



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social,

Políticas de Assistência Social

**ASSISTENTE SOCIAL E LUTA ANTICAPACITISTA: HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE
COMOCOMPROMISSO ÉTICO E SOCIAL**

MIRIAM SANTOS BONFIM¹

JOÃO VICTOR ARAÚJO SANTOS²

DANÚBIA DE BRITO RODRIGUES SILVA³

CARLA AGDA GONÇALVES⁴

BEATRIZ MARTINS VIEIRA⁵

RESUMO

O artigo objetiva refletir o trabalho do/a assistente social na luta anticapacitista, destacando a garantia do acesso à saúde com foco na humanização. Para tanto, realizou-se a pesquisa bibliográfica e documental na área da saúde e serviço social, identificando a necessidade de adensar o debate sobre os compromissos assumidos pela categoria diante da luta anticapacitista, enquanto direito social.

Palavras-chave: Assistente Social. Política de Saúde. Humanização. Anticapacitismo.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo reflejar el trabajo del trabajador social en la lucha anticapacidad, destacando la garantía del acceso a la salud con un enfoque en la humanización. Para ello, se realizó una investigación bibliográfica y documental en el área de salud y trabajo social, identificando la necesidad de ahondar el debate sobre los compromisos asumidos por la categoría frente a la lucha anticapacidad, como derecho social.

¹ Universidade Federal de Goiás

² Universidade Federal de Goiás

³ Prefeitura municipal de Itaberaí

⁴ Universidade Federal de Goiás

⁵ Universidade Federal de Goiás

Palabras-Claves: Trabajador Social. Política de Salud. Humanización. Anticapacidad.

Introdução

O Serviço Social, em seu processo sócio-histórico, avançou significativamente nos debates sobre às políticas sociais. E, na particularidade da área da saúde acumulou um escopo diante das atribuições e competências profissionais, sem perder de vista o debate ampliado do trabalho profissional.

Contudo diante dos avanços vêm os desafios, se apresentando às/aos assistentes sociais na efetivação do trabalho profissional, sobretudo em uma sociedade que, sob o ethos burguês, direciona e condiciona à vida humana aos seus interesses no processo de (re)produção com vistas ao lucro. Nesse bojo que se insere o trabalho profissional, intervindo nas expressões da questão social, mobilizando e lutando na defesa da e como classe trabalhadora e, ainda, se opondo a qualquer ordem societária com viés discriminatório, sobretudo das pessoas com deficiência, que historicamente são colocadas em uma posição de extrema desigualdade de oportunidades, sejam elas de educação, trabalho, renda e saúde.

Na particularidade deste trabalho que ora se apresenta na modalidade de Comunicação Oral para 18º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), constitui como objetivo central sinalizar os direcionamentos no trabalho do/a assistente social diante dos compromissos assumidos na luta anticapacitista frente a garantia do acesso à saúde com vistas à humanização como direito social.

Do ponto de vista dos processos metodológicos, esse ensaio utilizou do referencial teórico fundamentado pelo método materialista, histórico-dialético, posto que compreende-se que o mesmo fornece as bases para uma leitura mais totalizante da realidade e, ainda, identifica as contradições apresentadas diante das correlações de forças frente ao movimento da realidade. Ainda sob o ponto de vista metodológico, destaca-se que a pesquisa é de natureza qualitativa, desenvolvida a partir da pesquisa bibliográfica, com aportes teóricos e documentais que contribuem para subsidiar o debate.

Para atingir o objetivo, inicialmente, apresentaremos breves contextualizações acerca da política de saúde, enquanto uma das áreas em que os/as assistentes sociais se inserem, enfatizando seus avanços e desafios, destacando a política de humanização em saúde e o debate sobre o acesso como direito de social. Posteriormente, realizar-se-á um debate sobre a pessoa



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

com deficiência e o lugar que é determinado à mesma dentro da sociedade capitalista, para então trazermos alguns elementos significativos sobre o trabalho profissional e a luta anticapacitista, compreendendo como um compromisso assumido pelo/a assistente social nos diferentes espaços que se insere; é neste viés que caminhamos para as considerações finais.

