

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

TASSIANE LEMOS PACHECO

TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA ORGANIZAÇÃO
SOCIAL: DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM
FAMÍLIAS

Porto Alegre, RS

2014

TASSIANE LEMOS PACHECO

TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA ORGANIZAÇÃO
SOCIAL: DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM
FAMÍLIAS

Monografia apresentada no Curso de Serviço Social
do Instituto de Psicologia na Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora Prof.^a Dr.^a: Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a todos que possibilitaram que o meu sonho de cursar uma universidade federal se tornasse realidade, seja através de contribuições e impostos ou através dos dias e noites que me foram dispensados em prol de um único desejo.

Agradeço aos meus pais Alda e Renato, por me ensinarem que vergonha não é ser pobre, negra, mãe de filhos, em uma universidade historicamente conquistada pela elite social. Vergonha é desistir do sonho na metade, vergonha é ver as desigualdades sociais e fingir não ver nada. Agradeço a eles a educação, a perseverança e os exemplos de vida destas pessoas que nunca desistiram, meus guerreiros, amo vocês.

Agradeço aos meus irmãos Adriana, Alice, Rejane e Tatiana, aos meus cunhados Galvão e Mauro, pelo amor incondicional, pelo caminho trilhado, pelo colo nas horas mais difíceis, pelo dinheiro do Xerox, ou por simplesmente dizer: “só tu mesmo” me fazendo acreditar que eu sempre conseguiria ir mais longe.

Agradeço em especial ao meu irmão Regis e minha cunhada Giselle, por fazerem da minha vida às suas vidas, não só por cuidarem da minha filha tão bem, cuidar qualquer um cuida, mas amar e transmitir este amor constantemente, é tarefa para raros.

Ao meu companheiro e amigo de todas as horas Eduardo, que me acalmou quando eu não conseguia mais escrever, me fez rir quando eu levava a vida a sério me fazendo viver, exatamente do jeito que a vida quer, feliz.

Aos meus sobrinhos, Ana Carolina, Caio, Davi, Diego, Daniel, Jeanderson e Rafael por serem a minha mais linda experiência com vidas recém-chegadas no plano terrestre, amo muito vocês e, por favor, estudem, podem ter certeza que uma pá é mais pesada que uma caneta.

Agradeço a família que tive a oportunidade de escolher Bárbara, Bruna, Camila, Francielle, Juliane, Lauana, Manuela, Thaianne, Thais e Vanessa, “Clã e Bonde Andando”, por terem me adotado no primeiro dia de aula, por me ensinarem que amizade não morre, e cresce mediante a distância e dificuldades.

Agradeço aos meus colegas de curso por acreditarem e respeitarem sempre a minha caminhada, e muitas vezes verem em mim um exemplo que nem eu conseguia ver, Guilherme, Mariele entre outros tantos.

Agradeço à extensão de mim, minhas irmãs de vida Renatha Maçãs e Viviana Vigil, cumplicidade, amizade e gratidão são palavras que só fizeram sentido com vocês na minha vida.

Agradeço a Dona Cesila, Sr Wadico, Rodrigo, Fabiana, Gabriela e Tiago, por estarem nesta caminhada, indiretamente e diretamente guardando o meu tesouro mais precioso, meu filho.

Agradeço ao corpo docente do curso de Serviço Social desta Universidade, que tão sabiamente me conduziu até onde estou. Especialmente à minha amada orientadora Profª Drª Jussara Mendes, as minhas eternas “supers” Profª Alzira Lewgoy, por ter me ensinado a frase que carregarei para a minha vida profissional “*Tem que desvelar o aparente do real*” e Profª Miriam Dias, por acreditar no meu potencial. Aos professores Sérgio Antonio Carlos, Tiago Martinelli, Tatiana Reidel, Dolores Wunch, Rosa Castilhos, Vanessa e Mailiz, muito obrigada do fundo do coração.

Agradeço aos ensinamentos das minhas supervisoras de campo, Deise Coferi, Verônica Marinho em especial a minha supervisora e colega, Roseli Carvalho Vargas, exemplo de profissional, mulher e guerreira.

