

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**THAIS SILVA DE SOUZA**

UM ESTUDO ACERCA DOS BENEFÍCIOS SOCIAIS LIGADOS AO  
TRANSPORTE PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE

Rio de Janeiro  
Janeiro, 2015

**THAIS SILVA DE SOUZA**

**UM ESTUDO ACERCA DOS BENEFÍCIOS SOCIAIS LIGADOS AO  
TRANSPORTE PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa Dra. Alejandra Pastorini

Rio de Janeiro  
Janeiro, 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico especial agradecimento a Deus, por ter me permitido alcançar mais essa conquista. Aos meus pais e minhas irmãs, pelo incentivo e apoio nos momentos difíceis até aqui, pelo amor e pela atenção de sempre. Ao meu noivo Rafael, que se fez presente em todos os momentos da minha formação acadêmica, sempre acreditando no meu potencial, me estimulando para que concluísse essa etapa com sucesso. Agradeço pelo seu amor, carinho e paciência.

Aos professores que transmitiram o conhecimento necessário para uma formação profissional crítica e qualificada. A minha supervisora de estágio Elen Regina, sempre muito atenciosa e disposta a me auxiliar na produção deste trabalho. A minha orientadora e professora, Alejandra Pastorini pela paciência e orientação indispensáveis para finalizar este curso de graduação.

Meus agradecimentos as minhas amigas dentro e fora da universidade, especialmente, Agatha e Jessica, pois sem vocês eu não teria chegado até aqui. E por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram para que minha formação acadêmica fosse a melhor possível.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto os benefícios sociais Vale Social, Passe Livre Municipal e Passe Livre Interestadual, tendo em vista compreender as dificuldades enfrentadas pelos usuários para acessá-los. As experiências no campo de estágio Hospital Universitário Clementino Fraga Filho tiveram grande influência na escolha do tema. Nessa perspectiva, são feitas reflexões a cerca da Questão Social, da fragmentação das Políticas Sociais e sobre o uso da Intersetorialidade entre as Políticas Sociais que constituem a Seguridade Social, em especial a Assistência Social e a Saúde. No desenvolver do trabalho se faz presente uma análise de como funcionam os benefícios sociais pesquisados e as principais dificuldades enfrentadas por aqueles que buscam acessar os mesmos. Acrescentam-se também considerações a cerca dos impactos do Neoliberalismo nas Políticas Públicas, na Política de Saúde e no exercício profissional dos assistentes sociais, juntamente com o papel desses profissionais em relação aos benefícios.

Palavras-chave: Políticas Sociais. Intersetorialidade. Neoliberalismo. Benefícios Sociais. Exercício Profissional. Serviço Social

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

NIS – Número de Identificação Social

SETRANS – Secretaria de Estado de Transportes

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	07
<b>CAPÍTULO 1 - FRAGMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E A INTERSETORIALIDADE</b> .....	09
1.1 Questão Social e as Políticas Sociais.....	09
1.2 Intersectorialidade e as Políticas da Seguridade Social.....	20
<b>CAPÍTULO 2 - OS IMPACTOS DO NEOLIBERALISMO</b> .....	34
2.1 As Políticas Públicas e a Política de Saúde no cenário neoliberal.....	34
2.2 Os benefícios sociais na área de transporte público.....	38
2.3 Dificuldades para acessar os benefícios.....	44
2.4 Papel do Serviço Social e sua vinculação com os benefícios.....	48
2.5 O neoliberalismo no exercício profissional do assistente social.....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	66



## **Introdução**

O atual Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto os benefícios assistenciais destinados aos usuários do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, a saber: Passe Livre Municipal, Vale Social e Passe Livre Interestadual, visando compreender as dificuldades que os cidadãos enfrentam para acessar estes benefícios, que dão direito à gratuidade nos transportes públicos aos usuários portadores de qualquer tipo de deficiência e doentes crônicos em tratamento na rede pública de saúde.

A experiência no campo de estágio, no Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, especificamente no Ambulatório, teve influência na escolha do tema estudado, pois podemos observar que esses benefícios sociais são os que mais demandam a intervenção do Serviço Social.

A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica, consistindo na leitura de livros, artigos, consultas aos sites relacionados ao tema estudado e visita à Coordenação Estadual do Vale Social no Rio de Janeiro. Outra forma de pesquisa usada foi a documental, ou seja, busca de informações sobre os benefícios nos prontuários de pacientes do HUCFF/UFRJ e nos registros do Serviço Social do setor do Ambulatório.

Trabalhamos com a hipótese de que a burocracia existente no procedimento de requisição dos benefícios assistenciais Passe Livre Municipal, Vale Social e Passe Livre Interestadual é um dos principais fatores que colidem com acesso a este direito.

Desse modo, o trabalho foi dividido em dois capítulos para além da introdução e considerações finais. No capítulo 1 consideramos importante desenvolver uma



discussão sobre o que se entende por Questão Social e a fragmentação da mesma, que nos leva a ter Políticas Sociais setoriais e focalizadas, o que dificulta a visão de totalidade dos problemas sociais dos usuários dos serviços assistenciais. Ligado a essa discussão, analisamos a intersetorialidade entre as políticas que compõe a Seguridade Social e depois a intersetorialidade especificamente na Política de Saúde e de Assistência Social, que estão ligadas diretamente aos benefícios pesquisados.

No segundo capítulo buscamos refletir sobre os impactos do ajuste neoliberal nas Políticas Públicas. A seguir, descrevemos e analisamos os benefícios que serão pesquisados, que são o Vale Social, Passe Livre Municipal e Passe Livre Interestadual, dizendo suas características, seus objetivos, seu público alvo, como acessá-los, qual a legislação existente sobre estes, qual a lógica que orienta os benefícios, explicitar quais as suas condicionalidades e explicá-las. Quem financia os benefícios, desde quando existem e quais são suas deficiências.

Depois de explicitar todos esses pontos, abordamos o papel do Serviço Social relacionado ao benefício pesquisado. Continuamos falando da importância dos benefícios para os pacientes acometidos por doenças crônicas em tratamento no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, buscando conhecer as dificuldades enfrentadas por estes para acessar estes benefícios anteriormente citados, devido à precariedade da organização do serviço de transporte público do Rio de Janeiro.

Por fim, ainda no capítulo 2, discutimos sobre os impactos do neoliberalismo no exercício profissional do assistente social. Com esse estudo, finalizamos o trabalho fazendo uma crítica ao Estado neoliberal que focaliza Políticas Sociais e torna cada dia mais precária a situação da classe trabalhadora.

## **CAPÍTULO 1 – FRAGMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E A INTERSETORIALIDADE**

### **1.1 A Questão Social e as Políticas Sociais**

Nas comunidades primitivas, homens e mulheres sobreviviam com o pouco que obtinham de seu próprio esforço, o que era produzido vinha da relação do homem com a natureza e a transformação desta. Neste período o que era cultivado da natureza, não era suficiente para todos os membros da sociedade. E mesmo tendo que conviver com a escassez, não existia propriedade privada de nenhum bem, era tudo compartilhado. (NETTO; BRAZ, 2010, p. 56)

Nessas sociedades que antecedem à ordem burguesa, existia um limitado desenvolvimento das forças produtivas e muitas vezes a produção era insuficiente para satisfazer as necessidades concretas de toda a população, desse modo por muito tempo não havia excedente para ser acumulado.

Por isso, pode-se dizer que no regime precedente ao capitalismo, a pobreza e as necessidades sociais estavam ligadas a escassez, ao escasso desenvolvimento das forças produtivas materiais e sociais. (NETTO, 2011, p. 153)

Entretanto, com o tempo, esse tipo de sociedade foi se modificando devido a um conjunto de mudanças e transformações dentre a que destacamos o elevado desenvolvimento das forças produtivas que permite a produção de bens que ultrapassava as necessidades básicas para se sobreviver.

Nas palavras de Netto e Braz:

[...] estava surgindo o excedente econômico: a comunidade começava a produzir mais do que carecia para cobrir suas necessidades imediatas, [...] com o excedente, não só a penúria começa a ser reduzida, mas, sobretudo, aparece na história a possibilidade de acumular os produtos do trabalho (2010, p. 57).

Com o excedente surge a troca de mercadorias e a exploração dos trabalhadores por parte da classe que se apropria da riqueza socialmente produzida.

Se na sociedade pré-capitalista a pobreza se vincula à escassez da produção de alimentos, vestimentas e produtos no geral, assentada no escasso desenvolvimento das forças produtivas, na sociedade atual (ordem do capital) acontece o inverso, existe um elevado desenvolvimento das forças produtivas que permitiria a produção suficiente e, mais que isso, abundante para o atendimento de todas as necessidades dos seres humanos.

Segundo Montañó:

Quanto mais riqueza produz o trabalhador, maior é a exploração, mais riqueza é expropriada (do trabalhador) e apropriada (pelo capital). Assim, não é a escassez que gera a pobreza, mas a abundância (concentrada a riqueza em poucas mãos) que gera desigualdade e pauperização absoluta e relativa (2012, p. 279).

Assim, fica claro que na sociedade que precedeu ao capitalismo, existiam desigualdades sociais, geradas pelo quadro insuficiente da produção e do escasso desenvolvimento das forças produtivas. Já na ordem do capital, as desigualdades são geradas pelo quadro de superprodução de mercadorias, sendo o próprio desenvolvimento das forças produtivas sob as relações de produção capitalistas responsável pelo pauperismo e pelas desigualdades sociais.

A desigualdade entre os sujeitos não é, portanto, um problema de distribuição no mercado, mas tem sua gênese na produção, no lugar que ocupam os sujeitos no processo produtivo e na distribuição original (MONTAÑO, 2012, p. 280). Por isso mesmo, é ineficaz a ideia de enfrentamento da pobreza, se não houver em mente a causa que gera a mesma relaciona-se com a apropriação privada da riqueza produzida coletivamente.

Diante do que foi dito, sabemos que a pobreza, no capitalismo, afeta de forma

significativa ao conjunto da classe trabalhadora não proprietária dos meios de produção. É esse pauperismo que é conhecido como primeira manifestação da denominada questão social, como indica Netto (2011).

A expressão questão social parece ter sido usada pela primeira vez na história no século XIX, para dar conta da manifestação do pauperismo; tal como mencionado, no modo de produção capitalista a pobreza cresce de acordo com as condições que esta sociedade tem de produzir a riqueza social. É importante mencionar que desde inícios do século XIX os pauperizados demonstram a não aceitação da sua condição de vida e exploração, passando a lutar por condições melhores de vida e/ou pela superação da exploração burguesa; um exemplo disso foram os protestos luddistas, o cartismo, a organização sindical. (NETTO, 2010)

Ainda no século XIX, a expressão questão social deixa de ser usada apenas por críticos sociais e passa a fazer parte do vocabulário do pensamento conservador (NETTO, 2011, p. 154).

Nos termos de Netto:

Posta em primeiro lugar, com caráter de urgência, a manutenção e a defesa da ordem burguesa, a “questão social” perde paulatinamente sua estrutura histórica determinada e é crescentemente *naturalizada*, tanto no âmbito do pensamento conservador laico quanto no do confessional (2011, p. 155).

Para os pensadores conservadores laicos, as manifestações da questão social são características inelimináveis de toda e qualquer ordem social, sendo no máximo objeto de intervenção política limitada, capaz de amenizá-la ou reduzi-la. Para os pensadores conservadores confessionais a questão social esta relacionada à vontade divina, que não deve ser contrariada. (NETTO, 2011, p.155)

Em ambos os pensamentos a questão social é objeto de uma ação

moralizadora. De acordo com as reflexões de Netto (2011), o enfrentamento das manifestações da questão social não toca os fundamentos da sociedade burguesa, como forma de preservar a propriedade privada dos meios de produção.

