquisitivo que implicaba un monto fijo en un contexto como el actual de inflación moderada y sostenida, fue clausurada con el aumento otorgado a fines de julio último, cuando junto con el aumento semestral establecido en la Ley de Movilidad de las jubilaciones mínimas, también se otorgó un aumento del 22,2% a las asignaciones familiares y la AFUH, llevando el piso a \$220.- a partir de agosto de 2010.

⁶ El actual gobierno provincial, Frente Progresista Cívico y Social (Partido Socialista, Partido Radical, ARI y Partido Demócrata Progresista), viene solicitando una reforma de la Constitución Provincial que le permita adecuarse a la Constitución Nacional reformada en 1994. También viene instalando la discusión sobre la autonomía municipal.

⁷ La clasificación del gasto del presupuesto Municipal por Finalidades se desagrega entre: Administración General; Desarrollo de la Economía; Deuda Pública; Sanidad; Servicios a la Comunidad; Promoción Cultural y Educativa y Bienestar Social. Al sumarse los últimos cuatro componentes se obtiene el Gasto Social. La composición por Jurisdicciones tiene en cuenta la estructura organizacional del Municipio

desde el Consejo Municipal, pasando por el Departamento Ejecutivo y cada una de sus Secretarías, el Tribunal Municipal de Cuentas, los Servicios de la Deuda y las Obligaciones a cargo del Tesoro.

⁸ Esta transferencia monetaria se enmarca en el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria "El Hambre más urgente" que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. La Provincia de Santa Fe venía realizando una ampliación del financiamiento nacional y desde 2007 ese aporte se amplió al 50% en el monto total.

BIBLIOGRAFÍA

ANDRENACCI, L. "Notas acerca de la política asistencial en América Latina", en Revista *Cátedra Paralela*, N° 6. UNR Editora, Rosario, 2009.

ARROYO, D., "Estilos de gestión y políticas sociales municipales en Argentina", en GARCÍA DELGADO, D. (comp.), *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina*. Buenos Aires, FLACSO-UBA, 1997.

FALAPPA, F. y ANDRENACCI, L. *La política social de la Argentina democrática (1983-2008)*. UNGS/Biblioteca Nacional, Buenos Aires, 2009.

GRASSI, E. *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame* (Tomo I). Espacio Editorial, Buenos Aires, 2003.

TENTI FANFANI, E. *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*-Tomo I y II. Buenos Aires, CEAL, 1989.

TORRADO, Susana: *Familia y diferenciación social. Cuestiones de método*. Buenos Aires, Eudeba, 1998.

DOCUMENTOS OFICIALES

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General: Plan Estratégico Rosario Metropolitana. 2009.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General: Plan Estratégico Rosario. 1998.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. URBAL. *Sistema Intermunicipal de Capacitación en Planificación y Gestión Local Participativa*. Proyecto URBAL B – RED 9. Módulo de Capacitación Local “Planificación Estratégica, Descentralización y Presupuesto Participativo” Rosario, 2008.

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO y PNUD. *Experiencia Rosario: Políticas para la gobernabilidad*. Rosario, agosto de 2006.

SITIOS OFICIALES CONSULTADOS

Provincia de Santa Fe: www.santafe.gov.ar

Municipalidad de Rosario: www.rosario.gov.ar/ciudad

Observatorio Social: www.rosario.gov.ar/observatoriosocial

IPES-Promoción del Desarrollo Sostenible: [www.ipes.org/agricultura urbana](http://www.ipes.org/agricultura%20urbana):
balances y perspectivas

Instituto Provincial de Estadísticas y Censos: www.ipec.gov.ar

LA GESTIÓN TERRITORIALIZADA DE LA ASISTENCIA EN EL ÁMBITO MUNICIPAL

Silvia Fernández Soto
Jorge Tripiana
Laura Vacca
Marcela Leivas
Verónica de Ávila
María Escurra
Virginia Pinieyro

RESUMEN

Este artículo procura mostrar las características que asume la política de asistencia en un municipio de la provincia de Buenos Aires en los últimos años. Al mismo tiempo pretende problematizar las implicancias del proceso de implementación de la política asistencial en el ámbito local. Pretendemos colocar el análisis de la cuestión de la asistencia local y territorial en el contexto de transformaciones generales del proceso de acumulación, las condiciones y características en que se realiza el trabajo y los cambios de sentido y forma de la intervención social del Estado. Entendemos que la asistencia territorializada en el ámbito local adquiere relevancia en el contexto de estas transformaciones más generales, que han implicado nuevas formas de relaciones Estado-sociedad.

Palabras claves: Asistencia, cuestión municipal, gestión territorial.

INTRODUCCIÓN

Este artículo procura mostrar las características que asume la política de asistencia en un municipio de la provincia de Buenos Aires en la década del dos mil¹. Al mismo tiempo pretende problematizar las implicancias del proceso de implementación de la política asistencial en el ámbito local. Pretendemos colocar el análisis de la cuestión de la asistencia local y territorial en el contexto de transformaciones generales del proceso de acumulación, las condiciones y características en que se realiza el trabajo y los cambios de sentido y forma de la intervención social del Estado. Entendemos que la asistencia territorializada en el ámbito local adquiere relevancia en el contexto de estas transformaciones más generales, que han implicado nuevas formas de relaciones Estado-sociedad.

Las fuentes de información utilizadas en este trabajo son de diversa naturaleza: fuentes documentales institucionales (organigramas públicos del municipio y sus diversas dependencias, programas y proyectos implementados), bases de datos

cuantitativas y cualitativas basadas en entrevistas realizadas a referentes institucionales y a autoridades públicas de la secretaría de desarrollo social municipal, estadísticas oficiales, la base de datos del censo de organizaciones de la sociedad civil de Tandil.

TRANSFORMACIONES LOCALES EN EL CONTEXTO DE MUNDIALIZACIÓN CAPITALISTA

El partido de Tandil forma parte de la Provincia de Buenos Aires, la provincia argentina con los índices más altos de cantidad de población y urbanización de la Argentina. Tandil, es uno de los municipios partidos que, como unidades político-administrativas, conforman la Provincia de Buenos Aires, y forma parte de la región denominada del *interior o resto de la provincia*². La ciudad de Tandil se caracteriza por ser una ciudad intermedia³ con un crecimiento poblacional constante, conformando un centro urbano dinámico. Con relación a esto, desde la década de 1940 hasta la actualidad ha experimentado un aumento poblacional persistente, siendo la población que reside en la zona urbana el componente ascendente de este dinamismo, mientras que la población rural ha ido decreciendo paulatinamente, fenómeno que se manifiesta en el conjunto de la región pampeana y cuya causa es la industrialización de la rama agrícola.⁴

Hacia fines del siglo XIX, la ciudad de Tandil es un clásico exponente de las ciudades del interior de la región pampeana, dedicadas preponderantemente a la producción agropecuaria, especialización que se profundiza con la llegada del ferrocarril hacia la década de 1880. De todas maneras, también las nuevas vías de comunicación con Buenos Aires permiten el crecimiento de la industria extractiva, basada en el trabajo sobre las sierras que se encuentran en el Partido, en busca de la piedra que se destina a la construcción.

La situación del perfil productivo comienza a cambiar hacia mediados del siglo XX. Siguiendo en esto un cambio estructural del capitalismo argentino, que tiene lugar básicamente por las transformaciones a las que induce la crisis mundial de 1930, el surgimiento de industrias sustitutivas de importaciones comienza a perfilar una situación que permite el crecimiento de muchos centros urbanos alrededor de nuevas industrias. Así, la ciudad de Tandil en el último medio siglo ha combinado la tradicional producción primaria, con una extensa producción secundaria, lo que le ha dado a la

ciudad un perfil industrial en un contexto como el de la región pampeana, una de las zonas de tierra más productivas del país. Sin embargo, las transformaciones desde mediados de la década del setenta han erosionado este perfil industrial. Básicamente, tenemos tendencias a la reducción del número de establecimientos (en un 40%) y de la cantidad de obreros (50%) entre 1974 y 2004.

Estas tendencias son similares a las que pueden observarse a nivel más general para el total del país o la provincia, las cuales han tenido como consecuencia que en la ciudad de Tandil se verifique una pérdida de importancia del sector industrial en la producción total del mismo, reemplazado por un sector agrícola en expansión, volcado a la especialización en determinados cultivos, y el creciente protagonismo del sector servicios. Las consecuencias sociales de este cambio de centralidad de las ramas económicas son muy importantes, situación que se intensifica hacia fines de la década del 90.

PEA según sexo. 2001

Sexo	Población de 14 años o más	Población económicamente activa						
		Ocupada				Desocupada		
		Total	Sólo trabaja	Trabaja y estudia	Trabaja y percibe jubilación o pensión	Sólo busca trabajo	Busca trabajo y estudia	Busca trabajo y percibe jubilación y pensión
Varones	39.911	28638	20.333	1.291	949	4.647	1.066	352
Mujeres	43.977	20.338	11.706	1.333	933	4.703	1.267	396
Total	83.888	48.976	32.039	2.624	1.882	9.350	2.333	748

Fuente: CNPyV 2001, Indec.

Para el 2001, el 20,24% de la PEA está desocupada, contra el 5,13% registrado en 1991. Al mismo tiempo midiendo este impacto desde los hogares, el cuadro se agrava, dado que para el tercer trimestre del 2002 el 21,5 % de los hogares tenía ambos jefes de la familia desocupados, esto nos indica la agudización de la crisis en algunos hogares, cayendo por debajo de la línea de pobreza e indigencia.

En los últimos 20 años la involución de los ingresos y el deterioro de la ocupación de sectores que históricamente gozaban de cierta estabilidad laboral, introduce en el campo de la pobreza un nuevo fenómeno⁵: la pauperización, grupos de

los sectores trabajadores que no acceden (por su situación de desocupación o precariedad laboral) a la línea de ingresos mínimos. En relación a esto, el sistema previsional a partir de los deterioros sufridos en los haberes mínimos, se constituyó entre otros, en una importante variable de incorporación de sectores nuevos de la población en el universo de la pobreza. Si consideramos que en marzo de 2003 se registraba en Tandil el 19 % de desocupación y que para la misma fecha en los comedores barriales populares se asistía con alimentos a 20.000 personas aproximadamente (19% del total de la población), podemos señalar que el cuadro de pobreza tomó en la ciudad un alcance inédito y significativo tanto por su magnitud como por su intensidad.

Población con NBI. Provincia de Buenos Aires, Tandil. 1980/1991/2001

Desagregación	Año 1980			Año 1991			Año 2001		
	Población	P. NBI Absoluto	%	Población	P. NBI Absoluto	%	Población	P. NBI Absoluto	%
Total Provincia	10.865.408	2.607.922	24,0	12.482.016	2.134.353	17,1	13.708.902	2.166.007	15,8
Tandil	91.873	14.257	15,5	100.232	9.831	9,8	108.109	8865	8,2

Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires.

Los salarios reales se encuentran muy deprimidos con respecto a décadas anteriores, profundizándose aún más en la actualidad la regresividad de la distribución del ingreso. Esto no responde a una fluctuación coyuntural, sino que como ha sido expresado en otros trabajos, sería una involución de carácter estructural. Si a esto le sumamos el impacto del ajuste en la calidad y extensión de la intervención del Estado en sus diferentes niveles jurisdiccionales -nacional, provincial, municipal- en materia social, educación, salud, vivienda, asistencia social, nos encontramos con que la pobreza no es sólo un problema que se expresa por la carencia de determinadas necesidades básicas, sino que constituye un fenómeno complejo, donde participan para su producción y reproducción una variedad de aspectos interrelacionados.

Desde mediados de la década del setenta el país atraviesa una significativa involución económica y social la cual contribuye a la cristalización de un nuevo tipo de estructura social, mucho más polarizada que la precedente. El significativo aumento de la

pobreza que se sucede desde mediados de la década del 70 y se profundiza en la década de los 80 hasta llegar a valores inéditos en los primeros años de la década del 2000; estaría denotando estos cambios profundos que acontecen en la sociedad argentina en su conjunto como en las diferentes regiones y subregiones que la componen. Esta involución social ensayada en las últimas décadas generó procesos de empobrecimiento de vastos sectores sociales, engrosando el universo de la pobreza. En la actual situación socioeconómica el aumento de los pobres se explica principalmente por el crecimiento de estos segmentos de "pauperizados", "empobrecidos". En este sentido, para analizar la situación local es necesario considerar estos profundos procesos de transformación macro en sus diferentes niveles de concretización, los cuales generan situaciones de privación social en amplios sectores de la ciudad de Tandil.

La ciudad es el producto de procesos sociales y económicos, perspectiva conceptual que conlleva el reconocimiento de la multidimensionalidad e integralidad de la problemática local y la historicidad (participación de variables temporales y espaciales) de los procesos de producción, consumo y acceso a los bienes y servicios sociales básicos de la ciudad. La desigualdad para acceder a los equipamientos y servicios sociales básicos instaura en la construcción histórica de la ciudad una dinámica urbana de segregación territorial y social. En este sentido se observa procesos desiguales de apropiación por parte de la población de los servicios y bienes sociales, los cuales también se presentan en la dinámica social de una manera estratificada, expresando el resultado combinado de una oferta y apropiación de la misma altamente segmentada y desigual. La constitución de estos espacios sociales diferenciales hacia la periferia son expresión de la disparidad en la provisión pública de servicios e infraestructura: el agua corriente, la disponibilidad de pavimento, la asiduidad en los arreglos de las calles, la calidad y cantidad del alumbrado público, el suministro de cloacas, entre otros.

Estos procesos ponen en crisis criterios básicos de integración social de la ciudad, esto reforzado por otro lado por la retracción de la intervención estatal desde el nivel central en la década del noventa, que desliga al ámbito municipal mediante procesos de transferencia, de hecho o de derecho, responsabilidades históricas. Cabe agregar en relación a la problemática de la pobreza en la ciudad que los procesos de empobrecimiento

y movilidad descendente, contribuyen en la generación de nuevas problemáticas y conflictos urbanos en las áreas centrales, participando dichas tensiones en la constitución de un espacio que aparece cada vez más conflictivo y disputado⁶.

EL MUNICIPIO EN LA TRAMA DEL ESTADO.

La Nación Argentina se organiza a través de la forma Federal de Estado. La Constitución Nacional prevé tres niveles de gobierno, La Nación, las Provincias, los Municipios. El municipio constituye la unidad política-administrativa más pequeña de organización estatal. En el nivel más inmediato se encuentra en la estructura jurídica-institucional el Estado Provincial, concluye esta estructura de integración Nacional el Estado Federal. En este formato general, las provincias constituyen el centro político de la integración histórica institucional de la Nación. Si bien, se sostuvo esta centralidad del nivel provincial, la conformación del Estado argentino se desarrolla con una tensión con mayor o menor grado de explicitación entre una concepción federalista y prácticas centralizantes. Esto se tradujo en el entramado jurídico-institucional en reconocimientos de autonomía –aunque sea formales- y limitaciones reales de su concreción y expansión.

No se registra en Argentina un único tipo de municipio, por el contrario, la Constitución Nacional, designa a las provincias la responsabilidad de establecer los respectivos regímenes municipales. Este elemento explica el carácter heterogéneo y ambiguo del municipio en el país, al mismo tiempo que su vínculo histórico de dependencia con las provincias.

Con respecto específicamente a la Provincia de Buenos Aires⁷, la forma y funciones del municipio y el nivel de autonomía están definidos por la Constitución Provincial y por la Ley Orgánica de las Municipalidades. La Reforma de la Constitución Provincial, efectuada con posterioridad a la de la Constitución Nacional, conserva idéntico el capítulo correspondiente al régimen Municipal de la anterior Constitución Provincial, que, no incluye los conceptos de gobierno y autonomía locales e identifica al municipio centralmente como administrador y prestador de servicios locales.

Con relación a la estructura organizativa política, los regímenes municipales establecen dos tipos de autoridades: el Departamento Ejecutivo y el Departamento Legislativo. El primero está desempeñado por el Intendente, el segundo por, por Concejales⁸. Estas autoridades son elegidas por medio de sufragio universal, de acuerdo a criterios de representación proporcional, duran cuatro años, renovándose los consejos por mitades cada cuatro años. No existe un poder judicial municipal, si bien existen Tribunales menores de Faltas, la administración de justicia es competencia del nivel provincial. Como señalamos arriba, las posibilidades de intervención de los municipios atañen a una delimitación territorial del Estado y constituyen un nivel inferior, no sólo territorial sino funcionalmente.

Con relación al Poder Ejecutivo Municipal sólo el intendente es elegido, los secretarios, subsecretarios, directores que integran el Departamento Ejecutivo son designados directamente por él.

La estructura orgánica del Municipio de Tandil para el año 2010, se organiza en la Jefatura de Gabinete y un conjunto de Secretarías y Direcciones. Las Secretarías Municipales son: Secretaría Privada, Gobierno⁹, Economía y Administración¹⁰, Planeamiento¹¹, Salud¹², Legal y Técnica¹³, Desarrollo Local¹⁴ y Desarrollo Social.

LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL: ÓRGANO MUNICIPAL ENCARGADO DE LA GESTIÓN PÚBLICA DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA SOCIAL DEL MUNICIPIO DE TANDIL

La Secretaria de Desarrollo Social es la unidad municipal encargada de la gestión pública de la política de Asistencia Social del municipio de Tandil, posee una Subsecretaría, a cargo para el 2010 de un Licenciado en Trabajo Social. Su estructura se organiza desde el 2004 en cuatro direcciones centrales:

- 1- Dirección de Desarrollo Social,
- 2- Dirección de Integración Social,
- 3- Dirección de Deporte y,
- 4- Dirección de Juventud.

También tiene definida dos Áreas institucionales:

- 1- Área de Vivienda en riesgo y
- 2- Área de Programas Sociales de Empleo.

Esta Secretaría constituye la unidad técnico-administrativa dedicada especialmente a la atención de las expresiones de “la cuestión social” en el partido de Tandil, la misma en las últimas dos décadas ha cambiado de nominación y organización, hasta el 2003 es la Secretaría de Bienestar Social, a partir del 2004, con la actual gestión municipal es definida como Secretaría de Desarrollo Social. Esta instancia configura el ámbito institucional gubernamental local central de procesamiento de las demandas sociales y de implementación de dispositivos técnico-institucionales para atender diversas manifestaciones de la cuestión social. Las funciones instituidas de esta área institucional especializada en la atención social son diversas aunque su actividad principal es la articulación del municipio con los sectores de menores ingresos a través de múltiples propuestas de asistencia social (expresadas en programas, proyectos y acciones) que persiguen “atender” la pobreza.

En este esquema organizativo de la Secretaría, la Dirección de Desarrollo Social es la que adquiere centralidad, por las áreas que integra, por los programas que implementa y la cantidad de población involucrada y por la extensión de su actividad a todos los barrios periféricos de la ciudad a través del proceso de zonificación municipal desarrollado en los últimos años. La Dirección de Desarrollo Social se organiza en tres áreas: 1- Área de los Centros Comunitarios con su correspondiente Coordinación General, 2- el Área de Política Alimentaria y 3- el Área de Acción Social, además de poseer una sección administrativa que depende directamente de la dirección.

ASISTENCIA TERRITORIAL DESCONCENTRADA: EL PROCESO DE ZONIFICACIÓN MUNICIPAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CENTROS COMUNITARIOS.

Luego de más de una década de un gobierno conservador alineado con la orientación neoliberal que se impuso en el país en la década del noventa bajo la

presidencia de Carlos Menem y la gobernación de Eduardo Duhalde en la provincia de Buenos Aires; desde el año 2004, el municipio de Tandil es gobernado por el partido radical. Asume la intendencia por un período de cuatro años Miguel Lunghi (luego, en el 2007, será reelecto por cuatro años más). En un contexto general de minimización de la Intervención Social del Estado en Argentina, de desmantelamiento del sector público, de desidia y deserción de las responsabilidades fundamentales de garantías básicas de bienestar social, de privatización y mercantilización social; desde su asunción en el 2004, el nuevo gobierno municipal, anuncia un plan de descentralización y zonificación municipal, el cual es entendido como “una nueva forma de gobierno de la ciudad, intentando brindar respuestas eficaces a los problemas comunitarios mediante un mayor acercamiento entre el municipio y los vecinos” (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 16) El nuevo gobierno municipal plantea la preocupación de desarrollar una gestión social “eficiente” y de “proximidad” con los sectores empobrecidos radicados centralmente en las zonas periféricas de la ciudad.

Desde la **Secretaría de Desarrollo Social**, se definen en el marco de este proceso de zonificación, el diseño de **Centros Comunitarios municipales en los diferentes barrios de la ciudad**. Se entiende a los mismos como los ámbitos más significativos para concretar la propuesta de gestión municipal. Desde el gobierno se sostiene que la creación de los mencionados Centros, constituyen “una propuesta innovadora, que permite reconstituir el vínculo entre el Municipio y la sociedad civil intentando promover nuevas formas de organización de la comunidad mucho más personalizadas y visibles en todos aquellos procesos y decisiones que afectan a la mayoría de los vecinos, facilitando la solución de problemas de la población en los lugares cercanos a donde estos se producen. Desde esta perspectiva la descentralización se constituye en un instrumento para la democratización del municipio, donde los **Centros Comunitarios** resultan significativos como **promotores del desarrollo social.**” (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 16)

A través del entramado de los Centros Comunitarios, se entiende que se llevará a cabo un proceso de descentralización, que favorezca la proximidad, que responda a la

diversidad, “aceptar diferencias y formular programas diferenciados para realidades distintas”, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población.

La **zonificación** municipal implementada desde el 2004, implica la definición de recortes territoriales para la gestión de la ciudad de Tandil, desconcentrando la acción de la Secretaría de Desarrollo Social a los diferentes barrios de la ciudad. El gobierno municipal, señala tres motivos principales para impulsar esta modalidad de gestión. El primero tiene que ver con el número de habitantes y extensión territorial que presenta esta ciudad. El proceso de expansión de la ciudad va expresando “territorialidades barriales” diferenciadas. El segundo motivo se relaciona a la carencia de servicios en las zonas más periféricas de la ciudad y las desigualdades socioeconómicas, para lo cual se entiende que se deben diseñar estrategias diferenciales de acción. Esto expresa “una clara fragmentación territorial de la ciudad”. (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 31) el tercer motivo, íntimamente relacionado al segundo se refiere a las posibilidades de acceso de la población residente en los barrios periféricos.

De este modo la zonificación territorial constituye una estrategia de racionalización de la intervención social. “Intenta reagrupar las distintas zonas donde la creación de un centro comunitario representará no sólo una oportunidad de desarrollo local mas armónico sino a su vez, una posibilidad real de construcción ciudadana.” (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 31)

El municipio en principio define 13 zonas en la ciudad de Tandil, posteriormente subdivide una zona y quedan para el año 2010 definidas 14 zonas de intervención social municipal.

Zonificación de la Planta Urbana de Tandil, 2004				
Zona	Manzanas	Población	Superficie (ha)	Densidad (hab/ha)
1	120	3718	294	13
2	151	5747	387	15
3	134	8139	497	16
4	216	8804	386	23
5	134	7434	298	25
6	146	7120	426	17
7	59	2242	181	12
8	94	3468	271	13

9	70	7454	186	40
10	98	9466	314	30
11	136	17248	291	59
12	170	18775	351	53
13	32	319	203	2

Fuente: Municipio de Tandil, 2004.

La densidad poblacional en la desagregación de las zonas varía desde los espacios de mayor concentración urbana (las zonas céntricas), con densidades entre 40 y 59 hab/ha, densidades medias entre 30 y 23 hab/ha, con otros espacios con menos población (densidades entre 17 a 12 hab/ha), exceptuando la zona de Cerro Leones donde se registra una densidad de 2 hab/ha.

La zonificación territorial desde el gobierno municipal “no se entiende sólo como una nueva línea de demarcación de territorios distintos sino que, al mismo tiempo, pasa a ser un campo de aplicación de políticas diferenciadas, según problemáticas singulares de cada zona, permitiendo ordenar y establecer un cuadro de prioridades, incorporando a los distintos actores sociales de nuestra ciudad. **De este modo la localización de los Centros Comunitarios, con los emprendimientos que se pueden vincular a los mismos, constituyen una oportunidad de intervención en las zonas más desfavorecidas de la ciudad.**” (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 32)

Los recortes territoriales denominados Zonas y diferenciados por el municipio con números (del 1 al 14) no respetaron inicialmente las identidades y pertenencias barriales. Primó más desde la estrategia municipal una diferenciación geográfica técnica que una construcción identitaria histórico-social.

LA DEFINICIÓN DE LOS CENTROS COMUNITARIOS EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN MUNICIPAL.

El gobierno local en el marco del proceso de zonificación define la creación de un Centro Comunitario en cada una de las zonas territoriales que define. Para agosto del 2010 existen 11 Centros Comunitarios, los cuales cuentan con un coordinador (profesional de Trabajo Social), una persona para “mesa de entrada” y una persona para limpieza. Al mismo tiempo existe una coordinadora general de los Centros

Comunitarios que es licenciada en Trabajo Social. Los primeros Centros Comunitarios se crearon en el año 2004 y el último en el 2007.

Para la definición de los Centros Comunitarios, se parte desde el gobierno municipal, del reconocimiento de la desigualdad existente en la ciudad como producto de las políticas llevadas a cabo en el país en las últimas décadas. También reconocen que las comunidades frente a esta realidad no han permanecido pasivas y han desplegado diversas estrategias, muchas de las cuales dieron como resultado la emergencia y desarrollo de la trama asociativa local, las cuales no han tenido respaldo de las instancias gubernamentales, y en los casos que se han articulado con el Estado ha sido a través de las políticas residuales y focalizadas implementadas.

Bajo este esquema institucional de gestión de la política municipal, “los Centros Comunitarios persiguen articular racionalmente las ofertas, servicios sociales y culturales que la comunidad viene desarrollando desde hace tiempo” (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 59); al mismo tiempo que trabajen articuladamente con los **Centros de Salud** fortaleciendo la atención primaria, ya que expresa el primer nivel de contacto entre los sujetos y el sistema de salud¹⁵.

Se entiende a los **Centros Comunitarios** como “espacios socio-educativos y culturales de participación vecinal que se proponen -como resultado de la intervención municipal- producir políticas innovadoras desde la recuperación y profundización de la identidad barrial, incrementando los niveles de integración ciudadana a la comunidad tandilense en general.” (SDS- Municipio de Tandil, 2004, 60)

“En este sentido los Centros Comunitarios, los Centros de Salud así como otros espacios (de atención gubernamental como no gubernamental) son promotores de ofertas y servicios a la comunidad (incluyendo los planes sociales) que deben ser tenidos en cuenta para articular eficientemente las estrategias de acción que se propongan.”

Los Centros Comunitarios pretenden desarrollar un conjunto variado de actividades: 1- asistenciales, 2- de promoción y prevención y 3- fomento de la participación comunitaria.

Entre las actividades asistenciales se incluyen: Atención de la demanda espontánea, implementación de todos los programas de asistencia alimentaria del “Área de Políticas Alimentarias”, asignación de recursos materiales (garrafas, leña, zapatillas, frazadas, colchones, camas, etc.), eximición de servicios (luz, agua, desagote de pozos), subsidios de alquileres, apoyos económicos frente a diversas problemáticas, eximición del pago para la realización del DNI, poda de árboles y mantenimiento de calles. Al mismo tiempo prevé articulación con diversas áreas municipales para efectuar abordajes de tipo “integral” incluyendo, asimismo, a las áreas que conforman la Dirección de Desarrollo Social (Infancia, Tercera Edad, Discapacidad, Ayuda Directa).

