



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA DE FÁTIMA COSTA AQUINO

**DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E SERVIÇO SOCIAL:  
UM ESTUDO SOBRE A PROFISSÃO NESTE PROCESSO**

CAMPINA GRANDE  
2015

MARIA DE FÁTIMA COSTA AQUINO

**DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E SERVIÇO SOCIAL:  
UM ESTUDO SOBRE A PROFISSÃO NESTE PROCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB – Campos I – Campina Grande- PB.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE  
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A657d Aquino, Maria de Fátima Costa  
Descriminalização do aborto e Serviço Social [manuscrito] :  
um estudo sobre a profissão nesse processo / Maria de Fátima  
Costa Aquino. - 2015.  
69 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço  
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências  
Sociais Aplicadas, 2015.

"Orientação: Profa. Ma.Tháisa Simpício Carneiro Matias,  
Departamento de Serviço Social".

1. Descriminalização do aborto. 2. Direitos reprodutivos. 3.  
Política de saúde. 4. Autonomia da mulher. 5. Clandestinidadade.  
6. Serviço social. I. Título. 21. ed. CDD 363.46

MARIA DE FÁTIMA COSTA AQUINO

**DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E SERVIÇO SOCIAL:  
UM ESTUDO SOBRE A PROFISSÃO NESTE PROCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB -- Campos I -- Campina Grande-PB.

Aprovado em: 12/03/2015

Nota: ( 9,5 )

**BANCA EXAMINADORA**

Thaísa Simplicio Carneiro Matias

Profª. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias  
Orientadora

Maria Noalda Carvalho

Profª. Dra. Maria Noalda Carvalho  
Banca Examinadora

Glaucineith Cavalcante de Albuquerque Lima

Ma. Glaucineith Cavalcante Albuquerque Lima  
Banca Examinadora

## AGRADECIMENTOS

De forma honrada e extrema gratidão agradeço a minha estimada orientadora, Thaísa Simplício Carneiro. Principalmente pela confiança, depositada no meu trabalho, por sua leitura crítica, estímulo intelectual representado pela sua orientação, cumplicidade e competência no ato de proceder às valiosas contribuições e reajustes para o aprimoramento deste trabalho.

A todas as pessoas que participaram direta e indiretamente da construção de minha história pessoal e profissional.

A meus mestres e professores que, contribuíram para minha formação profissional.

Aos professores que fazem parte da banca examinadora pela honrada presença e suas considerações teóricas.

À supervisora de estágio Glaucineith Cavalcante, por ser uma profissional competente e comprometida na busca da transformação social e por ter sido minha referência profissional no campo de estágio.

À minha turma de graduação, pelo compartilhamento do processo de aprendizagem, especialmente as minhas amigas Keyla e Helenise.

À minha família, sobretudo aos meus pais e meus irmãos, pelo grande incentivo.

Ao meu companheiro Newton Almeida que, sem dúvida, tem sido um grande presente na minha vida, por todo apoio afetivo.

Não podendo esquecer o meu filho maravilhoso Thomas Brian, que é a expressão da minha motivação pra realizar todos os meus sonhos e objetivos.

E, por fim, o maior de todos os agradecimentos dedico a Deus e a todos aqueles que, em nome Dele e por Ele, me incentivaram desde sempre.

## RESUMO

O presente trabalho vai tratar de uma discussão acerca da descriminalização do aborto no Brasil, trazendo elementos que permita problematizar a questão, frente aos problemas sociais da realidade brasileira inerentes ao desenvolvimento capitalista. Faz uma análise a partir da crise estrutural do capital na década de 1970 até os dias atuais, mostrando os seus rebatimentos na política de saúde e na questão dos direitos reprodutivos da mulher, bem como mostra o protagonismo dos sujeitos políticos na luta pela consolidação desses direitos no Brasil, a exemplo do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, que teve grande importância na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil; O Movimento Feminista e de Mulheres que foram responsáveis pelas grandes conquistas das mulheres no que concerne aos direitos reprodutivos e também aos demais direitos sociais. Diante do exposto, este trabalho objetivou analisar como a temática da descriminalização do aborto vem sendo problematizada pelo Serviço Social brasileiro. Para tanto, buscou também discutir os direitos reprodutivos da mulher no Brasil; analisar o processo de inserção dos (as) assistentes sociais nas lutas pelo direito à saúde e desvelar como a temática vem sendo apropriada pelos assistentes sociais no país. Trata-se de uma pesquisa documental realizada através de um levantamento bibliográfico de natureza qualitativa do tipo exploratório, cujos documentos utilizados foram os produzidos pelo conjunto CFESS/CRESS acerca da descriminalização do aborto. Esse estudo mostrou que o Serviço Social e seus representantes legais (conjunto CFESS/CRESS) também estão na luta frente à descriminalização do aborto no Brasil, sendo esta uma bandeira de luta do Serviço Social brasileiro.

**Palavras chaves:** Descriminalização do Aborto. Direitos Reprodutivos. Política de Saúde. Autonomia da Mulher. Clandestinidade. Serviço Social.

## ABSTRACT

The present work will deal with a discussion about the decriminalization of abortion in Brazil, bringing elements enabling discuss the issue, compared to the social problems of the Brazilian reality inherent to capitalist development. Analyzes from the structural crisis of capital in the 1970s to the present day, showing its repercussions in health policy and the issue of women's reproductive rights, and shows the role of political actors in the struggle for consolidation of these rights in Brazil, as the Brazilian Health Reform Movement, which had great importance in the implementation of the Unified Health System (SUS) in Brazil; The feminist movement and women were responsible for the great achievements of women in relation to reproductive rights and also to other social rights. Given the above, this study aimed to analyze the issue of decriminalization of abortion has been problematized by the Brazilian Social Service. To this end, also sought to discuss the reproductive rights of women in Brazil; analyze the process of integration of (the) social workers in the struggle for the right to health and reveal how the theme has been appropriated by social workers in the country. This is a documentary research conducted through a literature qualitative exploratory, whose documents used were produced by CFESS set / CRESS about the decriminalization of abortion. This study showed that social work and their legal representatives (set CFESS / CRESS) are also ahead fight the decriminalization of abortion in Brazil, which is one of the Brazilian Social Service battle flag.

**Key words:** Decriminalization of Abortion. Reproductive Rights. Health Policy. Autonomy of Women. Underground. Social Service.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> -----	<b>6</b>
<b>2. CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E SEUS REBATIMENTOS NA SAÚDE</b> -----	<b>8</b>
<b>3. DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL: a trajetória histórica do aborto e a luta do movimento feminista brasileiro pela sua legalização</b> -----	<b>26</b>
<b>3.1-Debates e discussões dos sujeitos políticos da atualidade pela luta da descriminalização/legalização do aborto no Brasil</b> -----	<b>31</b>
<b>4. SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE E A BUSCA DE RUPTURA COM O CONSERVADORISMO</b> -----	<b>37</b>
<b>4.1-O Serviço Social na política de saúde e o seu posicionamento acerca da descriminalização do aborto</b> -----	<b>45</b>
<b>4.2-Posicionamentos político do Serviço Social bem como dos seus representantes legais o conjunto CFESS/CRESS frente à luta pela legalização e descriminalização do aborto no Brasil</b> -----	<b>57</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	<b>65</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b> -----	<b>67</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os avanços dos direitos reprodutivos da mulher no Brasil, pauta do Movimento Feminista, bem como do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, colocam-se para o Serviço Social como pauta das discussões no âmbito dos debates da profissão, chamando a atenção para uma demanda urgente que se apresenta ao Serviço Social cotidianamente, no que concerne à descriminalização/legalização do aborto no Brasil.

Nessa perspectiva abordaremos como o Serviço Social, bem como seus respectivos representantes legais (o conjunto CFESS/CRESS<sup>1</sup>) vêm abordando essa temática na atualidade.

Esse trabalho se justifica por ser de fundamental importância para o fortalecimento da luta pela descriminalização do aborto no Brasil, tendo em vista sua contribuição com o debate tanto da questão do aborto quanto a apreensão do Serviço Social brasileiro sobre a referida temática. Além disso, vai despertar no leitor uma reflexão crítica sobre a urgência dessa temática enquanto uma questão de saúde pública e de responsabilidade do Estado, bem como vai abrir possibilidades para novos estudos que possa enriquecer a discussão.

Assim, o referido trabalho tem como objetivo geral analisar como a temática da descriminalização do aborto vem sendo problematizada pelo Serviço Social brasileiro e, como objetivos específicos, este trabalho propõe: discutir os direitos reprodutivos da mulher no Brasil; analisar o processo de inserção dos (as) assistentes sociais nas lutas pelo direito à saúde e desvelar como a temática vem sendo apropriada pelos assistentes sociais no país.

Trata-se de uma pesquisa documental realizada através de levantamentos bibliográficos de natureza qualitativa, de tipo exploratório, cujos instrumentos de coleta de dados são os documentos do conjunto CFESS/CRESS (2011), produzidos no período de 08/10 a 20/12, quais sejam: CFESS Manifesta: legalização do aborto. (CFESS/CRESS, 2011)

O método de análise foi o materialismo histórico, uma vez que este é um método crítico dialético criado por Karl Marx, cujas teorias são hegemônicas no Serviço Social. Para Marx a produção material da vida engendra todas as formas de relações humanas e assim sendo, a categoria ontológica do trabalho torna-se imprescindível em qualquer estudo que se anuncie na perspectiva da totalidade histórica.

Assim o método de Marx nos permite analisar as relações sociais na sua dimensão contraditória, que responde tanto aos interesses do capital quanto do trabalho, como também do movimento geral da luta de classes.

---

<sup>1</sup> Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social.



O Método Marxista procura sair do imediatismo para uma compreensão mediada da realidade, buscando uma apreensão do “real”, do simples ao complexo, da parte ao todo, singular ao universal, do abstrato ao concreto e da aparência à essência das coisas.

Para Marx, a grande função da ciência não era “apenas a descoberta da essência de relações obscurecidas por suas aparências superficiais, mas também a explicação dessas aparências em outras palavras, a descoberta dos elos intermediários, ou mediações, que permitem que a essência e aparência se reintegrem novamente numa unidade.” (MANDEL, 1985, p. 8).

A estrutura do trabalho está organizada da seguinte forma: no segundo capítulo é realizado um panorama histórico acerca da crise estrutural do capital e seus rebatimentos para a política de saúde no Brasil, mostrando como o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidou no país através da luta do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, como configuração da política em destaque nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT).

No terceiro capítulo são desenvolvidas reflexões sobre os direitos reprodutivos no Brasil no que concerne a trajetória histórica do aborto e a luta do Movimento Feminista brasileiro pela sua legalização, assim como os debates e discussões dos sujeitos políticos coletivos<sup>2</sup> da atualidade pela luta da descriminalização/legalização do aborto no Brasil.

Já o quarto capítulo traz uma discussão sobre o Serviço Social brasileiro contemporâneo, para que seja possível entender as bases do desenvolvimento da profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, seguido dos tópicos 4.1 e 4.2 que vão trazer a contribuição da referida profissão na política de saúde e o seu posicionamento político acerca da temática em questão, bem como dos seus representantes legais o conjunto CFESS/CRESS frente à luta pela descriminalização do aborto no Brasil.

---

<sup>2</sup> Os sujeitos políticos coletivos são organismos culturais e ético-políticos, que contribuem para a construção do consenso a uma determinada concepção de mundo e projetos.

## 2. CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E SEUS REBATIMENTOS NA SAÚDE

Os chamados trinta anos gloriosos de capitalismo democrático, durante os quais a combinação Estado de Bem-Estar Social (modelo econômico adotado no pós-guerra) e modo de produção fordista garantiram a recuperação e manutenção da taxa de lucro do capital e trouxeram ganhos aos padrões materiais de vida dos trabalhadores. Entretanto, este quadro começou a ruir com o fim da fase expansionista do capital, quando este ingressou em mais uma de suas crises cíclicas, colocando a economia mundial em uma enorme recessão econômica, potencializada pelo choque do petróleo e pela onda inflacionária, a qual pôs em xeque a eficácia da estratégia anticíclica do pacto fordista/keynesiano que se exauria no início da década de 1970.

A ideia de crise global ou societal, aqui adotada, diz respeito ao conjunto de transformações econômicas, políticas, sociais, institucionais e culturais que interferem no processo de reprodução social, seja no sentido de incorporar potencialmente elementos ameaçadores da reprodução, seja no sentido de catalisar mudanças que permitam a reestruturação da produção. (MOTA, 2005, p. 88).

Com o advento da crise estrutural do capital<sup>3</sup> houve queda na taxa de lucro, variações na produtividade e as despesas continuaram altas, fato este que levou os países ao endividamento e conseqüentemente a impossibilidade de desenvolver políticas e orientações econômicas com a autonomia de outrora.

Diante desse fenômeno o capital precisava desenvolver estratégias para superação da crise, de modo que entrou em cena a tríade combinada da ofensiva neoliberal: reestruturação produtiva, globalização ou (liberdade de mercado) e reforma do Estado, que vem sendo utilizadas nas últimas três décadas como estratégia do neoliberalismo, tanto no plano material/objetivo, quanto no plano ideológico/subjetivo.

Nesse sentido, a reestruturação produtiva se apresenta como uma nova forma de organização da produção capitalista que busca constituir uma captura da subjetividade da força de trabalho, um novo tipo de envolvimento estimulado, adequada à nova base técnica da produção de mercadorias. Como consequência desse processo, a consciência dos operários e empregados tende a caracterizar-se pelo consentimento e acomodação diante das novas condições de exploração da força de trabalho instituídas pelo capital.

Vale destacar que a reestruturação produtiva não deve ser entendida apenas como um processo de reestruturação econômica e tecnológica do capital. Nestes termos, não seria possível apreender o verdadeiro sentido da acumulação capitalista, que é a reprodução da

---

<sup>3</sup> Cf: Mészáros (2011).

totalidade da vida social: é um processo que tem uma dimensão política, social e cultural, visto que o capital diante de um quadro de crise se vê desafiado a engendrar uma nova correlação de forças para a sua sobrevivência e reprodução. (MOTA, 2005).

Neste caminho, a reestruturação produtiva marca o desenvolvimento de um novo padrão de acumulação. Tal padrão tem conjugado altos índices de exploração do trabalhador, ganhos modestos de salários e a desestruturação do poder sindical. Esse processo se caracterizou pela introdução de novas tecnologias microeletrônicas na produção, pelo desenvolvimento de novas formas de organização da produção capitalista como a flexibilização, a terceirização e a precarização da força de trabalho, não se limitando apenas ao desemprego de massas e à inatividade, mas pela degradação de estatutos salariais e proliferação de trabalhos temporários e etc.

Estas mudanças no mundo do trabalho são acompanhadas pela globalização, uma nova configuração de acumulação financeira do capitalismo mundial e dos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação. Dentre os efeitos maléficos do processo de globalização deu-se a destruição das condições que tornariam possível o regime democrático, tendo em vista que este processo conferiu ampla liberdade para o capital em escala planetária, mas restringiu a liberdade do trabalho e submeteu os trabalhadores a uma larga desproteção social, impondo, em especial aos países periféricos, a retração dos direitos sociais e trabalhistas.

De acordo com Davi, Martiniano e Patriota (2011), a ofensiva neoliberal sob o comando das principais agências internacionais de crédito, como o Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI) e referendada pelo Consenso de Washington, alastrou-se impositivamente sobre as economias periféricas, através de acordos e tratados, tomados como requisitos para a concessão de empréstimos, a negociação de dívidas e/ou a redução de embargos econômicos e políticos, de modo que tais reformas consolidaram os pressupostos privatistas do capital.

O Brasil foi apresentado às políticas neoliberais a partir do governo Collor, mas somente com eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 1995, quando a administração pública tornou-se alvo das políticas neoliberais de desmonte do Estado de forma mais incisiva: com o corte dramático de investimento em custeio e contratação, buscando atingir um superávit primário a fim de satisfazer organismos internacionais como o FMI destarte, prejudicou a qualidade do serviço público no país e degradou salários e condições de trabalho dos trabalhadores do setor público e, em relação às políticas neoliberais, o Estado brasileiro

deixou de ser indutor de políticas públicas e de investimentos sociais, cabendo apenas às atividades de regulador e fiscalizador da iniciativa privada.

Davi, Martiniano e Patriota (2011) enfatizam que a ofensiva neoliberal não encontrou no Brasil uma cultura do direito, pois as conquistas limitaram-se à formalidade, não sendo substancialmente vivenciadas pelas massas trabalhadoras, o que inibiu resistências à perda dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988 (CF88). Estes não foram experimentados de forma efetiva, pois a agenda universalista pactuada na Carta Magna esgotou-se antes mesmo de ser implementada anunciando a brevidade e fragilidade da reforma democrática, em especial no que diz respeito ao acesso dos trabalhadores a uma fatia da riqueza socialmente produzida, pela via da universalização das políticas sociais.