A política de Saúde em seu processo sócio-histórico: avanços e desafios

A área da Saúde no Brasil tem passado historicamente por movimentos decorrentes das articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as propostas sociais face às necessidades e desafios. Alavancadas pelas propostas do Movimento de Reforma Sanitária a arquitetura da política de saúde garantiu sua universalidade com a promulgação da Constituição Federal de 1988, postulando em seu artigo 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Desta forma, a saúde se constituiu como direito de todos/as e dever de Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas com vistas à redução dos riscos de doenças e outros agravos, em uma perspectiva ampliada como qualidade de vida. Muitos processos estão imbricados nestes esses avanços, dentre eles a regulamentação através das leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas em 1990.

Tais conquistas foram alcançadas diante das contradições expressas na lógica da sociedade capitalista que, tem no Estado um aparelho de hegemonia burguesa, mas também um espaço de disputas e tensionamentos. É neste escopo que o arcabouço jurídico, administrativo e político do SUS se constituiu, garantindo princípios e diretrizes, sendo eles: Universalidade, Equidade Integralidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Popular; reafirmando a perspectiva do acesso universal e humanizado.

Entretanto, a realidade material demarcou (e ainda demarca) muitos descompassos na efetivação dos direitos, circunscritas pelas configurações de um país diante das relações de compadrio, familismo e inúmeros (des)mandos. Características que tomam fôlego e se intensificam no bojo de uma sociedade de ethos burguês, que no processo de produção e reprodução das relações sociais assumem proporções aviltantes de exploração e de alienação, movidos pela acumulação incessante de riqueza a partir da exploração do trabalho.

Estes contornos incidem diretamente nas políticas sociais, dentre elas a política de saúde, que embora seja garantida à todos/as na defesa de condições dignas de existência, se vê recrudescida pelo capital, sobretudo com o avanço da ofensiva neoliberal. As decorrências ganham materialidade tanto no sucateamento dos serviços oferecidos, quanto na fragilização e precarização das relações de trabalho, empreendidas diante das debilidades do (sub)financiamento disposto ao SUS.

Esta arquitetura é tensionada por projetos em disputas diante da correlação de forças no interior da sociedade e, que na saúde, se expressa entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista. O primeiro compreende a saúde como direito de todos/as e dever de Estado, fundamentado pela democratização no acesso diante da universalização e qualidade dos serviços, reiterando os princípios e diretrizes do SUS. Já o segundo projeto, privatista, atribui ao mercado a responsabilidade dos serviços de saúde, ampliando diferentes formas de serviços e seguros de saúde; com a mínima ação do Estado para com as políticas sociais, precarizando e sucateando o público.

Denota-se que, se por um lado o SUS garantiu direitos, por outro lado, a sua efetivação é reverberada pelas contradições. Os tensionamentos diante desta precarização vivenciadas - tanto pela população, quanto pelas/os trabalhadoras/es dos serviços de saúde – emanam respostas paliativas que, embora não resolvam o problema fulcral (que está na equação da lógica capitalista), minimizam as inquietações. Uma destas tentativas apresentadas, sobretudo nas Conferências de Saúde, foi o debate da humanização em saúde, com destaque a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – apresentada a seguir.

PNH: surgimento, princípios e diretrizes

A realidade contraditória deflagrada com a implantação do SUS gestou-se tentativas parcas (embora necessárias) de equacionamento dos problemas. E, sem ir à raiz da pandemia chamada capital, as estratégias construídas em sua maioria recaem no foco dos serviços que tem a população usuária e os/as trabalhadores/as seus maiores expoentes.

Sob este fio condutor que a chamada humanização emergiu, no bojo dos anos 2000, como um dos remédios paliativos para o enfrentamento dos sintomas e dos sinais que sufocavam o SUS. Vale ressaltar que este contexto foi marcado pela contenção de gastos e pela regulação mercantil das políticas públicas sociais alavancadas pelo “[...] projeto neoliberal, que gerou diversos problemas (superlotação, falta de recursos, precarização) no campo do acesso e da

qualidade dos serviços públicos com impactos diretos no trabalho, gestão e cuidado em saúde” (Castro; Oliveira; Resende, 2018, p.68).