La población beneficiaria de estos recursos es la que vive en la zona territorial donde se enclava cada Centro Comunitario, en los barrios periféricos de la ciudad, donde habitan los sectores trabajadores más castigados por las transformaciones estructurales de las últimas décadas. Al mismo tiempo del criterio de residencia, los beneficiarios deben cumplir con los requisitos establecidos en los programas y los criterios de necesidad definidos por las trabajadoras sociales, ya que establecen desde el poder central de la Secretaría de Desarrollo Social una determinada cantidad de recursos asignados por barrios, estableciendo cupos por zonas programáticas. Se produce un proceso de adecuación de la demanda a la oferta institucional existente. Opera un fuerte proceso de selectividad estructural que participa en la definición de lo que consideran atendible y lo que no por parte de la secretaría.

También se establece en la definición de los centros comunitarios, un **componente de Promoción y Prevención**. Dentro de éste se incluye una oferta variada de talleres (cocina, tejido, informática, etc.) que se dictan según las planificaciones específicas que va definiendo la Trabajadora Social coordinadora del Centro Comunitario en función de los recursos disponibles.

Otro componente es el de la **Participación Comunitaria**, dentro de éste se incluyen las “**Mesas de gestión**” o “**espacios de articulación**” que tienen como objetivo reuniones desde los Centros Comunitarios con las organizaciones de la zona, para intentar responder de manera conjunta a las demandas y necesidades sociales de la zona.

En el marco de la Dirección de Desarrollo Social se definió una **Coordinación General de los Centros Comunitarios**. Esta instancia de Coordinación General “tiene como objetivo general brindar la asistencia profesional permanente a las diversas Coordinaciones de los Centros Comunitarios, por medio de la planificación y supervisión permanente, resolución de conflictos en la implementación de la propuesta, articulación de estrategias de intervención promoviendo el accionar de otras áreas a través de temáticas específicas”.

Esta Coordinación trabaja con la Dirección de Desarrollo Social. Pretende promover propuestas coordinadas con la Dirección de Atención Primaria de la Salud como así también con las diversas direcciones municipales dependientes de la Secretaría General de Gobierno, Secretaría de Desarrollo Local, Secretaría Legal y Técnica, Secretaría de Obras Públicas y Planeamiento. Cada Centro Comunitario pretende constituirse en una instancia municipal articuladora de diferentes áreas municipales (Tercera Edad, Política Alimentaria, Discapacidad, Infancia y Adolescencia, Fortalecimiento Familiar, Area de la Mujer, entre otras).

Además del **Área de los Centros Comunitarios** con su correspondiente Coordinación General, la Dirección de Desarrollo Social está integrada por el Área de Política Alimentaria y el Área de Acción Social, además de poseer una sección administrativa que depende directamente de la dirección.

El **Área de Política Alimentaria** surge como tal en el año 2004, con la actual gestión municipal, con el objetivo que sea rectora en materia de Políticas Alimentarias, para centralizar recursos y lineamientos de intervención. La integra un equipo de trabajo integrado por un licenciado en Trabajo Social, una nutricionista, una administrativa y un funcionario político con funciones de coordinador.

El equipo de trabajo la define como un área “multifunción”, en el sentido que se hacen cosas que tienen que ver con los objetivos del área, y otras que no, como por ejemplo la administración de entrega de recursos disponibles en el Depósito Municipal (colchones, frazadas, zapatillas, etc.). Esto expresa una indefinición del área temática fijada para esta unidad de gestión municipal.

Del área alimentaria depende:

- el Depósito municipal (en el que se almacenan todo tipo de recursos y no sólo alimentos),
- la planta elaboradora de alimentos,
- los programas de Asistencia Alimentaria Nacional, Provincial y Municipal, y
- los programas de Producción Alimentaria.

La forma de trabajo del área es en articulación con los diferentes Centros Comunitarios y organizaciones de la ciudad efectoras de políticas alimentarias. Son los centros comunitarios los principales espacios institucionales de ejecución de la política alimentaria, constituyendo la política central que implementan.

Los trazos más significativos que se desprenden de la lectura de los datos empíricos contruidos en el análisis de los programas alimentarios son¹⁶:

- a) El municipio de Tandil está desarrollando seis programas alimentarios, que contienen una diversidad de proyectos y acciones; los cuales todos se articulan diferencialmente con distintas instancias del gobierno provincial y nacional (entre otras: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria del Ministerio de Desarrollo Social de Nación; Fondo de Fortalecimiento de Políticas Sociales y Asistencia Directa del Ministerio de Desarrollo Humano del gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Programa de Unidad de Desarrollo Infantil del Ministerio de Desarrollo Humano del gobierno de la Provincia de Buenos Aires, la unidad de coordinación provincial del Programa Vida del gobierno de la Provincia de Buenos Aires).
- b) Al mismo tiempo el municipio aporta recursos municipales para garantizar la operatoria de los programas.
- c) Si bien en algunos programas es posible observar una recreación local, las orientaciones y planificaciones generales obedecen a las instancias provincial y nacional.
- d) **El sujeto destinatario de las diferentes modalidades asistenciales corresponde a los sectores pobres, con bajos ingresos con insuficiencia para garantizar la**

- canasta alimentaria de los hogares. De aquí se derivan los criterios de selectividad de los programas. Predomina el criterio de “vulnerabilidad” de los sujetos.
- e) La orientación de los programas definidos en el nivel gubernamental provincial y los definidos en la instancia nacional guardan ciertas diferencias:
 - f) Los programas definidos en el ámbito Nacional apuntan prioritariamente a generar procesos de producción de alimentos a través de la organización comunitaria, para lo cual subsidia insumos y máquinas para garantizar el desarrollo de proyectos con este fin. En Tandil se han financiado a partir del 2004 ocho proyectos alimentarios productivos referidos a producción hortícola y panificación y elaboración de pastas.
 - g) Los programas provinciales centralmente participan en la distribución directa de alimentos para diferentes categorías de sujetos vulnerables.
 - h) En relación a la cantidad de beneficiarios atendidos por los diferentes programas que implementa el municipio, se puede observar en comparación con la dinámica registrada en la década anterior, que a través de la participación en el ámbito local de los recursos de los tres niveles de Estado, se produce un proceso de masificación de la asistencia alimentaria, en contraposición a la retracción residual registrada en los noventa¹⁷.
 - i) Los suministros de bienes que implica son profundamente heterogéneos. Los mismos no resuelven el problema de la seguridad alimentaria de la población involucrada, sino participan parcialmente en la satisfacción de esta necesidad básica, teniendo un impacto significativo en términos relativos en los hogares pobres.

PROGRAMAS SOCIALES Y SOCIEDAD CIVIL

En los últimos años, se han multiplicado, se han hecho visibles y se han densificado las acciones de las organizaciones de la sociedad civil, junto con las transformaciones generales del Estado y sus procesos de intervención social. En este contexto se producen profundos cambios en torno a los procesos de integración social y

satisfacción de las necesidades de la población. En función de la constitución de este universo organizacional y las complejas y cambiantes relaciones con el Estado, se configura un mosaico diversificado de problemas e intervenciones sociales¹⁸.

Tal como señalamos, la apelación y el uso de la noción de la sociedad civil, involucra concepciones enteramente diferentes. Su esclarecimiento preliminar del sentido de este concepto es fundamental para evitar ambigüedades que oscurecen la comprensión de la dinámica de la sociedad. La disputa por su definición trasciende un debate meramente académico e involucra una disputa más general ideológica y material de constitución de la sociedad.

Sobre la base de la caracterización general presentada, entendemos que la mejor comprensión de la dinámica social que involucra la relación entre Estado y sociedad se logra a través de la consideración de la sociedad civil en un sentido de autoorganización, tal como fue expresado por A. Gramsci en las primeras décadas del siglo XX. Antonio Gramsci usó la expresión “società civile” para definir una esfera del ser social novedosa en el desarrollo histórico de la sociedad moderna. La sociedad civil no se constituye por las relaciones mercantiles, que son propias de la esfera económica. Tampoco implica el Estado en un sentido estricto (gobierno) que constituye la sociedad política. Sociedad civil es la esfera de la auto-organización, de la construcción de intereses comunes colectivos, en un contexto de conquista de los derechos políticos que se ha expresado en una creciente socialización de la participación política de los trabajadores y de los derechos sociales¹⁹. La trama de organizaciones que supone este proceso auto-organizativo es lo que Gramsci denominó como sociedad civil. De aquí se desprende una perspectiva que entiende a la sociedad civil como el terreno por la disputa de sujetos colectivos entre diferentes propuestas de sociedad. En tal sentido, sociedad civil no implica un universo homogéneo, cohesionado e idéntico. La noción de sociedad civil expresa controversias, disputas de sentidos ético-políticos de la sociedad que se quiere construir.

En las últimas tres décadas, principalmente desde la década del noventa, se constata en plena materialización del proceso de “ajuste estructural”, el creciente

protagonismo de las organizaciones de la sociedad civil, no solamente en el debate académico sino como eslabones partícipes de los múltiples programas sociales que integran la Intervención Social del Estado y su nueva modalidad de política social. En este marco, ha prevalecido, tanto en el debate y producción académica como en las propuestas de intervención social del Estado, una concepción que ha tendido a “idealizar” e “instrumentalizar” las OSC²⁰. En forma general, se puede decir que se consolida una visión liberal de la sociedad civil (...); consolidándose una cosmovisión que la coloca en oposición al Estado. Se construye una dicotomía entre Estado y sociedad civil, configurándose un consenso basado en la “satanización” del Estado. De esta manera el Estado empieza a ser depositario de un conjunto de características negativas (corrupto, ineficiente, clientelar, burocrático, rígido, etc.) en contraposición a una caracterización valorativa idealizada positivamente para la sociedad civil (transparente, eficiente, dinámica, flexible, creativa, etc.). Se construyeron explicaciones que autonomizan esta esfera, anteponiéndola al Estado y al mercado y subrayando la capacidad organizativa, autogestiva, de la sociedad civil. El campo de la sociedad civil aparece por sí mismo, como un espacio ejemplar²¹.

La sociedad civil representa un universo heterogéneo de organizaciones, que abordan una diversidad de temáticas, con formatos institucionales, fundamentos, objetivos, procedimientos, pertenencias e intereses diferentes. Al considerar la heterogeneidad del universo de organizaciones de la sociedad civil, las cuales no poseen objetivos comunes, ni lógicas de funcionamiento similares, ni prácticas sociales únicas, entendemos que no puede ser calificado como un actor único con una sola perspectiva; por el contrario, la dinámica de este universo expresa las diferencias sociales y culturales, así como la complejidad de intereses existentes históricamente en la sociedad.

Si bien en las últimas décadas se ha hecho más visible su participación en la sociedad, su existencia data de una larga trayectoria que llega a los años de la colonia, cuando la Iglesia Católica de tradición hispánica ocupa un rol protagónico en las prácticas filantrópicas. Posteriormente bajo los procesos inmigratorios se organizan centralmente las asociaciones de membresía, de ayuda y socorros mutuos y las

asociaciones gremiales, construyendo una gama de acciones principalmente orientadas hacia la protección de derechos laborales y la garantía de buenas condiciones de vida de sus asociados. En las décadas posteriores, principalmente en el período de afirmación del modelo agro-exportador y la sustitución de importaciones, se conforman una multiplicidad de organizaciones de defensa de intereses sectoriales, patronales y profesionales, colegios profesionales, sindicatos y federaciones empresarias.²²

Las transformaciones generales de las últimas tres décadas en nuestro país han originado un movimiento de autoorganización. En un contexto de cambio y fuerte impacto sobre la condiciones de vida de la gran masa de población, surgen muchas organizaciones sociales intentando dar respuestas a esos problemas emergentes, al mismo tiempo que otras organizaciones sociales con una trayectoria histórica más extensa, incorporan también en sus estrategias de acción, distintas actividades frente a la “emergencia” hasta ahora no contempladas en sus repertorios de acción. Este surgimiento de organizaciones responde tanto a iniciativas autónomas como al fomento por parte del Estado de la descentralización en la administración de recursos, y a la instrumentalización de las mismas en la implementación terciarizadas de políticas sociales. El resultado es una matriz social fragmentada, y donde el Estado ocupa un rol determinante en muchos sentidos.²³

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo partimos colocando la importancia y magnitud que cobra la pobreza y los procesos de empobrecimiento en la sociedad argentina a partir de la década del setenta, como resultado de los procesos de acumulación y legitimación que se desarrollan en la reconfiguración capitalista neoliberal. A la luz de estos cambios generales observamos las transformaciones productivas y sociales que se desarrollan en la ciudad de Tandil, siendo una de sus principales manifestaciones el aumento de la desocupación, subocupación y precarización, con el consecuente deterioro de los ingresos de los hogares y los procesos de satisfacción de las necesidades básicas; en un contexto donde las garantías

públicas de consumo colectivo desmercantilizado están erosionadas y retraídas a partir de las transformaciones liberales de la intervención social del Estado.

Al mismo tiempo definimos las características institucionales que adquiere la estructura organizativa municipal en la Provincia de Buenos Aires. Advertimos que históricamente se ha constituido en unidad gubernamental menor subordinada a los poderes estatales centrales. Históricamente ha adquirido centralmente un rol de tipo administrativo. Bajo estas características concretas analizamos la implementación en el ámbito local de políticas de asistencia dirigidas a “enfrentar” las múltiples expresiones de extensión e intensificación de la pobreza. En este análisis observamos la permanencia de mecanismos selectivos y residuales de las políticas sociales implementadas. Si bien este aspecto expresa cierta continuidad en la década del dos mil en relación a la década del noventa, también se observan rupturas. En la respuesta estatal (considerando la participación de los tres niveles) en el década del 2000, posterior a la crisis del 2001, se observa un proceso de expansión de la asistencia, masificándose en los sectores pobres por insuficiencia de ingresos, cubriendo en la localidad estudiada el 40 % de la población total y significando un tercio de los hogares. Se plantea a partir del 2004 la territorialización de la asistencia a partir de la zonificación de la gestión y del tendido de un conjunto de centros comunitarios en los barrios periféricos de la ciudad. Adquiere relevancia la asistencia territorializada en un contexto de transformaciones económicas generales y de desplazamiento de la protección social a la atención de la pobreza.

Al mismo tiempo observamos en la década del noventa la expansión de las organizaciones de la sociedad civil, respondiendo centralmente a demandas de emergencia (alimentación, vestimenta, salud) en los barrios periféricos de la ciudad. Esto da como resultado un entramado institucional diversificado y fragmentado de intervención social, con un estado retraído en sus intervenciones sociales, con escasas articulaciones entre las OSC y el Estado local. En los últimos años, junto con la expansión de la asistencia alimentaria, el Estado local establece en esta materia, sistemáticamente articulaciones con 22 organizaciones sociales no gubernamentales dedicadas entre otras a la problemática alimentaria.

Esto que señalamos marca continuidades y rupturas en las lógicas políticas. Al mismo tiempo abre nuevos desafíos en términos de las articulaciones Estado–sociedad. Uno de los desafíos que consideramos, se refiere a superar una noción restringida de la pobreza reducida a las expresiones de carencia. Otro remite a la definición de políticas de enfrentamiento de la pobreza que supere la lógica estrictamente asistencial. Por último, consideramos estratégico repensar la construcción de la estatalidad desde la dinámica de las organizaciones de la sociedad civil. Es decir, redefinir las articulaciones desde una dimensión política que no sólo las considere competentes para instrumentar programas estatales a través de sus prácticas de servicio, sino de rehacer una nueva práctica social que supere las modalidades de atención directas particulares, colocando esas singularidades en relación a una dimensión universal, capaz de interpelar el Estado, incidiendo desde procesos de colectivización en la definición de los problemas y el diseño sociopolítico de las propuestas institucionales.

TERRITORIALY MANAGEMENT ASSISTANCE IN THE MUNICIPAL AREA

ABSTRACT

This article attempts to show the characteristics that aid policy in a municipality in the province of Buenos Aires in recent years. At the same time seeks to problematize the implications of the implementation process of welfare policy at the local level. We intend to place the analysis of the issue of local and regional assistance in the context of general transformation of the accumulation process, the conditions and characteristics that work is done and the changes in meaning and form of social intervention by the State. We understand that attendance at local territorially are relevant in the context of these broader changes, which have involved new forms of state-society relations.

Keywords: Assistance, matter municipal, territorial management.

Notas:

¹ En este trabajo se muestran resultados preliminares de una investigación comparada internacional en curso titulada A Gestão Pública da Política de Assistência Social: um estudo comparativo entre América Latina e Europa. La coordinación general es de la Dra. Edina Meireles, y el estudio del caso del municipio de Tandil se está desarrollando bajo la dirección de la Dra. Silvia Fernández Soto.

² La otra región de la Provincia es el conurbano bonaerense, que se compone con los municipios de mayor densidad poblacional y en conjunto conforman el conglomerado de mayor población del país.

³ Se considera en la Argentina ciudades de tamaño intermedio a aquellas que cuentan entre 50.000 y 500.000 habitantes.

⁴ Este aspecto particular del desarrollo en la región pampeana ha sido estudiado, para el caso del partido de Tandil, por Jorge Tripiana en su trabajo: “El capitalismo en el campo. Aproximación a la medición de las fuerzas productivas y los grupos sociales a partir de datos censales. El partido de Tandil, 1937-1988”. Tesis de Maestría, inédita.

⁵ Esto se relaciona con los fenómenos analizados sobre la modificación en la composición de la PEA por categoría ocupacional, donde se registra la disminución de la población ocupada, se mantienen prácticamente en los mismos valores TCP y TF y disminuye la categoría de obrero o empleado.

⁶ Al mismo tiempo aparece como fenómeno novedoso en los últimos años procesos de desplazamiento de los sectores de mayor nivel adquisitivo y su concentración en ciertos lugares de la periferia. Lugares elegidos estratégicamente por la tranquilidad y por los panoramas turísticos. Uno de los formatos de asentamiento que se empieza a registrar en Tandil en la década del 90 son los “Country” (Barrios residenciales cerrados con vigilancia privada y extensos espacios verdes).

⁷ En el caso de la Provincia de Buenos Aires, que se localiza en el centro-este de la República Argentina, cuenta con una superficie de 307.571 km². Posee los índices más altos de cantidad de población y urbanización; para 1991 cuenta con más de 12 millones de habitantes, de los cuales exceden el 95% los que tienen residencia urbana. Está conformada por 127 unidades político-administrativas del tipo municipio-partido. Al interior de la provincia existen diferentes realidades socio-geográficas, el denominado conurbano bonaerense, conglomerado metropolitano conformado por los partidos que circundan la Capital Federal, el cual concentra el mayor porcentaje de la población de la provincia; y el resto de la provincia, con mayor extensión territorial e integrado centralmente, por municipios partidos pequeños y medianos. Cada uno de estos conglomerados posee características socio-demográficas y económicas particulares.

⁸ En el Art. 2 de la Ley Orgánica de las Municipalidades (Dec. Ley N° 6769/58) se establece que: “Los partidos cuya población no exceda de 5000 habitantes elegirán 6 Concejales; los de más de 5000 a 10.000 habitantes elegirán 10 Concejales; los de más de 10.000 a 20.000 habitantes elegirán 12 Concejales; los de más de 20.000 a 30.000 habitantes elegirán 14 Concejales; los de más de 30.000 a 40.000 habitantes elegirán 16 Concejales; los de más de 40.000 a 80.000 habitantes elegirán 18 Concejales; los de más de 80.000 a 200.000 habitantes elegirán 20 Concejales y los de más de 200.000 habitantes elegirán 24 Concejales.”

⁹ La Secretaría de Gobierno incluye la Subsecretaría de Gobierno (Mayordomía, mesa de entradas y despacho), y 9 Direcciones: 1- Dirección de Ceremonial y Protocolo. 2- Delegación de María Ignacia. 3- Delegación de Gardey. 4- Dirección Gral. de Cultura Y Educación. 5- Dirección de Inspección gral. Dirección de Tránsito. 6- Dirección de Personal. 7- Dirección de Prevención Comunitaria. 8- Dirección de Comunicaciones y Prensa.

¹⁰ La Secretaría de Economía y Administración, incluye: Contaduría General, Tesorería Municipal, Dirección de Compras, Dirección de Presupuesto, Dirección General de Ingresos Públicos, Dirección de Rentas y Finanzas, Responsable de guías y marcas, Unidad Descentralizada de Impuestos Provinciales, Dirección de Sistemas Informáticos.

¹¹ La Secretaría de Planeamiento incluye la Subsecretaría de Planeamiento y Obras Públicas y las siguientes Direcciones y responsables: Dirección de Obras Públicas, Dirección de Obras Sanitarias, Dirección de Cementerios, Dirección de Parques y Paseos, Dirección de Servicios, Dirección de Vialidad, Responsable de Obras Privadas, Responsable de Planeamiento y Ordenamiento Territorial, Responsable Viviendas.

¹² La Secretaría de Salud incluye la Subsecretaría de Salud, la Dirección Médica del Hospital Municipal Ramón Santamarina, la Dirección Administrativa del Hospital Municipal Ramón Santamarina, la Dirección Médica del Hospital Enrique Larreta (Vela), la Dirección de Atención Primaria de la Salud, la Dirección de Bromatología

¹³ La Secretaría Legal y Técnica incluye a la Dirección de Asuntos Legales; los Juzgados de Faltas 1° y 2°, la Dirección de Relaciones con la Comunidad; el Área Mediación, la Oficina Municipal de Información al Consumidor y el Área Patrimonio y Concesiones.

¹⁴ La Secretaría de Desarrollo Local incluye la Dirección de Turismo, la Dirección de Medio Ambiente, la Dirección de Coordinación de Gestión, el Área Capacitación, el Área Industria, el Área Agropecuaria y el Área de Relaciones Económicas.

¹⁵ Surge como necesario indagar acerca de qué tipo de articulación se define, si es una articulación instrumental de “arriba hacia abajo” para administrar “racionalmente las ofertas”, o si por el contrario se avanza en el reconocimiento de los sujetos colectivos que vienen desarrollando prácticas organizativas en los barrios, sus demandas y reivindicaciones. Al mismo tiempo es necesario indagar también en qué

medida se produce la articulación con los centros de salud y si efectivamente contribuye a fortalecer la atención primaria tal como indica el documento oficial.

¹⁶ Para profundizar estos datos véase Fernández Soto Silvia “Intervenciones sobre la pobreza: Estado local y organizaciones de la sociedad civil en la ciudad de Tandil” en Vuotto Mirta (comp) “La Co-Construcción De Políticas Públicas En El Campo De La Economía Social”, Prometeo libros. Págs. 193-218. 2007, Buenos Aires.

¹⁷ Estos números pueden estar sobrevaluados por superposiciones de individuos o de hogares en la percepción de planes alimentarios. Aún así, el proceso de masificación de la asistencia alimentaria en el universo de la pobreza se constata. Si establecemos un límite mínimo dado por el programa alimentario más masivo que llega a 31.500 personas y abarca 6.300 familias, y consideramos que la diferencia de Para el 2007 contamos 10.750 personas en relación al total de beneficiarios indicado están contemplados porque participan en el plan, nos da que el 30% de la población total de la ciudad de Tandil recibe asistencia alimentaria. Y si se lo calcula sobre el total de población de barrios periféricos implica el 57% de la población. Datos que son muy significativos. No estamos considerando el componente organizacional del Programa Nutricional Municipal, porque la unidad de registro que disponemos es “organizaciones” a las cuales el municipio les entrega alimentos para desarrollar diferentes modalidades de asistencia alimentaria. No aparece el registro de población y hogares que implica esta modalidad. Estos números pueden estar sobrevaluados por superposiciones de individuos o de hogares en la percepción de planes alimentarios. Aún así, el proceso de masificación de la asistencia alimentaria en el universo de la pobreza se constata. Si establecemos un límite mínimo dado por el programa alimentario más masivo que llega a 31.500 personas y abarca 6.300 familias, y consideramos que la diferencia de 10.750 personas en relación al total de beneficiarios indicado están contemplados porque participan en el plan, nos da que el 30% de la población total de la ciudad de Tandil recibe asistencia alimentaria. Y si se lo calcula sobre el total de población de barrios periféricos implica el 57% de la población. Datos que son muy significativos.

¹⁸ Hemos profundizado esto en el capítulo de nuestra autoría en Silvia Fernández Soto y Jorge Tripijana (Organizadores) “Políticas sociales, trabajo y trabajadores en el capitalismo actual. Aportes teóricos y empíricos para una estrategia de emancipación”. EDITORIAL ESPACIO, Buenos Aires, 2009.

¹⁹ Estos procesos se expresaron a través del sufragio universal, la construcción de partidos políticos y legalización de sindicatos de masas.

²⁰ No pretendemos aquí abordar el debate sobre la noción y el uso del término sociedad civil en América Latina, sino resaltar su dimensión histórica, contextualizándolo en el marco del desarrollo del neoliberalismo. Al respecto expresa Juan Carlos Portantiero, “como ha sido ya señalado las tendencias vigentes hacia el reforzamiento de la sociedad civil en nuestro continente se vinculan directamente con la reestructuración de la economía y con la modificación substancial de los roles del Estado en términos de su dimensión, de las formas de su intervención, de la relación con los distintos actores sociales. Efectivamente, la modificación en curso de las relaciones entre Estado y economía tiende a robustecer el peso de la sociedad civil, a otorgarle mayores responsabilidades tanto en la realidad como en el imaginario social.” J. C.: Portantiero, “Estado y sociedad civil en América Latina II. Ciudadanía, Instituciones y Estado de Derecho”, en Portantiero J.C: “El tiempo de la política. Construcción de mayorías en la evolución de la democracia argentina, 1983-2000.” Buenos Aires, Temas Grupo Editorial, 2000; p. 23.

²¹ El uso impulsado por el neoliberalismo, “... la sociedad civil es vista en contradicción y oposición al Estado. Esta concepción dicotomiza brutalmente a las dos esferas y plantea la necesidad de un predominio de la sociedad civil entendida como constelación de intereses privados, cuyo paradigma de libertad, creatividad y flexibilidad es la empresa capitalista. Frente al ogro burocrático del Estado, la sociedad civil libre deviene, en esta concepción, sociedad de mercado, esto es, en sociedad de consumidores más que en sociedad de ciudadanos.” (Portantiero, *ibidem*.)

²² Esta dinámica histórica se observa en nuestro estudio de caso. Al mismo tiempo observamos que durante la última dictadura militar hay un reflujo en la constitución y expansión de las organizaciones de la sociedad civil. De todas maneras, cobra relevancia la cantidad de organizaciones creadas a partir de la apertura democrática. Sumando los valores de los períodos comprendidos desde este hecho hasta nuestros días, tenemos que en la ciudad de Tandil, cerca del 50% de las organizaciones surgen en este contexto. Las organizaciones que se construyen en estas últimas décadas principalmente corresponden a las de base

territorial, dedicadas a la compensación de necesidades básicas en un contexto general de empobrecimiento social. También, se produce el surgimiento de organizaciones de Derechos Humanos, y de defensa de derechos de todo tipo.