Por último, mas não menos importante agradeço às duas pessoas que me puseram no mundo, me fizeram descobrir sensações que eu nunca tinha vivenciado, e experimentar o amor, amor este que senti antes mesmo de conhecê-los, meus filhos, meus amores. Vocês são muito corajosos, por aguentarem a distância, a ausência de uma mãe, e mesmo assim ao me encontrar dizer que eu sou a melhor mãe do mundo, não é a toa que vocês são “os tigrinhos”, se cheguei até aqui, foi para dar um futuro melhor para vocês, não financeiramente, e sim lutando pelos nossos direitos, a luta é amor.

Enfim, agradeço de todo coração, aqueles que respeitaram cada discussão acalorada, cada lágrima, cada suor, cada sorriso. Tenho certeza que este é só o início de uma longa caminhada dentro do Serviço Social, e ao longo do percurso certamente não abrirei mão de suas companhias.

O mundo

“Um homem da aldeia de Negu • no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus. Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas. — O mundo é isso — revelou — Um montão de gente, um mar de fogueirinhas. Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.”

(Eduardo Galeano)

RESUM O

O presente trabalho de conclusão de curso tem sua origem através da experiência do estágio curricular obrigatório em serviço social realizado em uma Organização Social na área da saúde em Porto Alegre / RS. Através da inserção neste campo verificou-se a necessidade da articulação do trabalho do Assistente Social em conjunto com as famílias a fim de que se rompa com as práticas *familistas* preconizadas a partir do período da reforma do Estado onde ocorre a minização do papel do Estado e como saída certifica-se a participação da população no que se refere concepção e manutenção dos direitos sociais. A livre abertura do mercado passa a ser um dos preceitos fundamentais na gestão da máquina pública, assim, a minimização do Estado posiciona-se a favor da participação de entidades privadas na execução e manutenção do serviço público, propondo que estas sejam agentes na garantia de direitos tendo como seu principal parceiro a população. Embora, estes conceitos estejam situados durante as décadas de 80 e 90, as práticas *familistas* e privatizadoras dos direitos sociais. Tais práticas ainda estão muito presentes, incorporadas através de processos de trabalho desgastados e do sucateamento dos serviços público. Para tanto, agrega-se a necessidade de participação do Assistente Social nas Organizações Sociais na área da saúde, a fim de que se possa garantir o controle da população no que diz respeito a livre efetivação dos seus direitos e, ainda sim, se confrontando com a contradição da inserção do profissional em um campo privado como possibilidade de trabalho. Tais questões refletem o processo de precarização do trabalho vivenciado pelos assistentes sociais e para a necessidade a de refletir sobre as iniquidades sociais que interferem neste processo, correspondendo às políticas públicas que efetivam um ciclo gradativo entre o não acesso a direitos mínimos, na responsabilização da família pelo tratamento das crianças com serviços de saúde sucateados e a busca de organizações sociais para complementar o acesso à esse direito.

Palavras-chave: Serviço Social, Políticas Sociais, Família, Determinantes Sociais em Saúde.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- MODELO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE PROPOSTO POR DEIHGEN E WHITEHEAD	62
Gráfico 1 - ATENDIMENTOS REALIZADOS NA ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	62
Gráfico 2 - RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA OU ADOLESCENTE NA INSTITUIÇÃO	63
Gráfico 3 - INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO À OSS ..	64
Gráfico 4- SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ENCAMINHAMENTOS NA OSS	64
Gráfico 5-NUMERO DE VÍNCULO FRATERNAL POR ACOMPANHAMENTO	64
Gráfico 6 - QUANTIDADE DE PESSOAS QUE RESIDEM NA MESMA CASA	65
Gráfico 7 - SITUAÇÃO HABITACIONAL DAS FAMÍLIAS	65
Gráfico 8 - FAMÍLIAS NAS QUAIS CRIANÇAS ACESSAM AO DIREITO DA PENSÃO ALIMENTÍCIA	66
Gráfico 9 - FAMÍLIAS QUE ACESSAM O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	66

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. POLÍTICAS SOCIAIS, ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA	11
2.1 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: novos campos de trabalho para o assistente social? ...	26
2.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS FAMÍLIAS: entre a adesão e o abandono ao tratamento	35
3. DETERMINAÇÕES SOCIAIS, CULTURAIS E POLITICAS: Implicações para atenção á saúde desses sujeitos	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
5. REFERÊNCIAS	57
6. ANEXOS	62
7. APÊNDICE	67

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) busca refletir a cerca dos processos vivenciados ao longo da formação acadêmica, com ênfase no estágio curricular obrigatório em Serviço Social I, II, III. Para tanto se faz necessária à contextualização do local onde foi desenvolvido o estágio obrigatório e também os temas abordados no projeto de intervenção.