Ressalta-se, ainda, que a humanização foi debatida como pauta da luta pela qualidade dos serviços desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em dezembro de 2000, intitulada de “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. O relatório final desta conferência trouxe questões sobre a falta de verbas, ausência de política de recursos humanos, dentre outros apontamentos que tangenciam a necessidade de construir ações que primam pela qualidade dos serviços prestados com vistas a estratégias para a efetivação da humanização das políticas de saúde. E, embora o relatório sinalizou que a falta de recursos materiais era um dos aspectos que contribuiu para a diminuição da qualidade dos serviços prestados – dada as condições de trabalho a que o trabalhador/a está submetido/a -, as ações empreendidas não aprofundaram o debate em torno das contradições impetradas frente aos interesses políticos, sociais, econômicos, culturais dentre outros elementos que gestam feridas insanáveis para o SUS.

Neste escopo que se deu os desdobramentos e ações relacionados à humanização. Inicialmente com a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com vigência entre os anos 2000 e 2002. Outra decorrência da 11ª CNS se deu com a criação da Rede Nacional de Humanização que contribuiu significativamente para ampliar os direcionamentos sobre a humanização. Essas ações deram os bases materiais e sociais para a publicação da Política Nacional de Humanização em 2003, pelo Ministério da Saúde, após muitas denúncias de maus tratos relacionadas ao âmbito hospitalar e ampliando a discussão sobre a humanização para além dos serviços hospitalares.

As ações que envolvem a PNH foram pensadas em um conjunto de mudanças, sempre articulando os três sujeitos considerados primordiais para ampliação desse programa: os gestores, os trabalhadores e os usuários, na perspectiva de construir diálogo entre as partes. De tal forma, reforçou os princípios da política, mesclando o contato dos usuários com os trabalhadores na organização da gestão, sendo ativo nos processos de produção da saúde e

principalmente nas tomadas de decisão, no intuito de cessar um sistema sobremodo hierarquizado.

Diante dos ideais ético-políticos, a PNH sinaliza um “SUS que dá certo”, tendo em vista os desafios que o sistema público de saúde possui, sem adquirir um caráter de uma política com novas recomendações emergenciais, mas que prezam e agregam no cotidiano do SUS.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Em suas características destaca-se: o bom relacionamento entre profissionais e pacientes, proporcionando o acompanhamento desde o acesso até a recuperação da saúde; a redução das filas de espera; a tomada de decisões entre usuários, gestores e trabalhadores (sobretudo nos espaços democráticos como os Conselhos e as Conferências); a constituição da rede de serviço em que cada região se responsabiliza por seu território; ambientes que ofereçam um local de trabalho saudável e acolhedor, qualificando os trabalhadores, identificando as necessidades com trocas e construção de saberes, criando o comprometimento para com a qualidade dos serviços prestados.

Em consonância com os direitos de saúde, a PNH trouxe em suas diretrizes a importância de se construir espaços confortáveis, não só às/aos usuárias/os, mas também às/aos trabalhadoras/es. Para tanto, faz-se necessário mudanças no processo de trabalho, investimento e valorização das/os trabalhadoras/es, assegurando a qualificação destas/es profissionais, bem como sua participação nas tomadas de decisões, por isso, a necessidade de gestar condições para a autonomia sujeitos/as e sua corresponsabilidade no processo de produção e promoção em saúde.

Em virtude do que a PNH representa para os enfrentamentos dos desafios nos serviços de saúde, sobretudo a partir das mobilizações sociais e de denúncias que, no ano de 2006, ocorreram investimentos em atividades extensivas nos serviços hospitalares com objetivo de ampliar a grupalidade (conjunto de indivíduos composto por trabalhadores, usuários, familiares, com o propósito da transformação da produção de saúde) que é presente como exigência para que a política se operacionalize, obtendo referências nas práticas de saúde em diálogo com os cidadãos em respeito e valorização das necessidades identificadas.

Vale ressaltar que, para que possa humanizar é preciso compreender e ampliar o conceito de saúde-doença, pois configura-se como uma das complicações nos atendimentos para com os/as usuários/as, na medida em que este/a é visto apenas como alguém que possui algum tipo de doença naquele momento. Segundo Nogueira e Mito (2006), não é possível pensar em condições de saúde sem antes percorrer um olhar crítico em todos os condicionantes biológicos e sociais que rodeiam as relações sociais e que interferem nas necessidades de saúde.

Neste sentido, diga-se por seres sociais marcados por transformações societárias advindas do século XXI e XX com o capitalismo desenfreado, logo, sujeitos de uma sociedade que é demarcada pelo meio físico em que vivem (geográficas, habitacionais entre outros), por meios socioeconômicos e culturais (educação, lazer, hábitos), e todas as singularidades nas mediações necessárias com a universalidade e a particularidade que expressam relação saúde-doença e que



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

perpassam a totalidade da vida em sociedade – questão fundante que possibilita o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e os trabalhadores.