²³ En el universo de organizaciones de la sociedad civil de Tandil predominan las organizaciones que hemos denominado “islas”, es decir aquellas que no dependen de otra organización y que no tienen organizaciones a su cargo. En segundo lugar, sobresalen aquellas organizaciones que dependen de una casa matriz ubicada fuera de la ciudad de Tandil. Esto nos brinda un panorama general sobre el tipo de organizaciones que con mayor predominancia existen en la ciudad y nos acerca al conocimiento de las relaciones que las organizaciones construyen en los procesos de institucionalización que quedan cristalizados en sus propias estructuras. Este rasgo predominante junto con la baja participación de las organizaciones a principios de la década del dos mil en espacios y mecanismos permanentes de articulación -redes o foros- (el 82 % de las organizaciones declara no participar en este tipo de estrategias de articulación) nos señala la existencia de una matriz institucional local fragmentada, lo cual marca cierta debilidad política en términos de construcción de demandas públicas y en la participación de definición de políticas locales. En general, predomina un rol organizacional más adaptativo que confrontativo. Ver Fernandez Soto (2005) “Características, Prácticas Y Representaciones De Las Organizaciones Sociales Locales. Resultados Del Primer Censo De Las Organizaciones De La Sociedad Civil De Tandil”. Proieps- Foro Social- UNCPBA- REUN. Edit FOGABA.

BIBLIOGRAFIA

PORTANTIERO, J.C.: “Estado y sociedad civil en América Latina II. Ciudadanía, Instituciones y Estado de Derecho”, en *El tiempo de la política. Construcción de mayorías en la evolución de la democracia argentina, 1983-2000*. Temas Grupo Editorial: Buenos Aires, 2000.

SILVIA, Fernández Soto. “Intervenciones sobre la pobreza: Estado local y organizaciones de la sociedad civil en la ciudad de Tandil” en *La Co-Construcción De Políticas Públicas En El Campo De La Economía Social*. Prometeo libros: Buenos Aires, 2007.

_____. *Características, Prácticas Y Representaciones De Las Organizaciones Sociales Locales. Resultados Del Primer Censo De Las Organizaciones De La Sociedad Civil De Tandil*. Proieps- Foro Social- UNCPBA- REUN. Edit FOGABA. 2005.

_____ y TRIPIANA, Jorge. *Políticas sociales, trabajo y trabajadores en el capitalismo actual. Aportes teóricos y empíricos para una estrategia de emancipación*. Editorial Espacio: Buenos Aires, 2009.

TRIPIANA, Jorge. *El capitalismo en el campo. Aproximación a la medición de las fuerzas productivas y los grupos sociales a partir de datos censales. El partido de Tandil, 1937-1988*. Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, inédita, 2004.

LIBERTAS^{ON LINE}

REVISTA DA FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL / UFJF - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

VOLUME 10
NÚMERO 2

CONFIGURAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: AVANÇOS JURÍDICO-POLÍTICOS E RETROCESSOS NEOLIBERAIS

Débora Rodrigues Santos*

Josiane Soares Santos**

RESUMO

O presente artigo pretende demonstrar os avanços da dimensão jurídico-política da Assistência Social abordando também seus elementos regressivos. Em termos metodológicos, esta pesquisa fundamentou-se no método dialético e caracterizou-se como exploratória. O processo de materialização da Assistência Social enquanto política pública conforme o disposto na CF/88 e na LOAS é permeado de uma forte morosidade, pois apesar desta lei ter sido sancionada em 1993 só começou a ser efetivada a partir de 1995 no governo de Fernando Henrique Cardoso. No governo Lula, houve uma continuidade da política econômica, mas com um diferencial em relação a materialização dos princípios da LOAS com a criação da PNAS e do SUAS. No entanto, ainda existe uma forte contraposição entre universalização e seletividade bem como tendências regressivas e conservadoras.

Palavras-Chave: ASSISTÊNCIA SOCIAL. LOAS. PNAS. SUAS.

INTRODUÇÃO

O presente artigo sistematiza parte dos resultados de uma pesquisa teórica cujo objetivo foi fazer uma breve análise do avanço da dimensão jurídico-política da Seguridade Social, mais precisamente na Assistência Social, e o seu desenvolvimento diante dos contornos neoliberais no país. Cabe ressaltar ainda que em meio aos avanços na dimensão jurídico-política da Assistência Social, existem também elementos regressivos diante das adversidades contemporâneas que trazem à tona características conservadoras e idealistas. Em termos metodológicos, esta pesquisa fundamentou-se no método dialético e caracterizou-se como exploratória. O seu universo foi eminentemente teórico.

*Graduada em Serviço Social - Universidade Federal Sergipe; Mestranda em Serviço Social UFAL

**Graduada em Serviço Social - Universidade Federal Sergipe; Doutoranda UFRJ, Professora Adjunta Faculdade Serviço Social UFS (Sergipe)

Inicialmente, frisamos que embora os anos 1980 tenham ficado conhecidos como a “década perdida”, é inegável que representaram um dos períodos mais importantes para a história política do Brasil. Nele ocorreu: uma movimentação acentuada da sociedade brasileira (entidades de classe, partidos políticos, ONG’s, sindicatos, movimentos sociais, etc), que pressionou os militares a procederem o processo de transição, com destaque para a campanha das *Diretas Já*, que resultou no fim dos governos militares e na busca pela constituição da democracia; a primeira eleição para Presidente no período pós-ditadura em 1985; um processo constituinte diferenciado e inédito marcado por debates relacionados à soberania e ao funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte, contando com a forte presença de organizações da *Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte* na formulação de propostas; e a culminância da promulgação da Constituição Federal em 1988, conhecida por Constituição Cidadã que enunciou direitos resultantes agora da participação popular, tão rara nas outras constituições (CAMPOS & MACIEL, 1997; COUTO, 2008).

Sobre isto, Bravo sinaliza que

Um aspecto importante a ser ressaltado, nesse período, foi o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social (BRAVO, 2002, p. 44).

Portanto, as políticas sociais brasileiras vêm passando por uma nova conformação desde o momento em que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, onde firmou-se um “pacto” com um projeto societário de caráter universalista e democrático para o enfrentamento da questão social. Este marco representa um divisor de águas tendo em vista que trouxe transformações significativas para todo o seio da nossa sociedade.

Sob este prisma, destaca-se a concepção de Seguridade Social que integrou a Assistência Social, a Saúde e a Previdência Social num padrão de proteção social visando, em

conjunto, assegurar a cidadania e os direitos aos cidadãos brasileiros. Segundo Vianna, tal ação

[...] sinalizou possibilidades de expandir as ações e o alcance das mesmas, consolidar mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento e estabelecer um modelo de gestão capaz de dar conta das especificidades que cada área possui mantendo o espírito geral de uma proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora (VIANNA, 1999, p. 91).

Dessa forma, a instituição da Seguridade Social representou uma conquista democrática que veio a responder anseios resultantes das mobilizações populares oriundas desde a década de 1970 até o período da redemocratização trazendo a responsabilidade do Estado na esfera da efetivação dos direitos.

A CF/88 trouxe uma lógica inovadora para a sociedade brasileira, baseada nos elementos conceituais do Welfare State. Mesmo acompanhando as características já instauradas nos países capitalistas centrais, o Brasil não o fez isento de equívocos. Em primeiro lugar, houve um atraso de 40 anos em relação aos países desenvolvidos. E mais: a afirmação legal da Seguridade Social no Brasil se fez numa conjuntura adversa tendo em vista que naquele período, em resposta à crise estrutural do capitalismo, vários países já tinham adotado a ideologia neoliberal no campo da regulação social em contraposição ao Welfare State, para tanto estavam fazendo os ajustes necessários. Esses fatores incidiram na forma pela qual o país veio a implementar os avanços no campo dos direitos sociais diante na entrada do neoliberalismo passando por vários impactos na sua realidade.

Inegavelmente, a Lei Maior trouxe avanços na arena das políticas sociais públicas. Dentre os mais relevantes, estão os princípios e diretrizes democráticos que devem orientar a ação governamental, quais sejam: a universalização de direitos, a descentralização político-administrativa e a gestão democrática, que contempla a participação popular. Segundo Campos & Maciel (1997, p. 144), tais prerrogativas representam “uma negativa à tradição das políticas sociais brasileiras, as quais têm se configurado ao longo de nossa história em políticas elitistas, promotoras de privilégios e discriminações”.

O princípio da universalização dos direitos sociais é visado na CF como universalidade da cobertura e do atendimento e na LOAS com o objetivo de tornar o

destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas. Segundo Behring & Boschetti,

O princípio da universalidade da cobertura proposto não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política de saúde como direito universal, estabelece a assistência como direito aos que dela necessitarem (embora o benefício do salário-mínimo para idoso e pessoa com deficiência seja associado à incapacidade do trabalho), mas mantém a previdência submetida à lógica do seguro, visto que o acesso aos direitos é derivado de uma contribuição direta anterior (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p. 157).

A universalidade prevê a abrangência de direitos aos cidadãos conforme as diretrizes da política acessada diante da situação social enfrentada por eles. Assim, segundo Simões (2007, p. 93), “a universalidade rege hierarquicamente os demais princípios, ao garantir a todas as pessoas, em tese, os mínimos sociais, considerada a situação social prevista”. Diante do exposto, a garantia da universalização não vem sendo algo tão simples na dinâmica do Estado brasileiro uma vez seu conceito entra em contradição com outros inerentes ao modo de regulação vigente, a exemplo da forte focalização e seletividade presentes no desenvolvimento das políticas sociais.

No cenário em questão, nasceu um pacto federativo marcado por novas relações intergovernamentais, onde a descentralização tem um caráter decisivo para a gestão pública, pois se tornou uma condição *sine qua non* para a concretização da democratização brasileira. Desse modo, essa diretriz organizacional e administrativa, conforme Nogueira (2001, p. 24), “inova e promete democracia, principalmente porque vem acompanhada de mudanças institucionais que ampliam de maneira efetiva a participação social (como os Conselhos e, eventualmente, outros colegiados paritários)”.

A descentralização político-administrativa abrange também um redirecionamento dos entes federativos, ou seja, a transferência de atribuições do governo federal para os estados e municípios, havendo a descentralização das competências, ou seja, um aumento unilateral do poder das instâncias subnacionais (estados, municípios, províncias, regiões) e certo enfraquecimento das instâncias centrais ou uniões federativas; “vislumbra-se a constituição de

uma era baseada em um relacionamento mais coordenado e cooperativo entre as esferas de governo” (NOGUEIRA, 2005, p. 55-6).

Nas palavras de Stein,

A descentralização pode ser utilizada tanto com o significado de simples transferência de responsabilidades, atribuições ou tarefas (conhecida como desconcentração), como também de transferência de poder decisório [...] Há ainda, a descentralização ampla, que pode combinar os dois tipos anteriores (STEIN, 1999, p. 74-5).

Há que se considerar ainda o cuidado preciso ao utilizar o termo municipalização como sinônimo de descentralização, visto que pode acarretar alguns problemas, entre eles o risco de relacionar à “prefeiturização”, reforçando a administração por convênios e a pulverização de recursos, exacerbando clientelismo. Portanto, nestes termos é preciso cautela ao direcionar a municipalização como instrumento da descentralização partindo da premissa que tal forma de organização pressupõe o fortalecimento de todo o poder local (STEIN, 1997).

Assim, o real sentido dessa diretriz é o Estado buscar envolvimento subnacional (local e regional, sobretudo) na gestão pública, avançando em termos de tomada de decisões, sustentabilidade e controle social. Nesse sentido, asseguram-se os princípios constitucionais acima citados e que devem orientar a ação governamental, principalmente a gestão democrática e a participação popular da sociedade civil. Através dessa descentralização participativa, chega-se ao fortalecimento do Estado e de todos os níveis centrais de governo. Desse modo, Nogueira (2005, p.56) afirma que “para adquirir coerência, tal idéia de descentralização trouxe consigo uma específica recuperação das idéias de participação, cidadania e sociedade civil”.

No que concerne à gestão democrática, tem-se que esta diretriz tem caráter inédito na história do país, pois garante uma nova relação entre Estado e sociedade civil através da participação da sociedade nos processos de tomada de decisões, de elaboração de políticas, de normatização de critérios e de fiscalizador das ações do governo. É, portanto, uma inovação democrática.

Segundo Nogueira, a gestão democrática é composta por vários temas, quais sejam:

a participação, a liberdade, o controle, a composição dos interesses (a tensão entre o particular e o comum), o poder compartilhado, os sujeitos autônomos, a eficiência. A gestão democrática é um arranjo sofisticado: combina institucionalidade, compromisso e pacto com criatividade, iniciativa e individualidade. Trata-se de um outro modo de organizar e agir: um outro modo de fazer política nas organizações (NOGUEIRA, 2001, p. 25-6).

Dessa forma, diante do novo *status* alcançado pela participação no campo da gestão pública trazendo impactos para as políticas sociais, ou seja, torna-se imperiosa uma nova configuração que alargue a participação. Nessa perspectiva, a gestão democrática deve introduzir formas que garantam essa participação através de novos contornos de controle social assegurando que na democracia o povo seja uma categoria central para o Estado. Nas palavras de Nogueira (2005, p. 146), a gestão democrática é “uma aposta democrática e republicana: o governar deve visar ao povo, fazer-se em seu nome e ser por ele avaliado e controlado”.

Em termos do controle social, é interessante afirmar que envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado. A perspectiva adotada considera o controle social como o controle da sociedade sobre as ações do Estado preconizando a “atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas” (CORREIA, 2002, p. 120-1).

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na CF e nas leis orgânicas posteriores: os conselhos, as conferências e os fóruns. Esta participação adquiriu uma direção de controle social posta pelos setores progressistas da sociedade, ou seja, de controle por parte dos seus segmentos organizados sobre as ações do Estado no sentido de este, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população (CORREIA, 2004).

Os direcionamentos postos à gestão das políticas sociais públicas acima discutidos concebem juridicamente um novo formato de cidadania política, que vai além da democracia representativa e alcança os objetivos da democracia participativa, através da constituição dos conselhos, das conferências e dos fóruns (SANTOS, 2006). É formada uma esfera pública

identificada a partir da consolidação da democracia no país. Segundo Raichelis (2005), a esfera pública é formada pelo conjunto dos seguintes elementos constitutivos: visibilidade social; controle social; representação de interesses coletivos; democratização; e cultura pública. Trazendo a discussão para o âmbito do controle social, a autora considera que

Significa acesso aos processos que informam as decisões no âmbito da sociedade política. Permite participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e a arbitragem sobre os interesses em jogo, além do acompanhamento da implementação daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2005, p. 42-3).

Com isso, a universalização, a descentralização, a gestão democrática e o controle social passam a ser questão de princípios, deveres constitucionais e não apenas opção política de um ou outro governo. Infelizmente, apesar de tais indicações, essas orientações não predominaram na implementação da seguridade social a partir dos anos 1990 por conta do neoliberalismo.

Diante do exposto, é preciso ressaltar as contradições imersas nos avanços da dimensão jurídico-política no campo da Assistência Social, que a partir de então alcança o patamar de direito sendo considerada uma das políticas sociais públicas que integram o sistema de proteção social do Brasil.

DESENVOLVIMENTO

Nessa perspectiva, na Seção “Da Ordem Social” de nossa Carta Magna, estão localizados os artigos 203 e 204 que tratam especificamente da política de Assistência Social. Eles trazem que tal direito deve ser prestado a quem dele necessitar, sem a necessidade de uma contribuição prévia, almejando possibilitar uma segurança social aos cidadãos não cobertos pela Previdência Social. Com relação ao seu financiamento, ficou estabelecido que os recursos devem ser retirados do orçamento da Seguridade Social.

Assim como muitos dispositivos constitucionais, a Assistência Social não é um direito auto-aplicável, e para ser regulamentada necessitava de uma Lei Complementar. Para tanto,

este processo contou com a participação de uma gama de atores sociais que lutaram por sua construção e aprovação, sendo pertinente lembrar os movimentos e organizações sociais, ONG's, entidades de usuários históricos da Assistência Social (idosos e portadores de deficiência), e de profissionais da área, notoriamente os assistentes sociais.

Em 1993, após cinco anos de luta e pressão da sociedade civil, houve a homologação da Lei Orgânica da Assistência Social sob nº 8.742, em 7/12/1993, a qual se caracterizou como o instrumento legal que veio regulamentar os artigos 203 e 204 da Constituição. A LOAS reafirmou o ingresso de transformações estruturais na Assistência Social, inserindo-a como política social pública e fazendo emergir um cenário com atores que tinham como meta principal o estabelecimento de uma nova prática¹ em torno desta política, implicando diferentes configurações para a relação entre o Estado e a sociedade civil.

Na seqüência, teve início uma luta árdua pela implementação do previsto na LOAS, de forma articulada com outras políticas sociais visando um plano do dever legal, do direito, da cidadania e tentando-se romper com a tradição cultural e política embasada na ótica do favor, no assistencialismo, nas práticas assistemáticas sem a participação contínua do Estado e permeadas pelo clientelismo e pelo dever moral.

Dentre os avanços legais desta política, asseveramos que o artigo 1º da LOAS considera que

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

Atendendo ao disposto no artigo 204 da Constituição, a LOAS em seu artigo 5º estabeleceu que a organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa, participação da população e primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo. Nesse sentido, trouxe para o seio da Assistência Social novos elementos da gestão democrática das políticas sociais, a exemplo do controle social.

Em relação aos princípios que regem a Assistência Social, merece destaque a universalização dos direitos sociais. Nesse ponto, cabe questionar: se a Assistência é vista como direito aos que dela necessitam, devendo prover os mínimos sociais a fim de garantir o atendimento às necessidades básicas regida pela universalização, pode-se questionar porque se defrontam, em seu interior, as lógicas da seletividade *versus* universalidade? A resposta está na direção social² dos governos que a vêm implementando e que fortalecem a criação de critérios e mais critérios ferindo as reais características da universalidade e ao conceito de assistência social prevista “aos que dela necessitam”, pois os que precisam passam pela “peneira” que extrai os mais pobres dos pobres, alcançando os miseráveis dos miseráveis.

À luz desse pensamento, é importante asseverar novamente que em meio aos avanços na Assistência Social, existem elementos regressivos que mostram, mesmo que não tão explicitamente, características conservadoras e idealistas. No caso da universalização dos direitos sociais, constatam-se contradições em relação à prevalência da seletividade das políticas sociais, como na Assistência Social. A seletividade não tem como objetivo universalizar os direitos sociais nem muito menos ampliá-los. Pelo contrário, nas palavras de Boschetti (2003, p. 86), este princípio tem como objetivos “definir regras e critérios para escolher, para averiguar minuciosamente e criteriosamente, quem vai ser selecionado, quem vai ser eleito para ser incluído”. Desse modo, ao invés de ampliar os direitos para garantir prioridades de acesso aos mesmos, a seletividade restringe cada vez mais a cidadania dos usuários das políticas sociais por meio dos seus critérios de elegibilidade, afirmando o conservadorismo no enfrentamento da questão social numa visão reducionista.

Ainda sobre a universalização na Assistência, podemos analisá-la sob dois aspectos:

O primeiro, de garantir o acesso a todo o universo demarcado pela LOAS, ou seja, a todos aqueles que estão dentro das categorias, critérios e condições estabelecidos por ela; e o segundo é o de articular a assistência às demais políticas sociais e econômicas, tendo como perspectiva a construção de um sistema de proteção social contínuo, sistemático, planejado, com recursos garantidos no orçamento público das três esferas governamentais, com ações complementares entre si, evitando assim o paralelismo, a fragmentação e a dispersão de recursos (IDEM, 2003, p. 84).

Constitui um desafio garantir que os direitos afirmados na LOAS alcancem a todos segmentos beneficiados com a assistência social (famílias, crianças, adolescentes, idosos, pessoas portadoras de deficiências) de forma universal diante dos critérios seletivos e excludentes. Urge enfatizar ainda a sua perspectiva de integração às demais políticas sociais e econômicas num direcionamento de totalidade das ações empreendidas sistematicamente pelo conjunto integrado que forma a Seguridade Social que possa atingir o enorme contingente que está às margens da sociedade e sofre as desigualdades historicamente na formação social brasileira. É importante frisar que não é necessário apenas o crescimento econômico, mas a ocorrência deste aliado ao desenvolvimento social concretizando direitos e políticas sociais e demarcando que a assistência social não se resume à gestão da pobreza. Muito mais que isso, enquanto política social deve responder às manifestações da questão social de forma integrada com as demais políticas sociais e econômicas existentes, com destaque para a política de trabalho e enfrentamento do desemprego estrutural.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a LOAS definiu os objetivos, os princípios, as diretrizes, a organização e a gestão por meio de um sistema descentralizado e participativo, as competências dos entes federativos, dos Conselhos e das Conferências, as características dos benefícios, dos serviços, dos programas e dos projetos de Assistência Social, trazendo também detalhes do seu financiamento. De acordo com Mota & Maranhão & Sitcovsky (2006, p. 168), a sua implementação revelou que “descontinuidade e fragmentação são uma das características históricas da Assistência Social no Brasil”.

No que concerne à consolidação do controle social na Assistência Social, elucidamos que os conselhos de assistência social estão inseridos no reordenamento institucional da gestão democrática, são parte integrante do sistema de assistência social, com caráter permanente e deliberativo, em todos os níveis da federação. Por meio deles, das conferências e dos fóruns de Assistência Social cumprir-se-á a diretriz constitucional da participação da sociedade na formulação e controle das políticas desta área. De acordo com a LOAS, a composição dos conselhos de Assistência Social está subdividida em três segmentos: representantes das entidades prestadoras de serviços assistenciais e de assessoria, representantes de usuários e representantes dos trabalhadores da assistência social. A implantação do sistema descentralizado e participativo da Assistência Social não foi muito

lenta em nível nacional, pois o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) foi instalado em 04/02/1994 cumprindo o disposto na LOAS e sem haver postergação para a eleição dos conselheiros da sociedade civil também realizada neste dia. O que não quer dizer que o CNAS não tenha enfrentado dificuldades inicialmente, a exemplo das relações do conselho com o Ministério do Bem-Estar social, da falta de infra-estrutura e das inviabilizações postas à realização das conferências de Assistência Social (RAICHELIS, 2005).

O processo de materialização da Assistência Social enquanto política pública conforme o disposto na CF e na LOAS é permeado de uma forte morosidade, pois apesar desta lei ter sido sancionada em 1993 só começou a ser efetivada a partir de 1995 no governo de FHC. Nesta gestão, ocorreu a redefinição do papel do Estado, a partir de uma ampla reforma, cuja proposta partiu exatamente de Bresser Pereira, à época ministro. A reforma do Estado, nos anos 1990, para o autor, tem caráter institucional.

Agora, o projeto fundamental é reconstruir ou reformar o Estado e sua governança [...]. A reforma do Estado e, particularmente, a Reforma Gerencial é antes uma reforma institucional do que uma reforma de gestão. Está baseada na criação de instituições normativas e de instituições organizacionais que viabilizem a gestão (BRESSER PEREIRA, 2002, p. 22).

Resta-nos refletir sobre o que seria essa reforma e as conseqüências que traz para o país. Segundo Montaño, a reforma do Estado de Bresser Pereira comporta três dimensões:

Uma dimensão primordial que é institucional-legal, baseada na criação de instituições normativas e organizacionais, como agências executivas e organizações sociais, que constituem unidades descentralizadas de gestão. Uma segunda dimensão cultural, baseada na mudança dos valores burocráticos para os gerenciais. Uma última dimensão-gestão, para pôr em prática as novas idéias gerenciais [...] (MONTAÑO, 2002, p. 42).

A referida reforma é operada pela hegemonia neoliberal, no sentido de desmontar conquistas sociais garantidas na CF promovendo a desregulamentação das atividades econômicas, a financeirização do capital e uma diminuição das ações estatais no campo social, “retirando a legitimação sistêmica e o controle social da ‘lógica democrática’ e passando para a ‘lógica da concorrência’ do mercado” (Idem, 2002, p. 29).

Nessa mesma direção, Behring discute o sentido da contra-reforma (termo por ela cunhado), mostrando o seu real significado. Segundo suas palavras, esta se concretiza em alguns aspectos:

Na perda de soberania – com aprofundamento da heteronomia e da vulnerabilidade externa; no reforço deliberado da incapacidade do Estado para impulsionar uma política econômica que tenha em perspectiva a retomada do emprego e do crescimento [...]; e, em especial, na parca vontade política e econômica de realizar uma ação efetiva sobre a iniquidade social, no sentido de sua reversão, condição para uma sociabilidade democrática (BEHRING, 2003, p. 213).

No campo político-institucional, assistiu-se a entrada e a consolidação dos contornos neoliberais no Brasil nos anos 1990, que vêm solidificando o Estado Mínimo, modelo que traz novos direcionamentos principalmente à organização, à gestão e à execução de políticas sociais públicas bem como para a Assistência Social.

A “Era FHC”³ foi responsável pela consolidação dos ajustes neoliberais e do Estado Mínimo no país e teve como direção social “um governo direcionado contra os interesses e as aspirações da massa dos trabalhadores brasileiros” (NETTO, 1999, p. 75). Afirmou seu compromisso com a classe dominante e com o projeto político do grande capital em detrimento do projeto democrático, nos deixando uma herança negativa consoante com a mundialização do capital baseada na desregulamentação e liberalização do mercado, no sucateamento dos órgãos públicos, na privatização, no acirramento da questão social, no crescimento do déficit público, do desemprego e da precarização do trabalho, na dependência dos organismos internacionais, na paralisia dos recursos destinados aos gastos sociais (NETTO, 1999).

Para cumprir tantas “façanhas”, o próprio FHC provou que o Estado brasileiro não estava em crise nem tampouco enfraquecido. Segundo Yamamoto (2007, p. 123), “o Estado continua forte, o que muda é direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro”.

A direção do governo em pauta desempenhou a política social “inteiramente subordinada à orientação macroeconômica” (Netto, 1999, p. 87) numa lógica de mercantilização, privatização, focalismo, reforço à solidariedade e ao voluntariado e ao

caráter emergencial das ações. Como já foi dito mais acima, a materialização da assistência social começou a ser implantada a partir de 1995 quando surgiram programas consoantes com a direção socioeconômica em vigor. Assim, apesar da legitimidade da LOAS, o governo criou um sistema paralelo, o Programa Comunidade Solidária, por meio da Medida Provisória 813/95, com o objetivo de coordenar ações governamentais para prestar atendimento aos segmentos sociais sem meios de garantir sua subsistência, principalmente através de programas de combate à fome e à pobreza. Por meio desses programas, o governo não tinha como eixo a alteração do quadro de pobreza, mas o seu alargamento vez que não propôs alterar a forte concentração de renda que origina o quadro de desigualdades sociais. Segundo Raichelis,

a criação do Programa Comunidade Solidária entra em rota de colisão com o que determina a Constituição, quando trata da Seguridade Social como área que articula a Saúde, a Previdência e a Assistência Social por meio de ações universais, integradas e continuadas de proteção social e garantia de direitos (RAICHELIS, 2005, p. 109).