Em uma organização não governamental foi realizado o estágio o qual passo a descrever e refletir sobre a sua realização, que ocorreu no período de abril de 2014 a outubro de 2014. A mesma é especializada em atendimento de saúde para crianças e adolescentes, na zona leste do município de Porto Alegre. Nesse local desenvolvi o projeto de intervenção intitulado “A importância da família e do território na adesão ao tratamento” com o objetivo de refletir sobre a importância do contexto sócio familiar da criança e do adolescente em tratamento na instituição e, ao mesmo tempo promover o conhecimento adequado dos serviços sócio assistenciais e de saúde disponíveis no local onde se situa a instituição.

Este projeto nasceu do conhecimento desenvolvido durante a graduação em Serviço Social, da articulação do processo de aprendizagem do estágio curricular obrigatório.

A partir da prática, foi perceptível a necessidade de refletir sobre as implicações que impediam o acesso ao tratamento de saúde de crianças e adolescentes. Após passagem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) as crianças e adolescentes são encaminhadas a Organizações Sociais (OSS) em busca de tratamento adequado. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) está diretamente relacionada à manutenção do acesso a estes direitos uma vez que somente através do convênio com a Assistência Social é permitido o repasse de verbas.

Assim, o presente trabalho de conclusão de curso apresenta uma reflexão sobre o papel desempenhado pela família na instituição, o que é esperado dela nesta complexa relação e o trabalho do assistente social neste contexto. Os desafios enfrentados pelo assistente social na atenção a famílias em situações singulares, neste caso mais especificamente, a saúde de seus dependentes. A família é reconhecida centralmente como responsável pelo desenvolvimento de seus membros, mas que no desenvolvimento deste trabalho considera-se: “uma concepção de família e de suas relações com a proteção social pautadas nos fundamentos teórico-metodológicos da vertente crítico-dialética do serviço social” (MIOTO, 2010, p 173). Portanto, embasada nos princípios estabelecidos no código de ética profissional, e tendo a liberdade como princípio central.

O primeiro capítulo versa sobre o trabalho realizado em conjunto entre as políticas sociais e organizações sociais na área da saúde que forma estas e se complementam no que diz respeito ao cuidado com a família e seus dependentes. Esse capítulo busca explicitar a necessidade do trabalho articulado entre as diversas políticas sociais a fim de que possam subsidiar o acesso ao tratamento de crianças e adolescentes em organizações não governamentais. Fazendo-se necessário ainda, refletir sobre as organizações sociais como campo de possíveis articulações destas políticas em conjunto com usuários que delas necessitam.

No decorrer dos subcapítulos, ocorrerá uma aproximação sobre as organizações sociais e seu contexto de surgimento, explicitando o atual contexto no âmbito nacional e regional, proporcionando ainda, reflexão do campo de atuação do Assistente Social, através de uma perspectiva histórica, analisando e problematizando os entraves encontrados pelo Serviço Social, ao longo da história e quais permeassem na atualidade.

O segundo subcapítulo, pretende realizar uma aproximação sobre o trabalho que os Assistentes Sociais historicamente desenvolvem com as famílias, dando ênfase às que buscam acesso aos tratamentos na área da saúde na organização social estudada. Objetiva-se problematizar, a responsabilização da família quanto fator central na atenção à saúde da criança e do adolescente, além do trabalho que o Assistente Social poderá desenvolver, a fim de que estas famílias possam se reconhecer quanto sujeitos de direitos no uso contínuo da OSS, porém, reconhecendo a luta por uma saúde gratuita, igualitária e pública. Afirmando ainda, a participação popular, como diferencial no que se refere às políticas de Assistência Social e de Saúde.

O terceiro capítulo abordará as implicações sociais, econômicas e culturais, que impedem ou dificultam a permanência das crianças e adolescentes ao tratamento na organização. Trazendo através das falas dos usuários as dificuldades vivenciadas no seu cotidiano familiar, que incorporam as desigualdades sociais fruto do sistema capitalista.