De acordo com Paim (2008) houve um processo de desconstitucionalização e de desmonte do conceito de seguridade social, fundamentado nos princípios dos direitos sociais e universais que rege a proteção social. Esse processo significou um retrocesso para a saúde, uma vez que fragmentou o caráter universal das propostas contidas no Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB)<sup>4</sup>.

O Projeto de RSB se caracterizou como um processo de defesa da saúde como bem público e da legitimação desta como um direito universal dos cidadãos e dever do Estado, cujas ações e os serviços foram destinados para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (PAIM, 2008, p.170).

O supracitado Movimento surgiu durante o processo de redemocratização do país, no qual vários segmentos sociais organizados insatisfeitos com as iniciativas governamentais pressionaram o Estado a assumir um papel ativo na busca da melhoria das condições de saúde, enquanto uma conquista de direito gratuito e universal.

De acordo com Silva (2013, *apud* PAIM, 2008), esse movimento tornou-se um projeto a partir da formação de um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde e contou com a participação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia; contou também com a participação dos partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas as temáticas e viabilizaram debates no Congresso Nacional para discussão da política do setor, além dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

---

<sup>4</sup> Projeto de Reforma Sanitária, respaldado pela Constituição Federal e pelas leis em vigor, baseado nos princípios da universalidade.

Segundo Paim (2008), a concepção de RSB pode ser compreendida a partir de cinco aspectos: *Ideia* no sentido de uma percepção inicial teórica e política para o enfretamento da transformação da saúde; *proposta* no sentido de transformação da ideia num conjunto de proposições e princípios; *projeto* enquanto conjunto de políticas a partir de uma totalidade de mudanças; *movimento* enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referencial fundamental; *processo* enquanto um conjunto de atos, em distintos momentos e espaços que se expressam em praticas sociais, políticas econômicas, ideológicas e simbólicas numa perspectiva de totalidade.

A RSB está centrada nos seguintes elementos constituintes: democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p. 173).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a criação da Lei Orgânica de Saúde (composta pelas leis 8080/90 e 8142/90) foram as bases responsáveis pela elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) inscrito na CF88, de modo que esse marco significou um redirecionamento da atenção à saúde no Brasil, ao implantar uma política de saúde que tem como princípios fundamentais a universalização do atendimento, a equidade, a integralidade nas ações, a regionalização, a hierarquização, a participação da comunidade e a complementaridade do setor privado. Além disso, adotou como diretriz organizacional a descentralização político-administrativa, representando naquele momento, um avanço em termos de democratização do sistema.

A concepção de saúde de acordo com as proposições do projeto de RSB, não se restringe apenas a assistência médica, mas está relacionada a todos os condicionantes e determinantes, a saber: (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente entre outros). Enfim precisa-se levar em consideração a realidade social e as condições de vida a que a população está submetida. (PAIM, 2008, p. 171).

Conforme Paim (2008) analisa, a reforma democrática no que se refere à saúde não se efetivou na perspectiva dos princípios do SUS que defende a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde, pois o que se viu foi o desrespeito ao princípio da equidade na alocação

dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal e também ao princípio da integralidade, que se expressa na indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, com prioridade para a assistência médico-hospitalar.

Diante disso, permanecem grandes desafios para o SUS universal, humanizado e de qualidade, pois o usuário não é visto como o destinatário das políticas e ações de saúde; os cargos públicos de saúde são usados como moeda de troca entre partidos; a saúde ficou vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, através da utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (PAIM, 2008).

Outro aspecto que vale destacar é a questão da desregulamentação do trabalho nos serviços públicos de saúde, que se legitima através da flexibilização e da precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho. O que se evidencia também nesse processo é a desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho, pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a rotatividade e/ou inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários.

Esta situação se expressa quando impõe fragilidade nas modalidades de contratação, alta rotatividade da força de trabalho, insatisfação profissional, condições de trabalho degradantes, desmobilização sindical ausência de concurso público. Sem esquecer-se das condições de vulnerabilidade e desproteção do trabalho peculiares ao trabalho no setor saúde.

Isso mostra que as promessas da RSB não foram cumpridas em sua totalidade, pois permanecem os problemas de agravamento das doenças pela ausência de intervenções oportunas, causando mortes evitáveis, exames e diagnósticos desnecessários e de baixa qualidade, dificuldade na relação com o setor privado suplementar e na democratização do acesso a medicamentos. Enfim, pouco se avançou na efetivação da integralidade e da igualdade no que diz respeito à participação da sociedade civil na formulação das políticas e de estratégias do SUS.

Nesse sentido, as conquistas inscritas na CF88, sofreram um golpe com o projeto de Reforma do Estado incorporado pelo governo FHC e posto em prática no Brasil na década de 1990. Essa reforma na verdade foi uma contrarreforma do Estado, cujo objetivo era destruir a reforma democrática da década de 1980.

O termo Reforma do Estado foi usado largamente na década de 1990, para designar o projeto em curso, mas fica claro que estivemos diante

de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social democrata, sendo submetido ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido suas consequências sociais e sua direção histórica. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.149).

Essa contrarreforma do Estado se configurou num projeto macroeconômico criado para promover reformas constitucionais, cujo objetivo é desenvolver modelos gerenciais eficazes em substituição à administração burocrática do Estado, julgada incapaz de solucionar os problemas e imperfeições históricos do Estado brasileiro.

(...) “Argumentava-se que o problema estaria localizado no Estado, e por isso seria necessário reformulá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos, enquanto a política econômica corroía aceleradamente os meios de financiamento do Estado Brasileiro através de uma inserção na ordem internacional que deixou o país à mercê dos especuladores do mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoou pelo ralo do crescimento galopante das dívidas interna e externa”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.152).

Nesse processo a ideia de reformar o Estado ganhou força. A Reforma proposta tinha como objetivos, em curto prazo, promover o ajuste fiscal, principalmente nos estados federados e nos municípios, descentralizar a gestão, reduzir o papel do Estado transferindo suas atribuições para a sociedade e para o terceiro setor, reduzir o déficit público e promover a privatização dos bens públicos.

Portanto, a Contrarreforma pode ser entendida como um conjunto de alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As Contrarreformas, em geral, alteram os marcos legais já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país.

O projeto de reforma do governo de FHC ganhou corpo institucional com as formulações de Bresser Pereira, dirigente do Ministério da Administração de Reforma do Estado (MARE), a partir da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), o qual significou um conjunto de esforços constitucionais para a Reforma do Estado.

De acordo com as ideias do Plano Diretor (BRASIL, 1995), “a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada, estaria aberto o caminho para a modernidade”. Assim, o Plano Diretor foi o principal documento da formulação desse projeto de Reforma do Estado. Nesse processo em tela a Seguridade Social sofreu profundas modificações, anteriormente discutidas.

Em 2003 o Brasil se encheu de esperança com a vitória do governo Lula, tendo em vista que este representava para boa parte da população e dos intelectuais a possibilidade de

mudanças nos rumos da política econômica e das políticas sociais, uma vez que o governo eleito era um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política.

A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. Entretanto, pode-se afirmar que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula deu sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, uma vez que encolheu o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliou o espaço privado não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

Lula que já vinha de três eleições fracassadas, sela um compromisso com o mercado de cumprimento de todas as metas e obrigações do governo anterior, além de aliar-se a setores e partidos que outrora combatia. (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 177).

Na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do Projeto de RSB e a efetivação do SUS. Entretanto, não foi possível dar continuidade ao projeto na perspectiva da Seguridade Social, efetivamente público, universal e de qualidade diante da decisão do governo de priorizar os interesses do grande capital. Esperavam-se, assim, mudanças acentuadas nas configurações desse Estado historicamente autoritário e distante dos interesses dos trabalhadores. Mas, infelizmente, o PT já não representava mais os interesses e projetos da classe trabalhadora brasileira, como historicamente fora.

A conclusão que pode se tirar desse processo de adesão do PT aos interesses da classe dominante é que houve um refluxo das lutas, adaptação das lideranças e dos projetos a ordem vigente, integração ao governo e subordinação à lógica do capital. O PT tomou como ideologia de referência o neoliberalismo, apesar de já ter representado um partido de resistência e combatividade no período da ditadura militar, mas atualmente tornou-se um partido de defesa dos interesses da ordem burguesa.

Houve um retrocesso na luta construída na década de 1980, pois os rumos tomados pelo PT acabaram por fragilizar a luta dos trabalhadores, que tinham no partido um de seus representantes. Dessa forma o PT atualmente se posiciona na defesa do projeto privatista e se omite diante dos ataques ao SUS e aos princípios constitucionais. (BRAVO; MENEZES, 2012, p.179).

De acordo com Soares (2010), na primeira etapa do seu mandato foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitantemente ao aumento das taxas de juros; enquanto no mesmo período era expandida a assistência social, o crédito ao



consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo. Através da mediação do mercado e do crescimento econômico induzido pelo Estado, a rigor, ao aliar o combate à pobreza à defesa do crescimento econômico, a burguesia e seu Estado protagonizam uma sociabilidade baseada na ideologia do consenso: a possibilidade de compatibilizar crescimento econômico com desenvolvimento social.

Um exemplo disso é o Programa Bolsa Família<sup>5</sup> (PBF), implementado durante a gestão do Presidente Lula. Este programa apresenta como objetivo beneficiar e incluir a camada da população em situação de extrema miserabilidade. Embora muitos estudos apontem que os Programas de Transferência Continuada de Renda (PTCR) reduzem os níveis de pobreza e melhorem indicadores de saúde e educação, há efervescentes debates em torno de sua efetividade e arranjo jurídico-institucional.

Diante do exposto, percebemos que o governo Lula se caracterizou pela política desenvolvimentista cujo objetivo é uma estratégia de consenso entre o grande capital e a classe trabalhadora, através do atendimento de algumas das reivindicações das classes subalternas, ao mesmo tempo em que assegurou as exigências das classes dominantes.

Com base nas concepções de Soares (2010), no segundo mandato do governo Lula, inaugurou-se uma nova fase do Estado, denominada de terceira via. Tal proposta se apresentou como alternativa aos modelos vigentes na luta pela hegemonia ideopolítica, que, além de dar continuidade à fase implementada por FHC, recupera parcialmente o papel do Estado como garantidor/financiador da acumulação capitalista no Brasil. Apesar de se apresentar como política de governo que objetiva o desenvolvimento do país sob o protagonismo do Estado, o reordenamento vem configurando-se como um processo de renovação do neoliberalismo mais precisamente denominado de neodesenvolvimentismo<sup>6</sup>.

Tal conjuntura trouxe como consequência um processo de repolitização regressiva da política que se faz com os argumentos anti-neoliberais, anti-imperialistas, porém em defesa do nacional-capitalismo, na perspectiva do desenvolvimento do país, cuja principal mediação não consiste em reformas sociais com impacto na redistribuição de renda, mas sim o crescimento exponencial da lucratividade do capital a partir das garantias do Estado.

---

<sup>5</sup> O Programa Bolsa Família, criado em 2003, teve como ação principal a unificação de outros benefícios existentes, entre os quais destacam-se, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás. Para mais informações consultar o site do Ministério Desenvolvimento Social e Combate a Fome.

<sup>6</sup> É uma estratégia ideopolítica que surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo. Essa ideologia se apresenta como uma terceira via, mas na verdade, esta vem reforçar o conservadorismo, tendo em vista seu caráter de complementariedade ao neoliberalismo.

De acordo com Soares (2010), esse processo se verificou através do aumento das taxas de crescimento econômico e na área social, houve uma tímida melhora de alguns indicadores sociais. Neste sentido, esse projeto de desenvolvimento social consiste em conciliar os interesses do neoliberalismo que se refere ao compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, incentivo fiscal, busca de competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional, comprometimento com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado com a sensibilidade social.

Conforme Brasil (2007), o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) é uma expressão desse processo. Criado em 2007, no segundo mandato do governo Lula, sendo anunciado como proposta de retomada de investimento público, aliado a amplas medidas econômicas, tendo como ação norteadora modernizar a infraestrutura e possibilitar a expansão dos investimentos privados, o PAC é um plano de crescimento e não de desenvolvimento. Não contém por isto uma seleção criteriosa dos investimentos nem análise de alternativas. Esse programa é coordenado em âmbito nacional pelo Ministério das Cidades e tem na Caixa Econômica Federal a gestora de recursos.

O governo Federal já no documento de lançamento do programa colocava como definição para carteira de investimentos critérios que se baseavam na busca de resultados mais rápidos, tendo optado o governo por recuperar a infraestrutura existente, concluir projetos em andamento e buscar novos projetos com forte potencial para gerar retorno econômico e social. (BRASIL, 2007, p.16).

Outra expressão desse processo é a criação do Pacto pela Saúde, na gestão do ministro Saraiva Felipe, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 09 de fevereiro de 2006. O referido Pacto pela Saúde agrega em um só conjunto o Pacto pela Vida<sup>7</sup>, o Pacto em Defesa do SUS<sup>8</sup> e o Pacto de Gestão<sup>9</sup>.

Uma das principais ideias que norteiam o documento é a da gestão como pactuação ou da necessidade da pactuação para uma gestão de qualidade. A pactuação é relacionada à adesão solidária e cooperativa que, por sua vez, é caracterizada pelo comprometimento dos gestores sob a forma de contratualização da gestão. (SILVA, 2013, p. 43).

---

<sup>7</sup>O Pacto pela Vida se refere às alianças estabelecidas entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população e tem como diretrizes, metas e ações específicas à atenção à saúde. (SILVA, 2013).

<sup>8</sup> O Pacto em defesa do SUS se refere aos compromissos para consolidação da Reforma Sanitária, em suas diretrizes faz um chamamento aos gestores das três esferas de governo e outros sujeitos que devem expressar seus compromissos com a consolidação da RSB, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na CF88; e desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. (SILVA, 2013).

<sup>9</sup> O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (SILVA, 2013).

Esse Pacto se expressa em ações focalizadas que são considerados os principais programas dos governos Lula para o setor em destaque, a saber:

- ✓ A criação do Sistema de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é um programa composto por uma equipe de profissionais, ambulâncias e uma central de regulação médica. Pode ser de abrangência regional ou municipal.
- ✓ A criação do programa Brasil Sorridente que é uma política de ampliação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, inclusive no atendimento de maior complexidade. Prevê a expansão de equipes de saúde bucal junto à saúde da família, define a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência.
- ✓ O programa Farmácia Popular que objetiva o aumento do acesso das pessoas a medicamentos de baixos preços para as famílias com subsídios do governo federal, sendo uma estratégia de co-pagamento entre os usuários e o Estado.

A saúde nesse novo modelo desenvolvimentista tornou-se um campo estratégico de integração do país ao novo patamar de desenvolvimento, seja estimulando o financiamento da indústria nacional (produtores públicos e privados), seja criando as condições para a expansão da saúde suplementar, seja possibilitando que na própria expansão do SUS esteja garantida também a ampliação do mercado privado, através das diversas modalidades de Parceria Público-Privado (PPP), tão características do PAC. Estas

Se constituem numa estratégia mundial de maximização do capital implementada por diversos Estados, em meio às tendências de supercapitalização. Além disso, se traduzem na exploração de serviços por entidades privadas com o objetivo de obter lucros, garantindo o Estado o pagamento certo da totalidade desses serviços, ou de uma parcela significativa do preço desses serviços, que incorpora o lucro dos privados, através do Orçamento do Estado. (SOARES, 2010, p.85).

Um exemplo disso é a criação das Fundações Estaduais de Direito Privado (FEDP): são entidades que fortalecem a relação entre o público e o privado, mais especificamente a institucionalização da lógica privada no âmbito da saúde através de uma racionalidade de gestão, ou seja, uma nova forma de organização e de gestão do SUS que se efetiva por meio de um pacto entre o Estado e o setor privado.

Bravo e Menezes (2012) afirmam que essa estratégia esvaziou a função do Estado e provocou a desvalorização da gestão pública; provocou também perda dos conselhos

deliberativos de saúde que são espaços de participação social e permitiu que as Fundações Estatais de Direito Privado acessassem diretamente aos recursos da saúde, através da venda de medicamentos e equipamentos tecnológicos garantindo dessa forma a lucratividade para o mercado, além de causar impactos no SUS com o subfinanciamento dos recursos públicos da saúde, cada vez mais limitados para atender as demandas que são ainda maiores.

As ações das FEDP são precarizadas e fragmentadas, de caráter curativo com conteúdos emergenciais e atendimento focalizado no indivíduo, nos grupos e segmentos pauperizados da classe trabalhadora, tem como principais características a privatização e a mercantilização da saúde pública através dos convênios firmados por meio da adesão solidária do Estado em troca de resultados e metas quantitativas. (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 82).

Essa lógica privatista se justifica através do argumento de que o aparelho estatal é burocrático e tecnicista e que seu modelo tradicional oferece muita rigidez no funcionamento dos serviços e não atende mais as demandas atuais, por isso defendem que as Fundações de Direito Privado tem mais agilidade, mais flexibilidade, mais autonomia e seus resultados são mais eficientes e eficazes.