O atendimento das manifestações da questão social segundo Netto (2011) apoia-se numa visão moralizadora, psicologizante, tratando a mesma como problemas psicológicos dos homens, culpabilizando-os pelos problemas sociais. Nesse entendimento não é necessária uma reforma das estruturas da sociedade e sim uma reforma psicossocial dos homens, mudanças comportamentais com vistas a facilitar a reintegração social.

Nota-se que a questão social não pode ser plenamente entendida sem levar em consideração “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 77).

As péssimas condições de trabalho, os baixos salários, a extensa jornada de trabalho, o risco do desemprego constante; as condições das moradias (falta de esgoto, luz e água), crescimento dos bairros marginalizados; a falta de acesso ao lazer e à cultura; entre outros aspectos, era a situação que se encontrava a classe trabalhadora.

Diante dessa tomada de consciência da situação de exploração os trabalhadores entenderam necessária à organização do proletariado para sua defesa. Com o passar do tempo as reivindicações foram tendo maior visibilidade. Segundo Iamamoto e Carvalho:

A dominação burguesa implica a organização do proletariado, ao mesmo tempo em implica sua desorganização enquanto classe. A

tentativa de controle do Estado enquanto classe, e enquanto classe social espoliada. Implica leis de exceção que rompam com a ortodoxia liberal, intervindo abertamente no mercado de trabalho. A hegemonia burguesa não pode basear-se apenas na coerção, necessitando estabelecer mecanismos de integração e controle (2011, p. 141).

Nesse sentido é que podemos dizer que a questão social é a expressão das desigualdades sociais existentes na sociedade, tais expressões são identificadas na fome, na pobreza, no desemprego, na redução de direitos sociais, entre outros. Segundo os mesmos autores, a questão social constitui-se na contradição antagônica entre burguesia e proletariado (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 135).

No final do século XIX, o capitalismo concorrencial começa a dar lugar para o capitalismo hegemônico pelos monopólios, criando-se assim novas formas de exploração e a alienação. Crescem os lucros, aumentam os preços das mercadorias e conseqüentemente cresce a acumulação de capital. (NETTO, 2011, p. 19)

Segundo Behring e Boschetti (2011) é na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalista monopolista que ocorre uma ampliação das políticas sociais. Juntamente com a caridade privada e ações filantrópicas, ocorrem iniciativas pontuais que são identificadas como protoformas de políticas sociais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 47)

As leis mais conhecidas nesse período são as leis inglesas, como por exemplo, a Lei dos Pobres e a Lei de Domicílio, entre outras. Essas legislações tinham um caráter punitivo e repressivo, não protetor (PEREIRA, in BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 48).

De acordo com Behring e Boschetti:

[...] Associadas ao trabalho forçado, essas ações garantiam auxílios mínimos (como alimentação) aos pobres reclusos em workhouses (casas de trabalho). Os critérios para acesso eram fortemente restritivos e seletivos e poucos conseguiam receber os benefícios (2011, p. 48, grifo do autor).

Essas legislações diferenciavam os pobres “merecedores” e os “não merecedores”, os incapazes de trabalhar eram entendidos como “merecedores” e tinham uma ajuda mínima, assegurada pelo suposto dever moral e cristão de ajuda, portanto não era visto como um direito. E os “não merecedores” eram aqueles que tinham capacidade de exercer atividade laborativa, por isso não tinham nenhum apoio assistencial (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 49).

Podemos analisar que as primeiras “idealizações” associadas às políticas sociais são voltadas para ideia de benemerência, contando com a caridade da Igreja e de instituições filantrópicas que se propunham a “assistir” os que não tinham condições de vender sua força de trabalho. Enquanto os que têm condições de trabalho sofriam com a situação de exploração a que eram submetidos, sem ter garantia de alguma mínima assistência (o que irá mudar com o passar do tempo) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Dando continuidade a nossa reflexão, faz-se necessário ser dito que durante o capitalismo concorrencial, a intervenção estatal estava voltada para criar as condições externas da produção, já no capitalismo monopolista ele passa a garantir mais do que as condições externas, passando a assumir maior protagonismo na economia e no social. Melhor dizendo, se antes (era concorrencial) o Estado atuava no intuito de garantir a propriedade privada dos meios de produção, agora (era monopólica) o Estado passa a ter funções econômicas e políticas interligadas. No capitalismo monopolista, o Estado é direcionado para garantir superlucros dos monopólios, criando e reproduzindo as condições da valorização e acumulação (NETTO, 2011, p. 25).

É nesse momento de auge dos monopólios que o Estado, nas palavras de Netto: “é obrigado (...) a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da

força de trabalho, ocupada e excedente (...)" (2011, p. 27).

O Estado, para o autor:

(...) para exercer no plano estrito do jogo econômico, o papel de "comitê executivo" da burguesia monopolista, ele deve legitimar-se politicamente incorporando outros protagonistas sócio-políticos. O alargamento [...] de sua legitimação sócio-política, mediante a generalização e institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais, permite-lhe organizar um consenso que assegura seu desempenho (NETTO, 2011, p. 27).

O Estado então busca legitimação política apresentando-se como administrador do consenso entre burguesia e classe operária, podendo assim, cumprir seu papel de comitê executivo da classe dominante. É válido ressaltar que esta forma do poder estatal atuar está relacionada à intensidade da correlação de forças das classes sociais. (NETTO, 2011, p.28)

Quando se têm respostas as demandas da classe trabalhadora, não é por preocupação do Estado com o "bem-estar" de todos, de forma contrária essa intervenção será concebida como um mal necessário para facilitar à acumulação. E essas respostas estão vinculadas ao grau dos conflitos sociais que, se elevados, comprometerão o funcionamento da ordem vigente, necessitando desse modo, de uma intervenção para suspender o perigo eminente.

Com o objetivo de amenizar as sequelas da questão social e garantir a reprodução do capital, começam a serem utilizados distintos instrumentos, dentre eles as políticas sociais.

Estas políticas públicas, segundo Pastorini:

Dentro da perspectiva tradicional (que podemos caracterizar como redistributiva), as políticas sociais são concebidas como um conjunto de ações, por parte do aparelho estatal, que tendem a diminuir as desigualdades sociais. Ou seja, são pensadas como aquelas atividades que têm como função principal a "correção" dos efeitos negativos produzidos pela acumulação capitalista (1997, p. 81).



Então, nessa perspectiva liberal as políticas sociais são entendidas como concessão do Estado (visto como benfeitor), de caráter redistributivo (de renda) de forma “menos desigual”, buscando atender as necessidades mínimas dos indivíduos que foram mais “prejudicados” na distribuição de produtos. Nota-se que as políticas sociais, neste entendimento, têm um caráter compensatório, paliativo e corretivo das desigualdades produzidas pelo mercado (PASTORINI, 1997, p.83)

Fica claro que em nenhum momento, nessas reflexões a raiz real da “questão social” é pensada através da sua vinculação com a estrutura da sociedade capitalista, que em si mesma produz as desigualdades que não poderão ser sanadas de forma completa, sem a superação da ordem vigente.

Já a perspectiva marxista, segundo Pastorini:

(...) incorpora dois elementos importantes de crítica à concepção redistributiva das políticas sociais. Desta forma, parte-se da ideia de que as políticas sociais não podem ser pensadas como meras concessões por parte do Estado.” (...) Há uma relação entre três protagonistas: as classes hegemônicas, o Estado intermediador (...) e as classes trabalhadoras e subalternas como beneficiárias das políticas sociais. (...) As políticas sociais devem ser compreendidas como produtos dessas relações conflitivas entre os diferentes atores envolvidos. Isto quer dizer que não se pode analisar o fenômeno das políticas sociais só considerando a atitude e o “produto final” (...) desconhecendo as lutas prévias e os conflitos anteriores que deram e propiciaram esse ato de o Estado “conceder” (1997, p.86).

Tomando como referência essa segunda concepção, diremos que as políticas sociais têm funções sociais, econômicas e políticas, que não podem ser pensadas de formas dissociadas. Sua função social relaciona-se com a redistribuição de recursos sociais, através da prestação de serviços sociais e concedendo um complemento salarial às populações vulneráveis, ou seja, aquele que tem menos será o que mais receberá políticas sociais. A função econômica diz respeito ao fato que as políticas sociais barateiam o custo da força de trabalho e socializam os custos da sua reprodução. As políticas sociais também têm o papel de fazer com

que as classes pauperizadas sintam-se integradas à sociedade, com a sensação de pertencimento essa população contribui com o sistema capitalista, ampliando o controle social sob estes. Todo esse raciocínio vai à direção de entender as políticas sociais como concessão e ao mesmo tempo como conquista.

Ainda refletindo sobre as políticas sociais, Netto coloca que:

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão, que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistema de consenso variáveis, mas operantes (2011, p.30).

A política social dessa maneira pode ser entendida como uma forma de controlar as classes subalternas, amenizando diversos problemas sociais que existem no contexto de contradição entre capital e trabalho, contribuindo assim para criar as condições de acumulação do capital.

Nos termos de Iamamoto e Carvalho:

As políticas sociais constituem parte do valor criado pela classe trabalhadora, apropriado pelo Estado e pelas classes dominantes e repassado às camadas populares sob forma de ‘benefícios’ concedidos pelo poder público, como expressão humanitária do Estado (2011, p.114).

É importante dizer que as políticas sociais apesar de terem sido idealizadas de acordo com o pensamento democrático, encontram limites na sua materialização, funcionando de forma paliativa e focalizada, priorizando a população mais vulnerável. Na concepção tradicional que orienta as intervenções do Estado não se pensa na raiz do problema, não se pensa na possibilidade de extinguir a “questão social” e sim, apenas amenizar as suas expressões, o que não irá afetar a ordem já estabelecida. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011)

Posto que não há uma intervenção na raiz da questão social, nossa reflexão chega no ponto que Netto (2011) denomina como reformismo conservador, ou seja,

uma estratégia da classe burguesa para restaurar o que não está atrapalhando o funcionamento do sistema, sem transformar a ordem, isto é, conservando a ordem.

Nas palavras de Netto:

(...) as estruturas nucleares da sociedade burguesa são declaradas o ponto final do processo histórico – com que se replica à “utopia” comunista; de outra, são reconhecidas como passíveis de aperfeiçoamento – com o que se contesta às demandas proletárias e populares. O reformismo para conservar é entronizado como estratégia de classe da burguesia – e nunca sem tensões intraclasse – no capitalismo dos monopólios (2011, p. 62).

O reformismo burguês desenvolve-se durante o século XIX, variando suas expressões de acordo com a consciência política da classe operária. Um de seus objetivos é despolitizar a “questão social”, criando um projeto que contradiz o projeto proletário (NETTO, 2011).

Dando seguimento as considerações sobre as políticas sociais, Netto (2011) coloca que essas são restritas e focalizadas, para que nem todos sejam beneficiados, obrigando uma parte da população a vender sua força de trabalho para sobreviver, pois se houvessem políticas sociais para todos que necessitam isso desestimularia as pessoas a trabalharem (esse é uma preocupação central dos pensadores liberais). Uma das estratégias para impor limites à concessão de políticas sociais para além dos rígidos critérios de seletividade é através de ações punitivas e repressivas sob as classes vulneráveis.