O quarto capítulo expressará as considerações trazidas nos capítulos anteriores, bem como suas problematizações e proposições, no que diz respeito ao trabalho do Assistente Social com famílias nas organizações sociais, afirmando a necessidade do trabalho para além dos muros da instituição, que considere o seu contexto social, econômico, cultural e até mesmo ambiental, na manutenção das Políticas Sociais.

2. POLÍTICAS SOCIAIS, ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA

A conquista dos direitos sociais constitui uma perspectiva histórica em que o contexto de lutas possibilitou que os benefícios sociais não fossem mais um advento da minoria, no caso, aquela que vendia sua mão de obra em prol da manutenção do capital.

No Brasil a luta pelos direitos sociais tem seu início no governo Getúlio Vargas, na década de 30, as mudanças relacionadas ao trabalho potencializavam a perspectiva de lutas deste contexto social, que, logo após teriam como resultados o 13º salário, férias remuneradas entre outros direitos do trabalhador. Em consonância com o crescimento dos direitos sociais, a precarização do trabalho cresceu, relacionando os adoecimentos com a lógica de trabalho desenvolvida pelo capital, desta forma, a luta pelos direitos sociais tomava corpo dentro e fora das fábricas, em busca de direitos para uma maioria de trabalhadores e trabalhadoras;

“É, portanto, nesse panorama antagônico do capital que os direitos sociais trabalhistas, pauta de luta da classe trabalhadora - desde a República Velha por redução da carga horária de trabalho, férias remuneradas, descanso semanal e melhores condições de trabalho, etc. - que o Estado reconhece as reivindicações advindas dos movimentos grevistas que se concebiam naquele período como ameaça a oligarquia dominante e colocavam em xeque o projeto de industrialização brasileira”. (SILVA e ALMEIDA, 2011.p 2)

No ano de 1964, com a instauração do regime autocrático, verificou-se a necessidade de ampliação das Políticas Sociais a fim de que fossem garantidos os direitos civis e políticos. Desta vez incluindo através de contribuição algumas categorias de trabalhadores como rurais e autônomos a criação de fundos e mecanismos de autofinanciamento para programas sociais.

Nas décadas de 70 e 80 as propostas de lutas pelos direitos sociais se mantiveram como pauta da sociedade, no entanto o cenário estabelecido favorecia uma hegemonia neoliberal, que por sua vez postulava a acumulação do capital acima das forças produtivas, seguindo a primazia de outros países. Contudo, o cenário econômico passou a ter fortes modificações pondo um ponto final no “Milagre Econômico Brasileiro”¹.

Ainda na década de 70, a estabilidade econômica possibilitou que houvesse aumento nos direitos sociais, a política social deixou de se configurar um simples complemento ou extensão da economia, e passou a se firmar como um meio importante de acumulação de riquezas (PEREIRA, 2007), no entanto nos anos seguintes os empregos aos poucos

¹ Nome atribuído ao período de 1964 a 1973, onde o desenvolvimento econômico do país atingiu níveis elevados associado a reformas anteriormente realizadas.

necessitavam de mão de obra qualificada, criavam-se desta forma exércitos de reserva e bolsões de pobreza, dentro desta lógica e com a minimização do estado os critérios de contribuição deixaram de existir, partindo do entendimento que o Estado deve propor as condições ideais para a sobrevivência da população. Os benefícios sociais mostraram-se de suma importância na redução das desigualdades sociais, em que pense as necessidades sociais geradas devido à redução das vagas de trabalho. O interesse ao livre mercado toma características acentuadas no contexto brasileiro, a ideia foi reduzir o papel do Estado, realizar o ajuste fiscal e limitar as possibilidades públicas por meio da trilogia, descentralização e focalização (BARBOSA, 2004). O interesse às privatizações aparece inerente ao contexto dos acontecimentos que impulsionaram as formas particularizadas de buscar ao atendimento, e por consequência, o enfraquecimento das políticas sociais.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 a seguridade social passou a ser parte integrante dos direitos sociais brasileiros, composto pelas Políticas de Assistência, Previdência e Saúde, conforme o art. 194 da Constituição Federal;

“Art. 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 gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores”. (BRASIL, 1988)