Nesse sentido, tem havido uma forte adesão por parte dos sujeitos políticos coletivos do Movimento Sanitário da década de 1980 na aceitação e até na defesa do SUS possível que se expressa numa perspectiva médico-hospitalar, assistencial, individualista e curativa focalizado na pobreza, fortemente perpassados pelos interesses privados, numa concepção restrita de seguridade social, distanciando-se assim das três grandes funções da política de saúde pública: promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Desse modo, segundo Soares (2010), o Movimento Sanitário não teve a tática e estratégia na perspectiva de continuar a luta pela RSB e passou a priorizar a implementação do SUS institucionalmente. Não significa, entretanto, que o SUS não fosse uma conquista importante enquanto política pública, mas o esvaziamento da mobilização e organização da luta pelo direito à saúde trouxe consequências para o projeto e processo de RSB em toda década de 90 e no início do século XXI.

Essa nova modalidade de gestão do SUS se apresenta como a continuidade do Projeto de RSB e como lócus de defesa do SUS. No entanto tem se concretizado de forma bem diversa do SUS histórico perdendo seu real sentido de política universal e passando a disputar

espaço com o projeto privatista<sup>10</sup> que se fortalece e se destaca na atualidade e o projeto reforma da reforma<sup>11</sup> que se refere ao SUS *possível*.

De fato, a concretização do SUS, conforme seu marco legal original, para grande parte do Movimento Sanitário, deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das “possibilidades”, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal. (SOARES, 2010, p.47).

Soares (2010) enfatiza ainda que, apesar da fragmentação do projeto de RSB, algumas das suas propostas foram inseridas no planejamento do Ministério da Saúde no governo Lula como, por exemplo, a criação das Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa, entre outras. Entretanto, as ações estão sempre focadas na lucratividade do projeto privatista como se expressa nos desvios de recursos via Desvinculação de Recursos da União (DRU) e na continuidade de uma política que se efetiva de forma focalizada, precarizada, com ênfase na assistência emergencial, bem como na fragmentação da concepção e do sistema de seguridade social.

A supracitada autora (SOARES, 2010) também analisa que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é relevante expressão desse processo, pois mesmo com sua ampliação e alguns resultados positivos nos indicadores de saúde da população coberta, concentra hoje boa parte dos recursos disponibilizados fundo a fundo para os municípios. Além disso, mesmo constituindo-se prioridade da política de saúde pública, a ESF não atende à universalidade de sua demanda, caracterizando-se também como programa básico e focalizado, centralizado numa equipe reduzida (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem), sem condições de uma efetiva promoção da saúde.

A partir do exposto, no que concerne a situação de desmonte que o SUS vem sofrendo na contemporaneidade, diante das novas modalidades de gestão do SUS que tem se apresentado como uma ameaça ao projeto defendido pela RSB e aos princípios do SUS histórico.

Como resposta a este processo, surgiram novos sujeitos políticos coletivos na luta pelo Projeto de RSB, entre eles destacamos: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), criada em 2010 que tem como objetivo defender o SUS universal, público, estatal,

---

<sup>10</sup> Projeto privatista que trata a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orienta os serviços públicos para os pobres, por intermédio de um pacote básico de assistência médico-hospitalar.

<sup>11</sup> Projeto reforma da reforma que se refere ao SUS dentro das possibilidades diante das novas modalidades de gestão da saúde.

sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde, principalmente no que se refere à relação público/privado, na luta contra os novos modelos de gestão que estão sendo implementados na saúde.

Silva (2013) aponta que “a criação da FNCPS aparece como uma nova forma de mobilização e organização dos sujeitos políticos coletivos por uma agenda da RSB que defende princípios político-emancipatórios”. Destarte,

A FNCPS foi criada durante seminário realizado no Rio de Janeiro, intitulado 20 anos de SUS: Lutas Sociais Contra a Privatização e em defesa da Saúde Pública Estatal. Esse seminário foi organizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, pelo Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região, e pelos projetos Saúde, Democracia e Serviço Social: Lutas Sociais e Gestão Democrática, Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais e Políticas Públicas de Saúde financiados pela UERJ, CNPq e FAPERJ. (SILVA, 2013, p. 165).

Silva (2013) enfatiza que os principais sujeitos políticos coletivos da Frente têm sido os Fóruns de Saúde. Parte deles as grandes mobilizações e organizações e as defesas das bandeiras de lutas da Frente, a partir das diferentes realidades estaduais e municipais. Observa-se que nos anos de 2010 e 2011, as lutas se concentraram nas Organizações Sociais e em 2012 na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A organização e mobilização da Frente durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde foi muito significativa tanto nas defesas das propostas contra a privatização na saúde quanto para dar visibilidade das propostas e ações da Frente junto aos delegados da conferência, representantes dos governos das três esferas, sindicatos, movimentos populares etc. Essa mobilização foi muito importante, haja vista que todas as propostas que expressavam alguma forma de privatização na saúde foram rejeitadas. (SILVA, 2013, p. 226).

A Frente lançou a Agenda para a Saúde durante a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011. A mesma resgata nas suas proposições os principais elementos defendidos no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que expressa a condensação de uma proposta de RSB com os princípios da universalidade, integralidade e participação social.

De acordo com Silva (2013) o governo Dilma Rousseff deu continuidade à ideologia neodesenvolvimentista do governo Lula e acirrou o processo de privatizações e de focalização das políticas sociais. Em seu discurso de posse já deixava claro esta tendência, uma vez que, pretendia estabelecer parcerias com o setor privado.

Segundo Silva (2013), Dilma Rousseff tomou posse no dia 01 de janeiro de 2011, período em que se iniciou um quadro de crise mundial de extrema vulnerabilidade econômica

externa, que se tornou ainda mais ameaçador com o seu acirramento, cujos impactos afetou diretamente a economia brasileira.

Diante desse quadro de crise, o governo Dilma recorreu ao receituário neoliberal mais duro, evidenciando seu compromisso orgânico com os interesses do grande capital, particularmente do capital financeiro, em detrimento das classes trabalhadoras, reagiu cortando gastos e despesas (a maioria delas de caráter social subindo juros), privatizando e aprofundando ainda mais a junção entre acumulação privada e recursos públicos. Esses problemas econômicos provocaram o aumento automático na dívida pública, o aumento da inflação e a redução do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e da produção industrial.

Diante do exposto, o governo Dilma se caracterizou pela inserção de políticas meramente indutivas baseadas na renúncia fiscal e no financiamento público e voltadas para fortalecer a inserção internacional das empresas imperialistas do país, brasileiras ou não, e para atender à administração cotidiana da crise. Nada que assemelhe a um projeto de médio e longo prazo, baseado na força regulatória do Estado, na participação popular e orientado por uma perspectiva de desenvolvimento nacional, distribuidor de renda e socialmente inclusivo. (SILVA, 2013).

Como parte dessa estratégia o governo manteve os gastos com os programas das políticas sociais compensatórias, como Bolsa Família (BF) e Brasil Sem Miséria (BSM), faz parte da estratégia de conquista do apoio passivo das massas trabalhadoras desorganizadas, manifesto no índice recorde de aprovação no primeiro ano de mandato obtido pela presidente em 2011, o que mostra que esse governo continua dando apoio à política neoliberal.

O planejamento político desse governo é fundamentado no social-liberalismo que investe simultaneamente nas políticas econômicas e sociais. Um exemplo disso é o lema de Dilma: “Brasil, país rico é país sem pobreza” ao lançar em junho de 2011 o Plano Brasil Sem Miséria, com o qual em seu discurso pretende erradicar a pobreza que atinge 16 milhões de brasileiros.

Para compreender de modo mais abrangente os contornos e a direção do Plano Brasil Sem Miséria, destaca-se o Plano Plurianual (PPA) 2012/2015, denominado *Plano Brasil Mais* possui sua estrutura influenciada pelo PAC e demais programas que compõe o Plano BSM, entre eles, Minha Casa Minha Vida, Bolsa Família, etc. O Plano Brasil Mais corresponde à dimensão estratégica do governo Dilma Rousseff, sendo organizado a partir dos cenários econômico, social, ambiental e regional atuais. Nesta lógica, foram concebidos os Programas, os quais norteiam a dimensão tática do PPA.

Vianna (2009) argumenta que a superação da pobreza, nesse sentido, estaria determinada pelo acesso à educação e, sobretudo ao emprego. Com base nos relatos das experiências dos pobres sobre a pobreza apontados pelo Banco Mundial, o governo vem adotando um modelo de desenvolvimento através do BSM, baseado na inclusão produtiva, cuja chave é a geração de emprego e renda, construindo no plano simbólico a ideia de que o governo está atento às necessidades dos mais pobres, que por sua vez acredita que sem apoio estatal não conseguirá “resolver sua condição de pobreza”.

No entanto, percebe-se que as estratégias dos programas que compõem o BSM reforçam uma prática conservadora do capitalismo cuja ação é exercer o controle sobre os pobres através da força de trabalho. Esta lógica posiciona a pobreza como um problema de foro individual, retomando a ideia de que o fracasso econômico e social é resultado da “inércia” ou “falta de iniciativa” dos indivíduos.

De acordo com essa perspectiva os possíveis conflitos sociais não são concebidos como provenientes das desigualdades que impedem a emancipação humana, mas dos impecílios para se construir a liberdade associada a individualidade para se movimentar e ser responsável no mundo produtivo e se tornar efetivamente consumidor. Inclusão produtiva, transferência de renda e acesso a serviços públicos, eixos previstos pelo BSM, visam “resgatar a possibilidade de conciliação entre justiça social e liberdade individual sem descartar a possibilidade de conciliação entre justiça social e igualdade, ou seja, reiterando como meta a realização da individualidade.” (VIANNA, 2009, p. 27).

Estas são políticas voltadas para os pobres e não para erradicação da pobreza, pois a partir delas são lançadas estratégias cujo objetivo é promover a individualidade através do alívio aos efeitos que a expansão do mercado e a flexibilização da regulamentação trabalhista tem colocado face à intensificação da desigualdade social.

O BSM, neste contexto, vem sinalizando que as estratégias estatais focarão a inclusão produtiva como um campo privilegiado de ofertas de oportunidades concretas de acordo com o mercado e potencial produtivo das diferentes regiões brasileiras. Nesse sentido cria-se um discurso em torno das possibilidades de formação de “uma nova classe média”, ou seja, um segmento que potencialmente conseguirá ascender socialmente devido à abertura de um leque de possibilidades de trabalho, cursos de qualificação, microcréditos, incentivos ao empreendedorismo individual, etc.

Com relação à política de saúde Silva (2013) destaca que em seu primeiro mandato Dilma indicou para o Ministério da saúde Alexandre Padilha um dos líderes do PT e que posteriormente tornou-se presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estava sendo



representado pelos trabalhadores, isso implicou num retrocesso no entendimento da democracia participativa.

Dentre as principais ações do governo Dilma na área da saúde, Silva (2013) cita a implementação efetiva do Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão SUS; a Rede Cegonha, programa voltado para acompanhamento das mulheres e crianças; a criação da Lei 12.732, publicada em 23/11/2012 que fixa prazo até 60 dias para o início do tratamento dos usuários acometidos por câncer, a partir do diagnóstico; o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, que oferece medicamentos para hipertensão e diabetes e a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).

Ainda de acordo com a autora também foram lançados o programa S.O.S. Emergências que consiste numa ação estratégica e gradativa para qualificar a gestão e o atendimento nas urgências do SUS; o Melhor em Casa: programa que amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no SUS; o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama têm como objetivos oferecer subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle desses tipos de câncer, no contexto da Atenção Integral a Saúde da Mulher no Brasil entre outros.

Dentre as ações criadas mais recentes destaca-se o Programa Mais Médico, que consiste na contratação de Médicos estrangeiros, mais especificamente cubanos. Essa estratégia do governo acirrou ainda mais a precarização do trabalho, tendo em vista os baixos salários pagos para esses médicos, em relação aos pagos aos médicos brasileiros. Isso mostra que essa estratégia é mais cômoda e de baixo custo para o governo, visto que investir nos cursos de medicina e na ampliação das vagas nas universidades exige mais custos aos cofres públicos. Pois não falta médico, falta hospital e infraestrutura.

Segundo Carvalho (2014), em junho de 2013 eclodiram várias manifestações em todo o país, dentre as várias reivindicações levantadas, constavam-se os pedidos por melhorias na área da saúde. Questionavam os altos investimentos realizados no país para a realização de três grandes eventos esportivos (a saber: Copa das Confederações 2013, Copa do Mundo de Futebol 2014 e Olimpíadas 2016), de modo que muitos manifestantes questionaram a falta de recursos humanos e financeiros na saúde pública.

A resposta do Governo veio no pronunciamento da presidente. Em relação à saúde, Dilma Rousseff anunciou que iria “trazer, de imediato, milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do Sistema Único de Saúde, o SUS”. Também afirmou que os investimentos em estádios são frutos de financiamento “que será devidamente pago pelas empresas e os governos que estão explorando estes estádios”, e que “jamais permitiria que esses recursos saíssem do

orçamento público federal, prejudicando setores prioritários como a Saúde”. (CARVALHO, 2014, p. 3).

Ainda segundo Carvalho (2014), a carta aberta, divulgada na página do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), classifica as propostas do programa como “medidas irresponsáveis” e aponta atividades que devem ser assumidas e defendidas pelas entidades, a fim de “intensificar a luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas condições para o pleno exercício da Medicina”.

O governo logo instituiu o programa e encaminhou para o Poder Legislativo para que se tornasse lei, enquanto iniciavam os trabalhos propostos. Já as entidades médicas, contrárias à iniciativa, entraram com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF), alegando inconstitucionalidade do programa, reforçando a ilegalidade da prática médica de profissionais formados fora do Brasil sem a submissão ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida).

O programa tem como objetivos, reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias; fortalecer a prestação de serviços na Atenção Básica e aprimorar a formação médica. Para que se alcancem os objetivos propostos, as principais mudanças deverão ser realizadas na formação dos médicos no Brasil. Para isso, a lei propõe ações conjuntas do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Recentemente, a presidente Dilma Rousseff venceu as eleições do segundo turno disputada com o ex-governador de Minas Gerais Aécio Neves, tendo 52% dos votos. Como plano de governo para 2015/2018, Dilma reafirmou as propostas do seu governo anterior e enfatizou que vai dar mais atenção à educação como forma de ascensão social, como já foi discutido anteriormente e sinaliza que terá mais rigidez na punição e no combate à corrupção, prometeu também mais diálogo nas decisões desse próximo governo.

Com relação à saúde, prometeu construir a estrutura definitiva do SUS, e disse que para isso é preciso financiamento compatível com as necessidades. Afirmou também que vai apoiar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 para fixar novos patamares de vinculação da receita e definir o que são ações e serviços públicos de saúde. Prometeu maior equidade na distribuição dos recursos federais e estaduais para a saúde utilizando critérios epidemiológicos, de rede instalada, renda per capita, IDH e outros para corrigir as desigualdades.

No que se refere aos direitos reprodutivos disse que vai agir no combate ao machismo através da aprovação da legislação que garanta o pleno acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; prometeu implementar políticas de promoção da igualdade de

gênero e autonomia das mulheres; e criação de mecanismos que possibilitem o aprofundamento do combate à violência contra mulher, garantindo a efetividade da aplicação da Lei Maria da Penha<sup>12</sup>.

Quanto à descriminalização do aborto, tema que defende desde as eleições de 2010, Dilma Rousseff assinou uma carta na qual se comprometia, a não avançar na legislação já existente sobre o aborto e conclamava os correligionários a ajudar na tarefa de deter o que classificou de "sórdida campanha de calúnias". É justamente sobre questões concernentes aos direitos reprodutivos, em especial, à descriminalização do aborto, que versaremos no capítulo a seguir.

---

<sup>12</sup> A denominada Lei Maria da Penha de nº. 11.340, foi aprovada em agosto de 2006. Trata-se de uma lei que tem por objetivo combater a violência doméstica, pela qual se configura violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

### **3. DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL: A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ABORTO E A LUTA DO MOVIMENTO FEMINISTA BRASILEIRO PELA SUA LEGALIZAÇÃO**

A partir das discussões de Matos (2010) a questão do aborto no Brasil é antiga, existindo antes mesmo do período colonial. O Padre Anchieta em 1560 já tratava do assunto ao escrever uma carta criticando as mulheres indígenas por essa prática.

Ainda nesse período a proibição do aborto já visava interesse de poder, bem menos que expressava preocupação moral sobre a possível ilicitude desse ato. O objetivo principal era cercear a reprodução de mestiços e enquadrar o papel da mulher como simples reprodutora.

Conforme sinaliza o supracitado autor, no Brasil Colônia, o aborto era julgado moralmente como negativo pela Igreja Católica: seus praticantes eram perseguidos pelos representantes da coroa e pelos profissionais da medicina.

Nesse período histórico ainda não existiam conhecimentos científicos sobre a saúde da mulher e poucos eram os profissionais com melhor qualificação e a medicina exercia poder de controle sobre o corpo das pessoas e definia regras morais de comportamentos para homens e mulheres, pois funcionava como uma estrutura racional de conduta.