Este programa provocou um teor fragmentado, descontínuo e pulverizado na política assistencial, pois suas ações eram realizadas por diversos ministérios e órgãos públicos que se propunham a ter como áreas de atuação a alimentação, a nutrição, serviços urbanos, desenvolvimento rural, geração de emprego e renda, defesa de direitos e promoção social. Para tanto, desorganizou as ações assistenciais quando extinguiu instituições sociais como a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), o Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA) e o Ministério do Bem-Estar Social (MBES) sem realizar um reordenamento institucional baseado na LOAS (COUTO, 2008; RAICHELIS, 2005). Por fim, o Programa Comunidade Solidária representou um retrocesso à materialização da Assistência Social com caráter paralelo, insuficiente, assistencialista e sem compromisso com a universalização dos direitos sociais.

Sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), cabem três considerações importantes: a lentidão na sua implementação ocorrida em 1996; a administração desse benefício da assistência social ser realizada pelo órgão de previdência social, o INSS; a forte seletividade nos critérios de acesso ao BPC tanto para os portadores de deficiência que, além

da renda, têm que comprovar a incapacidade para o trabalho como para os idosos que, no cálculo da renda per capita tem mais pessoas incluídas na composição familiar devido as alterações do conceito de família definido pelo INSS. Estes aspectos fazem do BPC um benefício excludente e residual.

Os programas sociais criados no governo de Fernando Henrique Cardoso priorizaram o segmento das crianças e adolescentes. O Programa de Erradicação do Trabalho infantil (PETI) foi criado em 1996 e o Agente Jovem em 1999 com um diferencial: o pagamento de recursos monetários mensais por meio de cartões magnéticos individuais aos usuários. Outro programa criado por FHC em 1997 foi o “Sentinela” com o objetivo de combater o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes. Cumpre ressaltar que na linha dos programas de transferência de renda, FHC criou o Programa de garantia de renda mínima (PGRM), mais conhecido como “bolsa-escola”, que visava o repasse de R\$ 15,00 para cada criança proveniente de famílias com renda per capita abaixo de meio salário-mínimo. Em 2001, foi criado o “auxílio-gás” e a “bolsa-alimentação” para gestantes, nutrízes e crianças (BOSCHETTI, 2003).

Estes programas seguem uma lógica de seletividade e de focalização por meio de critérios de elegibilidade baseados na renda familiar e em categorias de vulnerabilidade e risco social prejudicando a universalização dos direitos sociais e considerando os cidadãos em segmentos fragmentados: as crianças, os adolescentes, os idosos, os deficientes, as faixas etárias, as baixas rendas familiares etc. Ou seja, numa perspectiva que não corresponde à totalidade da realidade social e mantendo rastros conservadores na materialização da Assistência Social.

Esses foram alguns destaques às principais ações de FHC na área da Assistência Social e que demonstram o direcionamento dado para viabilizar o projeto político do grande capital de restrição dos gastos sociais e contraposição à universalização dos direitos sociais caracterizando um verdadeiro desmonte dos direitos.

Foi esse cenário encontrado pelo novo presidente eleito em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva, considerado um marco na história política do Brasil tendo em vista que foi a primeira vez que um representante da classe operária foi escolhido democraticamente pelo povo para governar a nação. Nesse ponto, é preciso lembrar que durante a gestão de FHC, o Partido

dos Trabalhadores (do atual presidente) constituía “o núcleo duro da resistência à orientação macroeconômica implementada sob o comando do capital parasitário-financeiro” (NETTO, 2004b, p. 10) fazendo forte oposição. No entanto, ao chegar ao poder, Lula mantém e aprofunda a mesma orientação macroeconômica de FHC mostrando que “[...] o PT abdicou de exercer um governo orientado para mudar o Brasil numa direção democrático-popular. (NETTO, 2004b, p. 13).

Braz (2004), referindo-se ao texto “A esquerda e as duas almas do governo Lula” de autoria de José Paulo Netto publicado no Jornal do Brasil em janeiro de 2003, citou a convivência de “duas almas” do governo atual: uma conservadora e outra progressista. A alma conservadora dá continuidade aos direcionamentos do governo de FHC, já a alma progressista corresponde à tentativa de superar a herança negativa (a qual não é predominante).

Segundo Braz, temos “um Estado – sob o governo Lula – absolutamente servil ao grande capital internacional. Este mesmo Estado vem sendo enfraquecido em seus instrumentos reguladores da economia” (2004, p. 55). O governo petista continua consolidando a contra-reforma do Estado brasileiro à medida que assegura “[...] que o único regulador societal legítimo e eficiente é o *mercado*, o que vem emergindo da reestruturação em curso é um Estado *mínimo para o trabalho e máximo para o capital* (NETTO, 2004a, p. 72).

Nas palavras de Behring,

O legado de FHC para Lula, no campo da seguridade social, portanto, foi o incremento da focalização, em detrimento da universalidade, da parceria público-privada, em detrimento da primazia do Estado, da obstaculização, dilapidação, corrosão e desconstrução do conceito constitucional, tratando as políticas de seguridade separadamente, extinguindo o Conselho Nacional de Seguridade Social, e implementando uma política de financiamento parco, sob o argumento da escassez de recursos, apesar da imensa transferência de riqueza para os ricos e o capital financeiro internacional, numa profunda irresponsabilidade tanto fiscal quanto social (BEHRING, 2008, p. 159-160).

Portanto, o cenário contemporâneo é composto de adversidades que promovem o agravamento das manifestações da questão social, aumento da concentração da renda, elevação da pobreza, das taxas de crescimento do desemprego, dos trabalhadores sem

proteção previdenciária, aumento do trabalho informal, do trabalho infantil, do analfabetismo, da violência etc. No enfrentamento da questão social, encontram-se políticas públicas que favorecem o capital financeiro e especulativo em detrimento da regressão das políticas sociais.

Deste modo, segundo Iamamoto

O predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da *questão social* na era das finanças. Nessa perspectiva, a *questão social* é mais do que as expressões de pobreza, miséria e ‘exclusão’. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social – e dos sujeitos que o realizam – na era do capital fetiche. A subordinação da sociabilidade humana às coisas – ao capital-dinheiro e ao capital mercadoria –, retrata, na contemporaneidade, um desenvolvimento econômico que se traduz como barbárie social (IAMAMOTO, 2007, p. 125).

Isto posto, destaca-se que a direção social impressa às políticas sociais por Lula vem numa perspectiva de vinculação com a política econômica e apresentando alternativas ora conservadoras ora progressistas. À luz desse direcionamento, mesmo seguindo parâmetros neoliberais, o atual governo reiniciou o processo de materialização da LOAS através de importantes avanços na dimensão jurídico-política da Assistência Social que, contraditoriamente, também possuem lastros neoconservadores e idealistas.

Um avanço importante foi a aprovação do Estatuto do Idoso em 2003, que reduziu de 70 para 65 anos a idade do idoso para solicitar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), efetivando o disposto na LOAS em diminuir a idade progressivamente.

Na tentativa de redesenhar a política de Assistência Social possibilitando a sua materialidade como um pilar do sistema de proteção social brasileiro na esfera da Seguridade Social, houve uma construção coletiva resultante da extensa pauta de discussões nacionais nas reuniões descentralizadas e ampliadas do CNAS e nas conferências.

O governo Lula respeitando as deliberações da “IV Conferência Nacional de Assistência Social” realizada em 2003 e as diretrizes da LOAS, aprovou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) por meio da Resolução nº 145/20, requerendo início imediato

de sua implementação na perspectiva de consolidar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Nesse momento, tentaremos fazer um balanço dos avanços da Assistência Social. Inicialmente, é imperioso observar que a PNAS não situa a Assistência Social como política de enfrentamento à questão social. Segundo Behring (2008, p. 168), isso “[...] pode levar ao descolamento em relação à questão do trabalho como elemento fundante das relações sociais”.

No texto da PNAS, foram muito exploradas categorias como exclusão social, desigualdades socioterritoriais, proteção social e situações de risco. Há um equívoco conceitual ao não tratar das desigualdades, da pobreza, do desemprego etc como expressões da questão social. A PNAS afirma que a exclusão social é “um processo que pode levar ao acirramento da desigualdade e da pobreza” destinando à exclusão social a responsabilidade deste acirramento e não à forte concentração de renda e baixa distribuição da riqueza social para os trabalhadores.

A PNAS reitera os princípios democráticos contidos na LOAS e o conceito da Assistência Social numa perspectiva de articulação com as demais políticas para garantir seu caráter de proteção social. Em relação às diretrizes da organização da Assistência, a PNAS modificou um pouco a diretriz que trata da descentralização político-administrativa uma vez que ampliou a coordenação e execução dos programas para além da esfera estadual e municipal para as entidades beneficentes e de assistência social⁴. Com isso, abre-se espaço para organismos do Terceiro Setor numa perspectiva de “complementaridade” das ações, o que para muitos autores na literatura da área trata-se da transferência das responsabilidades do Estado no âmbito social para as organizações da sociedade civil.

Na PNAS, foi acrescentada a diretriz que prevê a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. A inclusão dessa diretriz está relacionada com a perspectiva da PNAS que aponta para a “[...] construção da política de assistência social precisa levar em conta três vertentes de proteção social: as pessoas, as suas circunstâncias e [...] a família” (PNAS, 2004, p. 14). Através desses elementos, somos levados a pensar a assistência social a partir de si mesma, de uma forma reducionista. Não obstante, para entender a construção da Assistência Social é preciso situá-la no contexto da crise estrutural do capital e como parte da Seguridade Social por meio da “[...]”

totalidade histórica em movimento, reconhecendo os limites e condições impostas pela política econômica [...]” (BEHRING, 2008, p. 153). Assim, não basta compreender apenas os indivíduos e a família, mas também os aspectos estruturais da sociedade em que estes segmentos estão inseridos.

Houve uma expansão dos objetivos da Assistência Social em relação aos contidos no texto da LOAS, sendo que foram agrupados da seguinte forma:

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem;
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural;
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (PNAS, 2004, p.34).

É importante observar que estes objetivos selam um compromisso com a ampliação do acesso aos direitos socioassistenciais indicando que aqueles que necessitem serão atendidos. No entanto, é sabido que o caráter de seletividade e focalização das ações é muito presente na implementação da Assistência Social ao eleger os que estão no “perfil” de um determinado programa ou benefício. Existe, pois, uma forte contraposição entre universalização e seletividade, como já foi explanado.

Outro ponto que merece ser elucidado é a constituição do público usuário da Assistência que engloba cidadãos e grupos em diversas situações de vulnerabilidades e riscos, a exemplo de: famílias e indivíduos com vínculos fragilizados, exclusão pela pobreza, uso de substâncias psicoativas, diferentes formas de violência familiar, inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal (PNAS, 2004). Esse *mix* de usuários abre precedentes para sustentar que “a amplitude do seu público-alvo envolve um leque de situações tão diversas que pode, inclusive, comprometer o processo de normatização e padronização dos serviços prestados” (MOTA & MARANHÃO & SITCOVSKY, 2006, p. 172).

Sobre a localização dos termos “situação de vulnerabilidade e de riscos”, podemos salientar que ferem a perspectiva não estigmatizadora e de proteção universal da Seguridade

Social ao denominar que pessoas, famílias e grupos são vulneráveis, portanto, as estigmatizando. Mas estes cidadãos são vulneráveis a quê? Melhor dizer que estão “desprotegidos”, pois o Estado não está provendo de forma universal a proteção indispensável aos que dela necessitam tendo em vista que atua através de critérios seletivos e excludentes. Relacionado a isto, é preciso reescrever a história desta política social

[...] a partir do paradigma da universalização do direito à proteção social fundado na cidadania e abandonando as idéias tutelares e subalternas que (sub) identificam brasileiros como carentes, necessitados, miseráveis, discriminando-os do reconhecimento de *ser de direitos* (LOPES, 2006, p. 80).

A PNAS veio a consubstanciar o novo modelo de gestão da Assistência Social: o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), fazendo emergir uma nova processualidade histórica no que diz respeito à solidificação da Assistência Social desde a LOAS, que permaneceu durante os 13 anos de sua aprovação em meio a uma

[...] dialética situação de originalidade e conservadorismo. Originalidade porque o campo jurídico institui legalmente princípios e diretrizes inéditos, que não estavam assegurados em Lei. E conservadorismo porque, por um lado, as inovações convivem com princípios seculares, como a inaptidão ao trabalho; e, por outro lado, porque as ações políticas governamentais na Era FHC foram mais favoráveis à conservação da situação historicamente vigente, resistindo e mesmo opondo-se às necessárias reformas mais conseqüentes da área. E assim agindo, impediu e retardou a recomposição do campo assistencial sob a lógica do direito (BOSCHETTI, 2003, p. 116).

Destarte, a Assistência Social veio convivendo com tendências regressivas e conservadoras nos marcos do avanço desmedido do neoliberalismo. Com a criação do SUAS tivemos uma nova ordenação da gestão da assistência social devendo ser instaurada em todo o território do Brasil de forma padronizada para atender as necessidades de proteção por meio de um conjunto articulado, sistemático, contínuo e permanente de serviços continuados, benefícios, programas e projetos (LOPES, 2006).

Segundo Sposati, o SUAS

Trata das condições para a extensão e universalização da proteção social aos brasileiros através da política de assistência social e para a organização, responsabilidade e funcionamento de seus serviços e benefícios nas três instâncias de gestão governamental (SPOSATI, 2004, p. 171).

Os eixos estruturantes do SUAS são a matricialidade sócio-familiar; a descentralização político-administrativa e territorialização; as novas bases para a relação entre Estado e sociedade civil; o financiamento; o controle social; o desafio da participação popular/cidadão usuário; a política de recursos humanos; a informação, o monitoramento e a avaliação (PNAS, 2004).

O SUAS estabelece dois níveis de proteção social: a básica - de caráter preventivo – e a especial – de caráter protetivo mediante a violação de direitos. Segundo a PNAS (2004, p. 34), “a proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”. Os serviços de proteção social básica são operacionalizados no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Os serviços de proteção especial são subdivididos em média e alta complexidade.

O Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) é o principal programa do SUAS e visa atuar com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, promovendo a orientação e o convívio sócio-familiar (PNAS, 2004).

O PAIF tem por perspectivas o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, o direito à Proteção Social Básica e a ampliação da capacidade de proteção social e de prevenção de situações de risco no território de abrangência do CRAS. O PAIF é necessariamente ofertado no CRAS [...] tornou-se “ação continuada da Assistência Social”, passando a integrar a rede de serviços de ação continuada da Assistência Social financiada pelo Governo Federal [...] é uma importante estratégia do SUAS de integração dos serviços socioassistenciais e dos programas de transferência de renda (MDS, 2006, p.25-6).

Todo o arsenal de novidades e avanços na dimensão jurídico-política da Assistência Social requer uma apreciação mais densa sob diferentes ângulos, fundamentalmente acerca das principais categorias do SUAS e de sua implementação.

Em primeiro lugar, demarcamos um certo “atraso” para a efetivação do disposto na LOAS – o mesmo que aconteceu com a criação da Seguridade Social –, pois a conjuntura que lhe deu origem não é mais a mesma neste momento da criação do SUAS. Mesmo tendo passado por diversas transformações societárias que negam a possibilidade de aprofundar o projeto democrático, o discurso do SUAS vem afirmando a ampliação dos direitos e sua universalização. Conforme Behring, os principais avanços do SUAS correspondem ao

Intenso esforço de regulação para que o SUAS se configure como política de Estado e não de governo, enraizando-se nos demais entes federativos; constituição de uma rede de serviços sócio-assistenciais articulada; fortalecimento da relação entre Planos, Fundos e Conselhos; concursos públicos e profissionalização [...], ênfase na dimensão territorial, sistema de informação inovador – Rede SUAS; busca de um planejamento com base em indicadores sociais mais consistentes [...] (BEHRING, 2008, p. 167).

A matricialidade sócio-familiar defende a centralidade na família para a concepção e execução dos benefícios, serviços, programas e projetos. Sobre isto, temos duas observações. A primeira que reconhece a importância em destinar ações para as famílias diante das suas responsabilidades ímpares como primeira instituição social em que os cidadãos são inseridos, cujos deveres são voltados para o desenvolvimento e a garantia de prover direitos dos seus membros. No entanto, esses encargos não são restritivos à família, são compartilhados com a comunidade, a sociedade em geral e o poder público. Diante disso, a centralidade das ações da Assistência Social devem incluir as outras partes citadas. Ou seja, não devem ser realizadas apenas ações para a família, mas também para a comunidade como um todo abrangendo a sociedade e o poder público. A segunda observação sobre este eixo tem como argumento que a matricialidade sócio-familiar traz à tona a tradicional perspectiva de culpabilização dos indivíduos pela situação em que vivem. Numa postura neoconservadora desse aspecto, volta-se essa culpabilização, numa lógica quase sempre moralizante, para a família. Assim sendo, existe a possibilidade de responsabilizar a família pelas manifestações da questão social que vivenciam, a exemplo do desemprego e da pobreza, e diante disso, existir a necessidade de formular ações onde a família poderia enfrentar tal situação.

No tocante ao eixo do controle social, destacamos a importância das ações dos conselhos, das conferências e dos fóruns de Assistência Social como mecanismos de

participação social e gestão democrática da política em exame. No entanto, no exercício do controle social, existe uma tendência, apontada por algumas pesquisas⁵ em que as ações de controle social da política de Assistência Social vêm sendo concretizadas sob à luz de três direcionamentos: análise e aprovação de propostas orçamentárias advindas do órgão gestor; questões de conteúdo da política – benefícios, serviços, programas e projetos; estabelecimento de procedimentos para registro e certificados de entidades de assistência social. Deste modo, a fiscalização e regulação da política tendem a ficar em segundo plano abrindo a necessidade de obter maior controle sob a qualidade dos serviços prestados aos usuários da Assistência.

Na perspectiva da participação da sociedade civil nos conselhos gestores de políticas, é notório o baixo protagonismo dos usuários nestes espaços constituindo-se como principal desafio à sua participação.

Segundo Gomes,

Os usuários só poderão ter participação efetivamente qualificada, interferindo nas políticas e transitando para o *status* de sujeitos de direitos, se tiverem os instrumentos de análise da realidade. Quanto mais qualificada a participação dos atores e politicamente comprometida com a transparência e a publicização, mais visibilidade terá o exercício do controle social e mais ampliado será o espaço público (GOMES, 2000, p. 170).

Outro ângulo importante no debate é a baixa efetividade da Assistência Social mediante os limites contra-reformistas de orientação neoliberal para reduzir direitos sociais. De acordo com Yazbek (2004, p. 26), “[...] sem ultrapassar esses limites, esperar que das políticas socioassistenciais, e apenas delas, resultem melhorias no bem-estar destes usuários é ilusório e ineficaz”. Mesmo existindo tais limites, alguns fundamentos inovadores do SUAS se mostram, nas palavras de Behring (2008), como verdadeiros “nichos de resistência” ao projeto político em vigor numa perspectiva democrática de afirmação de direitos.

Segundo Netto (2004b, p.16), o presidente Lula “reafirma constantemente o seu compromisso com os pobres e com a dimensão ‘social’ do seu governo”, principalmente através da implementação do Programa Bolsa Família (PBF), programa de transferência de renda lançado em 2003 que unificou os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Cartão Alimentação. Os critérios do PBF são focalizados na renda per capita e prevêm

o cumprimento de condicionalidades ligadas às políticas da educação, da saúde e da assistência social visando ainda a segurança alimentar e nutricional. Segundo o MDS,

O PBF busca, seguindo a orientação programática do Fome Zero, associar medidas de caráter emergencial – alívio imediato da pobreza – com medidas de médio e longo prazo, permitindo que essas famílias tenham acesso às condições mínimas necessárias, na forma de serviços públicos essenciais, para a superação de sua situação de pobreza (MDS, 2006a, p. 17).

O PBF não é um direito adquirido e seus beneficiários estão sujeitos à advertência e sanções gradativas caso estejam em descumprimento das condicionalidades, numa perspectiva fiscalizadora. Atualmente, são ampliados e priorizados os programas de combate à pobreza em detrimento do fortalecimento e ampla divulgação das políticas de emprego, a exemplo das que formam o Sistema Público de Emprego, a saber: Seguro-Desemprego, Qualificação Profissional e Intermediação da mão-de-obra.

CONCLUSÃO

Como vimos a Assistência Social passa por uma longa trajetória para se firmar enquanto política pública no Brasil, permeada por avanços legais, mas também por retrocessos estruturais que têm na sua essência a ineficiência do Estado em administrar os conflitos sociais desta sociabilidade burguesa.

Desse modo, podemos analisar que durante o governo de Fernando Henrique Cardoso vivenciamos a implementação da política social, nesse caso a Assistência Social, totalmente atrelada aos interesses do capital personificado na política econômica através dos programas Comunidade Solidária, do Benefício de Prestação Continuada e de programas voltados ao segmento das crianças e adolescentes, permeados por uma forte lógica de seletividade e focalização evidenciando uma perspectiva de desmonte dos direitos.

Foi esse contexto herdado pelo então presidente Lula que, contraditoriamente, vem traçando uma linha de continuidade com o governo anterior seguindo a mesma orientação macroeconômica de FHC. Não obstante este período estar sendo marcado pela mesma

perspectiva de vinculação com a política econômica, ora vem apresentando alternativas conservadoras ora progressistas. Cabe destacar que o processo de materialização da LOAS foi retomado através de importantes avanços na dimensão jurídico-política da Assistência Social que, contraditoriamente, também possuem lastros neoconservadores.

Há que se ressaltar a promulgação do Estatuto do Idoso, da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Atualmente há um forte enfoque às ações voltadas para as famílias, o que pode nos trazer uma direção reducionista, pois também é necessário pensar os determinantes estruturais da sociedade em que estes segmentos estão inseridos. Outro ponto importante é a forte contraposição entre universalização e seletividade nos programas sociais do governo.

É inegável que estamos passando por uma nova processualidade histórica da Assistência Social no Brasil, que se direciona para a sua solidificação diante de toda morosidade na sua trajetória desde a LOAS ficando entre a “originalidade e o conservadorismo” nesse panorama de avanço desmedido do neoliberalismo.

Por fim, podemos concluir que a Assistência Social é um campo político repleto de conflitos e contradições, exigindo assim que, na sua prática haja conformidade com os princípios e diretrizes que a orientam. Caso a sociedade civil, os gestores e os recursos humanos que nela trabalham não a reconheçam como direito, tal política está passível de um verdadeiro retrocesso na sua atual situação. Diante disso, objetiva-se provocar uma atitude crítico-reflexiva no sentido de pensar se tais aspectos são realmente avanços ou se, na realidade, correspondem a “vinho velho posto em garrafas novas” visto que ainda são presentes elementos limitadores ao seu caráter público de direito social no atual contexto capitalista. Assim, asseveramos a necessidade da instauração de uma outra forma de organização da sociedade onde não haja espaço para práticas políticas voltadas para a manutenção da propriedade privada e da pobreza generalizada.

CONTEMPORARY CONFIGURATIONS OF SOCIAL WORK IN BRAZIL: LEGAL POLITICAL ADVANCES AND NEOLIBERAL STEPS BACK

ABSTRACT

This article aims to demonstrate the advances in legal and political dimension of Social Services while also addressing its regressive elements. In terms of methodology, this research was based on the dialectical method and characterized as exploratory. The process of materialization of Social

Services as a public policy is set forth in CF/88 LOAS and is permeated by great slowness because even though this law was enacted in 1993 it only began to be effective as of 1995, during the government of Fernando Henrique Cardoso. In the Lula government, there was a continuity of economic policy, but with a difference to the materialization of the principles of LOAS with the creation of PNAS (*Política Nacional de Assistência Social* - Brazilian Social Work Policy). However, there is still strong opposition between universality and selectivity as well as conservative and regressive tendencies.

Keywords: Social Services. LOAS. PNAS. SUAS.

Notas:

¹ A perspectiva de uma nova prática na Assistência Social condiz com a possibilidade de romper com alguns elementos da sua trajetória no Brasil, a saber: assistencialismo, caridade, benemerência, práticas assistemáticas sem a participação contínua do Estado e permeadas pelo clientelismo.

² Nas palavras de Netto (1999, p. 75), “um governo se avalia pela direção social que imprime às suas macropolíticas, pelos contingentes populacionais que ela privilegia ou onera, pelas alternativas que instaura para ulteriores soluções às problemáticas dadas e/ou emergentes”.

³ Fernando Henrique Cardoso governou o Brasil entre 1995 e 2002.

⁴ Segundo o artigo 3º da LOAS, consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

⁵ As pesquisas sobre controle social têm crescido no Brasil. Em nível nacional, destacamos a pesquisa “Avaliação dos dez anos de implementação da Lei Orgânica de Assistência Social: o olhar dos conselhos estaduais, municipais e do Distrito Federal”, (BOSCHETTI, 2003). Já em nível estadual, recomendamos a leitura da pesquisa “Gestão Democrática e Controle Social: contribuições do Conselho Municipal de Assistência Social de Aracaju/ SE”, (SANTOS, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, E. Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: *Trabalho e seguridade social, percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, I. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: GESST/UnB, 2003.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2002.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

BRESSER PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

CAMPOS, E. B.; MACIEL, C. A. B. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

CORREIA, M. V. C. Que controle social na política de assistência social? In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. A relação Estado / Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 77. São Paulo: Cortez, 2004.

COUTO, B. R. *O direito e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2008.

GOMES, A. L. Novos espaços ocupacionais do assistente social: os Conselhos de política e de direitos. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 4. Brasília: UnB/CEAD, 2000.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.

LOAS. *Lei Orgânica da Assistência Social*, n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.

LOPES, M. H. C. O tempo do SUAS. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

MDS. *Proteção Básica do SUAS: orientações técnicas para o CRAS*. Brasília: MDS, 2006.

MDS. *Orientações para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*. Brasília: MDS, 2006a.

MONTANO, C. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, A. E.; MARANHÃO, C. H.; SITCOVSKY, M. O Sistema único de assistência social e a formação profissional. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo. *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. Notas sobre a reestruturação do Estado e emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI, I. (Org.). *Política social: alternativas ao neoliberalismo*. Brasília: CEAD, 2004a.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 79. São Paulo: Cortez, 2004b.

NOGUEIRA, M. A. A dialética Estado / Sociedade e a construção da Seguridade Social pública. In: *Cadernos ABONG*, n. 30. São Paulo: ABONG, 2001.

_____. *Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PNAS. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. ***Política Nacional de Assistência Social*** – PNAS. Brasília, 2004.

RAICHELIS, R. *Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, D. R. *Gestão Democrática e Controle Social: contribuições do Conselho Municipal de Assistência Social de Aracaju/ SE*. São Cristóvão: UFS, 2006. mimeo.

SIMÕES, C. *Curso de Direito em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2007.

SPOSATI, A. Contribuição para a construção do Sistema único da Assistência Social – SUAS. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

STEIN, Rosa Helena. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil; Implementação de Políticas Sociais e descentralização político-administrativa. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 3. Brasília: UnB/CEAD, 1999.

_____. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico-conceitual). In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 54. São Paulo: Cortez, 1997.

VIANA, M. L. W. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, Ivo. *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999.

YAZBEK, M. C. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 77. São Paulo: Cortez, 2004.