Em vista dos fatos, é inescusável depreender que esta política, mesmo em suas duas construções realizadas até 2003, não responsabilizava o Estado por critérios necessários para financiamento de estruturas físicas e tecnológicas das instituições, tanto quanto, da valorização dos trabalhadores da saúde. As ações que são efetuadas pelo Estado, somente são executadas resultante de mobilizações advindas dos/as usuários/as diante das violações de direitos. Apenas os/as usuários/as não são autossuficientes para alcançar toda uma estrutura.

Assim sendo, é preciso entender a saúde como um conjunto de situações da questão social, não devendo ser analisada de forma desconexa, pois isso implica diretamente no que diz respeito a diversas situações cotidianas, como exemplo, as filas de espera, que devido a dependência da gestão para com os repasses públicos não cumprem com a demanda de infraestrutura para proporcionar ordenamento e qualidade durante o processo de espera até o atendimento médico, acarretando em insatisfação e violação de direitos.

Afinal, a privatização que se engendrou na saúde acabou por negligenciar a autonomia de atendimento e serviços que a gestão pública deveria obter, já que a iniciativa privada passou a ter o privilégio de gerir os recursos humanos do próprio Estado, impossibilitando deliberações provenientes das gestões.

No entanto, a contrarreforma na política de saúde, adensada nos Governos do PT, incidiu diretamente na grande mercantilização da área através, por exemplo, das Organizações Sociais (OS), das Fundações Públicas de Direito Privado e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Dessa forma, é perceptível um discurso que coloca em xeque a qualidade e o acesso ao serviço público e, ao mesmo tempo, tem-se a redução do Estado e o avanço da reprodução do padrão de acumulação capitalista, através de grandes privilégios para empresários e indústrias da saúde (Castro; Oliveira; Resende, 2018, p.70 apud Duarte, 2023, p.22).

Desta forma, pensar a humanização em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, requer considerá-la em sua dimensão política, garantido ações e serviços que possam ser acessados, construídos e avaliados pelos/as usuários/as como direito de saúde em sua totalidade (para além da ausência de doenças), na perspectiva da qualidade de vida - motivo este que se faz imperioso compreender a dimensão de acesso à saúde que defendemos.

Elementos norteadores para o debate do acesso à saúde como direito

No tocante ao debate do acesso à saúde, compreende-se como um conceito polissêmico e não estático, constituinte e constitutivo das relações sociais no bojo da conjuntura e da sociedade



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

que os insere. Nesse sentido, os direcionamentos na trajetória da política de saúde denotam uma compreensão que caminhou, muitas vezes, em parâmetros biomédicos no processo saúde-doença, com viés economicista – associado ao vínculo de trabalho.

Em muitos estudos sobre o acesso à saúde é debatido as barreiras que se interpõem para a efetivação do mesmo, com destaque às geográfica, cultural e social. Em nosso entendimento, a primeira grande barreira tem as marcas na contradição da sociedade burguesa que, sob os auspícios de seu projeto, foca as ações para mercado no aumento exponencial do lucro, em detrimento do serviço público, que se precariza e restringe seus serviços. Esses direcionamentos tendem a compreender o acesso de forma imprecisa, com caráter seletivo, focalizado e individual; esbarrando na tendência de responsabilizar as/os sujeitos/as envolvidas/os, seja usuárias/os e trabalhadoras/es, sem levar em consideração as forças estabelecidas no bojo da sociedade burguesa.

Portanto, o debate sobre acesso é multifacetado, exigindo a busca da totalidade, enquanto uma categoria mais ampla com suas bases materiais construídas e consubstanciadas na realidade; são elementos para além da acessibilidade institucional aos serviços prestados, abarcando: participação popular, controle social, tática, estratégias, equidade, autonomia, igualdade de condições dentre outros que garantam, por intermédio de ações, condições de luta e defesa como direito social.

Alguns autores como Castro; Travassos (2012) evidenciam que o princípio da equidade é o fio condutor que orienta os sistemas de saúde em vários países, e com isso, tal compreensão perpassa pela utilização dos serviços, mas ressaltam que seria importante a compreensão a partir dos modelos explicativos utilizados, introduzindo o debate das desigualdades sociais no acesso à utilização dos serviços. Desta forma,

Desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e na utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da “posição social” do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social (Castro; Travassos, 2012, p.183).