Matos (2010) afirma que a primeira lei de repressão ao aborto foi o Código Criminal do Império de 1830. Esse código punia apenas quem praticava o aborto, não havia, portanto, punição nenhuma para a mulher. Somente em 1890 já com o Código Penal da República passa a penalizar também a mulher. Contudo, a pena poderia ser reduzida em caso de auto aborto, com vista a ocultar a própria desonra. Essa lei vigorou até 1940, quando houve a promulgação do Código Penal em vigência até hoje.

Apesar de tentativas de sua revisão, a questão do aborto permaneceu praticamente inalterada até os anos de 1980, legalmente considerada como um crime, salvo nos dois casos previstos em lei (gravidez proveniente de estupro ou aquela que coloca em risco a vida da mulher). Contudo, isso não quer dizer que não houve movimentos na tentativa de mudança da lei.

O Movimento Feminista e de Mulheres foram e são grandes expressões na luta pela descriminalização e legalização do aborto no Brasil, pois são os principais interlocutores com o Estado e a sociedade na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. Nessa perspectiva, cabe destacar que o aborto está inserido na discussão do Movimento Feminista desde o início de sua atuação na sociedade brasileira na década de 1970 e, desde então, aparece como tema central na agenda das mulheres dos movimentos em destaque.

Nessa perspectiva, Marques e Carrier (1997) afirmam que as questões reprodutivas (especialmente o direito ao aborto e a contracepção segura) começaram a ser discutidas timidamente no Brasil no final dos anos 1970 e começo dos anos 1980, no contexto de uma luta mais ampla pela retomada de direitos políticos básicos, os quais haviam sido asfixiados pela ditadura militar.

Cabe lembrar que a relação da luta pelos direitos gerais com a luta pelos específicos foi uma marca do Movimento Feminista latino-americano, cujas reivindicações vinculam-se a um projeto de sociedade democrático e igualitário e, como expressão disso, os direitos reprodutivos

[...] nasceram da luta do Movimento Feminista Internacional para obter o direito à livre escolha da maternidade, ao aborto, à contracepção e puderam ser considerados, do ponto de vista dos direitos humanos, como uma ampliação dos mesmos. Todavia, do ponto de vista feminista, a noção dos direitos reprodutivos questionou as relações de gênero tanto no interior da família como na orientação das políticas de planejamento familiar em vigor. Não se tratava só de politizar as questões privadas e trazê-las para o debate público, mas, sobretudo, mediante essa luta, alcançar a equidade de gênero. (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 22).

A adoção desse conceito de direitos reprodutivos só passou a ser utilizado a partir de meados dos anos 1980, com uma publicação sobre o aborto da Frente Feminista de Mulheres de São Paulo, que já o tratava como um direito de autonomia e ressaltava os perigos à saúde das mulheres, os quais decorriam de sua clandestinidade, principalmente, nas camadas populares.

Neste caminho, propagou-se no feminismo brasileiro a partir da sessão do Tribunal Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã, em 1984 e foi acatado pelo grupo de brasileiras que ali estiveram presentes e em seguida, incorporado às bandeiras de lutas feministas.

A utilização do conceito de direitos reprodutivos no contexto da redemocratização do país teve um êxito considerável por se tratar de um novo modo de abordar os problemas de saúde das mulheres, até então considerados como circunscritos à natureza, ao pecado, à vontade divina ou ao poder dos médicos e dos legisladores. Considerar esse direito na perspectiva da expansão dos direitos humanos como é tido pela corrente feminista brasileira dos direitos, foi aceitar sua ascendência nos direitos individuais<sup>13</sup>, que nos remete à apropriação do próprio corpo.

---

<sup>13</sup> O aborto como questão de direito individual remete a um dos fundamentos do feminismo contemporâneo: o princípio democrático liberal do direito aplicado ao corpo.

Esse argumento é utilizado até hoje pelo Movimento Feminista brasileiro para discutir a legalização do aborto, bem como a questão dos direitos sociais<sup>14</sup> e para sensibilizar os setores da esquerda que não consideravam prioritária a luta pelo aborto. Portanto, ao constatar que vários segmentos da sociedade não apoiavam a criminalização do aborto, mesmo que eles o condenassem moralmente, o Movimento Feminista brasileiro considerou que essa seria a melhor tática política para sensibilizar setores progressistas da sociedade, antes silenciosos sobre a questão.

De acordo com Corrêa e Ávila (2003), além da lógica argumentativa com poder de convencimento ser apoiada no princípio genérico do direito individual, era reforçada pelos impactos políticos das conferências internacionais. A partir de então, o Movimento já não estava tão solitário nessa luta, contou com a adesão crescente de novos segmentos sociais: profissionais de saúde, juristas e parlamentares, com os quais o Movimento estabeleceu amplo diálogo. Foi o período em que houve maior número de projetos de lei relacionados ao aborto no Congresso Nacional com posições favoráveis, desfavoráveis e intermediárias, evidenciando o crescimento democrático do debate.

Conforme sinalizam Marques e Carrier (1997), nesse processo a luta do Movimento Feminista e de Mulheres, a produção acadêmica (por vezes associada à militância feminista) e o cenário de mobilizações que marcou a sociedade brasileira da época, foram condições objetivas essenciais à implantação de um lastro para à edificação de políticas públicas para as mulheres no Brasil.

Pode se destacar como exemplo a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher<sup>15</sup> (PAISM), em 1986, com ela a política de saúde da mulher passou a tomar por base novos pressupostos, como a organização social e as relações de gênero, homens e mulheres como sujeitos de suas decisões quanto à vida reprodutiva e ao planejamento familiar.

Nesse período a mobilização feminista já utiliza a noção de direitos reprodutivos, centrando-se nos temas da contracepção, da legalização do aborto e da assistência à saúde. A luta pela obtenção desses direitos foi levada aos canais democráticos que então se instalavam

---

<sup>14</sup> Tratar o aborto como direito social significa questionar as condições precárias em que ele é realizado no País, ao arriscar a saúde e a vida das mulheres.

<sup>15</sup> A criação do PAISM representou um marco das políticas públicas voltadas para as mulheres, pois, pela primeira vez ampliou-se a visão da integralidade presente nas formulações do movimento sanitário para incorporar a noção de mulher como um sujeito, que ultrapassa a sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva autônoma de saúde.

no país, como a Assembleia Nacional Constituinte. O atendimento a saúde reprodutiva feminina nesse processo, tinha um caráter inédito e progressista em face das políticas públicas até então em vigor.

De acordo com Berquó (2003) o Movimento Feminista com seu caráter político de luta pela superação das condições de opressão em que vive a mulher e pela reconstrução das desigualdades sociais e de gênero, organizou-se e realizou em 1989 encontros, seminários e assembleias em todo o país, para levar a constituinte à defesa dos direitos das mulheres, quase sempre sob a coordenação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Cabe destacar o Encontro Nacional de Saúde da Mulher realizado no Rio de Janeiro, no mesmo ano, por intermédio do Projeto “Nós e a Constituinte”.

Esses trabalhos resultaram na Carta das Mulheres em defesa de seu direito à saúde, documento dirigido aos constituintes, contendo princípios e reivindicações, entre eles o direito a interrupção da gravidez. No contexto do processo constituinte em que o aborto era um dos temas polêmicos, o movimento acabou acordando com os parlamentares progressistas que essa questão não deveria ser matéria constitucional, podendo ser regulamentada pela legislação ordinária.

Corrêa e Ávila (2003) reiteram que a Carta das Mulheres considera inicialmente o aborto como um problema de saúde da mulher e demanda a imediata revogação de todos os artigos do Código Penal que definem o aborto como crime, lembrando que, na CF88, a saúde passou a ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado.

Ao considerar que as mulheres tinham o direito de interromper a gravidez, essa carta lembrava aos legisladores que um direito individual não podia ser tratado como crime. Mas vale salientar que:

Na reputada Carta das Mulheres não houve referência direta à questão do aborto, que teria sido substituída por: será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo. Considera-se que a ausência da demanda explícita do direito ao aborto nessa carta foi um recuo tático diante do avanço conservador que ameaçava modificar a legislação, que já garantia o aborto previsto por lei. (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 33).

Apesar de todos os esforços com a apresentação de vários projetos favoráveis à descriminalização sem êxito, a CF88 não incluiu a descriminalização do aborto, excetuando-se a aprovação da Lei n.º 8.921/94, que garantiu o abono de faltas ao trabalho à mulher que passa pela situação de abortamento.

Mas, conforme afirmam Marques e Carrier (1997), na década de 1990 houve vários avanços nas discussões, a luta se diversificou e a noção de direitos reprodutivos começou, cada vez mais, a ser assimilada pelos organismos internacionais. Esta foi também a década das megaconferências, quando as Organizações Não-Governamentais (ONG) feministas estabeleceram um maior diálogo com tais organismos.

Segundo Rocha (1996), a noção de direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva passaram, então, a circular amplamente nos diversos espaços da sociedade, dando visibilidade social a diversas questões estrita e indiretamente relacionadas à reprodução. A formação de Redes Feministas no Brasil e nos demais países da América Latina fortaleceu e acelerou o debate, dando maior destaque a problemas urgentes da saúde reprodutiva das mulheres neste continente: a alta taxa de mortalidade materna em decorrência de gravidez, partos ou abortos; a legalização do aborto; a disseminação feminina da epidemia da AIDS/HIV; as polêmicas e complexas também entraram na pauta das discussões, como a regulamentação da esterilização feminina e o acesso às Novas Tecnologias Contraceptivas (NTCs).

De um lado, observa-se o caráter positivo dessa institucionalização, que inclui uma maior divulgação, conhecimento e visibilidade da problemática da saúde reprodutiva; um maior compromisso das organizações governamentais e internacionais em torno das metas propostas nas conferências internacionais e o reconhecimento social do trabalho e das reivindicações feministas nessa área.

Por outro lado, a utilização da noção de direitos reprodutivos pelos organismos internacionais contribuiu para descaracterizar a dimensão política feminista desses direitos, cujos princípios, baseados inicialmente na ideia de autonomia e liberdade, passaram a ser utilizados como estratégia de divulgação e de manutenção de métodos contraceptivos pesados, tais quais a esterilização feminina.

Do ponto de vista dos direitos reprodutivos, o debate sobre a esterilização feminina no Brasil levantou vários problemas. Inicialmente teve um caráter de denúncia contra o crescimento inexorável do fenômeno, ressaltando: sua aplicação como política de controle do crescimento das populações mais pobres no país e/ ou da raça negra; sua associação com partos cesáreos; o desconhecimento de suas consequências à saúde das mulheres; seu caráter definitivo e o arrependimento que pode provocar; o distanciamento das mulheres esterilizadas do funcionamento reprodutivo de seus corpos. (RIBEIRO, 1996, p. 385).

Tanto a situação da esterilização feminina quanto a da ilegalidade do aborto e do incremento do uso das NTCs tem suscitado no Movimento Feminista e na sociedade brasileira posições divergentes, que são discutidas frequentemente com base na noção de direitos



reprodutivos. Criou-se um complexo debate que transita entre a reivindicação pelo direito das mulheres de utilizar os métodos contraceptivos e conceptivos oferecidos (e consagrados) no mercado, a aquisição de novos direitos do aborto ou das NTC e a constatação de que as mulheres brasileiras continuam sendo alvo de políticas demográficas de cunho controlista, que as penalizam, transformando os direitos adquiridos em novas obrigações femininas e ofuscando debates de fundo importantes como os relacionados à saúde e a ética.

### **3.1 Debates dos sujeitos políticos da atualidade pela luta da descriminalização/legalização do aborto no Brasil**

Dando continuidade à discussão os graves problemas de saúde pública e a luta pelo direito ao aborto seguro e sem riscos no que concerne à questão de fundo de sua descriminalização tem sido, nos últimos anos, uma das bandeiras do feminismo latino-americano, exemplificando bem um dos aspectos legítimos da luta pelos direitos reprodutivos neste continente.

Nesse processo a legalização do aborto sempre foi para o feminismo uma questão prioritária de direitos humanos das mulheres, pois o direito ao aborto, a escolha de ter ou não filhos e o livre exercício da sexualidade eram, e ainda são, requisitos básicos e necessários de justiça social e para a consolidação das democracias.

Neste sentido, no Brasil, as ONG feministas têm trabalhado para que o aborto seja assegurado nos casos previstos por lei e também para que a legislação amplie este direito. Em análise sobre a questão da descriminalização do aborto, faz necessário chamar a atenção para a necessidade de o Movimento Feminista recuperar a radicalidade de suas lutas, viabilizando propostas já feitas na sua trajetória, como por exemplo, o reconhecimento do aborto como um problema de saúde da mulher que não deveria ser tratado pelo Código Penal.

Para se entender a complexidade dessa questão, faz-se necessário mostrar as estatísticas da situação dos abortos realizados no Brasil. Segundo Villela e Barbosa (2011), são realizados, por ano, um milhão de abortos clandestinos que causam: 602 internações diárias por infecção; 25% dos casos de esterilidade; 9% dos óbitos maternos, sendo esta a quinta causa da mortalidade materna no Brasil.

Villela e Barbosa (2011) ainda chamam a atenção para o que os dados de internação do SUS mostram, segundo estes a curetagem pós-parto é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos hospitais públicos do país, superado apenas pelos partos, tendência que acompanha o resto do mundo.

As complicações do aborto inseguro representam a quinta causa de internação obstétrica dos SUS (VILLELA e BARBOSA, 2011). Este dado mostra o elevado custo da criminalização do aborto para o sistema público de atenção a saúde no Brasil, já que tais complicações estão diretamente relacionadas às precárias condições em que o aborto é realizado no país, por ser considerado ilegal.

Por outro lado, cabe destacar que o custo médio do tratamento de uma complicação de aborto inseguro é aproximadamente nove vezes maior que o custo de realização de um aborto seguro e cinco vezes maior que um parto normal (VILLELA e BARBOSA, 2011). Ou seja, além do sofrimento e do risco que trás para as mulheres, a criminalização também onera desnecessariamente os recursos e o sistema de saúde.

Assim, para mostrar que o aborto é um problema real e cotidiano que acontece independentemente da ilegalidade, nesse ano de 2014 mais duas mulheres entraram para essas estatísticas e trouxeram o tema aborto para a pauta da mídia brasileira. Jandira, de 27 anos, dois filhos, desapareceu após sair de casa para interromper uma gravidez indesejada. Ela mandou uma mensagem ao companheiro dizendo que estava com medo. Seu corpo, carbonizado, foi encontrado quase um mês depois.

A outra mulher foi Elizângela, de 32 anos, mãe de três filhos, também foi vítima da violência e da insegurança do aborto clandestino. Seu corpo foi abandonado em frente a um hospital. Ambos os casos ocorreram no Rio de Janeiro. A morte se tornou um destino comum não só para elas, mas para todas as mulheres pobres, principalmente as negras, que desejam interromper a gravidez.

Essa questão faz pensar que a criminalização do aborto se apresenta sob os aspectos: étnico, econômico, social e cultural, pois a criminalização atinge mais as mulheres pobres e negras uma vez que as de outros extratos sociais podem recorrer ao aborto em clínicas com total garantia de qualidade no atendimento, enquanto as mulheres pobres estão expostas ao risco de enfrentar a clandestinidade, cuja qualidade se desconhece. Como se já não bastasse enfrentar o medo, a angústia e a insegurança que vigora em um ambiente de criminalização.

Mulheres das classes média e alta pagam entre 500 e 600 dólares (que correspondem aproximadamente a R\$ 1.000,00 ou 2.000,00) para fazer um aborto em condições de perfeita higiene e segurança, o que contribui para que o aborto clandestino se constitua num dos negócios mais lucrativos do Brasil. (CFESS, 2011, p. 111).

Portanto, conforme a Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005), a criminalização da prática do aborto tem sido muito eficiente para

manter uma indústria lucrativa de aborto ilegal, que hoje é mantida pelas mulheres que podem realizá-lo em condições seguras nas clínicas especializadas clandestinas e também por aquelas que, mesmo não dispondo dessas mesmas condições, o fazem segundo suas possibilidades, expondo-se às sequelas e riscos de morte devido às condições inseguras.

O contexto atual no Brasil, de fechamento de clínicas, a desinformação propagada pelos setores conservadores, profissionais de saúde denunciando mulheres em clínicas públicas, todo esse contexto que alimenta a perseguição e a condenação das mulheres, tem agravado a clandestinidade do aborto e deixando essas mulheres em situação de ainda maior vulnerabilidade, buscando, sozinhas e sem apoio, pois cada vez menos se pode falar sobre essa situação (clínicas clandestinas e inseguras diante de uma situação de gravidez indesejada).

Diante do exposto, os casos de Jandira e Elizângela só confirmam a necessidade urgente de descriminalizar e legalizar o aborto no país para garantir a vida e a autonomia das mulheres. Mas somente descriminalizar não assegura que as mulheres tenham o atendimento garantido pelo Estado. O que numa sociedade desigual como a nossa manterá a situação em que as mulheres mais pobres, em sua maioria, negras, continuem sem ter os recursos necessários para interromper a gravidez em condições de segurança e com seu direito à saúde resguardado. Para isso, é preciso legalizar o aborto e garantir nos serviços de saúde o atendimento às mulheres que, por sua livre decisão, busquem o serviço para interromper a gravidez.