PRINCÍPIOS ÉTICOS E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Afrânnia Hemanuely Castanho Duarte *

RESUMO

A construção deste artigo se deu através de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de viabilizar uma compreensão a respeito dos princípios éticos da profissão e a utilização destes no exercício profissional do assistente social na área da saúde. Utilizou-se para este propósito, como principais referências, alguns autores como: Barroco (2006), Vasconcelos (2003), Costa (2000), Paiva e Sales (2003). Foi perceptível na pesquisa que a atuação profissional do assistente social na área da saúde, deve buscar à vinculação com os subsídios teóricos e a efetivação do Projeto Ético Político da profissão, o Projeto da Reforma Sanitária bem como o Sistema Único de Saúde. O assistente social deve manter uma postura crítica frente as práticas hegemônicas conservadoras, que não favoreça o livre acesso aos direitos sociais, assim como a participação política e democrática nas instâncias de saúde pública e controle social.

Palavras-Chave: Ética profissional, Serviço Social, Saúde.

INTRODUÇÃO

A construção deste artigo se deu através de pesquisa bibliográfica, com fundamentação qualitativa, realizada ao longo da participação da pesquisa: “Intercorrências Entre Ética e Política: suas Apreensões em reflexões contemporâneas sobre projeto profissional do Serviço Social no Brasil”, no período de 2008 a 2009, coordenado pela Prof^a Dr^a Olegna Souza Guedes. Cumpre explicitar que no decorrer desta pesquisa, alguns discentes desenvolveram estudos específicos sobre situações vivenciadas no estágio curricular obrigatório, o que os levou a pesquisar sobre a ética profissional em diferentes campos de atuação profissional. É nesta interface que nasceu e se desenvolveu o projeto de Iniciação Científica (PIBIC-CNPQ), realizado no período de julho a dezembro de 2009, cujos resultados apresentamos neste artigo. Objetivava-se, neste projeto, evidenciar a necessária utilização dos princípios éticos do Serviço Social no exercício profissional do assistente social na área da saúde.

* Bacharel em Serviço Social na Universidade Estadual de Londrina; Assistente Social residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Mulher no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná;

Utilizou-se, para este propósito, como principais referências autores do Serviço Social que tratam da ética de uma forma genérica, como Barroco (2006) e Paiva e Sales (2003) e autores que tratam das ações profissionais do Serviço Social na área da Saúde, como Vasconcelos (2003) e Costa (2000). Com o auxílio desses autores, procuramos abordar de forma crítica reflexiva a Ética profissional do Serviço Social; sobre os Princípios do Código de Ética profissional dos assistentes sociais (1993) e sobre a dimensão técnica operativa e ética - política dos assistentes sociais na área de saúde.

Na reflexão acerca de possíveis descompassos no processo de construção da relação entre teoria e prática, levantamos questionamentos diversos sobre a atuação profissional do assistente social e sobre a dinâmica constitutiva da sociedade capitalista que se exerce na dicotomia entre pensamento e ação, teoria e prática.

Segundo Vásquez (1977), existem limites na relação entre teoria e prática, pelas características em que cada uma delas possui e na sociedade capitalista estes limites aumentam, pois os sujeitos sociais se deparam com a mistificação das relações sociais, na qual, a minoria dos homens detém o conhecimento, e a maioria trabalha, pratica ações, à mercê do processo de alienação e coisificação do homem. Acreditamos que a construção da relação entre teoria e prática também se faz presente no cotidiano e no processo organizacional no qual o profissional se encontra. Cotidiano cheio de barreiras causadas pela burocracia, relações de forças institucionais e a distância, que em alguns casos existem, entre os assistentes sociais que atuam na gestão das políticas sociais e os assistentes sociais que se dedicam à academia.

Esta preocupação com a distância entre os campos do saber – teórico e prático-levam-me a questionar sobre a viabilidade de uma das matrizes teórico-críticas presentes na reflexão contemporânea sobre a atuação profissional do assistente social. Refiro-me à possibilidade da operacionalização das ações profissionais pautadas no Código de Ética profissional dos assistentes sociais. Como estes profissionais consideram os princípios direitos e deveres postos neste código, em seu exercício profissional? Como estes profissionais podem utilizar-se dos princípios éticos para a construção do exercício profissional na área da saúde?

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

O profissional de Serviço Social na área da saúde, além de exercer a profissão a luz da lei de regulamentação da profissão nº 8662, da resolução do CFESS nº 273/93 que institui o Código de Ética Profissional e das Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Especificamente na área da saúde a profissão também possui legislações que sustentam suas atribuições na área. O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, considerando as conquistas após a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, e o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar na área da saúde, reconhece o assistente social um dos profissionais de saúde. Além da resolução do CFESS nº383, de 29 de março de 1999, que *“considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde”*.

E mais recentemente, também considerado uma importante conquista da categoria profissional, a produção do documento, “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Saúde”, realizado pelo CFESS em março de 2009, que tem como *“[...] finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde”*, mas *“[...] não se pretendeu abordar todas as atribuições e competências, pois considera-se que estas estão em permanente construção, sendo um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde”* (CFESS, 2009, p.05 - 36).

E nesta busca de referenciar a atuação profissional o documento nos aponta algumas dimensões das ações em que os assistentes sociais realizam na área da saúde: ações assistenciais; em equipe; sócio-educativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Considerando que pode haver predominância de algumas ações dependendo da área de atuação, seja na área hospitalar, ambulatorial, entre outros.

De acordo com COSTA (2000), o trabalho do Serviço Social na área da saúde possui suas particularidades e está inserido numa dinâmica de cooperação dos serviços de saúde. A autora utiliza o termo cooperação, afirmando ser:

[...] o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo

de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais (COSTA, 2000, p. 38).

Segundo Costa (2000), a categoria cooperação se dá em dois modelos, que também influenciam nas condições objetivas da atuação profissional: “[...] a cooperação vertical – diversas ocupações ou tipos de trabalho que participam de uma determinada hierarquia – e a cooperação horizontal – diversas subunidades que participa do cuidado em saúde” (COSTA, 2000, p. 38).

Na área da saúde, implantar novos serviços, não demanda cortes de outros trabalhadores e o aumento dos espaços ocupacionais na área da saúde para o assistente social está vinculado a “*ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho*” (COSTA, 2000, p.308).

Devemos também considerar que as condições objetivas da atividade profissional, perpassam pelo processo histórico da saúde pública no país. O Movimento da Reforma Sanitária, as mudanças constitucionais, também propostas por este movimento, a constituição do Sistema Único de Saúde, entre outros, exigiram: “[...] mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política [...]” da saúde pública, que de certa forma influenciou a atividade profissional (COSTA, 2003, p. 41).

Apesar do processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais da área da saúde ser subordinado e possuir características referentes ao trabalho na sociedade capitalista, este apresenta algumas singularidades. A relação entre trabalhador de saúde e usuário do serviço, por exemplo, vai além do ato de compra e negociações comerciais, pois o usuário de serviço de saúde depende de informações sobre suas condições de saúde, necessita de recomendações médicas e até mesmo retornos clínicos. Sendo assim, o consumo do “produto” referente ao processo de trabalho na saúde, não é imediatamente consumido, ele depende de uma co-participação desse usuário, e também, por que não, dos serviços e insumos oferecidos pela instituição e sistema público de saúde.

Outra particularidade desse processo de trabalho é que:

[...] o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde- doença) e não sobre coisas, os resultados são de difícil previsão e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento (COSTA, 2006, p.310).

Ou seja, o produto consumido pelo usuário é um procedimento e/ou orientação presumida pelo trabalhador em saúde, não é um “produto concreto”, mas irá depender de situações concretas, como situação de vida, seja a boa alimentação, condições de higiene, condições referentes a sua residência, como água tratada, coleta de lixo, rede de esgoto, ou seja, ações que envolve serviços das demais políticas públicas e sociais.

Compreender o processo de saúde nessa perspectiva é pensar o processo de modo coletivo e preventivo, diferente do modelo médico-hegemônico, que prevê o enfoque curativo individual. O Sistema Único de Saúde vem como uma dessas prerrogativas de enfiamento desse modelo “ultrapassado”, mas a mudanças realizadas por essa nova política de saúde pública, encontra contradições em seu funcionamento.

Frente a isso Vasconcelos (2006) nos aponta estratégias de enfrentamento dessas questões, e entre estas, a Assessoria /Consultoria, como forma de articular o meio profissional e universidade; auxiliar uma prática profissional crítica e consciente das possibilidades contidas na realidade.

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, revela um desperdício por parte dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde diante das possibilidades de prática a serem captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se objetiva redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários (VASCONCELOS, 2006, p.254).

Segundo Vasconcelos (2003), Netto (1996) e Yamamoto (1999) entre outros aspectos, abordam o processo de ruptura da profissão com a teoria e as práticas conservadoras e afirmam que para que a ruptura se consolide, os profissionais devem ser preparados através de uma formação e apropriação de conhecimento contínuo, sobre a realidade social. Ou seja, o Serviço Social com base no projeto ético-político, necessita de profissionais críticos e que possuem condições de “[...] captar as tendências e possibilidades na realidade [...]” (VASCONCELOS, 2003, p. 113) para romper com as práticas conservadoras.

Ao analisar os estudos de Yamamoto, Vasconcelos (2003) nos aponta as **possibilidades** que o assistente social possui em, poder atender interesses da instituição empregadora e também os interesses da classe trabalhadora, através da opção política e do projeto societário que este profissional possui.

De acordo com Vasconcelos (2003), nos vários momentos em que Yamamoto cita o termo **possibilidades**, considera que: “[...] *marcam a distância entre petição de princípio e realidade. Esta possibilidade não esta dada. Ela está inscrita na capacidade e qualidade de apropriação, pelos seguimentos da categoria profissional, que objetivam esta direção [...]*” (VASCONCELOS, 2003, p. 100).

Segundo Vasconcelos (2003, p.110-111):

[...] os assistentes sociais se encontram em uma posição subalterna, não só pelo objeto de trabalho que é demandada pela sociedade capitalista, mas também, por se identificar com o desejo de ajuda, na prática profissional, assim como, o profissional que não mantém a busca do conhecimento da realidade e a contínua formação teórico, ética e política [...].

O não reconhecimento da maior parte dos assistentes sociais, com relação à defesa de uma prática profissional afinada com o processo de ruptura com o Serviço Social conservador, ocorre, entre outros fatores, pelo fato destes não estarem capacitados para as “**possibilidades**” da realidade. Considerando que romper com as práticas conservadoras é romper através do esforço contínuo de desvendar as **possibilidades** do movimento do real. Mas, segundo a autora, podemos entender essa dificuldade, pois de certa forma: “[...] *o Serviço Social, como parte da realidade, só pode ser entendido, projetado e realizado no movimento dessa realidade [...]*” (VASCONCELOS, 2006. p. 120) e isso possui certa dificuldade entre os profissionais.

As **possibilidades** de um exercício profissional crítico e consciente, que rompa com as “heranças” conservadoras, devem ser conquistadas em conjunto, através da articulação entre órgãos de representação da categoria e a Universidade. As discussões referentes a profissão devem ser articuladas pela conexão entre academia e profissionais que exerçam a profissão.

Não são as concepções teóricas-metodológicas, sejam de corte histórico, positivista ou irracionalista, que determinam a distância entre as concepções teóricas e a ação profissional cotidiana. Esta distância é determinada pela qualidade e forma de relação que os intelectuais estabelecem com a realidade ao se apropriarem daquelas concepções. O vácuo entre teoria e prática não vai ser preenchido formulando ou criando, uma “metodologia de ação”, que nos traria uma falsa relação de aproximação com a realidade tendo em vista ser uma relação segmentada, desarticulada da totalidade social. Há que se estabelecer as mediações necessárias entre os mais altos níveis de abstração e as situações singulares e particulares, como parte e expressão da totalidade social. É nesse sentido que podemos falar de teoria e prática como unidade (VASCONCELOS, 2003, p. 123).

As exigências já explicitadas de um profissional crítico, capaz de apreender o movimento da realidade social exige-se também que esse profissional possua capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Capacitado em seu exercício profissional, ele estará contribuindo para ampliação do acesso aos direitos sociais. O planejamento é uma ação estratégica a este objetivo.

O produto resultante do planejamento não é um simples documento a ser consultado. É um instrumento de luta, de negociação, de registro da prática. Se a formação profissional oferece os instrumentos teóricos para captar o movimento da realidade social é ao projetar suas ações que os profissionais se transformam em “recurso vivo”, podendo, assim, contribuir com os usuários na busca por transformações das suas condições de vida e de trabalho, ou seja, promover a saúde. É neste sentido que podemos identificar um profissional propositivo e não passivo (VASCONCELOS, 2006, p.158).

O planejamento auxilia no levantamento de dados e estudos, a respeito das demandas locais, que potencializa sua ação profissional. Outra importante estratégia é assegurar a conexão a prática profissional com a universidade, através da abertura do campo de estágio supervisionado na instituição, cursos de formação continuada, assim como assessoria e consultoria, como já citamos anteriormente.

O profissional deve favorecer o proporcionar, espaços coletivos para socialização e democratização das informações, que ampliem a participação popular. Romper com ações com fim em si mesmo, que visam soluções paliativas. Buscar ações em equipe, proporcionando ações educativas e preventivas a respeito de direitos e do processo de cuidado em saúde do trabalhador.

Essas são algumas das estratégias elencadas pela autora, que o assistente social deve buscar em seu exercício profissional, pois garante o desafio de lutar contra o projeto capitalista neoliberal, que banaliza tanto o direito a saúde pública.

SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO POLÍTICO

O Serviço Social tem como objeto as demandas advindas da “questão social”, ou seja, as variadas expressões advindas do embate entre capital e trabalho. Com o processo histórico e as novas relações que se dão entre capital e trabalho, principalmente pelas novas técnicas advindas da automação tecnológica, a questão social também ganha novas “roupagens” *“recolocando em novos patamares a exclusão social”* (MANFROI, 2003, p. 12).

Guerra (2005) ao apontar as determinações da prática profissional, considera que o Serviço Social sofre influências da categoria cotidiano, ou seja, recebe muitas demandas de caráter imediato. Considerando as complexidades das relações sociais na sociedade capitalista, devemos estar cientes que estas demandas não cessarão através de intervenções imediatas.

Segundo Guerra (2005), a ação profissional do assistente social deve se respaldar em conhecimentos sobre a totalidade social, fundamentos da profissão, sobre os fenômenos sociais, o homem como ser social, entre outros, para que assim, este profissional possa planejar e projetar muito bem suas ações. Devemos considerar que estes conhecimentos também devem contribuir para melhor desenvolvimento das diferentes dimensões que a profissão possui: Dimensão Técnico-instrumental, Teórico-intelectual, Investigativa, Ético-político e a dimensão Formativa.

A dimensão técnico-instrumental é o respaldo instrumental que a profissão possui, tanto na formulação, execução e avaliação das políticas e programas sociais. A dimensão teórico-intelectual *“tem que proporcionar um sólido referencial teórico-metodológico que permita ao profissional distinguir entre os tipos de saberes e suas possibilidades”* (GUERRA, 2005, p. 150). A dimensão investigativa deve permitir que o profissional seja um pesquisador, com atribuições de *“analisar conjunturas e contextos sócio-históricos”* (GUERRA, 2005, p. 150).

Na dimensão ético-político, o profissional deve se preocupar com os valores e princípios da profissão, instituídos no Código de Ética profissional. E por último, a dimensão formativa, que de acordo com Guerra (2005), é uma dimensão que tem sido “secundarizada” pela profissão. Esta dimensão se refere a atribuição privativa do assistente social, no qual a lei que regulamenta a profissão, reconhece-o como supervisor de forma direta de estagiários de Serviço Social.

Segundo Manfroi (2003, p.10):

[...] o projeto ético-político do Serviço Social delineou-se a partir de um processo de reflexão e amadurecimento profissional, de um processo de avaliação da atuação profissional, bem como na sua inserção nas lutas sociais contemporâneas, lutas estas de ampliação de direitos, de democracia, de participação social e no processo coletivo do trabalho.

Este projeto ético político deve como primeiro marco código de 1986, embora tenha se consolidado, na década de 1990. Foi o marco da ruptura do Serviço Social com suas perspectivas tradicionais como o neotomismo e o funcionalismo, uma ruptura que consolida a adesão do projeto profissional do Serviço Social à defesa do projeto societário da classe trabalhadora. Neste projeto, o assistente social configura-se como profissional crítico, ciente das contradições advindas do modo de produção capitalista, no qual encontrava grande respaldo “político e educativo”, dando-lhe grande dimensão e potencial político (PAIVA; SALES, 2003).

Este código de ética do ano de 1986 foi revisto, por dois motivos: um refere-se à necessidade de assegurar uma base filosófica para reflexão de valores contrários aos postos pela sociabilidade burguesa, para assegurar a consolidação de uma nova concepção de homem fundada na ontologia no ser social. Outro refere-se à necessidade de compor aspectos normativos, ou seja, especificar que era permitido, proibido e /ou vedado ao assistente social, mas sem abandonar as conquistas realizadas, mantendo:

[...] os princípios e valores que permitiram a conexão orgânica da profissão com os setores mais progressistas da sociedade; e também a construção de um projeto profissional mais afinado com as demandas inerentes a essa direção social (PAIVA; SALES, 2003, p. 178).

Ao citar que “o debate sobre a ética no Serviço Social foi desencadeado” [...] “a partir de 1991, culminando em 1993” e traz reflexões a partir de Simões dizendo que o código de ética “uma vez que sua reflexão nos possibilita vislumbrar a perspectiva do compromisso e também da necessidade de controle da sociedade sobre as práticas profissionais liberais” (PAIVA; SALES, 2003, p. 177), as autoras afirmam que o atual código de ética traz o debate vinculado a normatização profissional, mesmo o assistente social sendo um profissional liberal ele deve seguir princípios e deveres construídos coletivamente para sua atuação na sociedade.

Outras preocupações ao reformularem o código de 1986, foram de construir um instrumento normativo que possibilitasse a defesa da qualidade dos serviços sociais prestados e obter respaldo político às normas profissionais (PAIVA; SALES, 2003).

Ao abordar os princípios éticos, para melhor compreensão teórico-prática dos leitores, a autora inicia afirmando que “[...] os princípios que compõem o código de ética de

1993 tem coerência e encadeamentos internos, complementando-se entre si, o que acrescenta dialeticamente a cada um, novos sentidos e preposições” (PAIVA; SALES, 2003, p. 181).

O primeiro princípio é o do *reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais*. A liberdade aqui apontada é uma liberdade coletiva aplicada junto à equidade. Ao apontar a liberdade nesta reflexão, o código traz uma dimensão de indivíduo social, que possui direito a liberdade que em convívio social, necessita da realização de todos. Ciente de que esta liberdade é colidente ao modo de produção capitalista, cabe ao assistente social difundir esta liberdade na realidade social, indo contra a concepção de liberdade individualista que prega o neoliberalismo (PAIVA; SALES, 2003).

O segundo princípio é o da *defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo*. Não há como desvincular aumento da desigualdade social e as péssimas condições de vida com as variadas expressões da violência na atualidade, seja ela praticada por roubos, violência cometida por policiais ou até mesmo pela população que deseja fazer justiça com as próprias mãos. Assim o segundo princípio remete a defesa dos direitos humanos pelo Serviço Social, contrário ao senso comum, que se constitui por reflexos da ideologia dominante e visualiza os direitos humanos como defensor dos criminosos e “pobres de espírito por natureza” (PAIVA; SALES, 2003).

O terceiro princípio é o da *ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras*. A cidadania aqui vai além da cidadania mínima e precária que praga o liberalismo, implica em uma concepção ampla, de universalização dos direitos, políticos, sociais e civis. Esta consolidação é cercada de entraves e conflitos, por isso, esta conquista deve partir das particularidades para a universalidade e conquista de direitos. A autora aponta que este princípio, é vital no projeto ético político, pois atuamos também como viabilizadores de direitos (PAIVA; SALES, 2003).

O quarto princípio é o da *defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida*. Assim como a cidadania, a democracia também se mostra ampla, não só na participação de decisões políticas e sim na distribuição de riquezas, indo também contra as relações sociais de exploração do modo de produção capitalista. Ou seja, o nosso projeto ético político questiona este modo de

produção excludente, que possui um terreno econômico contraditório e que não favorece aspectos éticos. Sendo assim o assistente social, guiado pela democracia, deve buscar ampliar as possibilidades e formas de participação dos usuários nas instituições que lhe oferecem serviços (PAIVA; SALES, 2003).

O quinto princípio é o do *posicionamento em favor da equidade e justiça social, de modo a assegurar a universalidade de acesso a bens de serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como a sua gestão democrática*. A justiça assim como a democracia, a cidadania e a liberdade são possíveis de reflexão por uma população que tenha direitos iguais, direitos estes adquiridos não naturalmente e sim por um processo de mobilização e lutas políticas. O assistente social deve sempre refletir e buscar a universalidade em seus processos de trabalho, através de programas e políticas públicas que contribuam para a universalização do acesso a serviços sociais, deixando assim a prática de seleções rigorosas dos mais necessitados dentre os mais pobres (PAIVA; SALES, 2003).

O sexto princípio é o do *empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças*. Este princípio trata de algo novo entre os códigos anteriores, pois trata do indivíduo em suas relações com os diferentes, sejam por valores culturais ou ideológicos. O assistente social lhe dá com esta relação no confronto de diferentes valores com os usuários e com seus colegas profissionais. Os valores culturais são construídos coletivamente e historicamente reconstruídos por aqueles que os utilizam. Mas a princípio as pessoas podem se apropriar de valores sem refleti-los, utilizando assim de argumentos “fáceis” rotulando os indivíduos em suas relações sociais (PAIVA; SALES, 2003).

De acordo com Barroco (1998, p. 73) o preconceito consiste em ser: “[...] o resumo da autoridade e da ordem; é o conhecimento trazido pela experiência prática, da qual participam não a razão teórica, mas as emoções, o empírico e a possibilidade de uma decisão diante de um fato moral.”. O Assistente Social diante disto deve guiar-se a partir dos princípios citados anteriormente e no convívio coletivo exercitar o respeito, a liberdade e a tolerância de expressões valorativas que se diferencie dos seus, para assim contribuir para a não alienação e respeito a diversidades (PAIVA; SALES, 2003).

O sétimo princípio é a da *garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e do compromisso com o*

constante aprimoramento intelectual. O pluralismo quer dizer a existência de diferentes seguimentos teóricos e político-ideológicos, no qual os indivíduos têm a opção de acreditar naquele que melhor lhe trará condições de conhecer e desenvolver sua prática profissional e/ou prática ativa em movimentos sociais. Assim, este princípio aborda que o assistente social deve respeitar, tolerar e quando possível combater idéias que não favorecem o aprimoramento intelectual dos assistentes sociais (PAIVA; SALES, 2003).

O oitavo princípio é a *opção por um projeto político profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação – exploração de classes, etnia e gênero.* No código atual, além de “manter-se” aliada a classe trabalhadora, o Serviço Social abrange para as discussões e percepções de etnia e gênero. O assistente social ao ter orientações teóricas metodológicas críticas referente ao modo de produção capitalista, e mais recentemente a ofensiva neoliberal, o profissional luta na defesa de direitos políticos, civis e sociais na busca da justiça social, que vai de encontro também com uma luta por uma nova ordem societária (PAIVA; SALES, 2003).

O nono princípio é o da *articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse código e com a luta geral dos trabalhadores.* A importância do profissional, estar vinculado aos movimentos sociais e à luta geral dos trabalhadores, buscando na prática profissional, meios que se concretize a construção de uma nova ordem societária sem dominação e “*potencializando a dimensão política da prática profissional*” (PAIVA; SALES, 2003, p. 204).

O décimo princípio se refere ao *compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva de competência profissional.* O Assistente Social deve preocupar-se com um processo constante de aprendizagem e estudos, que garanta seu aprimoramento intelectual e que lhe forneça referências e/ou subsídios para a prática profissional.

A motivação e mobilização dos profissionais, provocadas por esta tríade – ética, técnica e política – favorece, assim, não só uma releitura do poder institucional, mas um rompimento com a apatia, resignação, tédio e frustração, associados à falta de alternativas de intervenção, típica do estágio de “insulto aos males” do cotidiano. (PAIVA; SALES, 2003, p. 204)

Motivados por esta tríade a categoria profissional deve buscar sempre que possível o aprimoramento intelectual, contribuindo assim para a legitimação da profissão na sociedade (PAIVA; SALES, 2003).

O décimo primeiro princípio se refere ao *exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física*. De acordo com as autoras o assistente social, deve respeitar as diferenças que existem na sociabilidade humana, preservando o direito a identidade, devemos tolerar as diferenças. Mas tolerar não é se omitir nem ser conivente.

Tolerar é aceitar o que poderia ser condenado [pelo preconceito], é deixar fazer o que se poderia impedir ou combater. Por tanto é renunciar a uma parte de seu poder, de sua cólera. (COMTE-SPONVILLE apud, PAIVA; SALES 1998, p. 206-207).

O profissional tem o direito e o princípio ético de ações igualitárias, contra comportamentos autoritários que persigam as pessoas e suas diferenças, sejam elas sexuais, éticas, entre outras. Mas a efetivação da atuação profissional, de acordo com estes princípios éticos não morrem neles mesmos, dependerá também da categoria profissional articulada em relação aos interesses da população e a qualidade da formação acadêmica para o desempenho profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assistente social, independente da área de atuação, deve sempre aprimorar, constantemente seus conhecimentos teóricos metodológicos, conforme o décimo princípio do código de ética profissional que se refere ao *“compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional”* (CFESS, 1993). Atuar nesta perspectiva, nos coloca diante do desafio de buscar, cada vez mais, a qualidade dos serviços prestados à população, como por exemplo, a implementação de políticas de humanização do atendimento, bem como a implementação de técnicas e procedimentos de rotina pautados sobre o incentivo à participação e controle social do usuários dos serviços da saúde.

Podemos considerar que alguns princípios do código de ética profissional, vão de encontro com a defesa da saúde como direito de todos e concorre para a necessária implementação como uma política que garanta a viabilidade deste direito, de forma integral e universal pelo Estado. Trata-se de uma política a ser gerenciado de forma democrática, priorizando a participação política dos usuários, nas instâncias de controle social.

O Serviço Social na área da saúde, está inserido no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a articulação com as outras categorias profissionais é muito importante para um trabalho que busque o serviço de saúde pública e de qualidade. A garantia do pluralismos na atuação em equipe de saúde, também deve ser priorizada, ou seja, deve-se respeitar e combater, quando possível, as diferentes concepções teóricas e políticas-ideológicas, conforme consta no sétimo princípio do código de ética: *“Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais existentes e suas expressões teóricas e compromisso com o constante aprimoramento intelectual”* (CFESS, 1993).

No trabalho em equipe de saúde as atribuições devem estar claras e especificadas. Cada profissional e cada área deve contribuir, enriquecendo o trabalho em equipe, ou seja, as diferenças entre os profissionais, a respeito de suas competências e atribuições, contribuem para o atendimento ao usuário. E para que essas diferenças sejam entendidas e valorizadas no trabalho em equipe, exige-se que todos tenham clareza das atribuições profissionais.