Coadunamos com a reflexão de que o debate do acesso está vinculado diretamente com a questão da equidade (um dos princípios fundantes do SUS), mas deve perpassar tanto a equidade nas condições de saúde (esta não circunscrito à doença), quanto equidade no acesso e na utilização dos serviços. Corrobora-se, ainda, que a classe trabalhadora vivência condições de saúde desfavoráveis no processo de adoecimento frente às desigualdades sociais a que estão expostas e, isso reverbera no cotidiano a partir do acesso na utilização de serviços de saúde. Inferindo que é um processo dialético intrínseco ao SUS e extrínseco a ele, mas que se



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

interrelacionam e que pioram a vida do sujeito social - ambos com a mesma raiz, a lógica do capital.

Conquanto vão se diferenciando porque a primeira (equidade baseada nas condições de saúde) tem sua centralidade na maneira como as relações entre capital trabalho se constituem, desdobrando na questão social, em suas expressões com fome, miséria, pauperismo, dentre outras que acentuam as debilidades do processo de saúde doença à população e, que não reúne condições objetivas, como por exemplo moradia digna, alimentação de qualidade, transporte, lazer. No que tange às desigualdades frente ao acesso e a utilização dos serviços, abrangem o modo como as políticas sociais se apresentam frente aos projetos em disputa

Reitera-se que o projeto privatista apoia a saúde suplementar, e para isso há a necessidade de sucatear os serviços público de diversas formas, desencadeando processos contínuos, sistemáticos e recorrentes de precarização que recaem nos/as trabalhadoras/es da saúde, nas/os usuárias/os, bem como na oferta dos serviços diante das demandas apresentadas – ressaltando que a oferta é uma condição precípua para compreender o acesso à saúde frente ao movimento dialético entre necessidade e demanda no processo saúde-doença, sem perder de vistas os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais.

Deve-se levar em consideração, ainda, as barreiras geográficas, financeiras e organizacionais. Esses fios condutores balizam a identificação das condições de acesso, no território miúdo do cotidiano, exigindo a compreensão de como se apresentam a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços à população, a aceitabilidade, o respeito às diferenças, a necessidade, as demandas, a oferta e sobretudo algo que vem sendo fundante nesse debate nos últimos anos e que perpassa o direito à informação.

A informação é essencial para a compreensão das dimensões de acesso. Estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo. Permeando a discussão, é importante ressaltar a noção de empoderamento (empowerment) para tomar as decisões bem-informadas sobre o uso dos serviços de saúde (Sanchez; Ciconelli, 2012, p.263).

Neste aspecto, a/o assistente social é um dos profissionais fundamentais para a democratização da informação, posto que não implica em repassar as informações sobre o processo de saúde-doença, com orientações e informações tendo o/a usuária/o enquanto agente passivo. É um processo que assume a democratização de informação de forma transversal nos atendimentos com vistas à construção de ações coletivas de enfrentamento, lutas e tensionamentos na defesa dos direitos.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Isso requer ações que extrapolam a saúde como ausência de doença, mas que a estabeleçam como qualidade de vida. Destaca-se que não é a qualidade de vida requerida pelo capital, em estar aptos ao mercado de trabalho, mas que rompam com determinantes estruturais e construam relações em que a equidade possa ser o caminho intermediário para o acesso à educação, moradia, lazer, transporte dentre outras que visem a emancipação dos/as sujeitos/as. É sob esses prismas que adentra o debate na luta anticapacitista, contrapondo a igualdade de oportunidade propagada pela lógica liberal, que compreende que todos/as têm oportunidade para concorrer, trazendo o esforço como fio condutor, responsabilizando o/a sujeito/a pelo seu “fracasso ou sucesso” na ordem capitalista. O compromisso assumido pelo/a assistente social deve ter como elemento central o reconhecimento das diferenças, requerendo ações, como já evidenciamos, com viés de equidade na perspectiva da justiça social e da emancipação.