Diante disso um grande esforço tem sido o de fortalecer a articulação entre movimentos para enfrentar essa ofensiva conservadora, que tenta impor a política de maternidade obrigatória a todas as mulheres. Desde 2008, os Movimentos Feministas e de Mulheres estão articulados e impulsionando uma Frente contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto no Brasil, e a partir daí várias iniciativas têm sido realizadas.

No dia 28 de setembro, que é lembrado o Dia Latino-americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto<sup>16</sup>, desde 1990, várias mobilizações de rua foram realizadas em vários estados, organizadas pela Frente ou pelos movimentos que a integram, assim como a coleta de assinaturas para um manifesto público, para ampla adesão de organizações e pessoas, em defesa da autonomia e da vida das mulheres.

Assim, o Informe CFESS (2011) “CFESS Manifesta”, destaca que, desde o início da década de 1990, foram apresentados proposições de descriminalização do aborto e aumento

---

<sup>16</sup> Uma deliberação do 5º Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe, realizado na Argentina desde 1990.

dos permissivos legais no Congresso Nacional. Nos anos 2000, o debate aumentou e houve algumas conquistas, com a edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto em 2004 e com a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2005 que afirmou a existência de um Estado laico e recomendou a revisão da criminalização do aborto, reutilizando o argumento fundamentado nos direitos individuais.

Em 2006 a comissão do Movimento Feminista enviou ao Congresso Nacional um projeto preliminar de descriminalização e legalização do aborto e ainda aguarda votação. A lenta tramitação de projetos polêmicos no Congresso é usual, entretanto, a conjuntura política nacional da época em que ele foi enviado estava afetada pela mais grave crise política do governo Lula, o que retardou sua tramitação mesmo após passada a crise.

No final de 2007, o governo lançou o Programa Especial de Planejamento Familiar, buscando contornar o problema do aborto, e foi apoiado por um grupo de feministas. Entretanto, esse grupo aproveitou a ocasião para manifestar os princípios feministas do Estado laico, dos direitos reprodutivos, da questão do aborto inseguro e da afirmação do projeto de descriminalização.

Observa-se, então, que o Movimento Feminista insere habilmente a questão do aborto na discussão mais abrangente dos direitos sexuais e reprodutivos e afirma não só os compromissos do País nas convenções internacionais sobre o tema como o projeto de lei enviado ao Congresso. Evidentemente, o alcance desse posicionamento é mais político do que social.

Vale ressaltar que, ainda em 2004, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Marco Aurélio de Melo, liberou o aborto nos casos de anencefalia, mas sua limiar foi posteriormente cassada. Posteriormente, em 12 de abril de 2012 passou a ser incluído o direito da mulher ao aborto nesses casos.

Cabe lembrar que, em março deste ano (2014), o Conselho Federal de Medicina (CFM) defendeu a liberação do aborto até a 12ª semana de gestação, divulgando amplamente seu posicionamento. Além disso, enviou à comissão do Senado responsável pela reformulação do Código Penal um documento sugerindo que a interrupção da gravidez até o terceiro mês seja permitida em casos que vão além daqueles envolvendo riscos à mãe, anencefalia de fetos ou estupro.

Para o Conselho, o aborto deve deixar de ser crime também se houver emprego não consentido de técnica de reprodução assistida, se o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, ou se for a vontade da gestante até a 12ª semana de gravidez.

Para se entender a não concretização de uma lei de descriminalização do aborto, faz-se necessário apresentar cinco aspectos que inviabilizam essa questão:

- ✓ O primeiro diz respeito à dificuldade em torno das votações dos projetos de lei apresentados ao Congresso Nacional, os quais não vêm obtendo êxito, fato em que pesam argumentos morais e religiosos.
- ✓ O segundo está relacionado ao papel da Igreja Católica e sua reação à questão, sendo exemplo disso a Campanha da Fraternidade promovida em 2008 com o tema "Escolhe, pois, a vida".
- ✓ O terceiro remete ao posicionamento do Supremo Tribunal Federal quanto à gestação de fetos anencéfalos, o qual apresenta avanços e recuos, isso porque depende do posicionamento do juiz que analisa a situação.
- ✓ O quarto está vinculado à intolerância em torno do debate sobre a descriminalização do aborto, assumindo uma postura de negação do diálogo, buscando a penalização daqueles que defendem ou recorrem à prática.
- ✓ O quinto aspecto levantado remete às contradições na posição adotada pelo Governo Federal, que ora apresenta posicionamento progressista, como a proposta de descriminalização do aborto posta no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH3) em 2009, ora regressista, como a revisão desse ponto do PNDH em virtude de críticas por parte da ala conservadora, o qual, por decretos presidenciais, foi alterado, não se tratando mais de descriminalizar o aborto, mas tratá-lo como uma questão de saúde pública, devendo ser garantido acesso ao serviço de saúde às mulheres que dele necessitar.

Nesse sentido, o embate nas discussões e tentativas de aprovação de novos PL ou de Propostas de Emenda à Constituição (PEC) tem sido fortemente acirrado devido à grande resistência interposta por essas forças conservadoras como é o caso dos líderes religiosos (especialmente católicos e evangélicos) presentes no Congresso Nacional.

Para o CFESS (2011) no Brasil, o fundamentalismo religioso é uma barreira para a descriminalização/legalização, pois em 22/05/2014, o Ministério da Saúde havia instituído a portaria nº 415 que permite incluir o serviço de abortamento previsto em lei em todos os hospitais do SUS e garantir também o direito a uma pessoa como acompanhante, infelizmente para a surpresa de muitos, depois de oito dias revogou a Portaria. O Ministério afirmou que a revogação se deu por questões técnicas de ordem financeira, mas o que houve, de fato, foi uma grande pressão da bancada religiosa do Congresso Nacional.

Essa revogação da portaria se caracterizou como um grande retrocesso na organização dos serviços da saúde. Tratou-se, mais uma vez, de uma capitulação do Governo frente às ameaças dos setores fundamentalistas organizados no Congresso.

Esse é o primeiro grande prejuízo, pois significa que estes setores ganham força política e cada recuo alimenta essa força, em detrimento do atendimento às necessidades. É um recuo que alimenta outros, na medida em que reforça o poder destes setores conservadores, contrários aos direitos e a autonomia das mulheres. Vale ressaltar que muitos dos parlamentares conservadores e fundamentalistas que estão nessa frente são contra o próprio SUS!

Tendo em vista o posicionamento favorável do Serviço Social no tocante a este assunto, torna-se essencial a apresentação de um breve histórico do Serviço Social contemporâneo para que seja possível entender as bases do desenvolvimento da profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Tal conhecimento se faz imprescindível para demonstrar como se apresentou o desenvolvimento da profissão em relação a um projeto profissional marcado pelo envolvimento direto com as lutas sociais e o desenvolvimento das políticas públicas.

#### **4. SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE E A BUSCA DE RUPTURA COM O CONSERVADORISMO**

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, nascida no bojo das contradições capitalistas para intervir nas variadas expressões da questão social que se apresenta cotidianamente à prática profissional.

O assistente social realiza sua ação profissional no âmbito das políticas sócio assistenciais, na esfera pública e privada. Neste sentido, desenvolve atividades na abordagem direta da população que procura as instituições e o trabalho do profissional e por meio da pesquisa, da administração, do planejamento, da supervisão, da consultoria, da gestão de políticas, de programas e de serviços sociais.

Nesse sentido, para uma reflexão do Serviço Social na atualidade, com suas demandas e perspectivas nesse momento histórico, é necessário situá-lo em sua trajetória histórica e revelar o legado desse momento com seus rebatimentos no contexto do século da globalização. Tempos em que a economia e o ideário neoliberal intensificaram as desigualdades sociais com suas múltiplas faces. Tempos em que crescem as massas descartáveis, sobrantes e à margem dos direitos e sistemas de proteção sociais. Contexto, portanto, em que crescem as demandas por políticas sociais, de um modo geral e, particularmente, por políticas de proteção social.

O surgimento e desenvolvimento do Serviço Social como profissão é resultado das demandas da sociedade capitalista e suas estratégias e mecanismos de opressão social e reprodução da ideologia dominante. Como profissão que surge de uma demanda posta pelo capital, institucionaliza-se e legitima-se como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, mas com um suporte de uma prática cristã ligada à Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e da regulação da chamada questão social que, a partir dos anos 30 (séc. XX), adquire expressão política pela intensidade das manifestações na vida social cotidiana. (YAZBEK, 2008, p.22).

Assim, em plena vigência da Ditadura Militar, instaurada no país desde os anos de 1964, é que o Serviço Social vai passar por processo de renovação amplo que mudará de forma significativa sua base teórico-conceitual.

Nesse panorama a profissão vai buscar uma concepção crítica e um vínculo com a classe trabalhadora, embasado em uma percepção do exercício profissional para além da mera razão instrumental, ou seja, a busca de uma transformação social crítica comprometida com a nova realidade social. Netto (1996) apresenta três vertentes que se fizeram presentes nesse

processo de renovação do Serviço Social no Brasil: a tendência modernizadora<sup>17</sup>, a reatualização do conservadorismo<sup>18</sup> e a intenção de ruptura<sup>19</sup>.

Conforme afirma Faleiros (1987), o processo de ruptura do Serviço Social tradicional com o histórico conservadorismo se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora. Nesse cenário o país enfrentava as intensas e crescentes manifestações de expressões da questão social, decorrentes das inúmeras crises econômicas e políticas, que exigiram da profissão sua adequação a essas demandas sociais.

A partir dos anos 1980, as mudanças ocorridas na profissão foram pautadas na necessidade de conhecer e acompanhar as transformações econômicas, políticas e sociais do mundo contemporâneo e da própria conjuntura do Estado e do Brasil.

Nessa conjuntura, o processo de ruptura com o conservadorismo colocou em cheque o modelo tradicional do Serviço Social de desqualificação no mundo científico acadêmico, de inadequação “metodológica” com a divisão em Serviço Social de caso, de grupo e desenvolvimento de comunidade e da ausência de uma teorização articulada que não se adequava mais às novas exigências da sociedade e passou a incorporar o pensamento de Marx, cuja perspectiva dialética pôde ir subsidiando uma análise de realidade mais coerente, possibilitando a apreensão das mediações necessárias para uma análise em uma perspectiva de totalidade.

Nesse contexto de transformação a categoria dos assistentes sociais foi sendo questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil, no contexto do crescimento dos movimentos sociais e das lutas em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988 e pela defesa do Estado Democrático de Direito, não ficando como mera expectadora dos acontecimentos: avançou com maturidade sendo protagonista na construção desses momentos históricos e em sua participação efetiva em gerir políticas sociais e viabilizar a construção dos direitos sociais das classes subalternizadas da sociedade.

---

<sup>17</sup> A tendência modernizadora teve hegemonia até os anos 70, iniciando-se no Seminário de Araxá em 1967 e se consolidando no Seminário de Teresópolis em 1970. Buscou modernizar o Serviço Social a partir da mesma razão instrumental vigente na profissão (neopositivismo), com isso, faz a revisão de métodos e técnicas para adequar-se às novas exigências postas pelo contexto. (NETTO, 1996).

<sup>18</sup> A vertente da reatualização do conservadorismo (ou fenomenológica) buscou desenvolver procedimentos diferenciados para a ação profissional, a partir do que seus teóricos conceberam como referencial fenomenológico. Esta vertente recupera o que há de mais conservador na herança profissional, com um enfoque psicologizante das relações sociais e distante do verdadeiro legado fenomenológico de Husserl. (NETTO, 1996).

<sup>19</sup> Por meio da intenção de ruptura, o Serviço Social brasileiro consolida a sua maturidade intelectual, alcança o reconhecimento e validação acadêmica como área de produção de conhecimento, determina o seu estatuto profissional e o seu significado social, define a sua relação com as demais disciplinas da área das ciências sociais e humanas, e, sobretudo, constrói e defende objetivos legitimados por um projeto de sociedade na defesa da liberdade, da democracia, dos direitos sociais e das políticas sociais públicas. (NETTO, 1996).



É no bojo deste debate que o Serviço Social conseguiu ao longo dos últimos 30 anos, ir definindo uma concepção mais crítica e política, mediante o reconhecimento de intensas contradições ocorridas no exercício profissional, que se apoiava na corrente filosófica positivista, de Augusto Comte, passando a questionar seu papel na sociedade, enquanto profissão, buscando romper com a alienação ideológica a que se submetera anteriormente e passando a se apropriar do referencial marxista que imprimiu direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no Brasil. (NETTO, 1996, p.148).

As duas últimas décadas do século XX foram determinantes nos novos rumos acadêmicos<sup>20</sup>, políticos e profissionais para o Serviço Social. Pois trouxe um grande legado para a legislação do Serviço Social e foi extremamente importante nas definições de rumos teórico-metodológicos, técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social e tem como marco fundamental o Congresso da Virada, em 1979<sup>21</sup>, a elaboração do novo currículo acadêmico em 1982<sup>22</sup> e a construção do projeto ético-político na década de 1990. Os princípios norteadores desse projeto desdobraram-se no Código de Ética do Assistente Social,

---

<sup>20</sup> A profissão deu um salto qualitativo em sua formação acadêmica e em sua presença política na sociedade. Intensificou-se a produção científica e o mercado editorial; os assistentes sociais constituíram-se uma categoria pesquisadora, reconhecida nacional e internacionalmente. E ainda amadureceram em suas representações políticas e corporativas, por meio de órgãos acadêmicos e profissionais reconhecidos e legitimados. Travou-se um amplo debate em torno das políticas sociais públicas, especialmente da seguridade social, contribuindo para a reafirmação da identidade profissional. (NETTO, 1996).

<sup>21</sup> O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em São Paulo, ficou conhecido como o “congresso da virada”, quando a referida categoria profissional passa a se colocar numa outra perspectiva, como demonstração de resistência à ditadura militar instaurada no Brasil pelo grande capital em 1964. (NETTO, 1996).

<sup>22</sup> O Currículo de 1982 (Parecer nº 412/82 e Resolução nº 06 de 1982 do Conselho Federal de Educação) é fruto de um processo de revisão curricular iniciado no final dos anos 1970 que buscou envolver as unidades da elaboração do novo currículo de 1982 teve como foco central a categoria trabalho, possibilitando ensino de todo país, sob a coordenação da ABESS. A concepção de formação presente nesse currículo ampliou-se para além de ensinar a fazer, trazendo uma noção de totalidade e de complexidade para a formação do assistente social, situando-a historicamente, apontando a necessidade de uma prática reflexiva pautada em bases teóricas e investigativas. (CARDOSO, 2013, p. 192).

de 1993,<sup>23</sup> na Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei 8662/93)<sup>24</sup> e na nova Proposta de Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social.<sup>25</sup>

Tratou-se, portanto de um momento de importantes acontecimentos que demarcam sua dimensão política, expressa na organização da categoria, bem como na consolidação de sua dimensão teórico-metodológica manifesta na produção do conhecimento. Pode-se dizer que nessa fase, o projeto de ruptura desenvolveu-se em duas grandes frentes: a universidade e as entidades de organização da categoria.

Diante do legado histórico da profissão, pode-se ressaltar o protagonismo crescente dos assistentes sociais na prestação de serviços sociais, no campo do planejamento, da gestão e execução das políticas, dos programas, dos projetos e serviços sócio assistenciais, no avanço da área acadêmica, na avaliação do processo de formação profissional, na área da pesquisa ganhando espaço no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Pesquisa (CNPq), na área de produção de conhecimento e na própria organização política da categoria.

Nesse processo o Serviço Social se destacou como área do conhecimento, adensando a sua intervenção na realidade através da construção de uma cultura intelectual, de cariz teórico-metodológico crítico, redefinindo a sua representação intelectual e social até então caracterizada, prioritariamente, pelo exercício profissional, no qual a dimensão interventiva tinha primazia sobre o estatuto intelectual e teórico da profissão.

Assim o Serviço Social passou a superar os imperativos imediatos da intervenção, ressaltando sua dimensão intelectual e qualificando-a como uma particularidade nos âmbitos continental e mundial. Como evidência deste protagonismo, destaca-se a natureza das

---

<sup>23</sup> O código de Ética de 1993, elaborado com as bases ontológicas da teoria social de Marx, se organiza em torno de um conjunto de princípios e deveres, direitos proibições que oriente o comportamento ético profissional no interior do projeto ético-político e em sua relação com a sociedade e a história. (NETTO, 1996).

<sup>24</sup> A Lei da regulamentação da profissão de Serviço Social no Brasil estabelece as competências e atribuições privativas do assistente social, que expressam a capacidade de apreciar e dar resolutividade a determinados assuntos: coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; com a participação da sociedade civil; planejar, organizar e administrar programas e projetos em unidades de Serviço Social; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria do Serviço Social; realizar visitas, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres em matéria do Serviço Social; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e população; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, a empresas privadas e outras entidades. (NETTO, 1996).