Como apontamos anteriormente, no processo de trabalho em saúde, há uma co-participação do sujeito. O usuário além dos procedimentos clínicos deve receber orientações de continuidade deste tratamento, mas que dependerá de condições concretas e subjetivas de vida, seja nas condições sanitárias de sua moradia, alimentação, serviços disponíveis em seu bairro, assim como as relações sociais, familiares entre outras.

A partir dessa perspectiva, devemos considerar a autonomia dos sujeitos envolvidos nos serviços de saúde. Este processo também dependerá da adesão do sujeito ao tratamento, mas para que isto aconteça de forma consciente, os profissionais de saúde devem pautar seu trabalho numa relação de igualdade com o usuário, considerando o usuário como um sujeito de direitos e uma relação de serviço livre de ações discriminatórias e autoritárias.

O assistente social, neste trabalho, deve, sobretudo, entender as determinantes sócio-históricas que incidem em dificuldades de escolha e adesão ao tratamento. Deve ter clareza que as condições de consciência, e portanto, dos níveis de aceitação que estão relacionadas a

estas condições materiais. Deve ter presente que os níveis de alienação diversos estão presentes nas construções subjetivas do usuário e cabe, ao técnico, exatamente por respeitar a capacidade de autonomia deste usuário, desenvolver um trabalho de exercício reflexivo com clareza das situações presentes na sua dificuldade de ampliação de consciência. Isto, sobretudo, pelo primeiro princípio do código de ética que nos referimos anteriormente sobre o *“reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”* (CFESS, 1993).

O assistente social vinculado ao Movimento da Reforma Sanitária, na busca intransigente de saúde pública de qualidade, deve ter presente o disposto no nono princípio ético *“articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”* (CFESS, 2009), no qual potencializa a dimensão política da profissão, assim como o movimento social no qual os profissionais se vinculam.

Devemos lembrar que os princípios éticos, assim como o projeto ético político da profissão, tem uma perspectiva de ruptura com o Serviço Social conservador, assim como as demais práticas conservadoras. As produções citadas e que fundamentam esta pesquisa, Costa (2006), Vasconcelos (2003) e o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2009) apontam a necessária superação do modelo médico hegemônico, que possui a concepção de saúde curativa individual, no sistema de saúde no país. Apontam, assim, a necessária busca e conquistas das diretrizes e princípios do SUS, constituídos principalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, que preconiza a saúde preventiva e coletiva.

Os profissionais que compõem o processo de trabalho da saúde e, principalmente os assistentes sociais, devem compor esta luta e proporcionar que a população também se conscientize da participação na construção da efetivação do SUS, pois ainda temos uma política de saúde focalista, aliada as práticas de saúde individualista e de interesses mercantis.

De acordo com a pesquisa, o assistente social deve estar apto a compreender o movimento da realidade social. Para isso exige que o profissional além da postura crítica frente à realidade deve ter a capacidade teórico-metodológica, ético política e técnico-operativa de compreender e operá-la.

Além de algumas estratégias explicitadas por Vasconcelos (2003), como o planejamento das ações, a priorização de espaços coletivos, assim como a promoção de ações educativas e preventivas. Estas apresentam-se como desafios constantes que os assistentes sociais devem conviver, com a perspectiva de luta coletiva, junto as demais profissões e órgãos representativos que defendam os direitos sociais e a favor de um projeto societário, sem exploração e discriminação de classes, etnia e gênero.

ETHICAL PRINCIPLES AND THE PROFESSIONAL PRATICE OF SOCIAL WORK IN THE HEALTH CARE AREA

ABSTRACT

The construction of this study was through literature, with the goal of facilitating an understanding of the ethical principles of the profession and use these as a professional social worker in healthcare. For this purpose, some authors as the main references: Baroque (2006), Vasconcelos (2003), Costa (2000) Sales and Paiva (2003). It was noticeable in the research that the professional social worker in health care must seek to develop links with the theoretical basis and effectiveness of the Project Political Ethics of the profession, the Health Reform Project and the National Health System. The social worker should maintain a critical stance against the conservative hegemonic practice, which does not favor free access to social rights, as well as political participation and democracy in instances of public health and social control.

Keywords: Professional ethics, Social Workers, Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROCO, M. L. S. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2006

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde* (versão preliminar). Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, 2009.

_____. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. *Caracteriza o assistente social como profissional de saúde*.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: *Serviço Social & Sociedade*. ed. Cortez: São Paulo. Nº 62, ano XXI, 2000, pág. 35 – 71.

DUARTE, A. H. C. *O GRASS e As Expressões do Exercício Profissional do Assistente Social na Área da Saúde em Londrina – PR*. 2009. 120f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Londrina, 2009.

GUERRA, Y. *O potencial do ensino teórico-prático no novo currículo: elementos para o debate. Katálysis*. Florianópolis, V. 8, Nº 2, p. 147-154. 2005.

MANFROI, V. M. O Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: *Conexão*. Montes Carlos – MG, V. 1, 2003, pág. 9- 15.

PAIVA, B. e Sales, M. A nova ética profissional: Práxis e Princípios. In: *Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis/ Dilsea A. Bonetti (org)*. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, A. M. *A prática do Serviço Social – Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VÁSQUEZ, A. S. O que é Práxis & Unidade entre teoria e prática. In: *Filosofia da Práxis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

O CUIDADO DOMICILIAR NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Lenara Lamas Stelmak^{*}

Vera Maria Ribeiro Nogueira^{**}

RESUMO

O artigo apresenta uma revisão de literatura sobre os significados e a construção do cuidado domiciliar na atenção à saúde. Partindo do entendimento do Cuidado como intrínseco às relações humanas, no exercício de vida, o texto abrange o histórico do Cuidado Domiciliar e sua construção, hoje, na atenção à saúde e na Política Nacional de Saúde. Enfatiza, ainda, o cuidador como o responsável e/ou responsabilizado pelo cuidado nesta difícil tarefa.

Palavras-Chave: Cuidado, Cuidado Domiciliar, Cuidador.

INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar é um processo em construção no Brasil, envolvendo profissionais preparados tecnicamente e, sobretudo, no plano ético, em decorrência de atendimento domiciliar, quando “se adentra” na vida das pessoas em situações difíceis e delicadas. Situa-se, ainda, como uma questão polêmica com defensores e críticos esgrimindo argumentos teóricos e práticos sobre esta modalidade de atenção. A maioria dos estudos sobre o cuidado domiciliar está ligado às disciplinas de Medicina e Enfermagem. Entretanto, o Serviço Social vem integrando esta trajetória com trabalhos ricos e instigadores, entre outros, como os de Miotto (2003), Karsch (2004) e Andrade Silva (2007) e nos debates de Martinelli (2009). Este estudo discorre, brevemente, sobre a acepção do cuidado em de áreas como a Filosofia, a Teologia e a Sociologia. Posteriormente, trata-se do cuidado domiciliar, seu histórico e seu conceito e, também, da definição de cuidador.

Apresenta o cuidado domiciliar, no concernente à política nacional de saúde e às suas interfaces tendo, como foco, a seguinte questão: sem o devido respaldo para o oferecimento de um serviço de qualidade, não poderá o cuidado domiciliar ser o criador do adoecimento, no futuro, da pessoa responsável pelo cuidado no domicílio, isto é, do cuidador? (STELMAK;

^{*} Mestranda do Curso de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas.

^{**} Professora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UCPel, Pelotas/RS e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC, Florianópolis/SC. Pesquisadora do CNPq.

SILVA, 2009.) Composto o quadro argumentativo relaciona o cuidado domiciliar e a família enquanto suporte para esta modalidade de atenção no Brasil.

CUIDADO

Certa vez, atravessando um rio, “Cura” viu um pedaço de terra argilosa; cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o seu nome. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a “Cura” quem primeiro o formou, ele deve pertencer à “Cura” enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra)’ (HIGINO apud HEIDEGGER, 1993, p. 263-264).

A conhecida fábula 220 do filósofo romano Higinio definia o ser humano como “ser de cuidado”, significação assumida por Martin Heidegger (1993) em *Ser e Tempo*, fazendo-o tornar-se reconhecido como o filósofo do cuidado.

A palavra cuidado tem sua derivação do latim cura, (BOFF, 1999, p.91), sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra cura era grafada como coera e usada, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietude pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros vocábulos deram origem a cuidado como cogitare-cogitatus e sua corruptela coyedar, coidar, cuidar. O sentido de cogitare-cogitatus era o mesmo de cura: cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo e de preocupação pelo outro. O cuidado surge somente quando a existência de alguém é importante para mim, não se tem cuidado, se é cuidado (BOFF, 1999).

Silva (2007) utiliza a palavra desvelo para significar cuidado em sua obra, definindo-a como efeito de desvelar: privar do sono, passar a noite sem dormir, velar, grande cuidado, carinho extremo, envolvimento e dedicação. Como se pode ver, cuidado é definido em várias situações como doar-se, exercício de vida, relação consigo e com os outros, desenvolvimento humano e social. Por isso, é interessante recorrer a Foucault, que buscou em

Sócrates a fala sobre o cuidado de si. Foucault remete a dimensão do cuidado para com a humanidade, aos concidadãos e à família. Assim diz:

[...] três coisas importantes: [o cuidado de si] é uma missão que lhe foi confiada pelo deus e que não a abandonará antes de seu último suspiro; é uma tarefa desinteressada para a qual não pede nenhuma retribuição, cumpre-a por pura benevolência; enfim, é uma função útil para a cidade, [...] pois ao ensinar aos cidadãos a ocuparem-se de si mesmos (mais do que de seus bens) ensina-lhes também a ocuparem-se da própria cidade (mais do que de seus negócios materiais) (FOUCAULT, 1997, p.119-120).

Foucault (1987), inspirado nos gregos, mostra outra face do cuidado. Esse autor propõe que, antes de cuidarmos dos outros, aprendamos a cuidar de nós mesmos. Não descreve o cuidado de si como autonomia solitária, mas solidária. A prática reflexiva da liberdade poderia ser condição transformadora do trabalho não só em algo humano para o cuidador, mas para o usuário. Dessa forma, estariam exercendo efetivamente a arte de cuidar (WENDHAUSEN; RIVERA, 2005).

Outra reflexão teórico-filosófica, a do cuidado emancipatório, aborda o cuidado de forma ambivalente, sendo ele político – presente na dialética do homem – e solidário – conformando-se nas relações que produzem ajuda e poder. A politicidade do cuidar expressa-se na mediação de interesses, na negociação árdua de projetos e no modo de ser solidário ou de vir a ser político. É o chamado cuidado emancipatório (PIRES, 1998).

HISTÓRICO DO CUIDADO DOMICILIAR

Referências ao cuidado domiciliar aparecem, desde narrações do novo e do velho testamento, como atendimento aos doentes em seus domicílios. Habitualmente, as pessoas eram tratadas em casa, predominantemente cuidadas por uma figura feminina, consanguínea ou por uma pessoa da comunidade. Para Chaves (2004), já existia a divisão social do trabalho nesse tempo: homens eram responsáveis pelos alimentos e pela defesa e as mulheres ficavam responsáveis pelo cuidado da família.

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O atendimento aos pacientes era realizado nas casas dos doentes pelo

médico que convivia na intimidade dos lares, dividindo os momentos significativos da vida familiar (doenças, almoços, jantares, casamentos, nascimentos, conflitos), como também compartilhando segredos (BRASIL, 2003).

Só no final do século XVIII surgem os hospitais para tratar os doentes, institucionalizando o cuidado. “O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII.” (FOUCAULT, 2004, p. 99). Até o término do século XVIII, usava-se o hospital para a caridade, a fim de cuidar dos pobres e desamparados. O cuidado era realizado por irmãs de caridade, padres e leigos piedosos (CHAVES, 2004).

Com a urbanização, o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde e a concentração do cuidado às pessoas no modelo hospitalocêntrico, modificou-se a atuação da medicina (BRASIL, 2003). Posteriormente, alterou-se esta percepção e os hospitais passaram a ser encarados como os responsáveis por enormes gastos do Estado, “daí o apoio ao atendimento domiciliar e à desospitalização da população” (SILVA, 2007, p. 30). Assim, começa o interesse pelo tratamento no domicílio, no plano econômico, para diminuir gastos, e sendo justificado como a possibilidade de oferecer maior conforto aos pacientes.

A primeira unidade em atendimento domiciliar foi registrada nos EUA, em 1947 e tinha o objetivo de descongestionar o hospital e possibilitar a pacientes e seus familiares um ambiente mais acolhedor. Iniciada nos EUA, essa experiência se difundiu por toda a América do Norte e pela Europa. Dados de 1999 relatam a existência de 20.215 organizações atendendo oito milhões de pacientes por ano (REHEM; TRAD, 2005). Na Europa, a primeira experiência formal teve lugar em Paris, França, em 1957. O chamado Santé Service ainda presta assistência a pacientes crônicos e com enfermidades sem cura.

No Brasil, provavelmente, a primeira experiência de cuidado domiciliar tenha sido a desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – Samdu, criado em 1949. Esse serviço era ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, tendo sido incorporado pelo INPS em 1967 (MENDES JÚNIOR, 2000-2001). Um fator que diferencia a origem desse tipo de atendimento nos EUA da origem no Brasil é a presença do Estado brasileiro nas atividades de assistência domiciliar. O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, pertencente ao Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual, mantém um

serviço de assistência domiciliar a pacientes crônicos desde 1967, contando, portanto, com uma vasta experiência (MENDES JÚNIOR, 2001).

Atualmente, o cuidado domiciliar constitui uma atividade a ser realizada em atenção à saúde. Na perspectiva ministerial, concorre para o fortalecimento dos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), constantes da Constituição Federal, como universalidade, equidade e integralidade. Há pouco regulamentado pela lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002), estabelece a Assistência Domiciliar como modalidade de assistência em saúde, operacionalizada pelas Estratégias de Saúde da Família, pelas Unidades Básicas de Saúde e pelo Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. Atualmente, no Brasil há aproximadamente 20 mil equipes atendendo a 60 milhões de pessoas em cuidado domiciliar (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

CUIDADO DOMICILIAR

Na literatura, encontramos uma variedade de termos para designar a atenção à saúde no domicílio: assistência domiciliar – designação predominante –, cuidado domiciliar, atenção domiciliária, Home Care, internação domiciliar. A existência dessa gama de termos decorre das dificuldades históricas em caracterizar as diversas modalidades relacionadas a Home Care, porém sua variedade não as torna distantes no concernente à atenção à saúde no domicílio.

A Organização Mundial de Saúde- OMS- define Assistência Domiciliar como:

[...] a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos.

Alguns autores utilizam o termo atenção domiciliar para definir a modalidade de maior amplitude na atenção à saúde no domicílio, a qual envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (BRASIL, 2006)

No Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003), tem-se a assistência domiciliar “como um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde” (p. 9).

Klock, Heck & Casarim (2005) relacionam o conceito de cuidado domiciliar ao contexto histórico, sendo definido como aquele que “envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade...” (p.238).

Portanto, compreende-se o cuidado domiciliar como a forma de tratamento em que o paciente, sujeito de direitos de cidadania, em um contexto integral, e atendido por diferentes disciplinas num trabalho de condutas profissionais conjuntas, ligadas ao seu contexto social. Isso compreende uma gama de serviços realizados no domicílio por equipes de saúde (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Nesse sentido amplo que se dá à saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, afirma:

El pensamiento actual en el campo de la salud pública se ha desplazado más allá del simple reconocimiento de las causas biológicas y conductuales de la enfermedad para incluir un examen de las relaciones entre el contexto sanitario y el social, es decir, la forma en que obran la pobreza, el género y el origen étnico, entre otras cosas, como factores determinantes de la salud (OPAS apud MOTA, 2008, p. 228).

Conforme o exposto, considera-se o cuidado domiciliar levando em conta aspectos do processo saúde-doença, enfocando o fato de a saúde ir além de não estar doente, mas compreender também direitos de cidadania. Tem como objetivos: otimização dos leitos hospitalares; redução de custos com internação; busca por melhores e mais direcionadas terapêuticas; tratamento humanizado a pacientes e familiares; mudanças no perfil epidemiológico da população; exigência de humanização; maior integração da equipe de saúde com paciente e com sua família; realização de “morte digna” ou recuperação mais eficaz e com menores traumas (SILVA, 2007).

O CUIDADO DOMICILIAR NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Em matéria do jornal Correio do Povo de Porto Alegre, levanta-se um debate sobre o atendimento domiciliar e nele um leitor do jornal fez a seguinte manifestação:

A princípio a ideia de cuidado domiciliar é bem-vinda, afinal, é salutar poder imaginar que as pessoas possam estar dentro de seus espaços de pertença, próximas às pessoas que amam, dos animais de estimação e de maior controle sobre a própria vida. Assim, o cuidado domiciliar poderia colaborar para o implemento de autonomia do usuário. Entretanto, quando se pensa na questão dos custos, pode existir um movimento mediado muito mais pelo "econômico" que ensaia transferir custos para quem não tenha como arcar com eles. Por exemplo, quando as casas começam a ter que manejar formas de cuidado em uma rede de atenção básica deficiente ou quando tem que consumir produtos exigidos por tipos específicos de dietas, ou quando tem que arcar com materiais e utensílios que fazem parte da dinâmica hospitalar não havendo condições materiais para isso. A prática do cuidado domiciliar tem que estar atrelada a uma efetiva política pública de saúde que intensifique o trabalho em rede. A redução dos custos seria uma simples consequência e não um motivador. (Jornal Correio do Povo, 2008)

Embora uma modalidade nova de atendimento à saúde, a sociedade começa a se manifestar e só agora, após 12 anos da implantação do SUS, a Política Nacional de Saúde, surge a lei que regulamenta a assistência domiciliar, como modalidade de assistência em saúde. A lei nº 10.424 - de 15 de abril de 2002, a regulamenta como um subsistema do SUS denominado de

“SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR”.

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação (BRASIL, MS, 2002).

Esta normatização que diretamente se refere, no âmbito do Brasil, aos cuidados domiciliares, está inserida na proposta do SUS e, como tal, torna-se universal e igualitária,

mas ineficaz em sua aplicabilidade, bem como não faz referência ao cuidador, aos seus direitos e muitos encargos.

Nos estudos e práticas que vêm sendo desenvolvidas no Brasil, é possível classificar a assistência domiciliar em algumas modalidades como: atendimento domiciliar; internação domiciliar; acompanhamento domiciliar; vigilância domiciliar e ações preventivas; acompanhamento de egressos hospitalares, tendo, como princípios básicos (BRASIL, MS, 2003): “abordagem integral à família; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; adscrição da clientela; inserção na política social local; estímulo a redes de solidariedade”.

Podemos dizer que é um processo complexo, inovador, exigindo abertura para a interdisciplinaridade se efetivar. Poderá abranger o atendimento a vários doentes e patologias diversas, além de requerer constante rede de apoio, assim expresso:

- 1- Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo.
 - 2- A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, e sim, pelo sistema de saúde.
 - 3- Requer, em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois.
 - 4- Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados pode ser necessária a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária com os da Atenção Primária à Saúde.
 - 5- É imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado.
 - 6- Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e o apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade.
- A participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterize pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações. (BRASIL, MS, 2003, p. 11).

Como todo processo, o cuidado domiciliar ainda apresenta dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento da assistência domiciliar (Brasil, MS, 2003). A consequente “falta de literatura sobre a avaliação do cuidado domiciliar, no qual existam critérios e padronização para a realização da mesma” (KLOCK. , HECK; CASARIM, 2005, p. 241) aponta para muitos questionamentos a respeito dos ganhos e perdas do cuidado domiciliar,

tanto para os doentes quanto para os cuidadores e as equipes técnicas. Citamos Lacerda que observa como ponto positivo:

[...] a certeza de que os maiores beneficiados da atenção domiciliar à saúde serão os clientes e seus familiares, porque o cuidado passará a ser individualizado, humanizado, distante dos riscos iatrogênicos, pertinentes ao contexto hospitalar e, acima de tudo, contará com a participação do principal cuidador: o familiar ou o significante (2006, p. 94).

Outros estudiosos do cuidado domiciliar levantam algumas questões pertinentes, tais como:

O Sistema Único de Saúde teria condições de disponibilizar recursos humanos, equipamentos e materiais para a realização desta modalidade de atenção na residência do usuário, seja ela vinculada ao hospital ou a atenção básica? Este questionamento não visa expressar uma posição pessimista quanto às perspectivas de implantação e implementação da assistência domiciliar no Brasil. Na realidade, ele é trazido para lembrar que, em um contexto de recursos escassos, diferentes projetos competem no âmbito das políticas públicas e há que estar atento para aspectos estratégicos como: o processo de definição de prioridades, base de apoio institucional e social, inserção nas agendas de governo (REHEM; TRAD, 2005, p. 241).

Consideração igualmente importante se faz a respeito do cuidador, aquele que cuida por opção e também quem cuida por falta de opção, que torna o cuidado muito mais desgastante e gera sentimentos de sacrifício, culpa e perdas. No cuidado domiciliar quase sempre há um emaranhado de sentimentos contraditórios trazendo mais sofrimento: cuida-se de alguém que sofre e sofre-se porque se cuida. Segundo Mendes "... não há um preparo ou intenção prévios, "escorrega-se para dentro da situação" (1995). E Silva corrobora com esta posição dizendo:

[...] por uma série de motivos velados que a experiência cotidiana desvela: impossibilidade ou desinteresse de outros familiares, desemprego deste que irá assumir o papel, proximidade emocional ou física (residem na mesma casa), obrigação, amor, culpa, retribuição, gratidão. Na maioria das vezes, os motivos se inter-relacionam, se sobrepõem, se complementam e em algumas situações, não são tão claros no emaranhado de emoções e de obrigações daí gerados... e são poucos os estudos que indicam os resultados positivos do cuidar para quem exerce tal atividade (2007, p.12-13).

No cuidado domiciliar reaparece a questão da sociedade estar separada por espaços e atividades masculinas e femininas: o cuidar está adscrito ao sexo feminino (LIMA, 2003), em razão dos componentes históricos que delegam à mulher as ações de cuidar de sua família e aos homens, prover o sustento. Assim, no cuidado domiciliar acontece a divisão de valores entre homens e mulheres e gerações. E, segundo Aguirre:

La pregunta acerca de quién asume los costos del cuidado de las personas dependientes tiene implicancias en los niveles macro y micro. A nivel macrosocial, se plantea cómo encarar la división del bienestar entre Estado/familia/mercado/comunidad. A nivel microsocia, se vincula a la división de tareas entre varones y mujeres y entre generaciones. Ello supone cambios en los contratos de género y entre generaciones (AGUIRRE, 2007, p.194).

Dentre todos os ganhos e perdas do cuidado domiciliar ficam, para os profissionais da saúde, grandes desafios. E um deles diz respeito à formação profissional e ao trabalho em equipe interdisciplinar, entendido por Andrade como uma ação realizada por uma equipe interdisciplinar, não obrigatoriamente proporcionando resultados satisfatórios, mas sendo sempre a que chega mais próximo do ideal (2010). Por isso, Nogueira diz:

[...] a abertura para o novo, para o desconhecido, para a mudança é um dos requisitos para o sucesso do trabalho interdisciplinar, o qual supõe reconhecer o conhecimento do outro, trocas e reflexões com inúmeros pontos de vista diferenciados, a complementaridade e a construção de projetos com objetivos comuns (2000, p. 47).

Considerando o meu enfoque no cuidador, utilizo o Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, MS, 2003) para elucidar quais são as atividades destinadas ao cuidador familiar.

“Ao qual compete a seguinte atribuição:

Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.

Estimular e ajudar na alimentação.

Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.

Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações).

Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.

Servir de elo entre o doente/ família e a equipe de saúde.

Administrar medicações conforme prescrição.

Comunicar à equipe de saúde as intercorrências” (p.26).

Como venho tratando deste estudo, o cuidador, no cotidiano do cuidar recebe muitas atividades a responder, para o conforto e bem-estar do doente. Resta analisar, ainda, qual qualidade de vida tem este cuidador com a sobrecarga de atenção a dispensar ao outro. Nas palavras de uma cuidadora isso melhor se expressa: “[...] não tenho tempo nem de rezar...” (Joana). E refletir que rezar pode ser apenas a formulação de um pensamento.

CUIDADO DOMICILIAR E FAMÍLIA – UMA RELAÇÃO DELICADA

Para colocar em estudo o cuidado domiciliar, sem dúvida, é imprescindível discutir a família. Essas duas categorias estão relacionadas permanentemente em toda a história da humanidade. A família, no ideário do senso comum, é reconhecida no decorrer do tempo pelo seu papel de cuidadora e protetora de seus membros. O cuidado é passado de geração em geração: pais cuidam de filhos e filhos cuidam de pais, marcando a valorizada importância da família na vida social.

Historicamente, a família assumiu diferentes configurações, originando igualmente uma variedade de conceituações. Em grande parte da história, a família foi formada por pai, mãe e filhos, no modelo patriarcal expandido de laços consanguíneos e fortemente ligados a dogmas religiosos.

Na legenda de uma obra de arte de Humbelot-Huart do final do século XVII, pode-se visualizar essa família, colocada no mesmo plano de Deus e do Rei: “Feliz daquele que segue a lei do céu/ e emprega a parte mais bela de sua vida / em bem servir a seu Deus, sua família e seu Rei ”(ARIÉS, 2006, p. 141). O autor Ariés descrevia a família pela análise das imagens e obras de arte da época, uma vez que, naquele momento da história, não havia escritos sobre o grupo familiar.

Ainda hoje tal concepção é veiculada na sociedade. Embora muitos avanços tenham sido alcançados com o passar dos tempos, através das lutas feministas, das revoluções econômicas, sociais e políticas, dos movimentos sociais, da evolução dos tempos, essa composição de família ainda é muito arraigada aos costumes sociais.

Porém, na contemporaneidade, a família é formada em novos arranjos, com uniões livres, famílias monoparentais femininas ou masculinas, famílias compostas por

homossexuais, o que nos dá ciência dessas mudanças e colocam em questão a hegemonia da família nuclear (STAMM; MIOTO, 2003).

O conceito de família amplia-se, envolvendo muitos outros aspectos da vida das pessoas, sejam eles sociais ou econômicos, criando novas situações e diferentes intervenções. A família pode ser definida com o conceito do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina - GAPEFAM/UFSC:

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócioeconômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros.” (ELSEN et al., 1992, p. 6).

Portanto, a família contemporânea é aquela que acolhe todas as relações de afeto, valores, de satisfação do cotidiano da vida, reestruturando-se e, em alguns momentos, gerando inseguranças; noutros, libertando-se de antigas amarras opressoras familiares (PEREIRA, 1995). Mas, acima de tudo, na definição de Synders (apud LORÍA, 2007), “es un lugar en el que, específicamente, puede darse y recibirse una agitada ternura; por eso decimos que es un ámbito irremplazable” (p.338).

Para elucidar a “nova família”, Pereira ressalta seu caráter contraditório, “ponderando que o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e consensos, devendo ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca” (2009, p. 38).

A família geralmente é forte na solidariedade, como refúgio contra o desamparo e contra a insegurança da existência; é forte, ainda, porque nela se dá a reprodução humana, a socialização e a transmissão de ensinamentos. Porém é frágil, também, pois seus membros convivem com despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas, que podem gerar inseguranças ou a emancipação e bem-estar de indivíduos historicamente oprimidos: mulheres, crianças, jovens e idosos. (PEREIRA, 2009).