Segundo Netto:

A política social dirigida agora aos qualificados como excluídos se perfila, reivindicando-se como inscrita no domínio dos direitos, enquanto específica do tardo-capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência - conforme seu próprio discurso, pretende confrontar-se com a pobreza absoluta (vale dizer, a miséria) (2010, p. 23).

A intervenção do poder estatal sobre a questão social se dá de forma

fragmentada e parcial, fazendo recortes de problemas singulares, pois se fosse pensada na sua totalidade, atingiria a relação capital/trabalho e a ordem do capital. (NETTO, 2011, p. 32)

Em todos os níveis da vida social, a ordem tardia do capital não tem mais condições de propiciar quaisquer alternativas progressistas para a massa dos trabalhadores (...) e para a humanidade. (NETTO, 2010, p. 21) Isto é, nas últimas décadas vem diminuindo brutaemente os avanços em relação à garantia de direitos para a classe trabalhadora por parte do Estado.

Conforme diz Guerra:

O tratamento que o Estado dedica às questões sociais, que transita entre repressão e assistencialismo, e a aparência heterogênea posta na configuração das políticas sociais, produzem um movimento que se expressa na intervenção do assistente social por duas determinações complementares: interditam-lhe uma visão de totalidade das políticas sociais, exigem-lhe a adoção de procedimentos instrumentais (...) (2005, p. 141).

Como já mencionado, analisar a “questão social” na sua totalidade é pensar na raiz da mesma, que radica nos fundamentos da ordem burguesa. Quando se perde a visão de totalidade, somos levados a solucionar problemas de forma individual, quando na verdade são problemas coletivos.

Dessa forma, de acordo com o que já foi dito, a transformação da questão social em questões sociais, ou seja, a fragmentação da mesma leva a construção de políticas sociais setoriais, como são, por exemplo, assistência, habitação, saúde, entre outras. Nesse cenário de políticas subdivididas, é difícil ter-se uma visão de totalidade (considerar todos os aspectos que geraram tal situação) dos problemas sociais, gerando consequências negativas na garantia dos direitos sociais.

Sobre isso, Netto argumenta que:

(...), a política social deve constituir-se necessariamente em políticas sociais: as sequelas da “questão social” são recortadas como problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física, etc.) e assim enfrentadas (2011, p. 32, grifos do autor).

Portanto, não será possível garantir o direito a saúde, baseado na ideia de integralidade, sem garantia de saneamento básico, sem transporte público de qualidade, sem lazer, sem alimentação adequada, sem habitação para todos como consta na Constituição Federal de 1988, entre outros fatores que estão ligados a saúde. E é visível que as políticas sociais não abarcam todos os direitos necessários a população, pois falta o que já foi mencionado e explicado acima, uma visão de totalidade da realidade social.

## **1.2 Intersetorialidade e as Políticas da Seguridade Social**

Há diferentes análises sobre o que é intersectorialidade; a seguir, irei apontar algumas das reflexões de autores que discutem o tema.

Uma das formas de entender a intersectorialidade a define como:

(...) a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. (...) a intersectorialidade não é um fim e nem irá, por si, promover o desenvolvimento e a inclusão social, mas é um fator de sua viabilização enquanto ação do Estado (JUNQUEIRA; INOSOJA; KOMATSU, 1997, p. 24).

Nessa concepção podemos dizer que a intersectorialidade visa conhecer as singularidades, os problemas da população e assim promover ações interligadas entre vários setores, objetivando alcançar a inclusão social. As prioridades de atuação são definidas a partir dos entraves vividos pela população, cuja resolução se dá na integração de vários setores, profissões e saberes. Percebe-se que os

autores não pensa a intersetorialidade apenas na ação, mas também no planejamento e na avaliação de ações. (JUNQUEIRA; INOSOJA; KOMATSU, 1997).

Entretanto, essa articulação entre diferentes áreas, não exclui uma crítica de pensar e gerir as políticas sociais de forma setORIZADA, o que nos leva a reflexão que a intersetorialidade não irá solucionar todos os problemas existentes em relação fragmentação das políticas sociais.

Outra forma de entender a intersetorialidade é vê-la como princípio do trabalho em redes, ou seja, seria a conexão, por exemplo, entre políticas públicas voltadas para mulher, criança, dependente químico, entre outros. Uma das autoras e defensora dessa concepção Bourguignon (2001), considera esse trabalho em rede (várias organizações com um interesse comum) como uma forma de enfrentamento das expressões da questão social. (BOURGUIGNON, in SCHÜTZ, 2009, p. 24)

Para a autora acima mencionada, o termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal. (2001, p. 07)

Seguindo na mesma reflexão, Bourguignon diz que a intersetorialidade:

Trata-se da articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família vítima do processo de exclusão social (2001, p. 06).

Nessa reflexão a autora trata a intersetorialidade voltada para o âmbito da execução das políticas e pouco trabalha a possibilidade do planejamento e da gestão intersetorial, nem se atenta para a lógica da fragmentação que orienta o planejamento público no Brasil.

Outra maneira de entender a intersectorialidade toma como referência Sposati, que dirá que:

A intersectorialidade no conhecimento da realidade que supõe a produção de informações que fortalece as evidências sobre os determinantes e condicionantes intersectoriais na produção de necessidades sociais; [por sua vez] A intersectorialidade na ação que supõe a criação de articulação intersectorial para potenciar ações e resultados (SPOSATI, in SILVA, 2013, p. 90).

A autora citada acima já trata a intersectorialidade de forma mais ampla, a compreendendo também como parte do conhecimento da realidade, o que não é colocado pelos outros autores.

As três concepções de intersectorialidade se compatibilizam a respeito do uso da mesma para articular diversas áreas, buscando que as políticas sociais sejam pensadas e executadas de forma complementar e integrada. Sendo a ligação intersectorial entendida como uma estratégia para enfrentar as expressões da questão social com mais eficácia.

Entretanto a intersectorialidade pode ser concebida de uma forma mais abrangente, tratada como articulação entre distintas políticas sociais, programas, benefícios, integrando planejamento, gestão, avaliação e execução, buscando a ampliação dos direitos sociais, tal como concebida por Silva (2013).

Esse entendimento mais abrangente acerca da intersectorialidade encontra-se espelhado na Carta Magna de 1988.

A Seguridade Social no Brasil encontra bases legais na Constituição Federal de 1988, incorporando política de saúde, previdência e assistência social. Segundo a legislação, no artigo 194:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único – Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I – universalidade da cobertura e do atendimento;

II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;

V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988)

Refletindo sobre alguns objetivos desse artigo, a universalidade está referindo-se a proposta de cobertura que a seguridade social faz das necessidades sociais na maternidade; na velhice; na doença; no acidente; invalidez; na reclusão e na morte. Lembrando que essa universalidade é no âmbito da saúde e da assistência, pois a previdência tem caráter contributivo, tendo direito aos seus benefícios somente aqueles que contribuírem. É uma universalidade “relativa”, pois a seguridade social não atende a todos como é o sentido da palavra universal.

Em relação à equidade na forma de participação no custeio, podemos dizer que equidade é quando temos a igualdade respeitando as diferenças de cada indivíduo. Portanto, cada um contribui de acordo com suas possibilidades, as pessoas com dificuldades financeiras contribuirão menos do que aquelas que tem uma renda satisfatória.

O aperfeiçoamento trazido pela Carta constitucional busca romper com concepções historicamente construídas acerca da política de saúde, assistência e previdência, de cunho seletivo, focalizador e excludente, pensadas como políticas isoladas e desarticuladas (SILVA, 2013, p. 50).

A proposta de unir as três políticas em um único sistema tem como intuito a



articulação entre as mesmas, fazendo com que uma complemente a outra, como por exemplo, na proposta de orçamento da seguridade social, que segundo o texto constitucional, será elaborada de forma que integre a saúde, a previdência e assistência social. Buscando resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social.

Há de se considerar que, na prática, os pontos positivos da intersectorialidade (trabalhar as políticas de forma integrada buscando a ampliação dos direitos sociais, entender os problemas sociais na sua totalidade, entre outros), na maioria das vezes não são utilizados. Pois sempre ocorreu uma desarticulação entre as políticas que formam a Seguridade Social, com a saúde sofrendo privatizações e sucateamentos, com o exemplo da terceirização de funcionários que trabalham nas Unidades de Saúde e a tentativa de privatizar a gestão de Hospitais Universitários como o HUCFF; a previdência passando por um desmonte do seu sistema, com isso os trabalhadores recorrem a previdência complementar (privada); e a assistência social tendo que repassar suas atribuições para o chamado “terceiro setor”, responsabilizando a sociedade civil pelos serviços assistenciais, retirando assim a responsabilidade de atuação do Estado.

Sendo assim, torna-se evidente que a articulação entre diversas políticas sociais esbarra nos limites impostos pelo Estado, quando este responde mais ao interesse da classe dominante do que as demandas sociais, compactuando com a lógica da riqueza na mão de poucos e tendo por consequência o crescimento da pobreza no país. E outra ponderação que não pode deixar de ser feita é que a ideia de intersectorialidade não resolverá todas as mazelas causadas pela ordem do capital.

Diante do exposto, é importante dizer a saúde incluída na Seguridade Social é

pensada como um direito de todos e dever do Estado.

Segundo a legislação brasileira, a política de saúde não pode ser entendida de forma isolada e sim que todas as políticas (sejam as da seguridade social ou não) necessitam trabalhar de forma conjunta, tendo que haver a ideia de intersectorialidade (integração das políticas sociais no planejamento, gestão, avaliação e execução) para que estas funcionem da melhor forma, respondendo assim as demandas que lhe são colocadas.

Diante disso, é relevante ressaltarmos que o campo da saúde incorporou a intersectorialidade em sua Lei Orgânica da Saúde de 1990, objetivando uma ação articulada com outros setores de política social para obter melhores resultados na política de saúde. A seguir serão expostos exemplos, de acordo com a legislação citada, de como a intersectorialidade está presente no âmbito da saúde.

Tomando como referência a Lei 8.080<sup>1</sup>, no seu 3º artigo, podemos identificar que a Saúde não é entendida de forma isolada (de acordo com a lei).

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, *a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais* (BRASIL, 1990, grifos nossos).

Quando falamos de saúde não se pode pensar nela por si só, pois a garantia à saúde diz respeito a vários outros determinantes relacionados à qualidade de vida da população, necessidades que deveriam ser satisfeitas de forma conjunta englobando as ações e serviços de diferentes políticas públicas como: saúde, transporte, habitação, educação, entre outros.

O entendimento que consta na legislação vigente no Brasil entende a saúde

---

<sup>1</sup> A Lei Orgânica da Saúde, sancionada em 1990, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

não é apenas ausência de doença, é o bem estar físico, psíquico e social. A saúde então diz respeito à conjuntura social, política e econômica, desse modo, a mesma tem de ser tratada nesses diversos campos a ela relacionados. Se for vista dessa maneira, a saúde será atendida de forma integral, visando não só a cura de doenças, mas também a prevenção das mesmas e a busca de melhorias de modo geral na vida da população.

Porém, a visão da saúde relacionada a diversos aspectos, como citada no parágrafo acima, na maioria das vezes não acontece na prática. A saúde então fica restrita ao tratamento de uma enfermidade, sem levar em consideração outros determinantes da vida social e econômica daquela pessoa, que podem ter ocasionado àquela doença.

No que diz respeito ao planejamento e orçamento da Política de Saúde, verifica-se na atual legislação que o seu funcionamento e implementação deverão ser materializados através da interligação entre as diferentes esferas governamentais: do nível local ao federal, como disposto no artigo 36º da Lei 8.080, que no Capítulo III explicita que:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1990).