No entanto mediante ao contexto da década de 80 em que o mercado de trabalho sofre grandes alterações, com o crescimento da inflação e a minimização do Estado, uma parte da população se encontrava sem emprego e necessitava de benefícios como forma de complemento de renda, este percentual da população estava inserido em relação de trabalho estável e que não têm direito ao benefício contributivo, tornam-se potenciais demandantes da

lógica social. A outra parte, aquela que contribuía ativamente, passou a ver a Política Nacional de Assistência Social como uma política que favorecia a população realmente marginalizada e sem perspectivas de trabalho. No entanto, os princípios propostos no Art. 194 da Constituição Federal não foram amplamente materializados, favorecendo uma minoria política que vendia a ideia de que o Estado não possuía fundos suficientes para abarcar mais esta demanda;

“A onda neoliberal que assolou o país a partir da década de 1990 foi determinante para o desenvolvimento de uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais. A crise econômica vivida no país foi conduzida por um Estado que não assumiu compromissos redistributivos e o “conceito retardatário, híbrido, distorcido ou inconcluso da seguridade social brasileira, conforme apontam importantes pesquisadores do tema, encontrou dificuldades antigas e novas ainda maiores para se consolidar” (BOSCHETTI, 2009, p. 158).

A partir desta crise econômica, o não compromisso do Estado, incorpora nas suas práticas ações que são desenvolvidas, conforme a inserção do mercado na esfera pública onde o Estado deixa de assumir riscos, e começa a dividi-los com instituição de fins privados.

A seguridade social no Brasil é inspirada nos modelos Bismarkiano e Beveridiano, alemão e inglês respectivamente. O primeiro, modelo Bismarkiano, vindo da Alemanha, teve o seu início após a segunda guerra mundial e tinha como principal característica o caráter contributivo, ou seja, desfrutariam dos benefícios dos fundos de pensões somente aqueles que contribuíssem previamente, podendo deixar a contribuição no caso de seu falecimento aos entes próximos, dando origem ao modelo da Previdência Social Brasileira. O modelo Beveridiano, importado da Inglaterra, era baseado na contribuição de impostos que geravam um fundo, teriam acesso a eles os contribuintes e em algumas situações em específicos cidadãos que necessitassem do apoio do Estado a fim de minimizar as desigualdades sociais economicamente vivenciadas por determinado segmento populacional. Este último modelo atualmente corresponde as Políticas de Saúde e de Assistência Social;

“No Brasil, os princípios do modelo Bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo Beveridiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social” (BOSCHETTI, 2006 p.8).

O modelo utilizado no Brasil é um modelo misto e embora as políticas sociais finalmente estivessem sendo garantida através da Constituição Federal, a efetivação das

mesmas ocorrem parcialmente, deixando parcelas da população descobertas, sem proteção social. A questão econômica tem sido o grande entrave, expresso na falta de investimentos, em combinação que penaliza a sociedade na medida em que o Estado privatiza os direitos da população. No contexto da reforma do Estado brasileiro, induzida pela ideologia neoliberal, abrem-se as portas ao acesso livre do mercado e distanciam-se de sua função como regulador, das relações com a sociedade. Deixando claro o seu posicionamento em relação ao desmonte do estado de bem estar social, conforme apontado por Netto e Braz (2006, p.226) “a tentativa do capital é clara: destruir qualquer trava extra econômica em seus movimentos”.

Este processo de redução de investimentos e desvinculação das receitas culmina em largo processo de privatização, onde o Estado abre a suas portas para o livre acesso e circulação do mercado, que a partir daí passa a atuar como regulador. Com os cofres públicos esvaziados, as propostas compostas durante a década de 80 que antes eram calcadas na conquista de direitos, passam a ser encaradas como terreno de ocupação da agenda neoliberal, as políticas sociais foram consideradas serviços não exclusivos do Estado, neste setor o Estado divide a atuação com outras organizações públicas “não estatais” e privadas (SANTOS e GUTIERRES, 2012).

As atividades burocratizadas do estado dificultam o acesso aos serviços o que impossibilita que os usuários possam gozar plenamente dos seus direitos previsto por lei. A proteção social de um ponto de vista neoliberal exigia muito da gestão pública, desta forma a única solução encontrada pelo Estado foi à minimização das políticas públicas que passava por características como o esvaziamento dos serviços, diminuição do repasse de verbas e falta de investimento dos recursos humanos:

“Desta forma, o projeto neoliberal, que confecciona esta nova modalidade de resposta à “questão social”, quer acabar com a condição de direito das políticas sociais e assistenciais, com seu caráter universalista, com a igualdade de acesso, com a base de solidariedade e responsabilidade social e diferencial (todos contribuem com seu financiamento e a partir das capacidades econômicas de cada um)” (MONTAÑO, 2002).