Serviço Social e a Luta anticapacitista:

O capacitismo é constitutivo e constituinte no conjunto das expressões da questão social, objeto de trabalho da/o assistente social. Com isso, vem todas as decorrências deste processo, dentre eles o preconceito, que é compreendido partir das diferentes manifestações de opressão vivenciadas pelas pessoas com deficiência, inerentes ao modo de produção capitalista:

O materialismo histórico desenvolvido por Karl Marx indica que as relações sociais são construídas a partir das relações materiais de existência. O autor defende que a sociedade deve ser analisada através da interação dos seres humanos com a natureza e com outros indivíduos, tendo como base a forma como buscam a sobrevivência e suas condições concretas de vida (Marx; Engels, 2007, apud Mota, 2021, p.4).

Ou seja, o trabalho tem se constituído como elemento central para a compreensão das relações sociais no modo de produção capitalista, sistema este, que desumaniza e culpabiliza o indivíduo. Sendo assim, o próprio direcionamento ético-político da profissão de serviço social, historicamente construído na perspectiva crítica, nos dá embasamento na luta anticapacitista.

Atualmente, existe uma disputa entre o modelo médico e o modelo social da deficiência. O primeiro, diz respeito à lógica curativa, em que os sujeitos devem se adequar de acordo com sua lesão ou laudo, reduzindo-as a um corpo que precisa de reabilitação e individualizando a deficiência ao/à sujeito/a. Já o segundo, trata-se da dimensão social, que busca localizar estes/as indivíduos/as em seu contexto social e para além disso, considera o modelo estrutural dominante, ou seja, a sociedade capitalista. Destaca-se, ainda, que:

O marco teórico de criação do modelo social da deficiência da UPIAS (União das pessoas com deficiência física contra segregação) foi o materialismo histórico, que originou a tese que define a discriminação pela deficiência como forma de opressão social. A deficiência



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

passou a ser compreendida como uma expressão da discriminação compartilhada por diversas pessoas com diferentes tipos de lesões (Diniz, 2007, apud Mota, 2021, p.4).

A partir dessa análise, é possível construir elementos que comprovam que o contexto conjuntural e estrutural reforça a desigualdade social, e conseqüentemente, o capacitismo. Pois, no capitalismo as pessoas que não são consideradas aptas ao trabalho são naturalmente colocadas à margem da sociedade:

Uma vez que que o trabalho na sociabilidade capitalista representa uma condição real e objetiva do ser humano acessar melhores condições de subsistência, essa destrutividade do capital retira da pessoa com deficiência, bem como de toda massa de trabalhadores em geral, direitos sociais e possibilidades de melhores condições práticas objetivas de vida e de trabalho (Mota, 2021, p.11).

Desta forma, o capacitismo deve ser entendido e debatido a partir da ciência e das pesquisas, pois não se trata de solidariedade e/ou caridade às pessoas com deficiência e sim a busca por uma sociedade com mais justiça social. Portanto, é importante reafirmar o compromisso do Serviço Social com a luta anticapacitista, esta defesa tem como fio condutor um de nossos princípios, a defesa intransigente dos direitos humanos.

O Serviço Social passou por transformações significativas ao longo de sua história. Inicialmente concebido com ações vinculadas à Igreja Católica, tinha a pauta da justiça assumida no projeto profissional tradicional, mas com ações que eram desencadeadas sob os direcionamentos do neotomismo. Ao longo de sua trajetória sócio-histórica assumiu projetos diferenciados perpassando por matrizes de conhecimentos com bases positivistas, assumindo a abordagem funcionalista, estruturalista e fenomenológica. E, na luta para romper com esses projetos, antenado à crítica da realidade, constrói um projeto ético-político que reconhece e defende a classe que vive do trabalho, a partir de ações democráticas frente às questões que afetam a sociedade; promovendo pluralismo, igualdade e liberdade.

Neste sentido, rejeita as desigualdades inerentes à sociedade capitalista, o Serviço Social engaja-se na luta política contra um modo de produção que tem na exploração do trabalho a obtenção do lucro. Reitera-se seu compromisso na defesa da classe trabalhadora em contraposição à dominação da burguesia diante das condições objetivas, materiais e sociais a partir dos polos de mediação pela análise do prisma da (re)produção da vida; pela apreensão do ser social; e pela apreensão de seu próprio estatuto de assalariamento do/a trabalho profissional.

Esta lógica tem na defesa dos direitos humanos um de seus princípios norteadores para o trabalho profissional, posto que é da área, conhecidos como assistentes sociais.