A finalidade deste artigo é promover a articulação nas 3 esferas de governo e, em cada esfera de governo, com os instrumentos de planejamento da ação governamental. Unindo os âmbitos federais, estaduais e municipais. Nessa articulação está presente a ideia de intersetorialidade, visto que é um trabalho de planejamento e gestão a ser feito entre diferentes esferas do governo. Está previsto em lei o produto de arrecadação dos impostos de cada órgão governamental que

serão destinados à saúde.

Outro ponto em que se pode observar a articulação de setores no âmbito da Saúde é quando a Lei 8.080 define que o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona com um conjunto de ações, prestados nos órgãos públicos, federais, estaduais e municipais, relacionando-se entre si para garantir o direito à saúde, desde a enfermidade mais simples, até aquela mais complexa.

Em outras palavras, há uma divisão dentro do sistema único de saúde de acordo com a gravidade do problema de saúde da população, por isso temos desde postos de saúde que atendem a atenção primária, até hospitais de média e alta complexidade. Em consonância com essa divisão temos as esferas de governo, dessa forma os postos de saúde pertencem aos seus respectivos municípios, atendendo aos casos que ainda não são considerados graves, já os hospitais federais são na sua maioria de alta complexidade, atendendo casos de doenças mais graves e assim por diante. Os diferentes níveis de unidades de saúde trabalham em rede, fazendo o usuário ser atendido em várias delas.

Como foi dito acima, cada órgão tem seu papel, pois os serviços de saúde ofertados são hierarquizados. Porém, do nível local ao nível federal deve existir a ideia complementariedade, para que não haja uma sobrecarga em nenhuma dessas Unidades de Saúde (municipais, estaduais e federais).

Em contrapartida ao trabalho em rede, acaba ocorrendo uma fragmentação no atendimento, já que muitas vezes o usuário trata cada problema de saúde em uma determinada unidade. Vemos assim que a ideia de um trabalho intersetorial é importante para que nenhum órgão fique sobrecarregado, mas ao mesmo tempo e contraditoriamente, há um trabalho fragmentado que dificilmente será extinto desse contexto.

Relacionado à ideia de complementariedade entre as esferas municipais, estaduais e federais está o princípio da integralidade:

Cap II Art. 7º: II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, Lei nº 8.080/1990)

Considerando a integralidade, os serviços devem ser articulados desde a assistência ambulatorial, até o tratamento mais complexo. Desse modo, a legislação coloca que, na prática a atenção primária a saúde precisa articular-se com os níveis secundários e terciários de atenção à saúde e assim trabalhando todos os níveis de complexidade como uma só rede. O que nos remete novamente a ideia de intersetorialidade, interligando diversos níveis de complexidade existentes no Sistema de Saúde atual.

Art. 45º § 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Este artigo da Lei Orgânica da Saúde pode ser tomado como exemplo de integração entre diferentes órgãos do Estado. E mais do que isso, a proposta é que haja a intersetorialidade do serviço de saúde, ligado a outros tipos de serviços, para que assim, seja aplicada a visão de totalidade no atendimento a população usuária. A ideia de integração não quer dizer necessariamente a mesma coisa que propõe a ideia de intersetorialidade. Pode-se dizer que a ideia intersetorial (intersectorialidade) funciona como um meio (ou instrumento) para realizar um atendimento integral ou para alcançar uma integração entre políticas sociais. Em outras palavras, através da intersetorialidade no planejamento, na gestão, na execução das políticas será possível expandir os direitos sociais.

Através legislação estudada, que é aquela que regulamenta o SUS,

compreende-se que estão interligadas as diferentes esferas do poder público no planejamento, na gestão, no orçamento e na execução dos serviços de saúde assim como nos serviços ofertados pela assistência social (e por diversos setores como habitação, transporte, etc), que será abordada a partir desse momento.

A assistência social foi outra política que sofreu mudanças relevantes com a Constituição Federal de 1988, pois deixou de ser vista como uma benesse e foi promovida a política pública, que atende a quem dela necessitar, sendo uma das três políticas da seguridade social, visando prover os mínimos sociais. Pode-se dizer que após a promulgação da Constituição Federal, a assistência social teve estabelecidas as normas e os critérios para a sua organização e gestão enquanto política pública, como pode ser visto no artigo a abaixo:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de *um conjunto integrado de ações* de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 1993, grifos nossos)

Para falarmos sobre a intersectorialidade na assistência social, é necessário abordar um dos seus marcos regulatório, que é a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que tem a proposta de uso da articulação de políticas, projetos, programas e setores.

A Lei Orgânica de Assistência Social, no seu 2º artigo define os objetivos da assistência social:

A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993).

É fundamental que a assistência social se articule com as demais políticas setoriais, pois ela pode contribuir para que a população usuária tenha acesso a

outras diversas políticas sociais, a assistência funciona como porta de entrada para as outras políticas de proteção social.

Destacamos que a assistência social é responsável pelo acesso de usuários antes excluídos, que agora com uma política que atende a quem dela necessitar, amplia esse acesso aos direitos sociais, mesmo que de forma mínima e restrita. Por mais que essa política não atenda as demandas sociais em sua totalidade, aqueles que são usuários da assistência social têm condições “melhores” de vida. Com certeza ainda não é o ideal, mas é a porta de entrada para que aqueles que não tinham acesso a nada comecem a conquistar seus direitos sociais.

Novamente de acordo com a LOAS, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), tem como uma de suas atribuições:

Articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas sócio-econômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas (BRASIL, LOAS, Art. nº 19. Inciso XII).

O artigo reforça a ideia de uma ação coordenada e articulada entre a assistência social e as demais políticas em todos os níveis. Essa ação não seria apenas entre as três políticas sociais que compõem a Seguridade Social brasileira, seria a intersectorialidade entre diferentes políticas públicas. (SILVA, 2013, p.113)

Entretanto, sabemos que essa ideia desenvolvida pela LOAS não é totalmente executada, pois não há uma melhora no atendimento das necessidades básicas da população. Até porque os interesses dos órgãos responsáveis pela política de saúde e previdência social e dos responsáveis pelas políticas sócio-econômicas são divergentes, o que coloca limites na articulação entre as mesmas. Em outras palavras, os interesses do capital impedem que haja grandes avanços em relação às políticas públicas que não visam o lucro.

O Plano de Combate a Fome é um exemplo de trabalho com articulação de diferentes programas setoriais, buscando melhorias gerenciais, otimização administrativa e burocrática dos serviços, almejando resultados eficientes. (SILVA, 2013, p.102)

Como estratégia de articulação entre políticas sociais, há o uso de ferramentas no dia a dia dos profissionais que operam esses programas, projetos e benefícios. O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal<sup>2</sup> (CadÚnico) classifica as famílias de baixa renda – aquelas que têm três salários mínimos como renda familiar ou meio salário mínimo por pessoa – tornando possível através dessa coleta de dados, a criação e implementação de políticas públicas visando reduzir os problemas sociais dessas famílias (MDS). Pode assim, ser considerado um importante equipamento na integração de programas sociais do Governo Federal. Esse cadastro está ligado a intersectorialidade, pois como já foi dito, é um equipamento que articula e integra diversas políticas sociais em um só sistema de dados.

O Cadastro Único é feito atualmente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nas Secretarias de Assistência Social, entre outros postos. O CRAS atua como porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Além de ofertar serviços e ações de proteção básica, o Cras possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos (MDS).

---

<sup>2</sup> Sua normatização se deu início pelo Decreto n.º 3.877 de 24 de julho de 2001, assinado pelo então presidente, Fernando Henrique Cardoso. Em 26 de junho de 2007 o Decreto nº 6.135/07, trouxe alterações para o CadÚnico, sendo o MDS o responsável pela gestão do mesmo. O Cadastro Único pode ser utilizado pelos governos estaduais e municipais para obter o perfil socioeconômico das famílias cadastradas, tornando possível a criação e crescimento de políticas sociais locais. (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS).



Pode-se considerar o CRAS então, outro equipamento de articulação entre políticas setoriais, ou seja, a intersectorialidade. Pois o mesmo pode promover:

(...) o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersectoriais que visem à sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, PNAS, 2004).

Analizamos que o Governo Federal visa facilitar o cadastramento das famílias de baixa renda e controlar, fiscalizar de forma contínua os usuários dos programas sociais. Torna-se assim, cada vez mais restrito e focalizado o acesso a esses programas, sendo apenas uma parcela daqueles que necessitam de benefícios sociais que conseguem acessá-los. A coleta de dados feita pelo Cadastro Único tem sido útil mais no sentido de construir indicadores sociais do que na articulação de políticas sociais e na implementação de políticas públicas.

O Cadúnico, no entanto, pode substituir possibilidades de uma análise mais qualificada acerca das diferentes e complexas situações vivenciadas pela parcela mais pauperizada da população brasileira, pela valorização de dados quantitativos, os quais, sem uma problematização crítica, tornam-se vazios e sem utilidade. (SILVA, 2013, p.145)

Trata-se de uma forma de controle, própria da ordem do capital, sob o mote da moralização e culpabilização dos indivíduos e suas famílias pelos problemas sociais. (SILVA, 2013, p.146)

Embora haja o apontamento de intervenções intersectoriais, as propostas operacionalizar essas intervenções vão para outra direção. Ou seja, podemos chegar à conclusão que diante da legislação estudada sobre a assistência social, a intersectorialidade é tratada de forma superficial, sem que se chegue a uma melhor forma de materializá-la.

A intersectorialidade é usada de forma a atender a ordem social vigente e por

isso visa melhorias no planejamento e na gestão das políticas públicas. Sendo assim, irá agir na direção contrária ao enfrentamento da pobreza e na luta dos direitos sociais como universais.

Não só na assistência social, mas na saúde e em outras áreas, as respostas aos problemas sociais continuam sendo fragmentadas, pulverizadas, isoladas e individuais. E continuará a ser dessa forma, pois para o Estado não tem como ser diferente, já que a resolução das mazelas da questão social vão contra a ordem capitalista que é veemente defendida pelo poder estatal.

## **CAPÍTULO 2 – OS IMPACTOS DO NEOLIBERALISMO**

### **2.1 As Políticas Públicas e a Política de Saúde no cenário neoliberal**

Neste momento do trabalho, estudaremos os impactos que o neoliberalismo vem causando atualmente nas Políticas Públicas. De acordo com Druck e Filgueiras (2007) é a partir dos anos 1990 que no Brasil, o neoliberalismo se impõe com maior força. Para os autores a ação neoliberal é uma política de destruição dos direitos sociais conquistados pelas lutas dos trabalhadores (p. 26).

A vitória, implementação e consolidação do neoliberalismo a partir dos anos 1990 passaram a colocar em questão, primeiramente a ampliação dos direitos inseridos na nova Constituição e, posteriormente, todo e qualquer direito – sempre em nome de ajustes fiscais (déficit público) e monetários (combate a inflação). É isso que explica o ataque político-ideológico sistemático a Constituição de 1988, implementado pelas classes dominantes, desqualificando-a como ‘populista’, ‘irresponsável’ e ‘desfocada da realidade econômico-financeira do país’ (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 28).

A ofensiva neoliberal atinge principalmente a classe trabalhadora, que sofre com o corte de direitos e a falta de investimento em Políticas Públicas eficientes e qualificadas para atender o que é demandado pela população. A política neoliberal faz com que o Estado foque suas ações nos considerados mais pobres, enquanto os demais precisam contratar serviços no mercado (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 29).