É fato que todas essas mudanças na família estão intrinsecamente relacionadas às transformações ocorridas na sociedade, na qual predomina o caráter liberal “com a pressão da

agenda dos organismos internacionais” (MIOTO, 2009, p. 43) e “associadas à privatização e à participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais” (PEREIRA, 2004, p.139). Ainda assim, a família continua a ter papel significativo na organização e no desenvolvimento da proteção social (MIOTO, 2008).

O capitalismo trouxe mudanças na forma de prover a proteção social, até então assegurada pela família, pela igreja e pelos senhores feudais, por meio da solidariedade. Os impactos do capitalismo na família podem ser elencados nos efeitos da separação entre rua e casa; da divisão de tarefas entre a mulher e o homem; da instauração do salário individual, ocorridos nas relações e nas condições de vida da classe operária.

Assim, aparece a família como instância privada, com uma clara divisão de papéis entre homens e mulheres, sendo o homem o provedor “moral” da família e a separação do indivíduo (homem e trabalhador assalariado). Desse modo, surge o reinado da família como fonte de proteção por excelência, ou seja, a família passa a ser o “canal natural” de proteção social, vinculado às suas possibilidades de participação no mercado para compra de bens e serviços necessários à provisão de suas necessidades (SECCOMBE apud MIOTO, 2008, p.131)

Para Miotto (2008), a questão social determinou mudanças significativas nas formas de proteção social, levando o Estado a intervir na regulação das relações entre a economia e as demandas sociais. Deste modo chegou-se, no âmbito da sociedade europeia do pós-guerra, a “uma concepção da forma e do uso dos poderes do Estado”, denominado de Estado de Bem-Estar Social (HARVEY apud MIOTO, 2008, p. 134).

A mudança nas relações econômicas exige, também, trabalhadores saudáveis, corpos cuidados e limpos para a produção, inaugurando nas famílias a relação entre “cuidador” e “cuidado”, legitimando a diferença entre burgueses e trabalhadores. Assim, as mulheres tornam-se cuidadoras (CAPONI, 2000), o que não é compatível com suas conquistas de cidadãs (PEREIRA, 2009).

Para Esping-Andersen (1991), a proteção social nos diferentes Estados de Bem-Estar Social configura-se por meio de dois conceitos: desfamíliação e familismo. A desfamíliação refere-se ao grau de abrandamento da responsabilidade familiar quanto à provisão de bem-estar social, seja através do Estado ou do mercado. O familismo, ao contrário, está presente nos sistemas de proteção social “em que a política pública considera – na verdade insiste – em

que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (ESPING - ANDERSEN, 1991, p.5). Isso corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado (MIOTO, 2008).

No Brasil, Campos e Miotto (2003); Miotto; Campos e Lima (2006) colocam o país no grupo dos denominados Estados familistas. Para as autoras, no Brasil isso pode ser verificado tanto nas definições legais quanto nas operacionais das políticas sociais brasileiras ao longo do tempo.

Nos últimos tempos, vive-se o capitalismo sob a égide do liberalismo, do chamado neoliberalismo, o que é resumido em sua tese central, consiste em alterar as dimensões e funções do Estado, nos aspectos listados a seguir.

- Estado Mínimo: reduzi-lo em seu tamanho, papel e funções em prol do mercado;
- Privatização de empresas públicas: transferindo à iniciativa privada funções que eram de seu domínio.
- Não intervenção do Estado na economia: livre jogo das forças de mercado, definido pela lei de concorrência e pela lei da oferta e da procura.
- Redução do gasto público: diminuição de recursos destinados à área social - políticas sociais e assistenciais.

Assim, há um “retrocesso no âmbito da proteção social da garantia dos direitos” (MIOTO, 2008, p.137) e “a família é retomada como âncora principal para a socialização de seus membros e na garantia de vínculos relacionais que previnam os riscos de ruptura e de isolamento social decorrentes das transformações da sociedade”, (LIMA, 2006, p. 11), retomando-se a ideia da família como provedora de bem-estar .

Nesse processo de redução do Estado, Pereira aponta, em contraposição ao Estado de Bem-Estar Social, o que denomina de pluralismo de bem-estar: ”a proteção social passou a ser definida a partir de três eixos: o do Estado como recurso de Poder; o do Mercado como recurso do Capital; o da Sociedade e da rede familiar como recurso da Solidariedade” (ABRAHAMSON, 1992 apud PEREIRA, 2008). Todo o descompromisso do Estado com relação à proteção social leva à “consequente quebra de garantia de direitos” (PEREIRA, 2009, p. 33).

No Brasil, as políticas sociais são de tradição familista desde a eclosão dos movimentos sociais – culminando com a Constituição de 1988. No Capítulo VII, os artigos 226 a 230

versam especificamente sobre a família, a criança, o adolescente e o idoso. Isso está associado ao avanço dos princípios neoliberais do Estado e do mercado como reguladores da vida social (MIOTO, 2008). Com esse caráter familista, o Estado transfere a maior responsabilidade sobre o bem-estar para a sociedade civil, para as famílias e, também, para as organizações. É preciso ressaltar que a proteção social de hoje fere direitos do cidadão e das famílias. Veja-se o que diz Mioto (2009):

O limite da privacidade é diretamente proporcional à vulnerabilidade social. As famílias pobres, “desestruturadas”, são mais facilmente visitadas por uma assistente social, para verificar suspeitas de violência, educação inadequada. As famílias consideradas “normais” conseguem defender com mais facilidade a sua privacidade, esconder com mais sucesso as suas violências e buscar alternativas de soluções sem publicização (p.50).

É relevante pensar a intervenção do Estado para além da garantia dos direitos individuais, mas também como processo de definir e implementar políticas sociais que promovam instrumentos de sustentabilidade e disponibilidade de recursos para as famílias. Todas essas questões fazem parte das discussões empreendidas na contemporaneidade sobre o tema. As famílias não são uma unidade simples e homogênea nem o Estado tem uma única face: ao mesmo tempo em que protege as famílias, impõe normas e estratégias de controle (MIOTO, 2009).

A família, atualmente, é cada vez mais objeto de atenção da sociedade, principalmente por causa da enorme quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado por ela desenvolvida em relação aos problemas sociais e às políticas sociais, sendo a grande provedora de bem-estar. Entre suas ações está o cuidado domiciliar, predominantemente efetivado por um familiar do doente, denominado cuidador, envolvido em todas as mudanças na família e na provisão de bem-estar delegadas a elas por um Estado familista. Este porém, que penaliza o cuidador familiar quando repassa a ele a responsabilidade do cuidado, sem a preocupação de conhecer os suportes da família para enfrentá-lo.

O cuidador é figura central e imprescindível, tanto por ser elo entre equipes de saúde e paciente quanto por ser responsável pelo cuidado, gerador de atribuições, as quais precisam ser pactuadas entre a equipe de saúde, famílias e cuidadores, havendo transferência de

responsabilidades: uma parte do cuidado passa da instituição de saúde para a família ou cuidador (FEUERWERKER; MERTHY, 2008).

É compreensível “o ônus desta árdua e desgastante tarefa” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p. 988) do cuidador, pela repetição de atividades, às vezes diuturna, solitária e sem folga, se estendida, não raro, durante anos. A execução das pequenas atividades pessoais é colocada na dependência da disponibilidade e boa vontade de terceiros. A reorganização do orçamento financeiro e aquela das rotinas domésticas precisam ser revistas. Somados a isso, ainda podem aparecer problemas de relacionamento familiar, não governamentais, levando o cuidador “a um isolamento afetivo e social” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Cuidar é difícil, física e emocionalmente, o que se agrava, muitas vezes, por ser uma pessoa em fase de envelhecimento, necessitando de cuidados também (MELLO, 2002), (KARSCH, 2004) "e o mais comum é não haver ‘férias’ do cuidador.” (LAHAM, 2010, p.415)

Como foi dito, geralmente é um familiar, sem formação técnica necessitando do apoio da comunidade para suprir suas necessidades, sobretudo sendo o mais pobre. Ele é foco da abordagem para a preparação da casa, do ambiente físico e familiar, para o enfrentamento de uma nova situação delicada (SODRÉ, 2005). Ainda pode o cuidador ser um vizinho, amigo ou contratado.

A sua tarefa ultrapassa os “dilemas éticos, morais ou religiosos”, (PIRES, 1998, p.154), pois, não existe preparação para ser cuidador, “escorrega-se para dentro da situação” (MENDES apud SILVA, 2007, p.12), “o cuidado se faz no cuidar” (SILVA, 2007, p.12). Outro aspecto relevante e já referido aqui é o envolvimento das relações de família. Embora seja nomeado por uma palavra masculina, quem promove o cuidado, na maioria das vezes, são as mulheres, através de muitos pequenos atos, sem remuneração e sem reconhecimento social.

Mioto (2008) observa que os serviços se organizam por meio de uma perspectiva calcada em papéis típicos da família, colocando a mulher como responsável pelo cuidado e pela educação dos filhos. O desempenho dessas funções, muitas vezes, encontra-se relacionado a julgamentos morais, principalmente em relação à figura materna/ feminina, à cuidadora.

No cuidado colocam-se sentimentos, ações, tempo (AGUIRRE, 2007) e vida. Segundo Aguirre, “[...] el cuidado está inmerso en la lógica del sacrificio, sacrificio que puede entrañar- sin pretenderlo- un grado de reconocimiento social, [...] y termine por ‘robarle’ el tiempo a quien lo prodiga” (2007, p. 192.).

As autoras Waidman e Elsen (2005), em seu trabalho intitulado *Imagens e Família*, discutem a importância das imagens das famílias, do cuidado e de suas representações no imaginário de cada ser humano. “Imagens são pássaros em voo. Imagens são brinquedos dos sentidos. Eu digo: só se pensa por imagens” (ALVES apud WAIDMAN; ELSÉN, 2005, p.166). Observe-se o exemplo abaixo:



Figura 1: LA PIETÀ de Michelangelo de 1498.

Utilizando o texto de Waidman e Elsen (2005), pode-se dizer que a obra da Figura 1 demonstra a confirmação máxima de a família sempre ter estado envolvida com o cuidar, em diferentes momentos históricos, por muito tempo e ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios ou não do cuidado domiciliar configuram-se por meio das práticas e dos estudos dedicados ao assunto, recentemente voltados à assistência na saúde. Podemos dizer que há muito a caminhar.

O Cuidado Domiciliar, que abrange todo o atendimento de saúde – entendido como necessidades de saúde e não somente como atendimento pontual à doença –, multidisciplinar na atenção à saúde, engloba políticas de saúde, prevenção e tratamento, envolvendo a família, a vida doméstica e comunitária, inseridas numa dinâmica política, econômica e social na sociedade contemporânea como política de saúde que respeita as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em tempo de construir, os autores estudados nesta revisão de literatura suscitam algumas questões a fim de se poder pensar como atores sociais comprometidos com os direitos e com a proteção de cidadania, tais como:

- “Aquilo que irá vigorar vai depender, fundamentalmente, das intenções e atitudes...” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

- “As visitas domiciliares enquanto parte do cuidado domiciliar são: “acompanhamento ou vistoria/ fiscalização?”(SAKATA et al., 2007).

- “O Sistema Único de Saúde tem condições de disponibilizar recursos humanos e materiais para a execução do cuidado domiciliar, seja vinculado ao hospital ou à atenção básica?” (REHEM; TRAD, 2005).

- O cuidado domiciliar pode “estabelecer tutela/proteção, amparo e defesa – ou dependência [...], obediência, subordinação ou submissão?” (LACERDA, 2007, p.5).

- Na família contemporânea, quem arcará com o cuidado e a gestão dos lares? (PEREIRA, 2009).

Ainda é preciso ter claro que o cuidado domiciliar é um cuidado especial, envolvendo muitos sentimentos e afazeres, compreendendo tempo e contratempo, instituições e políticas sociais. Aguirre assim discute:

Es importante considerar las actividades de cuidado separadamente del trabajo doméstico, porque definen un campo de problemas de investigación e intervención social con sus actores, sus instituciones y sus formas de relación, campo situado en la intersección entre las familias y las políticas sociales (LETABLIER apud AGUIRRE, 2007, p.191).

Este é mais um desafio para os profissionais da saúde, no âmbito das políticas públicas, no processo de definição de prioridades e no posicionamento profissional de compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais e comunitários que o cuidado domiciliar contempla.

THE HOME CARE IN THE NATIONAL HEALTH POLICY

ABSTRACT

The article presents a review of literature of the meanings and the construction of home care in health care, based on the understanding of the Care as intrinsic human relations, in the course of life. The text covers the history of home care, and how it is built on the health care. We emphasize the caregiver as the person responsible for the care in this difficult task.

Key words: Care, home care, caregiver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, Rosario. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. In: *Familias y políticas públicas em América Latina: Una historia de desencuentros*. Cepal. Santiago de Chile, Publicacion de las Naciones Unidas, 2007, p.187-199.
- ALMEIDA, C. M. *O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?* Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2003. v. 8, n. 2, p. 346-352
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. et al. *A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública, v.8 nº1-2, Washington, 2000.
- ARIÉS, F. *História social da criança e da família*. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. José Mauro Lopes (Org). Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 2003.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 41. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre o SUS*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2009.

CAPONI, S. *Da compaixão a solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CAMPOS, M E MIOTO, R.C.T. *Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira*. Ser Social, Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, UnB, Brasília. n.12, janeiro a junho de 2003, ISSN1415-6946, p. 165-190.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, p.1865-1874, Rio de Janeiro, 2007

CHAVES, Mônica. *O cuidado domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMG*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

ELSEN, Ingrid et al. Um marco conceitual para o trabalho com famílias. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. 9 f. Mimiografado.

ESPING –ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova, n.24, São Paulo, 1991, p.84-116.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERTHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Disponível em: <www.scielo.org/revistas/rpsp> Acesso em: 18 jul. 2009.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. *Atendimento ao idoso: problema ou solução?* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-ago, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo, vol. I e II Trad. de Marcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1993.

KARSCH, Ursula Margarida S. *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 2004.

KLOK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIN, S. T. *Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família /UFPEL-MS/BID*. Texto e Contexto Enf. Florianópolis, v. 14, n.2, p. 237-45, 2005.

JORNAL CORREIO DO POVO, 24 de outubro de 2008, Porto Alegre, RS.

LACERDA, Maria Ribeiro. *Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família- na perspectiva da área pública*. Ciência e Saúde Coletiva, 2007, ISSN 1413-8123. Disponível em: <www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos> Acesso em: 18 jul. 2009.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINSKI, Reikdal Samantha; TRUPPEL, Thiago Christel. *Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*. Saúde e Sociedade, v.15, n.2, p.88-95, 2006.

LAHAM, Cláudia Fernandes. Paciente e cuidador; uma relação especial. In: *Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2010.

LIMA, Eliete Maria de. *A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

LORÍA, Cecília. La experiencia de La gestión Del Programa Oportunidades de México. In: *Familias y políticas públicas em América Latina: Una historia de desencuentros*. Cepal. Santiago de Chile, Publicacion de las Naciones Unidas, 2007, p.333-352.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Cuidar: um legado familiar? Como as famílias se organizam ou não para esta necessidade. In: CIAD 2009 - 8º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. 06 a 08 de novembro de 2009. *Atenção Domiciliar em Fotografias*, São Paulo, SP.

MELLO, Raquel Anacleto Pereira de. *“Só quem cuida é que sabe:” O vivido pelo cuidador domiciliar*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MENDES JÚNIOR, W.V. *Assistência Domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil*. 2000. 97p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. *Home Care, uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MENDES, Patrícia Brant Mourão Teixeira. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. 1995. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MIOTO, R.C.T. Novas propostas e velhos princípios; a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: *Política Social, família e juventude: uma questão de direitos*. MIONE, A.S. et all. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.43-59.

_____. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). *Política social no capitalismo- tendências contemporâneas*. São Paulo, Cortez, 2008, p. 130- 148.

_____, CAMPOS, Marta Silva; LIMA, Telma C. Sasso. *Quem cobre as insuficiências das políticas públicas? Contribuição ao debate sobre a família na provisão de bem-estar social.* Revista de Políticas Públicas, São Luis, v. 10 n.1, jan/jun. 2006.

MOTA, Ana Elizabete et al. Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde.* Revista Katálysis, v.3, 2000. UFSC, Florianópolis, SC.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, C.R.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. *Serviço Social e Saúde.* São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.omsinternacional.org>
Acesso em: 20 jul. 2009.

PEREIRA Potyara A.P. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). *Política Social: alternativas ao neoliberalismo.* UNB. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social, 2004.

PEREIRA, Potyara A.P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: *Política Social, família e juventude: uma questão de direitos.* MIONE, A.S. et all. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.25-42.

PEREIRA, Potyara A. P. *Desafios contemporâneos para a sociedade e a família.* Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 48, p. 103-114, ago. 1995.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde no Brasil. In: *Ser Social.* UNB, departamento de Serviço Social - v.1, nº1, 1998, Brasília.

REHEN, Tânia Maria Cristina M. Santa Bárbara. TRAD. Leny Alves Bonfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10, p.231-242, Rio de Janeiro, 2005.

SAKATA, Karen Namie, et all. *Concepções da equipe de saúde da família sobre visitas domiciliares.* In: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2007 nov-dez, 60-66: 659-664.

SILVA, Leticia Andrade da. *Desvelos: Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar.* 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SODRÉ, Francis. *Alta Social: a atuação do Serviço Social em cuidados paliativos*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, v. 82, 2005.

STAMM, M; MIOTO, R.C.T. *Família e Cuidado: Uma leitura para além do óbvio*. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v.2, n.2, p.161-168, 2003.

STELMAKE, L. L; SILVA, V.R. da. *Cuidado Domiciliar e Controle Social*. Anais do IV Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Curitiba-PR, 2009. ISBN 978-85-63119-00-1.

TEIXEIRA, C. F. *Formulação e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades*. Saúde & Sociedade. São Paulo: USP, v.13, n.1, 2004.

WAIDMAN, M.A.P; ELSÉN, Ingrid. *Imagens e Família: uma reflexão baseada nas obras de Rubem Alves*. Família, Saude, Desenvolvimento. Curitiba, v.7, n.2, p.164-170, 2005.

WENDHAUSEN, A.L.P.; RIVERA, S. *O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. 2005 jan-mar, 14(1); 111-9.

CONDIÇÕES DE VIDA E ADOECIMENTO POR CÂNCER

Letícia Batista Silva*

RESUMO

Houve nas últimas décadas, no Brasil e no mundo, o aumento da incidência e mortalidade por câncer, configurando esse cenário como uma questão de saúde pública. Fatores como o envelhecimento da população e a mudança de hábitos são importantes para a compreensão do aumento do número de casos de câncer, mas insuficientes para uma análise ampliada dos condicionantes que levam ao adoecimento por câncer e as possibilidades de efetivação do tratamento. Para tanto, é necessário considerar as condições de vida das populações e o acesso aos serviços de saúde. Este artigo tem por objetivo contribuir criticamente com a problematização do adoecimento por câncer no Brasil.

Palavras-Chave: adoecimento por câncer; questão social e adoecimento; incidência de câncer no Brasil.

APRESENTAÇÃO

Para a discussão acerca do câncer no Brasil é necessária a adoção orgânica do conceito ampliado de saúde, a consideração do aumento da expectativa de vida da população e, sobretudo, a explicitação dos determinantes sociais e econômicos em que se gestam as políticas públicas e sociais, seus desdobramentos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nas condições de vida da população e a particularidade do adoecimento por câncer.

O intuito deste texto é apresentar contribuições iniciais no sentido de problematizar a questão do adoecimento por câncer e o acesso/adesão ao tratamento, a partir do contexto histórico das condições de vida da população. Para tanto, se fez necessário o resgate, ainda que sucinto, das repercussões das transformações societárias pós anos 1990 no Brasil e a delimitação do campo da oncologia. Este texto é uma aproximação a questões postas, há mais de uma década, no cotidiano da prática profissional de assistente social no campo da oncologia.

A fim de adensar a discussão, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema ‘adoecimento por câncer e condições de vida’, pesquisa documental sobre a legislação

* Mestre em Serviço Social UFRJ, Supervisora do Serviço Social do Hospital do Câncer II do Instituto Nacional de Câncer.

oncológica brasileira, consulta a publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a textos sobre epidemiologia do câncer etc.

Sobre a revisão bibliográfica, esta foi realizada através de levantamentos na Biblioteca Virtual de Saúde¹, tendo sido utilizadas na busca, inicialmente, as palavras chave ‘adoecimento por câncer + condição de vida’. Com essa associação de conteúdos não foi encontrado nenhum artigo, documento ou relatório científico acerca do tema. Então, foi realizada uma segunda pesquisa com os descritores ‘desigualdade social + câncer’. Nessa associação foram encontrados 14 (catorze) artigos²; entretanto, somente 3 (três) textos³ abordavam o tema desigualdade e câncer. E estes tratavam de desigualdade relacionada estritamente ao acesso e tratamento dos cânceres de colo do útero e mama. Nenhum dos textos encontrados abordava diretamente a correlação entre adoecimento por câncer e condições de vida, ou mesmo a questão do câncer e desigualdades sociais.

O resultado desse levantamento bibliográfico aponta para a relevância do estabelecimento da correlação entre condições de vida da população e adoecimento por câncer, considerando as condições de acesso ao SUS e superando a compreensão estritamente técnica ou biomédica do trato em oncologia.

NOTAS SOBRE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O NEOLIBERALISMO NO BRASIL

A Constituição de 1988, fruto de luta e mobilização política de setores populares e gestada nos marcos da redemocratização nacional, significou um radical avanço no campo social. Constituiu-se como uma aproximação a um modelo de estado de bem estar (NETTO, 1999) e trouxe para a cena brasileira o conceito de proteção social realizada a partir de uma política de Seguridade Social⁴ - buscando superar o sentido de seguro social (VIANNA, 2008). NETTO explicitou o avanço que significou esta Constituição, à medida que apontava

(...) para a construção pela primeira vez assim posta na história brasileira – de uma espécie de Estado de Bem Estar: não é por acaso que, no texto constitucional, de forma inédita em nossa lei máxima, consagram-se, explicitamente, como tais e para além de direitos civis e políticos, os direitos sociais (coroamento, como se sabe, da cidadania moderna). Com isto, coloca-se o

arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira, uma política social compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade (NETTO, 1999 p.77).

No campo da saúde, as transformações constitucionais do modelo de atenção foram significativas, entre elas a alteração e ampliação de seu conceito; a instituição da saúde como direito de todos e dever do Estado; a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – a universalização dos serviços; e a instituição do controle social. No texto constitucional a saúde é garantida *mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. A partir dessas concepções, a produção de saúde passa, necessariamente, por determinantes econômicos e sociais e, do ponto de vista legal, foi garantida ao coletivo da população brasileira.

O aporte legal⁵ do SUS propõe a organização de um sistema de saúde público com base em princípios de natureza doutrinária (universalidade, integralidade e equidade) e organizativa (regionalização, hierarquização, descentralização e controle social), compondo o núcleo de valores e sentidos do sistema (CUNHA & CUNHA, 2001). Essa conformação fornece condições para a prestação da assistência/atenção em saúde na perspectiva da construção de linhas de cuidado, interligando serviços e redes com foco na integralidade⁶ das ações.

Também avança à medida que considera aspectos econômicos e sociais como condicionantes na produção da saúde, no risco de adoecimento e nas condições para o acesso ao sistema de saúde. O artigo 3º da Lei 8.080/90 apresenta como fatores determinantes e condicionantes da saúde, *entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*. Dessa forma, o conceito de saúde inscrito no SUS não trata somente do acesso e organização dos serviços e aparelhos da política de saúde, mas também de questões que apontam as condições de vida da população e que determinam seus indicadores sociais⁷. O modelo proposto para a saúde requisitava, necessariamente, a intersetorialidade das políticas públicas estatais.

No entanto, no curso da década de 90 (e nos anos 2000), esse modelo de Estado é fortemente atacado pelo ideário neoliberal (ANDERSON, 1995; SOARES, 2002;

FILGUEIRAS, 2006; VIANNA, 2008). E os efeitos do ajuste neoliberal foram sentidos sob muitas formas, dentre os quais destacamos: a desregulamentação da economia nacional e dos direitos sociais, sobressaindo a flexibilização dos direitos trabalhistas e as novas formas de trabalho; o compromisso com a diminuição do gasto público; a transferência de recursos das políticas sociais para o pagamento dos juros da dívida pública; e o conseqüente aumento das desigualdades sociais⁸ (NETTO, 1999; ANTUNES, 2002; FILGUEIRAS, 2006).

Vivenciou-se no Brasil a chegada tardia do neoliberalismo (BEHRING, 2003), provocando, assim, uma constante tensão entre a efetivação dos direitos sociais inscritos na última Constituição e o ajuste proposto pelo programa neoliberal. Ao analisar a instituição de políticas sociais pós ajuste neoliberal na América Latina, SOARES afirma:

(...) as políticas sociais estão determinadas, por um lado, pelos problemas sociais que conformam, estrutural e conjuntamente, uma demanda por serviços e benefícios sociais. Por outro, estão constringidas pela estrutura e funcionamento do setor público, particularmente por seus mecanismos de financiamento, cujas restrições, perpetuadas por longa crise econômica, vêm se tornando estruturais (SOARES, 1999 p.26).

No Brasil, como resultado desse processo iniciado na década de 1990, sobretudo nos governos de Fernando Henrique Cardoso (anos de 1995-1998 e 1999-2002, fase de ampliação e consolidação da ordem neoliberal) e em voga na atualidade com o governo do Partido dos Trabalhadores (fase de aperfeiçoamento e consolidação da proposta neoliberal), evidencia-se a subordinação dos direitos sociais (das políticas sociais) aos interesses econômicos do grande capital (BEHRING & BOSCHETTI, 2007; IAMAMOTO, 2010). Tal resultado tem se traduzido em políticas sociais públicas de caráter focalizado, seletivo e residual (BEHRING, 2003).

A integração das políticas de saúde, previdência social e assistência social inscrita no marco da seguridade social (CF de 1988, Título VIII, capítulo II, artigos 194 e 195) jamais foi efetivada. A seguridade social foi solapada e retornou a forma de seguro. Referindo-se à década de 1990, tempos de regulamentação da política de seguridade social em contraposição à proposta neoliberal para o Brasil, VIANNA destaca:

(...) inicia-se concomitantemente o desmonte institucional, orçamentário e conceitual da seguridade social. Cada uma das áreas previstas para compor organicamente o sistema – saúde, previdência e assistência social – encastela-se em seu próprio ministério. Cada uma das áreas terá suas fontes vinculadas de financiamento: as variadas receitas constitucionalmente estabelecidas em conjunto para a seguridade serão setorizadas e ao mesmo tempo centralizadas num órgão externo à seguridade, o Tesouro. E, no rastro do discurso oficial de

que o mundo havia mudado, o abandono do princípio da universalidade, embora jamais explicitado, se cristalizaria no enaltecimento dos novos preceitos liberais (VIANNA, 2008 p.129).

A proposta de efetiva universalidade (universalidade com equidade) na saúde e a transversalidade das políticas sociais públicas não se realiza em tempos de crescente redução do gasto público social⁹.