A partir do crescimento das privatizações e facilidades frente ao acesso menos regulador do Estado, a proliferação de Organizações sem Fins Lucrativos ou Organizações Sociais passaram a ter considerável crescimento.

Em sua grande maioria as OSS tinham cunho religioso, o ensinamento era pautado no voluntariado, ou seja, os “favores” eram realizados por aqueles menos desfavorecidos,

algumas vezes algo poderia ser pedido em troca, como a participação em atos religiosos.

“Dessa forma, essa responsabilidade é repassada para a “sociedade civil” que irá responder a essas demandas da sociedade por meio de filantropia e através de práticas caritativas.” (MACIEL e FERNANDES, 2011).

Haja visto a grande manifestação destas organizações no território brasileiro, a partir dos anos de 1998 e 1999, a Lei 9.637/1998 dispõe sobre a qualificação de entidades como as organizações sociais, passou a estabelecer critérios para que fosse possível realizar o controle destas organizações dentro do território, além do controle e regulamentação das organizações, as enquadrava para que houvesse possibilidade de repasse de verbas, ou seja, garantiam a possibilidade de convênio.

As organizações sociais compostas pela sociedade civil viam que, mesmo com o incentivo governamental, a participação da sociedade ainda se fazia necessárias uma vez que esta participação daria visibilidade ao espaço importante nas relações sociais entre estado e sociedade de um povo que exerce seus direitos pela via que lhe é possível, prezado na construção de sua emancipação e autonomia.

O Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em pesquisa realizada no ano de 2010, aponta dados de crescimento contínuo das Organizações Sociais no Brasil as mudanças no tocante ao crescimento das organizações sociais mostram seus aumentos significativos (IBGE, 2010).

Segundo dados do IBGE, haviam 290,7mil Fundações Privadas e Associações sem fins Lucrativos (FASFIL) no Brasil, das quais 54,1 mil (18,6%) ligadas as áreas de saúde, educação, pesquisa e assistência social. O Rio Grande do Sul ocupa o terceiro lugar no ranking dos estados com a porcentagem de 21, 5% de FASFIL, ficando atrás somente da região sudeste com 44,2% e Nordeste com 22,9%, estando menos presente nas regiões Norte 4,9% e Centro-Oeste 6,5%. Em 72% (210,0 mil) destas instituições não possuíam sequer um empregado regulamentado, apoiando-se em trabalho voluntário e prestação de serviços autônomos. Nas demais, estavam empregadas, no ano de 2010, 2,1 bilhões de pessoas sendo intensa a presença feminina 62,9%. Porém a remuneração média das mulheres equivalia a 75,2% da remuneração média dos homens (R\$ 1.980,08), sendo para o total de assalariados, R\$ 1.677,00 mensais naquele ano. Quanto ao nível de escolaridade embora 33,0% dos assalariados destas entidades possuíssem nível superior, quase o dobro do observado para o total de organizações 16,6%, sua remuneração era de 5,8 salários mínimos, bem menores que a dos assalariados do total de organizações do Cadastro Central de Empresas (CEMPRE)

(IBGE, 2010).

Entre 2006 e 2010 observou-se crescimento de 8,8% das fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil, expressão significativamente menor que no período de 2002 a 2005 22,6%, e de 15,9% no pessoal assalariado, com aumento real de 6,2% nos salários médios mensais. Em números absolutos, o maior crescimento foi o das entidades religiosas, o que significou a criação de 11,2 mil entidades ou quase metade 47,8% do total das 23,4 mil criadas no período.

Através dos dados compilados pelo IBGE, o crescimento das organizações sociais configura-se como nova perspectiva de trabalho, para todas as áreas e ainda sim insere as famílias que necessitam de atendimentos a par dos seus direitos.

Em que pesem, as novas possibilidades de trabalho reformularam a relação compreendida entre este processo beira a contradição, uma vez que a inserção neste mercado latente, oferece aos seus trabalhadores perspectiva de trabalho no âmbito da gestão, pautado em prazos e acordos. Implicando a lógica da produção em tempo total daquele trabalhador, aferindo a esta prática as características do capitalismo monopolista.