<sup>25</sup> “A proposta das Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social apresenta como eixo central a questão social compreendendo que a perspectiva é, então, aprofundar a compreensão da ‘questão social como elemento que dá concretude à profissão, ou seja, que é sua base de fundação histórico-social na realidade, e que nesta qualidade, portanto deve constituir o eixo ordenador do currículo”. (ABESS, 1997, p.20-21).

comunicações científicas nos eventos latino-americanos e mundiais, a ampliação das citações de autores do Serviço Social em produções das ciências sociais e humanas e o crescimento da demanda pelas pós-graduações em Serviço Social de outras áreas do conhecimento.

Essa realidade ganha visibilidade possibilitando um novo processo de recriação da profissão, em busca do avanço da produção de conhecimento, nos quais a tradição marxista aparece hegemonicamente como uma das referências básicas.

Obviamente que esse percurso da profissão não aconteceu sem dificuldades, limites e desafios, pois inicialmente a apropriação equivocada do referencial teórico fez com que o Serviço Social negasse a dimensão instrumental da profissão e mesmo a atuação no âmbito do Estado. Mais tarde, com o retorno às fontes do pensamento de Marx, a perspectiva dialética pôde ir subsidiando uma análise de realidade mais coerente, possibilitando a apreensão das mediações necessárias para uma análise em uma perspectiva de totalidade.

Nesse cenário, início da década de 1990, percebe-se avanços na constituição de uma nova ética profissional e de seus aparatos jurídico-políticos que acompanharam a busca de ruptura com o tradicionalismo da profissão. Nesse período surgiram às mobilizações reivindicatórias da ética na política e como tema privilegiado de cursos, encontros, publicações, invadem os meios de comunicação de massa atingindo a vida cotidiana da população.

Com isso, o Serviço Social foi construindo seu projeto ético-político, que possibilitou uma nova perspectiva em sua dimensão interventiva comprometida com os interesses das classes trabalhadoras, foi implantado, na década de 1990, fruto de uma organização coletiva e de uma busca de maturidade que possibilitou à profissão formular respostas qualificadas frente à questão social. A construção desse projeto selou o compromisso da categoria com a universalização dos valores igualitários e democráticos, configurando-se num processo de contínuos desdobramentos, flexível, contudo sem descaracterizar seus eixos fundamentais.

Segundo Iamamoto (2001) este projeto tem como objetivo orientar o exercício profissional através de valores e princípios que tem como valor central o reconhecimento da liberdade como possibilidade de escolher concretamente alternativas de vida, buscando o compromisso com a autonomia, a emancipação, a defesa da equidade, a socialização da política e da riqueza socialmente produzida e o pleno desenvolvimento de seus usuários.

Este projeto profissional<sup>26</sup> reafirma o compromisso da categoria com um projeto societário<sup>27</sup> que propõe a construção de uma nova ordem

---

<sup>26</sup> Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e

societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. A partir dos seus princípios, o projeto ratifica a intransigente defesa dos direitos humanos e contra qualquer forma de preconceito, o arbítrio, o autoritarismo, culminando no exercício do pluralismo na sociedade em geral e no exercício profissional. (NETTO, 1996, p.104-105).

Como analisa o autor (*idem*, p.105), a dimensão política do projeto é evidenciada pela equidade e pela justiça social, por meio da busca universal do acesso aos bens e aos serviços nos programas e nas políticas sociais. Com isso, tem-se a consolidação da cidadania por meio da viabilização de todo esse processo democrático, garantido a todas as classes trabalhadoras.

O compromisso ético-político assumido pela categoria nas últimas décadas tem revelado o desafio da competência profissional, que deve embasar-se no aprimoramento intelectual do assistente social, com ênfase em uma formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social e possibilitar um processo de formação permanente e estimular uma constante postura investigativa.

Na contramão da busca pela efetivação do projeto ético-político do Serviço Social, existem duras ameaças de mudanças estruturais propostas pelo capital e obviamente opostas aos princípios do projeto profissional. O neoliberalismo instituiu uma política de desmantelamento do Estado, privatização das instituições públicas, precarização de direitos e garantias sociais e a sobreposição do econômico em relação ao social ou às expressões da questão social e consequente aviltamento da pessoa humana.

É importante considerar que o aprofundamento e a manutenção do projeto ético-político do Serviço Social na contemporaneidade, em tempos de tantas adversidades, depende da vontade majoritária da categoria profissional e, junto a ela, o revigoramento das lutas e movimentos democráticos e populares, garantindo os direitos a programas e políticas sociais estabelecidas pelas conquistas das classes trabalhadoras. Junto a isso, afirma Santana que:

Nesse sentido, surge um desafio histórico aos assistentes sociais, frente ao sistema vigente, em atingir a “consciência humano-genérica” importante ao exercício crítico da profissão, pois implica em “criar condições para vencer a alienação em um mundo marcado pela reificação social” (SANTANA, 2000, p. 90).

---

práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários dos seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (CARDOSO, 2013 apud NETTO, 1996, p. 95).

<sup>27</sup> É o mais abrangente projeto coletivo, pois tem uma dimensão macroscópica, envolvendo propostas para o conjunto da sociedade. Ou seja, é aquele que apresenta uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justifica-lo e que privilegiam certos meios (matérias e culturais) para concretizá-la. (CARDOSO, 2013 apud NETTO, 1996, p. 93).

Confirma Guerra (2007) que o cenário atual com a idolatria da moeda, o fetiche do mercado e do consumo, o “culto” ao individualismo, a lógica do mercado financeiro, reforça o desafio dos assistentes sociais em manter seu caminho pautado pelos valores e princípios éticos e políticos que iluminaram suas ações durante as últimas décadas. Percebe-se que o profissional de hoje precisa se requalificar, ter visão crítica da realidade, por meio de uma atitude reflexiva, analítica, investigativa e propositiva frente à realidade. Exige-se um profissional ousado, atento e disposto a apropriar-se e a decifrar novas propostas de trabalho apresentadas ao Serviço Social.

Assim, como afirma Iamamoto (1998), ao profissional assistente social apresenta-se um dos maiores desafios nos dias atuais:

Desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. O perfil predominante do assistente social historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais e atua na relação direta com a população usuária. Hoje se exige um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com a sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado. (IAMAMOTO, 1998, p.230).

A profissão, como afirma Yazbek (2008), enfrenta o desafio de decifrar algumas lógicas do capitalismo contemporâneo, especialmente em relação às mudanças no mundo do trabalho, os processos desestruturadores dos sistemas de proteção social e da política social em geral e o aumento da pobreza e a exclusão social.

O Serviço Social vê-se confrontado e desafiado a compreender e intervir nessa sociedade de transformações configuradas nas novas expressões da questão social: a precarização do trabalho, a penalização dos trabalhadores, o desemprego, a violência em suas várias faces, a discriminação de gênero e etnia e tantas outras questões relativas à exclusão.

Diante desses desafios o Serviço Social se posiciona atualmente por um projeto profissional (projeto ético-político) vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero, articulando-se, portanto, com movimentos sociais e de outras categorias. Esse projeto, por fim, é operacionalizado pelo compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. Um conjunto de valores e princípios explicitam o projeto político dos assistentes sociais, que depois segue com as disposições éticas que permeiam a estrutura social onde a categoria se insere e está inserida.

O compromisso do Serviço Social com a classe trabalhadora, não se esgota na sua afirmação, ou seja, é preciso que esse seja mediado por estratégias concretas e articuladas a capacidade de objetivá-lo por meio de estratégias de ação, orientada por uma direção social, que pressupõe a transformação social. Nessa perspectiva, os sujeitos não podem ser compreendidos tão somente como sujeitos que lutam por melhores condições de vida, mas também como produtores da história, resultante de suas ações transformadoras. Para situar melhor o leitor faz-se necessário sinalizar o processo de intenção de ruptura do Serviço Social com o conservadorismo.

No processo de intenção de ruptura com o conservadorismo, o Serviço Social passou a tratar o campo das políticas sociais, não mais no campo relacional, demanda da população carente e oferta do sistema capitalista, mas acima de tudo como meio de acesso aos direitos sociais e à defesa da democracia (IAMAMOTO, 2001). Dessa forma, não se trata apenas de operacionalizar as políticas sociais (embora importante), mas faz-se necessário conhecer as contradições da sociedade capitalista, da questão social<sup>28</sup> e suas expressões que desafiam cotidianamente os profissionais em destaque, pensar as políticas sociais como respostas a situações desumanas de vida da maior parte da população e, com isso, compreender a mediação que as políticas sociais representam no processo de trabalho do profissional, ao deparar-se com as demandas imediatas e mediatas da população.

Como observa Barroco (2003), se na entrada dos anos 1990 do século passado é evidente o amadurecimento de um “vetor de ruptura”, isso não significa que essa vertente tenha alcançado uma “nova legitimidade” junto às classes subalternas. Além disso, nosso projeto profissional nos possibilita uma clara intenção de estabelecer uma direção social progressista e democrática sobre as condições histórico-sociais contemporâneas, as quais na sociedade capitalista vigente são contraditórias, dada à lógica de reprodução das relações sociais dominantes e a divisão social do trabalho a ela inerente.

O Serviço Social enquanto profissão e sua legitimação respondem as necessidades sociais derivadas do modo de produção vigente, tem um compromisso ético-político com a classe trabalhadora com o intuito de fortalecer a organização e os processos de resistência dessa classe para o enfrentamento da questão social e a defesa de seus direitos e interesses, objetivando novos padrões de sociabilidade.

---

<sup>28</sup> A questão social é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão. (IAMAMOTO, 2001, p. 77).

As transformações nos padrões de acumulação capitalista, seus rebatimentos e suas implicações no reordenamento do Estado e no movimento de classes, o desemprego em massa, a perda crescente de direitos sociais historicamente conquistados pelos trabalhadores, o trabalho precarizado e a desqualificação profissional, são aspectos que afetam as condições laborais do homem. Por consequência, esse quadro negativo, determinado pela reestruturação produtiva, também impõe aos profissionais de Serviço Social que atuam na área da saúde, a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade, bem como de criar novos meios de intervenção concomitantes às atuais mudanças da sociedade. Assim para que possamos entender esse processo e seus desdobramentos, cabe situar o leitor na discussão do Serviço Social na saúde.

#### **4.1 O Serviço Social na política de saúde e o seu posicionamento acerca da descriminalização do aborto**

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, faz-se necessário situá-la na conjuntura da década de 1930 a 1990 que caracteriza o surgimento, a expansão e a trajetória do Serviço Social no Brasil, relacionado com as exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo no país e às mudanças que ocorreram no cenário internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial, como foi discutido anteriormente.

Nessa conjuntura ficaram notáveis muitos ganhos para a profissão, tais como a regulamentação da profissão com a construção do projeto ético-político; o Novo Código de Ética Profissional de 1993; a nova Lei de Regulamentação da Profissão em 1993; as Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social em 1996; d) as legislações sociais que referenciam o exercício profissional e vinculam-se à garantia de direitos como: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990.

Nessas décadas, mas especificamente 1980 e 1990 o Serviço Social alcançou um grande avanço através da incorporação do legado marxista como referência hegemônica, tendo como marco o processo de ruptura com o conservadorismo iniciado na década de 1960 e a conquista da autonomia no seu exercício profissional. Nessa conjuntura também houve importantes encontros das entidades representativas e grandes organizações de congressos nacionais da profissão no país.

Matos (2013) afirma que a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por volta de 1940, por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do

modelo médico clínico, assim o assistente social foi se identificado como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, nesse momento o Serviço Social estava sendo construído no país e ainda se pautava nos pressupostos positivistas.

A década de 1950 foi marcada pela conjuntura desenvolvimentista e nesse panorama a prática profissional, atuava por meio da adoção do planejamento tecnocrático. Já as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pela ditadura militar período em que o Serviço Social estava passando pelo momento de reconceituação profissional, dando ênfase ao processo de intenção de ruptura, que já foi discutido anteriormente. Esse processo foi extremamente rico para o Serviço Social porque deu origem ao projeto ético-político da profissão e ao mesmo tempo em que paralelo a ele, surgia o projeto de RSB.

Tanto o projeto de RSB quanto o projeto profissional de Serviço Social estão pautados na defesa dos direitos, ambos priorizam uma nova relação com os usuários dos serviços de saúde, pautados no compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, sobretudo na abertura à participação dos usuários nas decisões institucionais. Ao passo que há na sociedade brasileira o Projeto Neoliberal, contrário aos primeiros citados, por seguir a lógica econômica, orçamentária e, sobretudo, mercantilista que reforçam a desigualdade social, bem como, a redução das responsabilidades do Estado sobre os direitos sociais da população e todas essas implicações e/ou determinações rebatem sensivelmente, nos espaços ocupacionais e no fazer profissional do Serviço Social.

O projeto neoliberal na saúde reforça e fortalece o projeto privatista já mencionado neste trabalho, obstaculizando o trabalho do assistente social na saúde. Uma expressão desse processo é o modelo médico-hegemônico, posto na atualidade que ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativa individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação, informação e comunicação em saúde, além de, subordinar a profissão em função desse modelo que trata com indiferença a realidade de desigualdades sociais a que está submetida à maioria da população usuária do SUS.

Outra questão que é reforçada pelo projeto neoliberal na saúde é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo das doenças, mas sim quando o assistente social se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o



enfrentamento destas questões, passando a não mais se identificar como assistentes sociais, recuperando uma auto representação de sanitaristas.

O exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido por eles nas diferentes especialidades da medicina. Esta perspectiva fragmenta a ação desse profissional na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação.

Iamamoto (2002) afirma que o pensamento liberal estimula um vasto empreendimento de “refilantropização do social” e não admite as conquistas sociais dentro de uma perspectiva dos direitos sociais. Dessa forma, na maioria das vezes, as prestações dos serviços de saúde no interior das Instituições e o fazer profissional se perpassam em uma relação de ajuda ou favor aos usuários, criando uma situação subalterna.

Neste entendimento, as políticas públicas e os direitos sociais estão reduzidos e impulsionados por motivações solidárias e beneméritas, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado, e não como responsabilidade pública do Estado. As políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica do Estado. (YAZBEK, 2008, p. 35).

Isso ocorre tendo em vista o fato de os assistentes sociais não atuarem somente na política de saúde e acabam sendo questionados sobre a sua competência nesse campo de trabalho, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada.

Esses questionamentos se dão através da crítica ao projeto hegemônico da profissão que passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Assim, em tese, a realidade parece negar o discurso profissional quanto ao não reconhecimento da utilidade e da eficácia da ação dos assistentes sociais como parte do conjunto das práticas profissionais voltadas para o alcance dos objetivos da política de saúde no contexto de implementação do SUS.

Nesse sentido pode se observar que embora detentor de um razoável volume de informações e de um grande acúmulo de experiências, o Serviço Social, em geral, não vem conseguido imprimir uma direção intelectual no sentido gramsciano ao seu trabalho, que lhe permita dar

visibilidade política e até técnico-administrativa ao conjunto de questões com as quais trabalha cotidianamente. Pode-se supor que este seja um produto da sua condição de trabalhador assalariado e subordinado às exigências do trabalho sobre o capital. (COSTA, 2000, p. 123).

Desse modo, ainda segundo o autor, essa tendência tende a se agravar diante das mudanças em curso que primam por dar relevo aos mecanismos de registro e quantificação da produtividade, privilegiando os atendimentos curativos individuais e avaliando a produtividade dos profissionais em função da quantidade de procedimentos realizados, bem característico do projeto privatista da saúde que vive em constante confronto com o projeto de RSB.

A partir daí, Costa (2000) afirma que a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Mas, isto não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente, a autora acredita na possibilidade de outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, com vistas à efetivação do projeto RSB, é essencial para a reconstrução do trabalho do assistente social na saúde.

Portanto, somente uma análise mais apurada, buscando recompor tais atividades e suas conexões com os objetos e objetivos do SUS, pode dar visibilidade à qualificação técnica que esse trabalho ocupa, no interior do processo de trabalho em saúde.

Importa ressaltar que, a despeito das contradições e das tensões que perpassam a inserção dos assistentes sociais, a emergência de novos vetores de inclusão do assistente social nas equipes de saúde, abre a possibilidade pela qual essa profissão possa interferir e redirecionar a sua inserção nos espaços sócio ocupacionais da saúde, elaborando estratégias de atendimento às necessidades imediatas como as ações voltadas para a construção da democratização do acesso e qualificação da atenção, com vínculo e responsabilização social, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira, a partir do fortalecimento das relações com os usuários como sujeito de direitos.

Neste contexto, a saúde se apresenta como uma das demandas sociais que, atualmente, exige o envolvimento de profissionais atuando em equipe para uma melhor compreensão do processo saúde/doença. Dessa forma, o assistente social se apresenta como um dos profissionais imprescindível na articulação paciente-família-instituição, inserido nas equipes multiprofissionais e interdisciplinares dos espaços institucionais de saúde.