A instituição do SUS inaugura um novo modo de pensar a produção, as necessidades e os problemas em saúde, mas sua realização integral permanece incompleta à medida que foram apequenadas as condições concretas para o seu desenvolvimento. Tal contexto deixa evidente a disputa existente no SUS e no interior do próprio Estado brasileiro, a tensão entre os interesses dos trabalhadores (o público realizado pela esfera estatal) e os interesses do capital (dentre outros, a mercantilização dos serviços públicos).

DELIMITAÇÕES DO CAMPO DA ONCOLOGIA

Principalmente a partir do último século, houve redução das taxas mundiais de mortalidade e de natalidade, assim como aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população (LAURENTI, 1990). Houve também a intensificação dos processos de industrialização e urbanização, traduzindo-se em alterações no padrão de consumo e, no caso da América Latina, no recrudescimento da pobreza e das desigualdades sociais (SOARES, 2002).

Tais processos provocaram mudanças nos padrões de saúde-doença, a chamada transição epidemiológica. Houve diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, com destaque para as doenças cardiovasculares e o câncer. Na América Latina, especialmente no Brasil, há ainda traços de transição para esse novo perfil epidemiológico, tendo ocorrido o aumento das doenças crônico degenerativas, mas ainda registra-se a presença de doenças infecciosas e transmissíveis por agentes externos, como o vírus do HPV¹⁰ e das hepatites B e C (LAURENTI, 1990; ALBANA, 1997). Assim, no Brasil do século 21 coexistem antigos e novos problemas de saúde, destacando-se as características do adoecimento por câncer.

O termo câncer (neoplasias malignas) é utilizado para nomear um grupo de doenças que se caracterizam pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. O câncer pode afetar pessoas de todas as idades, entretanto há associação entre envelhecimento e a maioria dos tipos de câncer (BRASIL, 2010). A cirurgia, a radioterapia¹¹ e a quimioterapia¹² são os principais tratamentos de combate e de controle do câncer (BRASIL, 2005).

Os cânceres são patologias crônicas e degenerativas, e normalmente os tratamentos propostos têm longa duração e característica espoliante, provocando repercussões físicas, subjetivas e sociais.

Identificam-se, no campo da oncologia, sobretudo nos últimos quarenta anos, importantes avanços na prevenção, diagnóstico, proposta terapêutica e cuidados paliativos¹³. Não obstante essa evolução, o câncer continua sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A partir dessa constatação é possível inferir que os avanços no campo tecnológico não estão disponíveis para a população em geral.

Conforme relatório apresentado pelo Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer da Organização Mundial de Saúde, o câncer deverá superar as doenças cardiovasculares no ano de 2030, devendo ser a primeira causa de mortalidade no mundo (WHO, 2008).

Segundo o estudo, os casos de câncer dobraram entre 1975 e 2000, e devem duplicar novamente entre 2000 e 2020. Em 2030, o câncer poderá ser fatal para 17 milhões de pessoas; o panorama vislumbrado é de 27 milhões de novos casos e de 75 milhões de pessoas vivendo com câncer durante os cinco anos seguintes a seu diagnóstico. Nos países capitalistas periféricos acontecerão mais da metade dos novos casos e dois terços dos óbitos. Assim, o aumento da incidência do câncer é uma tendência mundial, mas a mortalidade será crescente apenas nos países periféricos.

Tal quadro possibilita inferir a existência de correlação entre condições de vida, acessos aos serviços de saúde e as características do adoecimento e mortalidade por câncer. O aumento da incidência do câncer é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma tendência mundial, relacionada principalmente com o aumento da expectativa de vida e também com o uso do tabaco. No entanto, a tendência de mortalidade crescente é associada aos países periféricos, entre eles o Brasil.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), com sede na cidade do Rio de Janeiro, é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer. Essas ações compreendem a assistência hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce; formação de profissionais especializados; desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica.

Desde 2003 o câncer é a segunda causa de morte na população nacional, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007¹⁴ no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Em números absolutos a mortalidade por câncer no Brasil tem significado cerca de 140 mil óbitos anuais desde 2004 (BRASIL, 2005; 2010).

As estimativas apresentadas pelo INCA¹⁵ para o ano de 2010, válidas também para o ano de 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no país. São estimados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil). Tal situação acompanha o mesmo perfil de magnitude observada para a América Latina.

A partir de uma análise mais detalhada dessa estimativa¹⁶ fica evidenciada a heterogeneidade espacial da distribuição dos novos casos. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores taxas – possivelmente pela sub notificação dos casos. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário. Com base nessa fotografia da incidência, observa-se que, possivelmente, a maior concentração de serviços públicos nas regiões Sul e Sudeste influencie na distribuição de novos casos, entendendo que para o diagnóstico de câncer é necessária a alocação de recursos humanos e materiais e de condições para que a população possa acessar tais recursos.

Em 2005 o Ministério da Saúde institui, através da Portaria GM 2.439/05, a Política Nacional de Atenção Oncológica e define como focos de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. E propõe a implementação dessa política em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da

gestão pública; também a articulação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), dentre outros aspectos, parte de considerações, tais como: condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer; a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no país; a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, objetivando qualificar a gestão pública.

A PNAO define competências nos diferentes níveis de atenção, sendo elas:

- a) Atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.
- b) Média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.
- c) Alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção; determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)¹⁷ e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)¹⁸.

Fica evidente a retomada na PNAO de aspectos apontados na Lei 8.080/90, principalmente sobre a organização dos serviços - nos diferentes níveis de complexidade -

para dar conta do câncer como questão de saúde pública. Não obstante o avanço no campo político-jurídico, que significou a instituição de uma Política Nacional de Atenção Oncológica, principalmente acerca da ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer no país e a definição de competências, após quase cinco anos de instituição dessa política, ainda não houve alteração positiva no perfil de incidência do câncer ou no perfil de doença avançada; ao contrário, as estimativas atuais superam as apontadas para o ano de criação da PNAO.

As estimativas para 2004-2005, período de instituição da PNAO, indicavam 467.440 novos casos de câncer, em 2006-2007 apontavam para 472.050, em 2008-2009 falavam de 470.000 e, como dito anteriormente, as estimativas para 2010-2011 apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer no Brasil.

É importante destacar que as iniciativas do governo federal no sentido da construção de mecanismos legais que retomam a proposta original do SUS, como o caso da PNAO, não têm sido acompanhadas de condições concretas para a sua efetivação. No caso do câncer estão postas as bases legais para seu controle e combate via política pública estatal, mas essa mesma política não vem recebendo o financiamento¹⁹ adequado à sua realização. E a discussão sobre a efetividade da atenção oncológica não está dissociada das condições de vida dos sujeitos adoecidos pelas diferentes patologias oncológicas.

No Brasil, em oncologia a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estadiamentos iniciais e pela universalização efetiva - universalidade acompanhada de equidade e integralidade - desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis ao conjunto da população.

CONDIÇÕES DE VIDA E ADOECIMENTO POR CÂNCER

No campo da epidemiologia o conceito de “risco” tem sido utilizado como probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável ou um dano (BRASIL, 2005). Tal definição possibilita uma ampla compreensão e diferentes linhas de interpretação desse conceito.

Na oncologia observam-se grandes investimentos nas áreas de pesquisa básica, clínica e, mais recentemente, epidemiológica. Tais informações são encontradas de forma condensada no Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer²⁰ da OMS, com sede na França, e no Brasil, nas publicações²¹ do INCA, entre outras instituições de referência.

Os avanços na compreensão do adoecimento por câncer situam-se na vinculação do adoecer a uma multiplicidade de causas. Continuam como preponderantes os fatores associados à susceptibilidade genética, mas também ganham espaço os fatores de condições de vida e meio ambiente (BRASIL, 2005). No entanto, o termo ‘condição de vida’ é abordado de forma genérica. Nas publicações nacionais produzidas pelo INCA, são apontadas condições de vida principalmente no sentido de prevenção ou diagnóstico precoce dos cânceres, ou condições ambientais que possam contribuir para o surgimento da doença. Ou seja, condições de vida ideais para prevenção do câncer: alimentação saudável, prática de exercícios, limites no consumo de bebidas alcoólicas, não uso do tabaco, realização de exames periódicos específicos para o rastreamento de cânceres como o de mama e de colo do útero etc. Também são realizadas discretas associações entre incidência dos cânceres de estômago, do colo do útero e de fígado e precárias condições sócio-econômicas. Entretanto, essas associações tomam como base o fato de que o adoecimento por esses cânceres tem como um dos principais fatores a infecção por agentes externos (vírus do HPV e hepatites B e C) e que a exposição a esses agentes seria característica de países periféricos como o Brasil.

Na literatura de referência não são encontradas discussões que apontem para a relação existente entre o adoecimento e o acesso ao tratamento de câncer e as condições de vida dos trabalhadores usuários do SUS; o adoecimento e o acesso ao tratamento de câncer e as condições de vida das mulheres²² inseridas no mercado de trabalho em condições precárias e sua participação na problemática do câncer como enfermas ou como cuidadoras; o adoecimento em fase avançada e a nova conjuntura que se apresenta para esse sujeito enfermo e sua família²³ na criação de condições objetivas para a prestação de um cuidado em domicílio; dentre outras correlações possíveis.

Então, o que são condições de vida em relação ao adoecimento por câncer?

Condição de vida é um termo genérico e só é possível utilizá-lo à medida em que é qualificado. É radicalmente necessário destacar que o sentido de ‘condições de vida’ para um trabalhador brasileiro abarca um conjunto de situações de exploração e usurpação de direitos.

O mesmo termo utilizado em relação ao detentor dos meios de produção ganha outros sentidos. É necessário reafirmar a diferenciação entre os sentidos de condição de vida nas classes sociais. Como também explicitar a heterogeneidade atual da classe trabalhadora, da classe-que-vive-do-trabalho, nas palavras de ANTUNES:

(...) a classe trabalhadora, hoje inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos (no sentido dado por Marx, especialmente no capítulo VI, inédito). Ela não se restringe, portanto, ao trabalhador manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado. (...) Mas a classe-que-vive-do-trabalho engloba também os trabalhadores improdutivos, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia (ANTUNES, 2002 p. 102).

A perspectiva ampliada de classe trabalhadora incorpora todos que de alguma forma vendem sua forma de trabalho em troca de salário. Inclui o proletariado industrial, os assalariados em geral, os trabalhadores inseridos em regimes precários de terceirização e/ou contratos temporários etc. A classe trabalhadora em tempos de neoliberalismo tem sentido os efeitos da regressão dos direitos sociais e do acirramento das desigualdades sociais (ANTUNES, 2002; SOARES, 2002).

Dessa forma, as possibilidades de produção de saúde e as condições do adoecimento por câncer terão particulares implicações ao serem vivenciadas pelo trabalhador ou trabalhadora.

O adoecimento por câncer produz implicações em aspectos físicos/clínicos, emocionais/subjetivos e sociais. O diagnóstico e o tratamento de patologias oncológicas tendem a serem desgastantes por tratar-se de doença crônica e pelas propostas de tratamento ainda bastante invasivas. Tal cenário se agudiza à medida que se somam questões como a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e ao próprio tratamento preconizado e, também, a limitada proteção social promovida pelo Estado. Entenda-se por limitada proteção social questões como: a situação posta ao sujeito adoecido por câncer sem vínculo previdenciário que depende da sua condição física para a venda de sua força de trabalho a fim de promover sua subsistência (e comumente também de sua família); a situação do usuário com vínculo que enfrenta inúmeras dificuldades e constrangimentos por parte do empregador para comparecer às consultas e exames no curso de um tratamento prolongado; dentre outras questões.

A partir da doença diagnosticada, em princípio, inicia-se um processo de tratamento que solicita a disponibilidade do sujeito enfermo para a realização de uma série de exames, acompanhamentos e a própria proposta terapêutica (radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou mesmo a combinação dessas propostas).

A efetivação desse tratamento depende de condições concretas - da oferta desses serviços pelo SUS e de condições de vida adequadas para que esse sujeito enfermo possa realizar o tratamento. Os determinantes da questão social influenciam fortemente as condições de efetivação desse tratamento.

Indivíduos submetidos a regimes precarizados de trabalho têm em sua condição física a possibilidade de geração de renda e nenhuma proteção social no caso de adoecimento. Outro componente trata-se das famílias que precisam reorganizar-se para atender as necessidades de acompanhamento desse enfermo e da possível ausência de contribuição financeira.

Mesmo os trabalhadores com inserção formal no mercado de trabalho, quando em condições de adoecimento, gozam de limitada (e insuficiente) proteção social. Os efeitos do adoecimento por câncer nos trabalhadores (com vínculo previdenciário ou não) ganham um caráter severo em tempos de consolidação neoliberal.

A noção de adoecimento por câncer como questão de saúde pública é indissociável das condições para a produção de saúde e as possibilidades concretas para o diagnóstico precoce e para a adesão ao tratamento.

A oncologia não constitui espaço apartado da realidade social, ao contrário, é importante fotografia dessa realidade que relaciona a experiência do adoecimento (inerente ao humano e com componentes objetivos e subjetivos) com as condições para o seu desfecho do tratamento (mediado por condições concretas). A oncologia constitui-se como uma particularidade de uma totalidade que é a própria realidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sentido da ampliação do conceito de saúde extrapola os aspectos de ordem jurídico-legal e apresenta-se na análise acerca dos condicionantes do processo saúde-doença, da organização dos serviços de saúde e na compreensão das demandas/necessidades dos usuários do SUS, inclusive as que extrapolam o próprio sistema de saúde.

A compreensão da saúde como resultante de políticas sociais e econômicas demanda a apreensão da realidade em que estão inseridos os usuários e o estabelecimento de nexos entre essa realidade, os riscos de adoecimento e as indicações de tratamento. No caso do adoecimento por câncer estão implicadas questões, entre outras, relacionadas ao acesso ao diagnóstico precoce da doença, aos condicionantes da adesão ao tratamento e, também, aos limites na proteção social promovida pelo Estado aos trabalhadores portadores de neoplasia maligna. As condições de vida do sujeito enfermo não constituem uma realidade apartada do tratamento oncológico, ao contrário, são determinantes para a efetivação do tratamento de quaisquer tipos de câncer.

Ações que produzam o controle e do combate do câncer exigem o exercício da transversalidade das políticas sociais públicas e a consideração das condições de vida da população no acesso ao diagnóstico e adesão ao tratamento oncológico. Para tanto, é necessário que haja políticas sociais estatais, e essa é uma proposta que não vem sendo assumida por sucessivos governos. Estes governos têm empreendido uma perspectiva do baixo gasto público em saúde e em outras políticas de interesse do coletivo dos trabalhadores.

As análises acerca do ajuste neoliberal brasileiro, sucintamente apresentadas neste texto, constituem-se como base para a compreensão de diferentes fenômenos no setor saúde; neste espaço, o objetivo foi reiterar a emergência dessa análise crítica no campo da oncologia. É necessário que o debate crítico acerca da saúde no Brasil se posicione além das macro estruturas do modelo SUS e instale-se também nas particularidades, como no caso da oncologia. Relacionando os aspectos do acesso integral ao sistema e as condições de vida da população brasileira. As considerações iniciais apresentadas neste texto constituem-se em convite a esta problematização.

LIVING CONDITIONS AND THE DEVELOPMENT OF CANCER

ABSTRACT

During the last decades, we have seen an increase in incidence of cancer and mortality in Brazil and around the world, configuring this scenario as a public health issue. Factors such as the aging population and changing living habits are important for understanding the increasing number of cancer cases but they are not sufficient for an expanded analysis of the conditions that lead to illness due to cancer and the possibilities for effective treatment. This requires consideration of

people's living conditions and access to health services. This article aims to contribute critically with the problems of falling ill with cancer in Brazil.

Key words: illness with cancer, illness and social issue; cancer incidence in Brazil.

Notas:

¹ A Biblioteca Virtual de Saúde pauta-se em literatura científica e técnica em saúde e tem como base índices como o LILACS, SciELO, MEDLINE, entre outros. Estão disponíveis textos em português, inglês e espanhol. Endereço BVS: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt> acesso em 29 de outubro de 2010.

² Nove artigos em português, três em espanhol e um em inglês.

³ Os três artigos em língua portuguesa.

⁴ No artigo 194, a CF de 1988 define que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

⁵ Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90 e demais normatizações, decretos e portarias.

⁶ Integralidade como acesso aos diferentes níveis de atenção e, também, assistência prestada por equipe multiprofissional com foco nas necessidades e demandas dos usuários. Integralidade para além de dispositivos de organização técnica.

⁷ Exemplos de indicadores sociais de saúde: taxa de natalidade; esperança de vida ao nascer; taxa de mortalidade infantil; taxa de urbanização; taxa de desnutrição infantil; taxa de mortalidade pelos principais grupos de doença, ocupando aqui o segundo lugar o câncer. Para aprofundamento dos conceitos de indicadores sociais ver 'Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações', de Paulo de Martino Jannuzzi, editora Alínea (Campinas/SP), 2009.

⁸ Ver estudo 'Os ricos no Brasil' em Atlas da Exclusão Social, de Márcio Pochmann, editora Cortez (SP), 2004, vol. 3.

⁹ Entenda-se por 'redução de gasto público social' a redução de investimentos do Estado no sentido da universalização das políticas públicas.

¹⁰ O HPV, Papilomavírus Humano, é o principal fator de risco para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero (BRASIL, 2010).

¹¹ Forma de tratamento que consiste na irradiação do tumor com utilização de substâncias ou materiais radioativos, com o objetivo de destruí-lo ou mesmo impedir a proliferação das células tumorais.

¹² Método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos ou pelo adoecimento por diferentes cânceres.

¹³ A OMS (2002) definiu Cuidados Paliativos como uma "abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual".

¹⁴ Data da última consolidação desses dados.

¹⁵ O INCA elabora as estimativas de câncer no Brasil desde o ano de 1995 e adota como suportes para a realização da publicação os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). As publicações acontecem a cada dois anos.

¹⁶ Estimativa 2010. Disponível em www.inca.gov.br.

¹⁷ UNACON - hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

¹⁸ CACON - hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

¹⁹ Para aprofundamento do tema ver 'Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia', de Ivanete Boschetti e Evilásio Salvador, Revista Serviço Social e Sociedade nº 87, editora Cortez (SP), 2006.

²⁰ Informações disponíveis em <http://www.iarc.fr/>.

²¹ Informações disponíveis em <http://www.inca.gov.br>.

²² Ver o texto intitulado Divisão Sexual do Trabalho: transversalidade entre as dimensões de classe e gênero em 'Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho', autor Ricardo Antunes, editora Boitempo (SP), 2002.

²³ Família compreendida com núcleo de pessoas que estabelecem certa convivência em lugar determinado, unidas ou não por laços consangüíneos, por certo lapso de tempo, conforme definição de MIOTO (1997).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBALA, C.; VIO, F.; YANEZ, M. *Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países*. Santiago: Rev Med Chile, 1997.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2002.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In SADER, E.; GENTILI, P.(orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

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

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história. Biblioteca básica de serviço social*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439 de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 21ª ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2005. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2004. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2006. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2008. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível <http://www.inca.gov.br/situacao/> Acesso em 4 de outubro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil. Estimativas 2010*. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> Acesso em 4 de outubro de 2010.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.S. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL, MS, *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: IMS, CEPESC, ABRASCO, 2005.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In publicação: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. BASUALDO, E. M.; ARCEO, E. (orgs). *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

IAMAMOTO, M.V. *Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 4ª Edição. São Paulo: Cortez, 2010.

LAURENTI, R. *Transição demográfica e transição epidemiológica. Anais 1º do Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

MIOTO, R. *Família e Serviço Social: contribuições para o debate*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1997. n. 55, p.114-130.

NETTO, J.P. *FHC e as políticas sociais: um desastre para as massas trabalhadoras*. In LESBAUPIN, I. (org). *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes: 1999.

SOARES, L.T.R. Política de ajuste e reformas da seguridade social na América Latina. In: ANDREAZZI e TURA (orgs). *Financiamento e Gestão do Setor Saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999.

_____. *Os custos do ajuste neoliberal na América Latina. Questões da nossa época*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANNA, M. L. T. W. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica. In: *Política Social e Serviço Social: elementos históricos e debate atual*. Revista Praia Vermelha nº 18, 1º semestre de 2008. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

WHO. World Health Organization. *World Cancer Report 2008*. Lyon: WHO, 2008. Disponível em <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/> Acessado em 25 de maio de 2010.

O objetivo do Grupo é investigar, desvendar e aprofundar a formação e desenvolvimento do Estado brasileiro no que se refere ao seu comprometimento com a sociedade, bem como no campo da consolidação da cidadania através das políticas públicas. O pressuposto teórico reside na afirmação do Estado democrático, público, financiador e comprometido com a ampliação dos direitos constitutivos de cidadania.

Para tanto, os estudos e pesquisas agregados ao Grupo objetivam investigar o *locus* onde a política pública se realiza, ou seja, no âmbito dos governos, em suas três esferas constitutivas, e de suas respectivas gestões, no sentido de conhecer as relações políticas e sócio econômicas determinantes de sua realização.

Portanto, acorde com tais premissas e estendendo seu campo geográfico de abrangência, a pesquisa *A Gestão Pública da Política de Assistência Social: Um Estudo Comparativo Entre América Latina e Europa*, tem como universo de investigação, municípios da América Latina - Juiz de Fora (Brasil), Rosario e Tandil (Argentina) - e, da Europa, o município de Granada (Espanha).

Dada a oportunidade de extrapolar o campo investigativo para o exterior brasileiro, interessou aos pesquisadores verificar como se processam as políticas sociais em outros países comparando-as com o nosso Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

As cidades foram escolhidas como campo do estudo comparativo por possuírem determinadas características comuns, tais como: sistema público de Assistência Social descentralizado, com instrumentos de controle social/participação da sociedade civil; institucionalização político-administrativa do processo; implementação de programas e projetos sociais estruturados e existência de curso superior de Serviço Social nos municípios. Neste último caso a exigência era a de garantir oportunidades de trocas e intercâmbios acadêmicos entre as unidades de ensino de Serviço Social, bem como a produção de pesquisa para esta área do conhecimento.

Constituem-se objetivos da pesquisa: a) caracterizar a construção sócio-histórica da política de Assistência Social sob o viés da descentralização e democratização; b) levantar e analisar o processo de institucionalização político-administrativo da política de Assistência Social nos municípios escolhidos; c) mapear os recursos e

financiamentos destinados às ações relativas à Assistência Social; d) identificar e analisar a pertinência social dos programas e projetos desenvolvidos; e) verificar e analisar o processo de gestão pública da política de Assistência Social a partir dos eixos: gestão, controle social, planejamento e relações institucionais e profissionais; f) apresentar indicadores e perspectivas para uma gestão democrática da política de Assistência Social, voltada para os interesses da população.

Os sujeitos da pesquisa de campo foram selecionados dentre o universo dos atores sócio-políticos envolvidos no processo de construção e institucionalização da política de Assistência Social: os gestores da política pública; os profissionais supervisores/coordenadores de programas e projetos e os integrantes dos espaços de controle social.

A base teórica da pesquisa centrou-se na atualização das discussões sobre Capitalismo, Estado, Política Social, Política de Seguridade Social, Política de Assistência Social, Democratização, Descentralização, Cidadania, Gestão Pública e Controle Social. Em se tratando de um estudo comparativo, os instrumentos de investigação escolhidos foram a análise documental e entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos previamente selecionados.

O trato ao objeto da pesquisa enfoca três eixos de investigação, a saber: gestão, controle social e financiamento. Estes marcadores integram o tripé da investigação, permitindo identificar e analisar a implantação e implementação das políticas de Assistência Social nos municípios escolhidos, oferecendo subsídios empíricos e teóricos expressivos para a discussão da temática.

No campo da revisão da literatura o conjunto de pesquisadores se propôs a estudar o papel do Estado capitalista na definição das políticas públicas, particularmente a de Seguridade Social e desta, a de Assistência Social, identificando as determinações sociais, políticas, culturais e institucionais de cada realidade investigada, baseadas em compreensões teóricas fundamentais e convergentes em termos de identidade crítica e de visão de mundo dos autores selecionados.

O ponto de partida para efeito da pesquisa, sem desprezar, evidentemente, o traçado histórico das formações sócio-históricas de cada país, foi o de privilegiar a

necessidade de se repensar o papel do Estado após a crise política e financeira do capitalismo iniciada em meados da década de 1970 e instaurada em 1980, nos chamados países emergentes, principalmente no Brasil e demais países da América Latina.

A imposição do neoliberalismo pelos países centrais como um conjunto de idéias econômicas e políticas capazes de apresentar uma solução para a crise econômica mundial desencadeada, dentre outros, pelo aumento excessivo do preço do petróleo, acabou por redefinir o papel dos Estados em termos da centralidade no mercado em detrimento da responsabilização estatal para com a coisa pública e com a sociedade.

A predominância do pensamento neoliberal trouxe ainda a onda *reformista gerencial* cujo enfoque foi a reorganização dos Estados sob os supostos privatistas, terceirizações, gestão de resultados e desmantelamento da máquina estatal em suas dimensões técnica, organizacional e humana.

A hegemonia do *pensamento único* se sobrepôs aos processos de gestão pública voltados para a equidade, justiça social e democracia. Sobrepôs-se ainda, à concepção da universalização e aprofundamento dos direitos fincados no Estado - por ser o órgão capaz de gerir políticas sociais de cunho universalista - e, na administração pública - por ser a referência para a organização das ações estatais.

O real papel do Estado de Direito, ainda que burguês, revela-se como ponto central para o debate sobre Políticas Sociais e gestão.

O desenvolvimento da investigação, até o momento, tem apontado que Políticas Sociais orientadas para universalização e aprofundamento de direitos, só possuem condições de serem desenvolvidas se forem de responsabilidade do Estado. E a gestão dessas políticas, na medida em que é operacionalizada pelo Estado, possui como fundamento a administração pública. Portanto, a gestão é eminentemente pública colide com a gerência de programas e projetos sociais particularistas, apesar de não desconsiderar esta dimensão.

Daí depreender-se que a política pública é uma linha de ação coletiva asseguradora de direitos sociais declarados e garantidos em lei, e que têm no Estado a primazia da condução desse processo.

Essas impressões aproximativas do objeto da pesquisa em andamento ganharam maior vitalidade com a realização do Seminário *Capitalismo, Estado e Políticas Sociais*, já previsto no projeto como um dos desdobramentos da investigação em curso. Naquela ocasião estiveram reunidos os pesquisadores e expoentes da área da Seguridade Social, para debater, com um público de aproximadamente 350 pessoas, a pesquisa e dar a público a sua natureza e objetivo. A intenção foi a de promover a discussão entre pesquisadores da área do Serviço Social e afins visando desvendar os desafios da política de proteção social na Argentina, Brasil e Espanha.

Parte do referencial teórico já trabalhado pelos pesquisadores em cada uma das realidades investigadas foi discutido no Seminário e reorganizado em forma de artigos para o presente número da Revista Libertas.

Os resultados desse evento podem, então, ser apreciados e debatidos por todos os interessados na temática, que é também tão cara ao Serviço Social, nestes tempos da necessária resistência às ofensivas capitalistas aos projetos societários mais democráticos, mais inclusivos e a favor da liberdade e da emancipação humana.