Do ponto de vista social, essa política se articula com o processo de flexibilização/precarização do trabalho com a retirada de direitos sociais e trabalhistas, em particular saúde, educação e previdência social. Em suma, embora, em si mesmas essas políticas de combate à pobreza reduzam, momentaneamente, as carências das populações mais miseráveis, as mesmas estão, de fato, inseridas numa lógica mais geral liberal e num programa político conservador e regressivo socialmente, próprios da nova fase por que passa o capitalismo sob a hegemonia do capital financeiro (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 30).

Na citação acima, fica claro que o neoliberalismo está de acordo com o que é imposto pela ordem dominante, indo assim na direção do que é estabelecido pelo

capital financeiro. Todo esse cenário é prejudicial para as Políticas Públicas, pois os investimentos voltados para as mesmas serão sempre insuficientes, pois grande parte dos investimentos é feito no capital.

Nesse momento, concentraremos a discussão no âmbito da Política de Saúde. E para compreendermos a Política de Saúde em seu estágio atual é necessário fazer um breve histórico do que ocorreu nos últimos anos com a saúde até chegar como ela é hoje. Dessa forma, é preciso entrar nessa análise o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista existente em relação à saúde no contexto da institucionalização da Constituição de 1988.

De acordo com Soares:

O movimento sanitário integra o conjunto de movimentos sociais que eclodem naquele momento, lutando pelo direito universal a saúde pública, pela democratização do Estado brasileiro e por uma racionalidade política que superasse o modelo autoritário e fragmentado da política social brasileira (SOARES, 2012, p.86).

Diante disso, o movimento sanitário ia contra o Estado capitalista e sua principal luta era a defesa da emancipação política seja esta dentro do marco capitalista ou em outra ordem societária. Então, o movimento sanitário tem a visão da saúde na sua coletividade, estando ligada a estrutura social existente e não como um problema individual. (SOARES, 2012, p.87)

Ao mesmo tempo em que ocorreu a luta pela reforma sanitária, que nas ideias de Soares (2012), visava à garantia de uma saúde pública universal (que hoje é o Sistema Único de Saúde), o neoliberalismo avançava e os grandes investimentos eram voltados para minimizar a crise do capital e maximizar os lucros. Ainda de acordo com as considerações de Soares (2012), esse movimento de valorização do capital, da reestruturação produtiva, limitava a materialização do que era proposto no projeto da reforma sanitária.

Seguindo o pensamento da autora:

Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. (...) Indústrias de medicamentos, planos privados de saúde, seguro saúde, entre outros (SOARES, 2012, p.88).

Enquanto o capital é supervalorizado, a política de saúde é desvalorizada, empobrecida e sucateada. Esse movimento de desvalorização da saúde pública para Soares (2012) vai contra a reforma sanitária, o movimento conhecido como contrarreforma, que equivale ao projeto privatista na saúde.

Soares diz que:

“A partir dos anos 1990, inicia-se o processo de contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o recém-criado SUS. Desde então, o projeto privatista na saúde vem conquistando hegemonia, defendendo propostas semelhantes ao do Banco Mundial, que ganha destaque como importante formulador e divulgador da racionalidade da contrarreforma” (SOARES, 2012, p. 88).

A contrarreforma no que diz respeito à saúde visava a precarização do SUS, limitando sua ampliação e colocando obstáculos na sua materialização. Com isto, as conquistas almejadas pela reforma sanitária foram ficando distantes, fazendo com que o movimento sanitário passasse a reivindicar um SUS possível dentro da sociedade neoliberal (não se pensava mais na possibilidade de ultrapassar a ordem vigente). (SOARES, 2012, p.90)

É necessário precarizar a política de saúde, torná-la cada vez mais uma política pobre para pobres, deixando amplo espaço para o mercado, desconstruindo num movimento de contrarreforma o referencial de saúde pública conquistado nos anos 1980 (SOARES, 2012, p. 88).

Entre algumas das tendências que a contrarreforma produz em relação ao SUS estão à ampliação restrita do sistema, de forma focalizada, não atendendo as demandas de forma universal; exploração do trabalho na saúde com contratos temporários e por metas; privatização da saúde pública através de contratação de

serviços privados e gestão privada dos recursos; entre muitos outros entraves causados pela evolução neoliberal. (SOARES, 2012, p.102)

Sobre o posicionamento do governo (Lula) nos últimos anos diante dos dois projetos, Bravo diz:

O atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, na maioria de suas ações, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e a precarização dos recursos humanos em decorrência do desfinanciamento (BRAVO, 2006, pg. 102).

Fica perceptível que o governo vem agindo em oposição ao projeto da Reforma Sanitária. Assim, cada vez mais a saúde vem sendo tratada como uma mercadoria, como um meio de gerar lucro para empresários, que apoiam a privatização de um serviço que é essencial para a população usuária.

Desse modo, a Política de Saúde está passando por uma precarização há muitos anos. Atualmente, o quadro só se agrava com as privatizações de hospitais públicos, a terceirização de serviços essenciais para o funcionamento das unidades de saúde, a falta recursos para ofertar serviços básicos à população, falta de profissionais e de infraestrutura.

Quando falamos em oposição ao movimento sanitário, falamos da não efetivação do Sistema Único de Saúde e dessa forma, da não efetivação do acesso universal e indiscriminado a saúde pública e de qualidade. O SUS fica na maioria do tempo, apenas no plano jurídico e não é efetivado da forma como está descrito em suas normas e regulamentações. Sobre esse assunto, em suas reflexões, Bravo aponta que:

O SUS completou 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde

vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2006, pg.107).

Portanto, ainda há muitas falhas no SUS e em diversas partes dos setores públicos. Para avançarmos e para alcançarmos Políticas Públicas de qualidade e um sistema de saúde que funcione na prática, torna-se essencial participar das tomadas de decisões de forma democrática, reivindicando constantemente melhorias em todos os aspectos. Porém, tendo a consciência de que dentro da ordem social vigente, não será possível universalizar melhorias obtidas seja no âmbito econômico, político ou social.

## **2.2 Os benefícios sociais na área do transporte público**

Sabemos que diante do cenário atual, com o avanço neoliberal, não só os benefícios sociais estudados, mas todos os outros são prejudicados com corte de verba e dificuldade para atingir toda a população que necessita do mesmo, já que os programas e benefícios sociais estão sendo cada vez mais focalizados naqueles que comprovem estar beirando a miséria.

Nesse contexto de privatizações e precarizações não só na área da saúde, mas nos demais serviços públicos em geral, que iremos estudar e analisar o funcionamento de três benefícios sociais ofertados pela Secretaria de Assistência Social, pela Secretaria de Transporte e Governo Federal, voltado para usuários da política pública de saúde, especificamente doentes crônicos e deficientes, que comprovem não ter condições financeiras de se locomover para realizar seu tratamento de saúde.

Compreendemos que estes benefícios estão ligados a ideia de

intersetorialidade citada no capítulo anterior, já que são benefícios geridos pela Secretaria de Assistência Social, mas sua organização e distribuição se dão tanto na área da assistência social como na área de saúde, que é um condicionante para o acesso aos benefícios estudados, já que o público alvo são doentes crônicos e deficientes em tratamento de saúde.

Nas próximas páginas iremos explicar melhor a lógica deste benefício, reconhecendo seus pontos positivos e apontando suas principais falhas, de acordo com o que vivenciamos na prática do estágio supervisionado no Ambulatório do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, localizado na Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro.

O primeiro benefício que iremos detalhar será o **Passe Livre Municipal**, normatizado pela lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, é um benefício municipal e tem como objetivo garantir a gratuidade no transporte público – apenas em ônibus convencionais de duas portas (esta lei não menciona os outros meios de transporte, trens, metros e barcas) – no município do Rio de Janeiro, através de um cartão eletrônico de passagens, para deficientes (físico, auditivo, visual ou mental) e para doentes crônicos que estejam em tratamento médico ou medicamentoso, em Unidade Pública de Saúde ou conveniada ao SUS. Assim sendo, este benefício social visa garantir a mobilidade de seus usuários facilitando seu tratamento de saúde. Portanto, esse Passe é destinado aos usuários (deficientes ou doentes crônicos) que transitam de ônibus dentro do município do Rio de Janeiro, quem reside fora do município não tem direito a este benefício, pois poderá acessar um benefício específico para outros municípios.

A requisição do Passe Livre Municipal pode ser feita a partir do momento que for diagnosticada a doença crônica ou a deficiência física, auditiva, visual ou mental.



Para dar entrada no benefício é necessário que o usuário se inscreva no Cadastro Único para Programas Sociais – CADÚNICO no Centro de Referência de Assistência Social ou Secretaria de Assistência Social mais próximo da sua residência. No momento de requisição do benefício nos postos cadastrados, será exigido o Número de Identificação Social (NIS), identidade, CPF, comprovante de residência, laudo médico constando o diagnóstico, cartão de consultas para comprovar a frequência mensal mínima de três vezes na Unidade de Saúde (que deverá ter convênio com o SUS) onde o usuário realiza seu tratamento e cópia do receituário preenchido com os medicamentos utilizados.

De acordo com o que foi dito no parágrafo anterior, pode-se concluir que há um corte de renda para requisição deste benefício, que é de 3 salários mínimos como renda familiar e 1 salário mínimo como renda individual, conforme é exigido no Cadastro Único para Programas Sociais.

A renovação do benefício ocorre mediante apresentação de novo laudo médico 2 meses antes do vencimento, no mesmo local de requisição, postos de saúde ou Clínicas da Família, sempre a mais próxima da residência do beneficiário.

De acordo com a Lei Ordinária de nº 4510 de 13 de janeiro de 2005, o **Vale Social** é um benefício assistencial estadual que tem o mesmo objetivo do Passe Livre municipal, que é garantir gratuidade no transporte público (rodoviário, aquaviário, ferroviário e metroviário); a diferença é que este benefício é voltado para moradores (deficientes físico, auditivo, visual, mental ou doente crônico) em todo o Estado do Rio de Janeiro, que estejam em tratamento médico ou medicamentoso, em Unidade Pública de Saúde ou conveniada ao SUS, cuja interrupção do tratamento possa acarretar risco de morte.

A verba proveniente deste benefício vem da Secretaria de Estado de

Assistência Social e Direitos Humanos. É importante destacar que o Vale Social é para usuários que fazem viagens intermunicipais (de um município para outro), são mais de 32 municípios que já oferecem esse tipo de serviço, ou seja, são poucos os casos em que o município não oferta o Vale Social.

Para requerer o Vale Social, o portador de doença crônica deve providenciar um laudo médico com seu diagnóstico, cartão de consultas com frequência mínima de uma vez ao mês na Unidade de Saúde (que deverá ter convênio com o SUS) onde o usuário realiza seu tratamento, cópia de receituário preenchido com os medicamentos utilizados e o formulário da SETRANS exigido para a concessão do benefício, que é distribuído nas Unidades de Saúde e nos postos cadastrados, como por exemplo, Poupa Tempo e Secretarias de Assistência Social.

Os portadores de deficiência auditiva, visual, física e mental devem da mesma forma, ter o laudo médico constando a deficiência. Também é necessário um conjunto de documentos de identificação do requerente: cópia do RG, CPF e comprovante de residência. No momento das orientações sobre o benefício percebemos que não há dificuldade quanto aos documentos de identificação, mas a maio

A validade do benefício chega ao máximo de quatro anos para deficientes permanentes e de 1 a 3 anos para portadores de doença crônica, sendo este prazo uma limitação para deficientes permanentes, ou seja, sem condições de retomar suas condições físicas, auditivas, visuais ou mentais integralmente.