Importante lembrar que somos herdeiros de uma cultura sócio-histórica fruto de um sistema econômico que prioriza as questões do capital em detrimento das questões humanas, o que



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

de certa forma explica o senso comum, mas não justifica. O senso comum importante componente da personificação do modelo de sociedade vigente, faz com que as pessoas não percebam a influência que ele exerce no pensamento cotidiano, podemos observar que é a partir dele que passamos por um tipo de estranhamento a uma realidade comum, como por exemplo: uma mulher que tenha preconceito contra outra mulher, um trabalhador que tem preconceito com outro trabalhador etc (Magri et al., 2013, p.04).

A luta contra o capacitismo é um componente essencial no contexto do Serviço Social contemporâneo, sendo incorporada em nosso Código de Ética Profissional desde 1993 como um princípio ético-político. Essa luta também se manifesta nas bandeiras de combate defendidas pelo Conjunto CFESS-CRESS e é expressa por meio de resoluções e deliberações aprovadas pela categoria ao longo dos anos, as quais ganham materialidade no bojo da sociedade em que se insere frente às contradições apresentadas no cotidiano profissional.

A/o Assistente Social desempenha um papel essencial na luta contra o capacitismo trabalhando na defesa dos direitos das pessoas com deficiência, implementando políticas que garantam acesso e a emancipação diante das contradições que se expressam à/aos estes/as sujeitos/as sociais nas diferentes políticas sociais, dentre elas a política de saúde.

Compreendemos que a política de saúde, assim como as demais, expressam uma das grandes contradições da sociedade capitalista, posto que ao mesmo tempo que é um instrumento para amenizar as desigualdades sociais, ela expressa interesses burgueses - sofrendo todas as insurgências deste processo. Mas deve ser considerada, também, um espaço de disputa no interior do Estado, emergindo pressões, lutas e tensionamentos que possibilitem o acesso das pessoas com deficiência. Iamamoto (2008) evidencia que as políticas sociais no capitalismo são marcadas por uma tensão constante entre seu potencial emancipatório e sua função de controle social.

É neste escopo que o trabalho do/a Assistente Social se insere, enfrentando os desafios de um projeto societário hegemônico que prima pela mercantilização das ações sociais, rebatendo em grandes deficiências como a falta de recursos e a resistência institucional à mudança, o que exige um compromisso contínuo com a defesa da justiça social. Estas barreiras não só dificultam a implementação de práticas anticapacitistas, mas também perpetuam a discriminação e as desigualdades que afetam profundamente a vida das pessoas com deficiência.

As barreiras sociais e atitudinais reproduzem e acentuam discriminações e desigualdades que atravessam diversas dimensões da vida das pessoas com deficiência. É por isso que a pauta da não discriminação da pessoa com deficiência e não produção de preconceitos está presente no projeto ético-político profissional e, portanto, deve perpassar cotidianamente o processo de trabalho de assistentes sociais nas políticas sociais e nas suas articulações com entidades e movimentos sociais de luta por direitos e pela superação das relações sociais calcadas na exploração dos homens. Inclusive é princípio ético fundamental o próprio exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, tanto nos espaços ocupacionais,

quanto em atividades coletivas de participação política, controle social e capacitação (Arantes, 2019, p.18).

A luta anticapacitista ainda precisa avançar dentro e fora da categoria uma vez que situações e atitudes capacitistas estão presentes não somente nos locais de trabalho em que assistentes sociais estão inseridos/as, mas também são reproduzidos pelos próprios profissionais em Serviço Social que insistem em reforçar a dimensão biomédica da deficiência, contrapondo um atendimento que compreenda as contradições e expressões da questão social em que aquele/a usuário/a está inserido/a e imprimam ações em consonância com os compromissos expressos nas pautas e nas lutas assumidas coletivamente pela categoria de Assistentes Sociais.

Considerações Finais

Os debates empreendidos até o momento – final para este artigo, mas ponto de partida para novas reflexões – denotam-se que as estratégias das ações de humanização em saúde são gestadas num contexto tanto de reestruturação produtiva, quanto da “Reforma gerencial do Estado”. E, mesmo quando inferem a qualidade, assim o fazem a partir da lógica requerida pelo mercado; espaço que emerge das políticas sociais, dentre elas a política de saúde, hoje expresso por um Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora represente avanços significativos na realidade brasileira, fruto de lutas, tensionamentos e mobilizações de vários setores da sociedade civil, a lógica do capital alavancadas pela ofensiva neoliberal trazem grandes contradições para sua efetivação.