Conforme sinaliza Matos (2013), apesar de os serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado à influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária como, por exemplo, a pauperização, a velhice e a ausência de vínculos familiares são consideradas responsabilidades exclusivas do Serviço Social.

O assistente social, através de seu posicionamento teórico-metodológico, configura-se em protagonista na trajetória da política de ação e de construção da saúde, estabelecendo relação com outros profissionais, como: médico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, entre outros. A relação com a multidisciplinaridade tem proporcionado reflexão e discussão sobre a operacionalização da interdisciplinaridade. (VASCONCELOS, 1997, p. 50).

Diante disso, percebe-se que o trabalho do Serviço Social se faz necessário nos diversos campos de atuação para a promoção e efetivação dos direitos sociais. Mas para isso, o assistente social precisa estar em constante sintonia com as realidades sociais e com o seu projeto ético-político profissional para mediar os conflitos sociais dos usuários, promovendo a autonomia em relação aos direitos sociais e fortalecer os pilares da saúde como política pública.

Os resultados do trabalho do assistente social em saúde dependem muito das circunstâncias em que este se realiza e sua visão em relação aos usuários deve ser enquanto sujeitos de direitos e não como doentes, pois dessa forma a instituição será vista como um espaço de ajuda que presta favores a seus usuários.

Observa-se nas dissertações de Matos (2013), de Costa (2000) e de Vasconcelos (1997) que o desafio em comum identificado pelos autores é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

Portanto não se pode ficar acuado frente aos obstáculos e desafios que se apresentam na atualidade, mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem dos princípios do projeto ético-político que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelas suas entidades representativas nos seus fóruns e inscritos nas legislações normativas da profissão.

Frente a essas dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais da saúde na atualidade, no sentido de garantir a autonomia do seu exercício profissional e de subsidiar seu trabalho, o conjunto CFESS/CRESS elaborou em 2010 os Parâmetros de Atuação na Política

de Saúde. A partir daqui, serão discutidas algumas reflexões acerca do Serviço Social na saúde com base nesse material elaborado pelo CFESS.

Nesse documento foi apresentado um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelo profissional de Serviço Social na saúde que podem contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para a viabilização do SUS.

De acordo com o CFESS (2010) a grande bandeira da saúde continua sendo a implementação do projeto de RSB, construído a partir de meados dos anos setenta, como já foi exposto no primeiro capítulo deste trabalho. Este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central da categoria.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da RSB.

De acordo com o CFESS (2010) o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria. Essas ferramentas se expressam nas atribuições e competências das (os) profissionais do Serviço Social, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

No que se refere aos direitos das (os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura: Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; livre exercício das atividades inerentes à profissão; participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais e inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional. (CFESS, 2010, p.33).

Ainda de acordo com os documentos do CFESS (2010) o artigo 2º do Código de Ética assegura: desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a

prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Quanto aos deveres profissionais, o CFESS, (2010) comenta o artigo 3º do Código de Ética do assistente social que estabelece: Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

Conforme as diretrizes estabelecidas nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional demanda uma atuação profissional numa perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais.

A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos (as) trabalhadores (as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

Nessa perspectiva, Iamamoto (2002) chama atenção para as seguintes questões que devem ser objeto de atenção: a primeira armadilha é a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais. Esta situação tem muita expressão na saúde, por exemplo, quando os profissionais responsabilizam o usuário pela sua situação de saúde, não analisando os determinantes sociais, econômicos e culturais. Outras repercussões desta concepção são:

justificar as contra reformas na saúde, ênfase nos programas focais, responsabilizar os profissionais de saúde pela falta de atendimento, ênfase nas ações terapêuticas.

Iamamoto (2002) aponta para outra armadilha a ser evitada, que se refere à difusão de um discurso genérico e uma visão indiferenciada da questão social, com base nas análises estruturais e segmentadas da dinâmica conjuntural, da vida e da luta dos sujeitos sociais. Como rebatimento desta visão na saúde pode-se identificar as concepções pessimistas, maniqueístas, que não identificam possibilidades de ação e as demandas potenciais. Os seus adeptos não analisam as contradições existentes nos programas e nas instituições.

De acordo com o CFESS (2010) as competências<sup>29</sup> e atribuições<sup>30</sup> das (os) assistentes sociais, nessa perspectiva requisitam do (a) profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

- ✓ Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- ✓ Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- ✓ Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- ✓ Identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

Conforme o exposto faz-se necessário avançar na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais, considerando as expressões específicas da questão social

---

<sup>29</sup> Competências são qualificações profissionais para prestar serviços, que a Lei reconhece, independentemente de serem, também, atribuídas á profissionais de outras categorias.

<sup>30</sup> Atribuições privativas também são competências, porém exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional.

que desafiam a pesquisa concreta de situações concretas. Nesta direção, a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações.

Nesse sentido o profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades. O conjunto de demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vai impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais.

A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental. A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços. Ou seja, não deve a avaliação socioeconômica funcionar como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural.

Outra preocupação do profissional é não se orientar pelo atendimento psicoterapêutico a indivíduos e familiares, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais.

Conforme exposto no material do CFESS (2010), as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- ✓ Prestar orientações (individuais e coletivas) e ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- ✓ Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- ✓ Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- ✓ Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- ✓ Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- ✓ Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- ✓ Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde

quanto às informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

Cabe destacar que o assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação à demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

Diante disso os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar junto com outros trabalhadores da saúde a política da humanização. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização<sup>31</sup>, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão.

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença. (DESLANDES, 2004, p. 14).

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção à saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo.

A Política Nacional de Humanização não pode, portanto, estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o projeto de RSB.

---

<sup>31</sup> O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi criado em 2001, pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde.



Quanto às ações educativas realizadas pelo assistente social nos serviços de saúde, consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.

Nesta perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1997), a prática reflexiva possibilitando ao usuário a análise e desvendamento da situação vivenciada pelo mesmo por meio de reflexões estimuladas pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve ser coletivo, em grupo, pois possibilita a troca de experiência entre os sujeitos.

Com relação às ações de Mobilização, Participação e Controle Social de acordo com o documento do CFESS (2010), estas estão voltadas prioritariamente para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas. Tem como enfoque, também, a democratização da instituição através da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados que visem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais.

Ainda de acordo com o CFESS (2010) um dos espaços criados para estabelecer a comunicação entre os usuários e a instituição é a ouvidoria. A ouvidoria no SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. Algumas reflexões devem ser levantadas sobre este canal de comunicação direto entre o usuário e a instituição.

Quanto às ações de Investigação, Planejamento e Gestão o documento do CFESS aponta que estas ações têm como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

Para Berlinguer (1978 apud CFESS, 2010), as ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que

levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Desta forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária.

Quanto ao processo de descentralização das políticas sociais, o CFESS (2010) enfatiza que vem sendo requisitado aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional.

Conforme apontamentos de Matos (2013), a assessoria nesse processo é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la. O assessor pode estar vinculado a uma proposta que vise à emancipação desses trabalhadores e à ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais, ou a dominação destas e a redução da esfera estatal. Defende-se a primeira perspectiva, em face da direção assumida pela profissão de Serviço Social.

A assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais e pode ser uma atribuição privativa do assistente social ou uma competência do profissional. Como atribuição privativa, o assistente social desenvolve assessoria na matéria Serviço Social, e só pode ser prestada por um profissional graduado na área.

Para que o profissional consiga atuar efetivamente na política de saúde, é preciso entender com clareza a questão social na atualidade e seus desdobramentos que assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos que a redimensionam, aprofundando suas contradições. As mudanças radicais nas relações entre Estado e sociedade civil, orientadas pela política de ajuste fiscal, recomendada pelos organismos internacionais, vão atingir a economia, a política e as formas de sociabilidade. O Serviço Social também sofre com os impactos dessas mudanças.

Neste quadro, o CFESS (2010) defende que se torna fundamental o fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho do assistente social, contrapondo-se à difusão dos valores liberais que geram desesperança, conformismo e encobrem a

apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórica crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia a cada momento do seu desempenho profissional diário.

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não tiver uma análise das condições concretas pode reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. O profissional precisa romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, procurando buscar a investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde e a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

Iamamoto (2002) sinaliza que a análise macroscópica da questão social expressa uma realidade que se materializa na vida dos sujeitos. A aproximação dos assistentes sociais com os usuários é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos.

Nesse sentido, a descriminalização do aborto no Brasil se apresenta como expressão desse processo, enquanto uma demanda urgente da questão social que merece atenção dos profissionais de saúde, principalmente do assistente social, por ser um profissional que luta pela consolidação da igualdade, liberdade e justiça social e que, portanto, deve estar na linha de frente na defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde e nesse caso na defesa dos direitos das mulheres em situação de abortamento juntamente com seus representantes legais o conjunto CFESS/CRESS.

#### **4.2 Posicionamento político do conjunto CFESS/CRESS frente à luta pela legalização e descriminalização do aborto no país**

De acordo com o CFESS (2011), há pelo menos cinco anos, o Conjunto CFESS/CRESS vem discutindo o tema aborto com a categoria, por entender que a prática do aborto é um grave problema de saúde pública e envolve os direitos humanos das mulheres. Os Encontros Nacionais de 2009 e 2010, maior espaço deliberativo da categoria que reuniu assistentes sociais representantes de todas as regiões do Brasil, aprovaram, respectivamente, as deliberações de apoiar a descriminalização e a legalização do aborto. Decisões que podem não representar a opinião de toda a categoria, mas que demonstram o posicionamento da grande maioria de profissionais.

O Conjunto CFESS/CRESS, reconhecendo todas as dimensões que envolvem a questão do aborto, na compreensão de que é a mulher que decide pela interrupção (ou não) da gravidez (que sempre se dá num contexto complexo) e esta mulher tem o direito a um atendimento de qualidade, humanizado e de respeito, defende, desde 2009, a descriminalização do aborto, e desde 2010, a legalização do aborto no Brasil.

No 38º Encontro Nacional CFESS/CRESS, em 2009, na cidade de Campo Grande (MG), a categoria assumiu posição favorável à descriminalização do aborto no país e promoveu debate para subsidiar futuras decisões. Em 2010, durante o 39º Encontro Nacional sediado em Florianópolis (SC), foi além e deliberou pelo apoio ao Movimento Feminista em defesa da legalização do aborto.

Conforme o CFESS (2011) afirma, o conjunto CFESS/CRESS vem fortalecendo as ações do Movimento Feminista Brasileiro, integrando, inclusive, a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. O 40º Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em Brasília (DF) entre os dias 8 e 11 de setembro de 2011, também deliberou diversas ações para integrar sua agenda política na luta pela legalização do aborto. São elas:

- ✓ Dar continuidade às ações políticas para divulgação do posicionamento favorável à legalização do aborto, considerado como questão de saúde pública e como direito das mulheres, propondo políticas públicas que considerem os vários aspectos que envolvem estas questões, bem como contemplando as implicações éticas e as normativas profissionais do Serviço Social, contextualizados pelos recortes de classe, gênero, raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, pelo caráter laico do Estado, realizando campanha de âmbito nacional;
- ✓ Acompanhar os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional, manifestando posição favorável aos que descriminalizam o aborto e contrária aos demais, mobilizando o Conjunto CFESS/CRESS com os movimentos feministas, de mulheres negras, de mulheres lésbicas para: realizar audiências públicas e debates com os diversos setores acerca da temática, denunciando a questão da mortalidade materna em virtude da ausência de política de saúde voltada para o atendimento à mulher que realiza o aborto inseguro e fazer incidência política junto aos gestores públicos para garantia da implantação e implementação do atendimento em

hospitais, em especial da rede SUS, para atendimento referente ao aborto previsto em lei;

- ✓ Compor/fortalecer comitês em defesa da descriminalização e legalização do aborto, colaborando na interlocução do debate público entre os movimentos sociais e feministas a respeito da temática com os setores governamentais responsáveis pela execução de políticas públicas voltadas para as mulheres, enfatizando a questão da saúde das mulheres negras e indígenas e o alto índice de mortalidade destas por falta de atendimento de qualidade no SUS;
- ✓ Criar material para difundir a norma técnica do Ministério da Saúde sobre o aborto legal e seguro como um direito reprodutivo, constitutivo dos direitos humanos, que se exerce no contexto da laicidade do Estado, garantindo justiça social e igualdade de gênero.

O CFESS (2011) mostra que nas últimas décadas o Brasil assinou documentos produzidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e na IV Conferência Mundial Sobre Mulheres (Beijing, 1995). Não só assinou como também se comprometeu política e moralmente perante a comunidade internacional de revisar as leis internas que punem as mulheres submetidas a abortos ilegais.

No entanto, argumentos provenientes de valores machistas de uma moral religiosa impedem que o Brasil avance na materialização da legalização do aborto, um exemplo disso é o caso do Projeto de Lei (PL) 478/2007, que dispõe sobre o Estatuto do Nascituro<sup>32</sup> e inclui a oferta de uma "bolsa estupro", em que a mulher receberia um salário mínimo até que o filho atingisse 18 anos. Esta proposta tramita na Câmara dos Deputados e visa estabelecer os direitos dos embriões.

O Estatuto do Nascituro violenta os direitos humanos das mulheres brasileiras, pois é uma agressão à autonomia das mulheres e torna a maternidade compulsória, ou seja, a mulher será obrigada a suportar a gravidez resultante do crime de estupro, demonstrando um profundo retrocesso à luta dos direitos humanos das mulheres. Certamente não é uma estratégia isolada, é a resposta conservadora das bancadas religiosas, inconformadas com as posições do Supremo Tribunal Federal (STF) em reafirmar os direitos que são garantias constitucionais. O Estatuto vem transformar em crime situações de abortamento permitidas pela Lei, como nos casos de estupro, gravidez

---

<sup>32</sup>Os absurdos do Estatuto do Nascituro não param por aí. O texto propõe que o estuprodo genitor seja identificado e responsável por pagar uma pensão alimentícia até a maioridade. Caso ele não seja identificado, o Estado assumirá essa tarefa. Por isso, este projeto tem sido chamado pelos movimentos feministas e de mulheres também de 'Bolsa Estupro'. Ele naturaliza a violência contra a mulher, respalda este crime hediondo (o estupro) e, ao criminalizar o aborto, coloca a pessoa violentada no mesmo patamar do estuprodo.

com riscos à saúde materna e gravidez de fetos anencefálicos. (CFESS, 2011, p. 85).

Cabe refletir que a maternidade, como experiência humana, é uma construção sócio histórica e como sujeitos éticos, com autonomia e responsabilidade, as mulheres são capazes de decidir sobre viver ou não esta experiência. O Estado e as religiões fundamentalistas não têm o direito de interferir. É preciso enfrentar a ideologia patriarcal reproduzida por meio da mídia hegemônica, pelas religiões fundamentalistas e pelo próprio Estado, que disseminam a maternidade compulsória e, equivocadamente, o chamado instinto materno.

De acordo com o CFESS (2011) o Estatuto do Nascituro e a violência contra a mulher foram os principais alvos dos protestos da Marcha das Vadias, que reuniu cerca de três mil pessoas em Brasília (DF), no dia 22 de junho de 2014. A mobilização, organizada por um coletivo de mulheres chamado Marcha das Vadias do Distrito Federal, levantou as principais bandeiras do Movimento Feminista.

Assistentes sociais e estudantes de Serviço Social participaram da Marcha, demonstrando que o debate sobre as desigualdades de gênero tem que fazer pauta da agenda prioritária da profissão. Essa marcha denuncia as violências que as mulheres brasileiras sofrem cotidianamente e retratam um problema que é de saúde pública como a questão do aborto inseguro<sup>33</sup> que é uma das principais causas de morte materna no Brasil.

Nesse sentido, cabe refletir que a análise desta pequena trajetória reforça a tese sobre a habilidade da corrente do Movimento Feminista brasileiro que vem lutando para descriminalizar o aborto aqui denominado de direito para negociar soluções e fazer alianças políticas bem-sucedidas com os setores progressistas da sociedade. Um dos pontos fracos das políticas feministas do aborto tem sido a impossibilidade material e simbólica de atingir um público maior, já que o filtro dos meios de comunicação e das instituições educacionais e religiosas na maioria das vezes evita ou amaldiçoa o tema. Entretanto, a cada possibilidade de liberação do aborto as forças conservadoras contra-atacam, cada vez com maior agressividade, cooptando a opinião pública de quem se posiciona favoravelmente.

Diante disso, defender a legalização do aborto é garantir os direitos humanos de muitas mulheres que atualmente são desrespeitados. É de domínio público que aquelas que não precisarem ou não quiserem recorrer a um aborto, terão garantidas suas escolhas. Mas também acreditamos que deva ser garantido para aquelas mulheres que, por decisões que

---

<sup>33</sup> O aborto inseguro é um procedimento para a interrupção da gravidez indesejada, realizado por pessoas que não tem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não tem os padrões médicos mínimos ou ambos.

somente elas sabem da complexidade o direito a recorrer a um aborto sem risco de morte, sequelas a sua saúde e de prisão.