O portador de deficiência recebe 60 passagens mensais e o portador de doença crônica recebe de 10 a 60 passagens mensais a depender da sua frequência constatada no cartão de consultas. O número de passagens concedidas é sempre de acordo com o número de vezes que o usuário vai a Unidade de Saúde,

então não pode haver erro no momento de declarar a frequência. Vale lembrar que este benefício garante direito a acompanhante, se assim o médico achar necessário, relatando em laudo médico.

Na Lei N° 4510, que institui o benefício em questão, o prazo para entrega do cartão de passagens aos portadores de doenças crônicas é de até 30 dias, sendo prioridade os pacientes renais, com câncer e menores de 18 anos. Entretanto, há casos de usuários que esperam até 90 dias para receber o cartão de passagens, o que muitas vezes, inviabiliza sua ida ao local onde realiza seu tratamento de saúde, acarretando em algumas situações, risco de morte, por não dar continuidade ao tratamento. E esta demora não é devido a não entrega de documentação por parte do usuário, a demora é motivada por tramites burocráticos por parte das instituições responsáveis pela concessão do benefício em questão.

Os locais para requisição de Vale Social são Fundação Leão XIII, Poupa Tempo, Secretarias de Assistência Social de diversos municípios e Unidades de Saúde de atenção básica, como Clínicas da Família e postos de saúde que estão cadastrados para receber tal demanda (não são todos). O usuário deve requerer o benefício nas unidades próximas a sua residência. A renovação é feita através de novo laudo médico, que deve ser entregue 2 meses antes da data de vencimento do cartão eletrônico, no lugar onde foi dada entrada no benefício.

O **Passe Livre Interestadual** é normatizado pela n° lei 8.899, de 29 de junho de 1994. Segundo o Ministério dos Transportes é um benefício do Governo Federal que dá direito a gratuidade no transporte coletivo interestadual para deficientes físico, mental, auditivo ou visual, comprovadamente carentes.

São necessários para requisição do benefício, documento de identificação (identidade e CPF), laudo médico que comprove a deficiência e um formulário

específico disponibilizado no site [www.transportes.gov.br](http://www.transportes.gov.br). Nesse caso, é considerado carente aquele com renda familiar per capita de até um salário mínimo, deverá ser feita uma declaração de que possui a renda exigida pelo benefício, essa declaração já vem anexada ao formulário disponível no site citado acima. Depois de preenchido, o formulário e os documentos devem ser enviados pelo próprio requerente, por correio, para Brasília – DF (o envio é gratuito), o endereço de envio é encontrado também no mesmo site.

De acordo novamente com informações do Ministério dos Transportes, este benefício poderá ser utilizado em transporte coletivo interestadual por ônibus, trem ou barco, não sendo permitido o uso para viagens intermunicipais e municipais. Para conseguir a gratuidade nas empresas de ônibus basta apresentar identidade e o cartão do Passe Livre Interestadual até três horas antes do início da viagem e vale ressaltar que não há direito a acompanhante nesse tipo de viagem.

Para renovação do benefício é necessário o envio de toda a documentação novamente, com laudo médico recente a serem entregues até 60 dias antes do vencimento do cartão de passagens.

Com relação aos três benefícios sociais descritos acima, todos têm o mesmo público-alvo e o mesmo objetivo, que é garantir a mobilidade em transportes públicos, facilitando o tratamento de saúde. O doente crônico e deficiente de todo tipo tem acesso a um benefício de transporte que visa garantir outro direito, que é o acesso à saúde pública. Para os usuários os benefícios têm grande importância, pois além de haver muitos gastos em relação a medicamentos para o tratamento de saúde, há também o gasto com a locomoção via transporte público semanalmente para dar continuidade ao tratamento; e diversas vezes encontramos casos de pessoas que não tem como arcar com esses custos. Por isso o benefício tem grande

utilidade para aqueles que usufruem do mesmo, tendo uma economia com gastos no transporte público.

A distinção entre o Passe Livre, Vale Social e o Passe Livre Interestadual esta relacionada ao nível de cada um deles. Em outras palavras, cada um corresponde respectivamente ao âmbito municipal, estadual e federal. Quem possui o passe no âmbito municipal, não pode obtê-lo no âmbito estadual e vice-versa, ou seja, não são acumulativos. Porém, o passe no âmbito federal pode acumular com o municipal e também com o estadual, desde que o paciente em tratamento de saúde comprove a necessidade de viajar para outros estados para acessar o melhor tratamento para sua enfermidade. Essa comprovação se dá através de laudo ou declaração médica atestando que é preciso realizar o tratamento de saúde em outro Estado.

### **2.3 Dificuldades para acessar o benefício**

Não são poucos os impasses e dificuldades que os usuários da saúde enfrentam para acessar os benefícios que lhes permitirão acessar os serviços de saúde. Logo, consideramos pertinente elencar alguns desses empecilhos.

- **Locomoção necessária para requerer o benefício**

O usuário que estar em tratamento de saúde e faz a requisição deste benefício social, em sua grande maioria, não tem condições financeiras para arcar com os gastos necessários e continuar esse tratamento. Esse mesmo usuário, para dar entrada no benefício, precisa se locomover para diversos locais, isso que iremos explicar a seguir.

É dentro da unidade de saúde que o usuário faz tratamento que ele faz a solicitação de um o laudo médico e providencia a documentação necessária de

acordo com o que lhe foi informado pelo Serviço Social. Após saber todo tramite necessário para requerer o benefício, ele vai ao Poupa Tempo, a Fundação Leão XIII, a Secretaria de Assistência Social ou outro posto cadastrado para solicitar o Vale Social. Quando é o caso de Passe Livre, é ainda mais complicado, pois o usuário necessita ir ao CRAS solicitar que seu nome seja incluído no Cadastro único e depois ir a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa para requerer o benefício.

Logo, diante do descrito acima, fica difícil para uma pessoa que está com sua saúde debilitada, ter que ir a mais de um local para dar entrada em um benefício, sem a garantia de que seu pedido será deferido pelo órgão administrador e sabendo que o tempo de espera para usufruir do mesmo será longo.

- **Exigências dos postos de atendimento**

Outra situação comum ocorre quando o usuário já está com documentos e laudo médico em mãos e chega ao posto para solicitar o benefício, mas não consegue, pois um posto exige de uma forma e outro exige de forma diferente. Em outras palavras, essa não uniformidade dos critérios de acesso dificulta a requisição do benefício, fazendo exigências que não são normatizadas e que por isso não deveriam ser feitas em nenhuma hipótese. Um exemplo disso é pedir ao usuário que leve uma declaração de frequência mensal feita pelo Serviço Social da unidade de saúde onde ele se trata, fazendo assim, com o que a pessoa retorne ao seu hospital de origem para solicitar outro documento e depois volte ao posto cadastrado para tentar dar entrada novamente no benefício.

O preenchimento correto do laudo médico é também um problema recorrente para quem quer acessar ao benefício. Em vários momentos o médico rasura o

laudo, o que não é aceito nos locais de requisição do benefício. Mais um empecilho enfrentado relacionado ao laudo médico é quando há a exigência de um laudo de cada médico que o usuário realiza tratamento, ou seja, se o paciente de um hospital trata em 5 especialidades teria que solicitar 5 laudos de cada especialista. E o mais preocupante é que cada posto de requisição do benefício exige de uma forma, há casos em que só é aceito um laudo constando a frequência mensal independente de quantos médicos tratam aquela pessoa e há casos em que se exige um laudo de cada médico, o que torna o benefício confuso tanto para os profissionais de saúde, quanto para os usuários.

Percebe-se então, que além da complexidade do próprio benefício, que é dividido em vários, há diferentes exigências em relação ao mesmo, quando não deveria haver. E não podemos esquecer que as pessoas que estão tentando acessar o benefício já se encontram fragilizadas devido a sua doença ou deficiência, tendo ainda que enfrentar toda essa burocracia para acessar o que lhe é de direito.

- **Longo prazo de entrega do cartão eletrônico**

Uma das dificuldades enfrentadas para os usuários que precisam desse benefício é a demora na entrega do cartão eletrônico. De acordo com a Lei nº 4510, o Vale Social deverá ser concedido num prazo máximo de até 30 dias úteis, mas na prática esse prazo não é respeitado, havendo casos em que o paciente em tratamento aguarda até 90 dias para ter o cartão em mãos para que possa ser utilizado.

Tendo em vista essa demora, há pacientes crônicos e deficientes que não comparecem com a regularidade que deveriam para realizar seu tratamento no HUCFF, pois muitos não podem arcar com os gastos que garantem sua locomoção,

acarretando assim, riscos as suas vidas quando interrompem seu tratamento de saúde.

Esse longo prazo não está relacionado ao que é exigido para acessar o benefício, portanto não é de responsabilidade do usuário. Entendemos que é uma falha no modo de organizar as demandas de requisição do benefício e atende-las o mais rápido possível, sendo assim uma responsabilidade dos gestores.

- **Fragmentação em diversos benefícios**

Como pode se observar, os benefícios sociais descritos têm o mesmo objetivo e o mesmo público alvo, porém são divididos em vários, o que se torna um obstáculo para o acesso a eles. Para ficar mais claro, um exemplo disto é o cidadão que reside na baixada fluminense e faz tratamento de saúde no município do Rio de Janeiro, pois não há em seu município o tratamento que ele precisa. Essa pessoa quando precisa transitar na cidade do Rio de Janeiro não poderá usar seu Vale Social, pois este é válido apenas em linhas de transportes intermunicipais, o que acaba gerando despesa ao beneficiário que terá que pagar a tarifa do transporte do município do Rio de Janeiro, mesmo não tendo renda para tal. E outro fator a ser observado é que apenas ônibus convencionais de duas portas aceitam o Vale Social e o Passe Livre, ou seja, ônibus “frescão” não aceita o cartão. Podemos perceber que há várias falhas com relação ao benefício e sua organização, fazendo com que as necessidades de seu público alvo não sejam plenamente atendidas.

Para ter acesso aos transportes como metrô, trem e barcas os beneficiários precisam solicitar outro cartão eletrônico e tem que comprovar que utilizam os transportes citados. Mais uma vez fica clara a fragmentação do benefício, pois além de comprovar que necessita utilizar o transporte rodoviário, ele precisa comprovar



que o trajeto feito até a unidade de saúde também é possível atrás de transporte aquaviário e ferroviário.

Um benefício como esse, que atualmente é fragmentado em vários mas com o mesmo objetivo, com a proposta de um funcionamento de forma unificada, facilitaria bastante o acesso ao mesmo e também o entendimento de como este funciona tanto para o usuário, quanto para o profissional que dá orientações de acesso.

Portanto, apesar de muitos limites estarem relacionados à ordem social atual, há inúmeras dificuldades e limitações que precisam e podem ser observadas com mais atenção pelos gestores do benefício e das Políticas Sociais de modo geral, pois só assim haverá possibilidade de melhorias, mesmo que estas sejam circunscritas as ordens do capital.

#### **2.4 Papel do Serviço Social e sua vinculação com o benefício**

O Serviço Social no seu exercício cotidiano no Hospital Universitário depara-se com situações sócio-econômicas complexas e para materializar sua intervenção são necessárias estratégias de enfrentamento críticas e criativas. Tais situações ou problemas sociais são consequências da ordem social em que vivemos atualmente. Sendo assim, esta é uma profissão que convive diariamente com situações antagônicas, pois tem o papel de atenuar as mazelas causadas pelo capital, dentro da ordem vigente.