Essas contradições se manifestam tanto na precarização das condições de trabalho dos/as profissionais de saúde, quanto na dificuldade de acesso a serviços de qualidade para a classe trabalhadora. A mercantilização da saúde desafia os princípios que fundamentam o SUS, resultando em um cenário onde a lógica do mercado frequentemente se sobrepõem às necessidades humanas. Neste sentido, a humanização em saúde exige romper com ações imediatas e superficiais, abarcando a política de saúde no escopo das políticas sociais na luta coletiva não apenas para a defesa do SUS, mas contra a desigualdade social. Nesse contexto, os/as assistentes sociais têm um papel fundamental na defesa dos direitos dos/as usuários e na luta contra a desumanização das práticas de saúde e na defesa de seu acesso à saúde.

A defesa do acesso embora fundante para a saúde, e demais políticas sociais, não pode ficar circunscrita à territórios específicos, posto que isso reduziria à singularidade despedida de mediação, reproduzindo ações individualizadas e responsabilizando o/a sujeito/a social. Essa defesa deve ser enfrentada coletivamente, suplantando o compromisso político de uma classe



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

profissional e corroborando para que seja o compromisso de uma classe social, rompendo os grilhões burgueses com vistas a uma nova sociabilidade.

Referências

ARANTES, M. F. **Discriminação contra a pessoa com deficiência**. Brasília/DF: CFESS, 2019. (Série Assistente Social no Combate ao Preconceito, 7).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética profissional da e do Assistente Social**. Brasília/DF, 1993. Disponível em:
https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 28/05/2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5.10.1988. Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15/05/2024.

BRASIL. **Cadernos Humaniza SUS: Atenção Hospitalar**; Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf Acesso em: 17/06/2024.

BRASIL. **Legislação federal: princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização**. Brasília/DF, 2011. Disponível:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_federal_humanizacao_2011.pdf Acesso em: 17/06/2024.

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

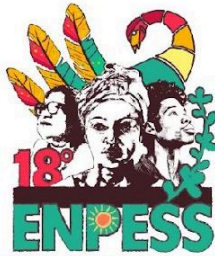
GONÇALVES, C. A. **Direitos à saúde: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006**. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo/SP. 2006.

LIMA, L. D; NORONHA, J. C; MACHADO, C. V. “O Sistema único de Saúde – SUS”. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro/RJ: Editora FIOCRUZ, 2012.

MAGRI, E.; OLIVEIRA, A. B. de; PANTALEÃO, L. H.; FIORINI, V. “Direitos humanos e o serviço social”. In: **CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 1, 2013, Florianópolis. Florianópolis: CRESS-SC, 2013. Disponível:
<http://cress-sc.org.br/wpcontent/uploads/2014/03/Direitos-Humanos-e-oServi%C3%A7o-Social.pdf>. Acesso em: 28/05/2024.

MARX, K. e ENGELS, F. **Ideologia Alemã**. São Paulo/SP: Boitempo, 2007.

MOTA, D. C. S. “SOCIEDADE CAPITALISTA, TRABALHO E PESSOA COM DEFICIÊNCIA: análise de uma inserção marginalizada no contexto social”. In: X Jornada Internacional Políticas Públicas (JOINPP) – **Trabalho Alienado, destruição da natureza e crise de hegemonia**:



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

consciência de classe e lutas sociais na superação da barbárie. São Luís/MA: UFMA, código 387, 2021. Disponível:

https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaold_613_6136123fb792623b.pdf Acesso em: 28/05/2024.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. “Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais”. In: MOTA, A. E., et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** ABEPSS/OPAS, 2006.

PAIM, J. S.; ALVES FILHO, N. de A. “Saúde Coletiva: uma ‘nova saúde pública’ ou campo aberto a novos paradigmas?” **Revista de Saúde Pública,** São Paulo/SP, v. 32, n.4, p. 299 – 316, agosto. 1998.

PASCHE, D; PASSOS, E; HENNINGTON, E. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização:** trajetória de uma política pública. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSww7PFbfhz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14/06/2024.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. “Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde”. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro/RJ: Editora FIOCRUZ, 2012.

DUARTE, A. P. **Os princípios e diretrizes do sistema único de saúde e a política nacional de humanização.** Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Goiânia/GO: UFG/HC/ Ebserh, 2023.