Assim, estaremos construindo um país onde se reconhece a diversidade humana e, portanto, todos/as possam ter espaço para responder às suas necessidades e desenvolver suas potencialidades humanas. Por este entendimento que o conjunto CFESS/CRESS Manifesta apoia a agenda de lutas do Movimento Feminista e de mulheres, que exige:

- ✓ Alterar a legislação punitiva do aborto (Código Penal de 1940) para que o aborto deixe de ser considerado crime;
- ✓ Respeitar à autodeterminação reprodutiva das mulheres: não à maternidade compulsória, sim à maternidade livre, voluntária e desejada;
- ✓ Assegurar que todo hospital da rede pública coloque em prática a regulamentação do Ministério da Saúde que dá direito à mulher a fazer o aborto nos casos previstos em lei, pois a maternidade é um direito, e não pode ser resultante de um ato de violência;
- ✓ Que o Estado garanta a Política de Saúde Integral e Universal para as mulheres, possibilitando o pleno exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, em especial, a efetivação do direito das mulheres de decidirem se querem ou não engravidar e, no caso de uma gravidez indesejada, poderem interrompê-la no serviço público;
- ✓ Implantar em toda a rede pública o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM);
- ✓ Ampliar a sensibilização de profissionais de saúde para garantia do aborto previsto em lei;
- ✓ Ampliar divulgação da Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”, produzida pelo Ministério da Saúde, em 2005, que trata de um guia para apoiar gestores/profissionais de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção às mulheres em processo de abortamento (espontâneo ou induzido), buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.

Nessa perspectiva de acordo com estudos realizados pelo CFESS (2011) faz-se necessário atentar para a urgência da efetividade dessas ações, sabendo que o aborto é a quinta causa de internações no Brasil, sendo elevado o número de internações pós-abortos reafirmando que o aborto como uma questão de saúde pública, merece atenção do Estado na implementação de políticas públicas específicas para a saúde da mulher, pois cerca de metade das mulheres que fizeram aborto recorreram ao SUS e foram internadas por complicações

relacionadas ao aborto. Conclui-se então que boa parte dessas interações poderiam ser evitadas se não fosse tratadas como atividade clandestina.

Não obstante, todos os riscos à saúde e à vida, o potencial a condenação moral, religiosa e penal e as estatísticas demonstram que o aborto continua sendo utilizado clandestinamente no país, apesar do amplo recurso das mulheres à esterilização, indicando-nos, mais uma vez, a ausência de uma política de saúde reprodutiva no país. O aborto é o último recurso para a não efetivação de uma gravidez indesejada, recurso esse que, no contexto da ilegalidade, coloca em risco a vida das mulheres.

A permanência da prática do aborto como conduta delituosa está para além da defesa da mulher ou do feto; pois tornou-se uma questão política em que se encontra imbricada nas relações de poder que resultam na violência contra as mulheres, especialmente expresso no histórico controle dos seus corpos. Ao não reconhecer o direito à autonomia das mulheres sobre o seu próprio corpo, sua sexualidade e sua reprodução o Estado nada mais faz que violar os direitos humanos das mulheres.

A negação da autonomia das mulheres é sustentada pelo Estado natalista<sup>34</sup> e pelas forças conservadoras contrárias aos direitos das mulheres. Pois num Estado laico<sup>35</sup>, as normas de atenção à saúde individual ou coletiva devem ter o sentido de preservar e restaurar a saúde das pessoas e não deveriam ser influenciadas por forças conservadoras.

Como mostra Corrêa e Ávila (2003) a tipificação do aborto como delito ou crime não reduz a incidência. Outro agravante é que a prática do aborto inseguro evidencia diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais: mulheres com mais recursos realizam aborto com mais segurança em melhores condições de higiene.

Seja de forma segura para as mulheres que podem pagar, seja de forma insegura e arriscada para as mulheres pobres, a lei punitiva não impede os altos números de abortos realizados. A lei restritiva parece existir para não ser aplicada devido ao grande número de mulheres que não são julgadas nem presas.

Ao mesmo tempo cumpre a função simbólica de punir psicológica e socialmente a mulher que aborta. Contraditoriamente nos países em que o aborto é legalizado os dados estatísticos são reduzidos, contrariando o argumento de que a legalização levaria ao uso banal do procedimento.

---

<sup>34</sup> Nessa perspectiva o Estado focaliza os recursos públicos para a saúde da mulher na concepção de saúde materno-infantil.

<sup>35</sup> A defesa e a garantia do Estado Laico é um princípio democrático fundamental no enfrentamento de práticas conservadoras, autoritárias, arbitrarias, fascistas e, portanto, violadoras dos direitos humanos.



A legalização do aborto no Uruguai em outubro de 2012 reforça esse argumento, pois foi constatado que de dezembro de 2012 a maio de 2013, não foi registrada a morte de nenhuma mulher que abortou de forma regulamentada no Uruguai. No país, além da descriminalização do aborto, a educação sexual e reprodutiva, o planejamento familiar e uso de métodos anticoncepcionais, assim como os serviços de atendimento integral de saúde sexual e reprodutiva são meios utilizados para diminuir a prática de abortos voluntários. Com isso, o Uruguai é um dos países com taxas de aborto mais baixas do mundo.

De acordo com a Lei do Aborto uruguaia, a solicitação para a interrupção voluntária da gravidez pode ser feita até a 12<sup>a</sup> semana de gestação. O período se amplia para 14 semanas em caso de estupro e não há restrições nos caso de má-formação do feto ou risco de vida para a mãe. Antes, as pacientes devem passar por uma equipe multidisciplinar, formada por: ginecologistas, psicólogas e assistentes sociais. Entre outras ações, a equipe conversa sobre a possibilidade de concluir a gravidez e dar a criança para adoção. Posteriormente, há cinco dias para a reflexão. Depois, caso a vontade permaneça, é feito o aborto, farmacológico e seguindo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (CFESS, 2011, p. 33).

A partir da realidade apresentada acerca do aborto no Uruguai fica claro que essa questão no Brasil existe e deve ser discutida, longe da falsa polarização entre ser contra ou favor, posicionamentos tão comuns e superficiais do cotidiano. É preciso pensar a questão do aborto no contexto da Política de Saúde da Mulher e dos Direitos Reprodutivos por que não se situa apenas no contra ou a favor, mas que demanda um olhar criterioso nas negações e nas afirmações, que considere as contradições que estão postas em debate.

Portanto, como ponto de partida para discutir essa questão do direito ao aborto legal e sua efetivação nos serviços públicos de saúde, faz necessário situá-la no âmbito das políticas públicas, sendo esta uma demanda do Serviço Social, tendo em vista, esta ser uma expressão da questão social que merece ser discutida e problematizada na defesa da luta pela laicidade do Estado e a consequente não interferência de setores religiosos em questões públicas, bem como a luta pela liberdade individual e a autodeterminação na tomada de decisões.

Trata-se de tomar medidas excepcionais para que a questão em pauta seja prevista e normatizada através da reformulação do Código Penal Brasileiro. Nesse sentido defender a descriminalização/legalização do aborto é lutar por um projeto de sociedade equânime nas relações de gênero, tendo a equidade como princípio e diretriz para que as diferenças possam ser convividas e vivenciadas dentro do mesmo espaço.

Ao negar a subsunção das mulheres à maternidade, afirmando que elas podem ser mulheres na sua integralidade sem ter filhos e dissociando sexualidade e reprodução, constrói-

se a base necessária para tratar do aborto no âmbito dos direitos humanos<sup>36</sup> e dos direitos reprodutivos e sexuais, na perspectiva da emancipação feminina que está relacionada diretamente com a questão da autonomia das mulheres, imprescindível num Estado democrático de direito.

Isso significa que as políticas públicas em relação ao aborto precisam ter como referência a justiça social e considerar os direitos de quem aborta e de quem, de alguma forma, envolve-se com as mulheres nessa prática (mulheres e profissionais de saúde). Quanto às primeiras, implica considerar a dimensão da subjetividade e do respeito às diferenças, além do engajamento na construção de um projeto de sociedade mais igualitária.

Em relação aos segundos, envolve questionar uma formação que muitas vezes não aborda as questões relativas à vida concreta das mulheres e dos homens nas suas dimensões subjetivas, morais e efetivas, às desigualdades de gênero e às diferenças de trabalho sexuais e reprodutivas das mulheres e dos homens.

Nessa perspectiva, na medida em que o Serviço Social é uma profissão histórica, que passa por processos de adequação e reestruturação, em decorrência de mudanças bruscas de caráter social, político, econômico e cultural, está imbricado ao processo histórico de luta das mulheres pela consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a descriminalização do aborto no Brasil, sendo estes pautas do Movimento Feminista, bem como do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro.

Assim os direitos reprodutivos e a luta pela descriminalização do aborto, enquanto expressão dos direitos humanos e de cidadania<sup>37</sup> se coloca para o Serviço Social como uma demanda urgente para efetivação e consolidação destes, via políticas públicas específicas para as mulheres.

---

<sup>36</sup> Os direitos humanos, conforme argumenta Benevides (2009), são universais, naturais e históricos; ligam-se diretamente à natureza humana; e superam fronteiras jurídicas e a soberania dos Estados. A compreensão desses direitos, portanto, não foi e não será estática ao longo do tempo, podendo sofrer a interferência de movimentos de caráter social e político.

<sup>37</sup> A cidadania e os direitos da cidadania dizem respeito à determinada ordem jurídico-política vigente em um Estado ou país, que também define e garante quem é cidadão. A ideia de cidadania é eminentemente política e não se liga a valores universais, mas a decisões políticas. Nesse aspecto pontual, é que se situam as divergências entre direitos da cidadania e direitos humanos. Em muitos casos, há convergência entre esses direitos, pois são semelhantes, mas os direitos humanos são mais amplos e abrangentes. O direito de cidadania não poderá violá-los.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, analisamos que os direitos fundamentais à saúde, à privacidade, à autonomia reprodutiva e à igualdade da mulher são interesses constitucionalmente relevantes, que merecem ser devidamente protegidos, e respeitados por parte do Estado, levando em consideração o caráter de laicidade deste, não podendo desse modo interferir nas decisões das mulheres sobre seus corpos. Pois são direitos individuais garantidos pela CF88.

A partir das pesquisas concluímos que o aborto clandestino é uma realidade, independentemente da legislação restritiva e punitiva; que são as mulheres pobres que mais sofrem os efeitos perversos da criminalização do aborto, com grandes agravos a sua saúde; que há no SUS um custo dispendido no atendimento pós-abortamento; que a população brasileira apresenta uma sensibilidade para a revisão da atual legislação punitiva e que essas mulheres fazem parte do cotidiano de cada um.

Nesse sentido é crucial que reflitamos sobre até que ponto as vozes de todo esses movimentos de luta, de discursos feministas e demais pessoas militantes e engajadas de nossa sociedade, se fazem ressoar na opinião das demais pessoas da sociedade. Nesse caso, bastaria à mulher expressar sua vontade de realizar a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Até porque todas devem ter o direito de decisão sob o próprio corpo.

Conclui-se então que a solução legislativa dada ao aborto pelo Código Penal, em 1940, no que concerne a criminalização, não impede sua realização, tendo em vista a grande incidência de realizações do aborto no Brasil que chega a um milhão por ano, engrossando as estatísticas de mortalidade materna no país. Diante disso, é de extrema urgência um posicionamento por parte do Estado no que diz respeito a essa questão.

Nesse sentido, seria bastante razoável adotar no Brasil a legalização do aborto, tendo em vista o exemplo do Uruguai, que depois de legalizar o aborto e implementar políticas de saúde reprodutiva para as mulheres, não registrou mais nenhuma morte proveniente desse procedimento e a partir disso o Uruguai passou a ser o país de menor índice de abortamento do mundo.

Portanto fica claro que só a legalização o aborto no Brasil não seria suficiente, tendo em vista os grandes problemas de saúde pública do país: faz-se necessário a implementação de políticas públicas relacionadas à educação sexual, ao planejamento familiar e ao fortalecimento da rede de proteção social voltada para a mulher. Assim, a revisão do Código Penal, pode ser mais compatível com o ideário de um Estado laico e pluralista, que defende o

direito das mulheres, sem as influências conservadoras, culturais e religiosas que se apresentam e imperam na nossa sociedade como um retrocesso.

Nessa perspectiva, faz necessário um conjunto de ações, ao mesmo tempo políticas e operacionais, no âmbito do Estado e da sociedade: desde a incidência dos movimentos sociais, revisão da legislação e supervisão/implementação das políticas públicas, até ações para autonomia, reflexão e organização das mulheres.

Assim, cabe considerar que a interdição ao aborto é uma forma de violência imposta às mulheres e que o impedimento ao direito ao aborto legal constitui-se numa dimensão ainda mais grave dessa violência, já que a mulher passa de vítima a criminosa. Entendemos que essa forma de interferência na autonomia da mulher, se sustenta por uma sociabilidade alicerçada na cultura patriarcal historicamente construída na nossa sociedade, que encarcera a mulher violando seus direitos individuais, sua liberdade e autonomia.

Diante do exposto e a partir das reflexões ora apresentadas, concluímos nosso trabalho com a perspectiva de contribuir com o debate tanto sobre a descriminalização/legalização do aborto como a apreensão do Serviço Social brasileiro sobre a referida temática.

Além disso, esperamos abrir possibilidades para novos estudos que possa enriquecer a discussão e para que possa despertar no leitor uma reflexão crítica sobre a urgência dessa temática enquanto uma questão de saúde pública e de responsabilidade do Estado.

Pois ao finalizar nosso debate, concluímos que estes estudos provocaram mais inquietações que trouxe respostas, tendo em vista a seriedade da problemática e os dados alarmantes que saltam aos olhos levantados durante as pesquisas.

## REFERÊNCIAS

ABESS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Novos subsídios para o debate. In: **Cadernos ABESS**. São Paulo: Cortez, n.7, 1997.

BARROCO, M. L. S. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.79, p.27-42, set. 2003.

BENEVIDES, Maria Victoria. Cidadania e direitos humanos. IEA. 2009. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/artigos/>>. Acesso em: 25 abr. 2010.

BERQUÓ, Elsa. (Org.) *Sexo e Vida Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1978.

BERING, E. R.; BOSCHETTI. I. *Política Social: fundamentos e história*. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO (MARE). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Imprensa Nacional, novembro de 1995. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em setembro de 1995.

BRASIL. *Programa de Aceleração do Crescimento, 2007-2010*. Material para Imprensa. Brasília, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES J. S. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. *Ética e Projetos Profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

CARVALHO, Fernanda Cavassana de. *A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística*. Curitiba, PR 2014.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). CFESS Manifesta Dia Latinoamericano e Caribenho de Luta pela Discriminização e Legalização do Aborto. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.cfss.org.br/internet/comissao/>>. Acesso em: 21 de nov. 2014.

CFESS, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social. Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000.

CÔRREA, Sônia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Ed./Dir.). **Sexo e vida**. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003, p. 17-78.

DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (orgs). Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, SciELO Books. 2011, 241 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 de nov. de 2014.

DESLANDES, Suely Fernandes. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.cienciaesaudecoletiva/>>.

FALEIROS, Vicente de Paula. Confrontos teóricos do movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez Ano VII, nº 24 – p. 49-69, Agosto/1987.

GUERRA, Y. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 28, n.91, p.5-33, set. 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 5. Ed. São Paulo, Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo: Cortez, 1998, p. 201-250.

\_\_\_\_\_. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade: atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

MARQUES, P. B. CARRIER, B. Os Direitos Reprodutivos: rumo a uma quarta geração de direitos, Recife: SOS Corpo, 1997, 14p.

MATOS, Maurílio Castro de. A criminalização do aborto em questão. São Paulo: Almedina, 2010.

\_\_\_\_\_. Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o serviço social profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MANDEL, Ernest. O capitalismo tardio. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital. 2ed. rev. e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3ed. São Paulo, Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. A Nova Fábrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e demandas ao serviço social. São Paulo, 5 Ed, Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64, 3. ed. São Paulo, Cortez, 1996.

PAIM, J. SILVA. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador, EDUEFBA; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2008.

RIBEIRO, M. Direitos Reprodutivos e Políticas Descartáveis. In: **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, 1996, p. 381-398.

ROCHA, M. I. B. A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, 1996, p. 381-398.

SANTANA, R. S. O desafio da implantação do projeto ético-político do serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano, n.62, p.73-92, mar. 2000.

SILVA, A. XIMENES. Lutas Sociais e Contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos no Processo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SOARES, R. CAVALCANTE. A Contrarreforma da Política de Saúde e o SUS Hoje: impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010, 209 f.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. São Paulo: Cortez, 2000.

VIANNA, M. L. Voz, Alívio e Oportunidade ou a Política Social de Arquimedes no Brasil. Receita infalível ou abordagem discutível? **Revista Em Pauta**, 2009 vol.6, p. 17-42.

VILLELA, W. V. e BARBOSA, R. M. Aborto, Saúde e Cidadania. São Paulo: ed. Unesp, 2011. 128p.

YASBEK, M. C. et al. O Serviço Social Brasileiro em Movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 29, n.95, p.5-32, set. 2008.