Desse modo, entendemos que o Serviço Social, por ter relação com as situações e demandas sociais vividas pela população, possui um papel relevante com relação aos benefícios descritos no item anterior, que podem alterar mesmo que minimamente as condições de vida dos usuários. Isso porque são os

assistentes sociais que compõem a equipe (assim como, fisioterapeutas, enfermeiras(os), terapeutas ocupacionais, psicólogas(os), médicos, entre outros profissionais da saúde) do hospital universitário, que informam aos usuários que eles têm direito a acessar estes benefícios e outros diversos, fazendo com que aquelas pessoas tenham a possibilidade de acessar os serviços de saúde.

Dessa forma o assistente social é um profissional que informa os usuários sobre os benefícios sociais, assim como todo o procedimento que costuma ser feito para a requisição dos mesmos. E isso nos levou a desenvolver reflexões a cerca do exercício profissional deste integrante da equipe do Hospital Universitário, que no seu dia-a-dia encontrará demandas ligadas aos benefícios sociais estudados.

Iniciamos essas reflexões detalhando que o Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho hoje conta com 15 assistentes sociais, que estão presentes nas especialidades clínicas e cirúrgicas divididas pelos andares da unidade e ainda atuam nos programas, nas comissões, no serviço de ambulatório, na radioterapia e no CTI, além do Serviço de Emergência.

Em pesquisa documental nos registros do Serviço Social, realizada no Hospital Universitário, encontramos o Relatório da Chefia que cita alguns dos objetivos e metas da equipe do Serviço Social naquela instituição, entre eles:

- Prestar ao usuário do HUCFF atendimento de Serviço Social integral e continuado de maneira sistematizada;
- Dar visibilidade à ação profissional do Assistente Social;
- Organizar a ação do Assistente Social do ponto de vista teórico metodológico e técnico operativo;
- Instrumentalizar o profissional de Serviço Social para a percepção e

intervenção em situações de risco, violência e vulnerabilidade;

- Uniformizar o atendimento do Assistente Social;
- Respaldar a ação do profissional diante das diversas situações, através de protocolo único;
- Dar qualidade ao atendimento tendo em vista o Projeto Ético Político da profissão;
- Criar condições para que o Assistente Social consiga responder as diferentes demandas apresentadas.

Diante do exposto acima, podemos observar que há objetivos e metas que estão relacionados ao papel do Serviço Social para com o benefício estudado. Entre eles explicita-se a busca em prestar um atendimento integral e continuado ao usuário de maneira sistematizada (atendimento que articule dados e ideias coletados na prática, com uma reflexão teórica), ou seja, o atendimento só irá identificar as demandas (exemplos: se a pessoa tem perfil para acessar um benefício, se precisa daquele benefício, etc) daquele indivíduo se for feito de forma contínua, levando em consideração não só apenas o que o usuário relatou, mas todo o contexto da sua história de vida; criar condições para responder as diferentes demandas apresentadas, em outros termos, a instituição precisa ofertar a equipe condições (exemplos: estrutura física e financeira) para que ocorra um atendimento completo, captando e respondendo as demandas. Um exemplo visto na prática é a falta de material, como ficha de cadastramento do Vale Social, sem essa ficha o usuário não pode dar entrada no benefício, por isso a necessidade de a instituição oferecer condições e recursos para que o atendimento aconteça da melhor maneira.

Como já foi dito é o Serviço Social que orienta os pacientes do HUCFF e seus

familiares sobre como acessar este benefício e vários outros direitos garantidos por lei (Auxílio Doença, Aposentadoria por Invalidez, Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família, entre outros), para que isto aconteça é necessário que o assistente social realize um estudo social com aquele usuário. E esse estudo social é realizado durante uma entrevista, onde são abordados assuntos nos âmbitos sociais, familiar, previdenciário, trabalhista, financeiro, habitacional, entre outros que estão relacionados com a qualidade de vida daquela pessoa. O acesso aos benefícios sociais Vale Social, Passe Livre Municipal e Passe Livre Interestadual não depende dessa avaliação, mas esse estudo é importante, pois o trabalho do Serviço Social vai além de informar sobre benefícios sociais. Assim sendo, conhecer o histórico do usuário em vários aspectos é fundamental para intervir na realidade social do mesmo.

No tocante aos benefícios que estão sendo estudados (Vale Social, Passe Livre Municipal e Passe Livre Interestadual), os assistentes sociais do HUCFF fornecem uma lista constando os documentos necessários, encaminham para os órgãos responsáveis pela concessão do benefício, orientam sobre o preenchimento do laudo médico de acordo com as exigências dos postos cadastrados para requisição, fornecem também o formulário da SETRANS para requerer o Vale Social e com relação ao Passe Livre encaminham para o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) mais próximo da casa do usuário para realizar o Cadastro Único para Programas Sociais e logo em seguida dê entrada no Passe Livre.

Avaliando esse ponto, seria interessante e prático que houvesse um único local para o usuário ser orientado sobre todos os procedimentos em relação aos benefícios e nesse local desse entrada no mesmo. Seria prático no sentido de facilitar o acesso aos benefícios, já que o paciente não teria que se deslocar para

vários locais para requisição do benefício social.

No que se refere à atuação da equipe de Serviço Social com relação às questões sobre o benefício Vale Social e/ou Passe Livre, analisamos que os profissionais em alguns momentos, não se articulam com as unidades de requisição do benefício e não interveem nos problemas frequentes do benefício, deixando os problemas a cargo do usuário e do local onde o mesmo requereu o benefício. A consequência disso seria a possível não resolução desses problemas, que voltariam a aparecer como demandas repetidas para o assistente social.

De acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão (8.662º) no seu Artigo 4º as/os assistentes sociais têm como uma de suas competências avaliar políticas sociais juntamente com órgãos da administração pública. Nesse sentido, o indicado seria que, os assistentes sociais buscassem sugerir para o órgão responsável respostas às falhas do benefício e sugerir a esse mesmo órgão que explique melhor sobre o benefício para os requerentes. Sendo assim, faz-se necessário que as/os assistentes sociais mantenham contato direto com os profissionais responsáveis pela concessão do benefício, podendo dessa forma esclarecer dúvidas frequentes em relação às mudanças do benefício com o passar do tempo, até mesmo participar da avaliação deste benefício em conjunto com os gestores do mesmo e assim compreender melhor o funcionamento desse benefício social.

Entendemos que essa busca em estabelecer articulação com entidades e instituições que compõem as redes de serviços, a avaliação de benefícios e Serviços Sociais feitas em conjunto estão incluídas no conceito de intersetorialidade dito no capítulo I deste trabalho. Podemos assim compreender que a ideia de intersetorialidade é importante na prática do assistente social relacionada aos benefícios sociais estudados aqui, pois os mesmos possuem ligação com as áreas

da assistência social e da saúde pública. Então, a proposta é que esses diferentes setores se articulem para ofertar um bom serviço associado ao benefício. Essa articulação diz respeito a diversos aspectos, como a gestão, o planejamento e o trabalho entre as equipes desses dois campos de atuação profissional.

Ainda refletindo sobre a intervenção dos assistentes sociais em relação ao benefício pesquisado e para além dele, é primordial ressaltar que estes profissionais devem ter sob seu domínio competências ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa.

Sobre essas competências Toniolo analisa:

Competência ético-política – o assistente social não é um profissional neutro (...). Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática (...). Competência teórico- metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a realidade para além dos fenômenos aparentes (...). Competência técnico-operativa – o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo tempo desenvolver ações profissionais junto à população usuária e as instituições contratantes (...) (TONIOLO, 2008, p. 122).

Refletindo sobre essas três dimensões observa-se que as mesmas são essenciais para que nossa prática profissional caminhe de acordo com o nosso Código de Ética. É um desafio diário a ser enfrentado, mas a articulação das três dimensões se torna indispensável para que nossa atuação leve em consideração o indivíduo em sua totalidade social. Só dessa maneira a equipe profissional terá sua atuação voltada para o atendimento das demandas colocadas pelos usuários do hospital em questão e entre essas demandas estão os benefícios sociais que citamos anteriormente.

Portanto, as dificuldades com relação à prática do assistente social no

contexto atual e com relação ao benefício são diversificadas e tem diferentes motivações. A seguir iremos analisar alguns dos problemas mais frequentes no dia-a-dia de quem tem direito ao benefício Vale Social, Passe Livre Municipal e/ou Interestadual e tenta requerer os mesmos.

## **2.5 O neoliberalismo no exercício profissional do assistente social**

Tendo em vista, o cenário neoliberal já mencionado em outros momentos deste trabalho, iremos fazer uma análise de como esta política neoliberal incide na prática do assistente social, na sua rotina de trabalho como profissional e trabalhador assalariado. De acordo com Guerra, os assistentes sociais:

Vivenciam e enfrentam, ao mesmo tempo, as expressões da exploração e dominação do capital sobre o trabalho e efetivam respostas no campo dos direitos, captando e enfrentando as expressões da chamada “questão social”, que se convertem, por meio de múltiplas mediações, numa diversidade de demandas para a profissão (2010a, p. 717).

Para a autora, os ajustes neoliberais incidem na precarização do trabalho e perda de direitos como decorrência da reestruturação produtiva. (GUERRA, 2010a, p. 717). E nessa conjuntura de expansão do neoliberalismo, acontecem privatizações de órgãos que antes eram estatais, a intervenção estatal é mínima em relação a políticas voltadas para o bem-estar da população, a preocupação maior é apenas com o crescimento da economia. Quando se pensa apenas no fator econômico e se privatiza órgãos públicos, segundo as ideias de Guerra (2010a) os vínculos de trabalho ficam precarizados, causando uma instabilidade para o profissional que ali exerce sua função e conseqüentemente essa instabilidade incide negativamente em sua atuação profissional.

Diante desse quadro, Guerra analisa as formas de precarização do exercício profissional do assistente social:

Este tem na flexibilização uma forma de precarização do seu trabalho tanto como segmento da classe trabalhadora quanto profissional que atua no âmbito dos serviços das políticas e dos direitos sociais. A precarização do exercício profissional se expressa por meio de suas diferentes dimensões: desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras (2010a, p. 719).

Seguindo no pensamento da autora, a mesma indica que existe a exigência do cumprimento de metas quantitativas, levando a uma queda de qualidade nos serviços prestados e fazendo com que haja competição entre os profissionais (GUERRA, 2010, p. 720).

Não são apenas os profissionais dessa categoria que passam por essa precarização no mundo do trabalho, mas sim todos trabalhadores assalariados passam por essas mudanças causadas pelo ajuste neoliberal, que objetivam a qualquer custo concentrar riquezas, criar monopólios, maximizando assim o lucro dos grandes capitalistas. Desta maneira, observamos que o assistente social faz parte da classe trabalhadora e precisa ter sua atuação voltada para os interesses da mesma, dentro e fora da instituição em que atua.

Com tantas barreiras a serem enfrentadas no seu cotidiano profissional, a tendência que o assistente social tenha sua intervenção voltada para os problemas sociais colocados naquele momento, sem ter a oportunidade de refletir sobre sua prática é consideravelmente grande, de acordo com o pensamento de Guerra (2010a). Até porque este mesmo profissional também é vítima das adversidades causadas por essa política neoliberal.

Na imediatez do cotidiano, dadas as suas características estruturadoras, a tendência é de considerar a intervenção pelo seu resultado, sem buscar os seus fundamentos e de realizar



intervenções que concebam o indivíduo isolado da estrutura e contexto sócio-histórico, de modo a responsabilizá-lo, e mais ainda, a culpabilizá-lo pelo seu suposto sucesso ou fracasso, com o que subverte-se princípios e diretrizes da formação profissional (GUERRA, 2010a, p. 721).

Desse modo, o profissional tem sua intervenção baseada no que se encontra em seu cotidiano, no imediato e não faz uso da sua competência teórico-metodológica, ficando assim circunscrito ao que o indivíduo aparenta ser e não domina a essência da realidade social que o mesmo vive. E por isso, o responsabiliza pelos seus problemas, quando na verdade suas dificuldades são limitações estruturais próprias dessa sociedade. Diante disso, o profissional possivelmente não terá uma intervenção integral, deixando de lado orientações sobre o acesso a direitos sociais que poderiam beneficiar aquele indivíduo, no lugar de culpabilizá-lo. (SOARES, 2010)

As respostas a estas situações apresentadas como emergenciais, se não forem refletidas mais profundamente, se não buscarem ultrapassar o imediatismo, tendem a reproduzir a racionalidade hegemônica e, mesmo que do ponto de vista objetivo e pontual atuem sobre o problema em si, em vez de revelar, mascara, e ao contrário de mobilizar usuários e profissionais em torno do direito à saúde, passiviza (SOARES, 2010, p. 106).

O assistente social, quando não refleti sobre seu exercício profissional, não só reproduz a racionalidade hegemônica (deixando de atender interesses do proletariado), como também é eficiente em racionalizar recursos. Sobre isto, Guerra faz uma colocação importante:

O assistente social já acostumado a operar com um orçamento insuficiente, dentro do princípio da seletividade, construindo critérios de elegibilidade ou pelo menos atuando com eles, selecionando os mais pobres dentre os pobres, a executar pobres políticas sociais para pobres, acaba sendo competente, eficiente e eficaz em racionalizar recursos via programas focalistas e seletivos (GUERRA, 2010b, p. 98).

Para que esses desafios cotidianos sejam enfrentados são indispensáveis estratégias coletivas, a articulação com diversos profissionais, a reflexão crítica sobre a realidade e a ocupação dos espaços de planejamento e gestão sempre

voltados para os interesses da classe trabalhadora (SOARES, 2010, p. 106).

Logo, torna-se fundamental que a categoria profissional não fique restrita ao que as instituições empregatícias lhe ofertam, buscando sempre a articulação com a luta dos trabalhadores e dos movimentos sociais. Conjuntamente com a busca de atualização profissional contínua como uma forte aliada frente aos desafios colocados na prática profissional, entre outros diversos fatores (GUERRA, 2010a). O essencial é manter-se firme na luta contra a ofensiva neoliberal, perseguindo sempre a ampliação e efetivação dos direitos sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa analisamos as relações entre o Estado burguês e a questão social para entender o surgimento das políticas sociais como forma de amenizar as sequelas da questão social, mas sem que isso incida sobre o funcionamento da ordem capitalista. Dessa maneira, compreendemos que as manifestações da questão social buscam ser aliviadas de forma recortada, fragmentando-a em vários problemas sociais, que são enfrentadas dessa mesma forma fragmentada, através de políticas sociais restritas e focalizadas naqueles grupos mais empobrecidos.

Refletimos sobre diferentes análises, buscando em autores como, Bourguignon, Sposati, entre outros, o que é a intersetorialidade nas políticas sociais (Previdência, Assistência e Saúde) que compõe a Seguridade Social, entendendo que a articulação entre diversas políticas pode trazer melhorias no funcionamento das mesmas, em relação à gestão, execução e planejamento.

Foram feitas reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas visto que os benefícios pesquisados fazem com que as áreas da assistência social e da saúde se articulem, já que para acessá-los os usuários passam pelas duas políticas setoriais, que se articulam ou deveriam se articular para conceder serviços de qualidade. Contudo, percebemos que trabalhar orientados pela ideia de intersetorialidade não é suficiente para superar a fragmentação que existe entre as políticas sociais e não resolverá as mazelas que são causadas pela ordem social vigente.

Exploramos estudos a cerca dos impactos que o neoliberalismo causa nas políticas públicas e em específico na política de saúde. Sobre o avanço neoliberal, constatamos que a classe trabalhadora vem sendo a mais prejudicada, com a perda e flexibilização de direitos sociais e trabalhistas que foram conquistados diante de

muita luta e resistência, a privatização de serviços essenciais como a saúde e a educação e o descaso com relação aos investimentos nas políticas públicas. Todos esses acontecimentos são grandes perdas para a população, que ocorrem, pois, a prioridade do neoliberalismo é manter as grandes riquezas nas mãos de poucos, gerando grandes monopólios e conservar a hegemonia da ordem social capitalista.

Podemos constatar também que a Política Pública de Saúde do nosso país tem sido cada vez mais sucateada e tratada com negligência por parte do poder estatal, que só faz investir naquilo que lhe gera lucro, deixando os serviços básicos com escassez de recursos em todos os sentidos. Cada vez mais a iniciativa privada se faz presente na gestão da saúde pública, criando um grande risco de o Sistema Único de Saúde do Brasil ser totalmente privatizado e mercantilizado.

Após toda essa análise, chegamos ao objeto do nosso estudo, os benefícios sociais Passe Livre Municipal, Vale Social e Passe Livre Interestadual. Concluimos que são benefícios com o mesmo objetivo, que poderiam funcionar como um único benefício, mas que funcionam de forma fragmentada, dividindo-se em vários. Analisamos que há muitas falhas desde as orientações sobre os benefícios até a requisição e concessão dos mesmos. Tais benefícios tem o objetivo de garantir a locomoção de doentes crônicos e deficientes de qualquer espécie para realizar seu tratamento de saúde (em uma unidade pública), através da gratuidade nos transportes públicos dentro e fora do Estado do Rio de Janeiro. A proposta dos benefícios é válida, mas há muitas melhorias que podem e devem ser feitas por aqueles que administram o funcionamento do mesmo.

Concluimos o trabalho, refletindo sobre a ligação que o Serviço Social tem com estes benefícios e com outros, avaliamos que se faz necessário o uso de suas atribuições e competências para que assim exerça seu papel em consonância com

as demandas e interesses da classe trabalhadora. Muito embora, a ofensiva neoliberal imponha limites no cotidiano desses profissionais, gerando flexibilização de direitos, precarização dos vínculos de trabalho, reduzindo salários e trazendo instabilidade a todos, a luta por melhores condições de vida e pela ampliação de direitos sociais não pode ser deixada de lado.

Então, reforçamos que a luta a favor dos direitos da classe trabalhadora e contra a ofensiva neoliberal é essencial para que alcancemos novas conquistas mesmo que sejam dentro da ordem capitalista, pois esta é a alavanca inicial para que um dia cheguemos a uma ordem social para além do capital e consequentemente conquistar a emancipação política e humana.

**ANEXO A – Ficha de requerimento de Passe Livre Interestadual****MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES**

Secretaria de Política Nacional de Transportes

**PASSE****LIVRE**INTERESTADUAL - PESSOAS CARENTES,  
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA.**REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE****PARA O TRANSPORTE INTERESTADUAL DE PESSOA CARENTE PORTADORA DE  
DEFICIÊNCIA**

Lei 8.899, de 29/06/1994. – Decreto 3.691, de 19/12/2000.

NOME DO BENEFICIÁRIO:			SEXO:	
CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº.	DATA DE EMISSÃO:	ÓRGÃO EMISSOR:		ESTADO:
OUTRO DOCUMENTO – TIPO:	Nº DO DOCUMENTO:	SERIE:	ÓRGÃO EMISSOR:	ESTADO:

DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSÃO:	C P F. Nº		
ENDEREÇO:				
BAIRRO:		CIDADE:		
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO:	TELEFONE PARA RECADOS:	

**Anexar cópia do documento de identidade indicado.**

Senhor Secretário,

Venho à presença de V.Sa. requerer a concessão do Passe Livre do Governo Federal nos termos da Lei 8.899/1994, e do Decreto 3.691/2000, para fins de isenção tarifária no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, nos serviços de transportes rodoviário, ferroviário e aquaviário e, para tanto declaro:

A) Soma das rendas de todos os membros da família, inclusive menores: R\$\_\_\_\_\_

B) Numero de pessoas da Família, moradores na residência, inclusive menores: \_\_\_\_\_

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data

.....

IMPRESSÃO DIGITAL:

ASSINATURA: DO REQUERENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL:

**SE ANALFABETO OU INCAPAZ - INCLUIR DUAS TESTEMUNHAS**

NOME DA 1ª TESTEMUNHA:

NUMERO DA IDENTIDADE E  
ORGÃO EMISSOR:



ASSINATURA DA 1ª TESTEMUNHA:

NOME DA 2ª TESTEMUNHA:

NUMERO DA IDENTIDADE E  
ORGÃO EMISSOR:

ASSINATURA DA 2ª TESTEMUNHA:

DISTRIBUIÇÃO GRATUÍTA – Venda Proibida.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

BOURGUIGNON, J. A.. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>> Acesso em: 02 Out. 2014.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social, n. 8742**, de 07 de dezembro de 1993, Brasília: Senado Federal, 1993.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde, n. 8080**, de 19 de setembro de 1990, Brasília: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993**.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994**.

DA SILVA, Sheila Conceição. **Intersectorialidade e Assistência Social – Os limites estruturais e a racionalidade burguesa**. ESS, Rio de Janeiro, 2013.

DRUCK, Graça e FILGUEIRAS Luiz. **Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula**. Katálisis, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun. 2007.

**Formulário Modelo Passe Livre Interestadual**. Disponível em <<http://www2.transportes.gov.br/ascom/PasseLivre/apresentacao.htm>>

**Formulário Modelo Vale Social**. Disponível em: <<http://www.valesocial.rj.gov.br/index.php/pagina/formularios>>

GUERRA, Yolanda. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância**. São Paulo, Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 4. Ed - São Paulo, Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social: Dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento**. In: Costa, Gilmaisa M. Prêdes, Rosa. Souza, Reivan. (orgs.) **Crise Contemporânea e Serviço Social**. Maceió, UFAL, 2010.

IAMAMOTO, Marilda V. e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – esboço de uma interpretação histórico metodológica**. 34. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

INOJOSA, R. M. ; JUNQUEIRA, L. P **Experiências Municipais: Desenvolvimento social e intersectorialidade na gestão pública municipal**. Conferência Nacional de Saúde On-Line.1997.

JUNQUEIRA L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Caracas: UNESCO/CLAD, 1997. Série Concurso de Ensayos CLAD.

MONTAÑO, Carlos. **Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: n. 110. Cortez, 2012.

MOTA, A. E; BRAVO, M. I. S; UCHÔA R; NOGUEIRA V; MARSGLIA R;

GOMES L; TEIXEIRA M (orgs.); **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e trabalho profissional**; São Paulo: Cortez, 2006.

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.** São Paulo, Ed. Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista de Serviço Social.** 8. Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Uma face contemporânea da barbárie.** III Encontro Internacional “Civilização ou Barbárie”. Nov. 2010

PASTORINI, Alejandra. **Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n° 53, 1997.

RIO DE JANEIRO (Estado) **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro,** Poder Executivo, Lei n° 4.510, de 13 de janeiro de 2005.

RIO DE JANEIRO (Estado) **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro,** Poder Executivo, Lei n° 3.167, de 27 de dezembro de 2000.

SCHÜTZ, Fernanda. **A intersetorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social.** UFSC, Florianópolis, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais.** São Paulo, Cortez, 2012.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Rio de Janeiro, 2008.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n° 77, 2004.