No capitalismo monopolista, ‘a preservação e o controle contínuos’ da força de trabalho, ocupada o excedente, ‘é uma função estatal de primeira ordem’: não está condicionada apenas a aqueles dois vetores, mas às enormes dificuldades que a reprodução capitalista encontra na malha de óbices à valorização do capital no marco do monopólio (NETTO, 1996).

Deste modo o capitalismo monopolista faz com que as demandas dos trabalhadores passem a ser individuais contribuindo para o processo de não reconhecimento do trabalhador como categoria, produz uma forma de controle do trabalho, onde a desarticulação destes trabalhadores apresenta um sentido de retrocesso em conjunto com a desvalorização da sua força produtiva, e pelo estranhamento de ser sujeito coletivo.

O terceiro lugar ocupado pelo Rio Grande do Sul, entre os estados com mais instituições sem fins lucrativos, conforme pesquisa realizada pelo IBGE ressalta o quanto este setor tem tomado proporções no Estado na medida em que as Políticas de Assistência Social e de Saúde são complementares no que se refere aos atendimentos em saúde. Esta complementaridade acontece de forma com que estas políticas sejam privatizadas, priorizando sua transferência para o mercado ou sociedade civil, posteriormente estas políticas passam a ser focalizada, isto é, são oferecidos aos setores com mais carências populares e posteriormente são descentralizadas administrativamente, o que implica em descentralização financeira e normativa deixando a cargo de uma administração política (MONTAÑO, 2002).

Como de fato tem o ocorrido com os serviços da atenção básica, que em virtude da falta de recursos, tem encaminhado seus usuários a instituições privadas.

O progressivo aumento das Organizações Sociais principalmente na área da saúde propõe um desafio, pois ao mesmo tempo em que “garante” os atendimentos na área de saúde, proporciona esvaziamento das políticas sociais, realizando jogo de empurra-empurra onde o Estado realiza repasse de verbas as instituições conveniadas, no entanto não realiza as manutenções necessárias nas políticas sociais, acarretando crescente demanda que acaba por recorrer ao auxílio das instituições conveniadas, que por sua vez, recebem recursos que não condizem com as necessidades das instituições. Este ciclo de insuficientes recursos e mútuas cobranças permanece até esbarrar nas necessidades da população que em busca de atendimento, tornam-se alternativa viável para a manutenção das instituições que passam a oferecer serviços de qualidade duvidosa. Com este contexto, vai sendo descaracterizada a proteção social alcançada pelas Políticas Sociais, que prevê a participação popular e sua efetiva autonomia;

“Isso significa considerar a construção coletiva de um desenho institucional, abrangendo diferentes atores sociais, envolvendo-os com um modo de gestão da política de assistência social que seja capaz de priorizar a implementação das ações e investimentos (financeiros, organizacionais e de relação público-privado) compatíveis com as exigências das necessidades sociais postas pelo contexto da rede sócio assistencial” (FERNANDES e MACIEL, 2012 p.3).

Desta forma são estabelecidas relações de força entre o Estado e Sociedade Civil, tendo as OSS como elo, ainda que fragilizado, mediando estas relações de acesso a direitos. Compreender estas relações entre ambos implica em entender como estas relações têm sido produzidas e, principalmente, reproduzidas dentro da sociedade, visto que os atendimentos nestas organizações representam parcela mínima de responsabilização governamental por trás de um cadastro de conveniada.

A Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo território nacional as ações e serviços de saúde, tem em seu Art. 2º A Saúde como direito fundamental ao ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Desta forma esta Política daria possibilidades de estabelecer relação concreta de atendimentos de saúde com a sua população usuária através de seus investimentos em saúde. Segundo o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

(CES/RS), o Rio Grande do Sul tem sido o estado que percentualmente menos tem investido em saúde nos últimos 13 (treze) anos (CES/RS, 2014). Considerando como investimento no SUS, de acordo com a legislação em vigor, o percentual mínimo que deve ser aplicado é de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências (RLIT), resultando em somente 5,80% do percentual aplicado². Desta forma ao somarmos os percentuais que deixaram de ser aplicados, subtraindo o valor dos percentuais repassados, chegaremos ao montante de 75,5% que deixou de ser investido na área da saúde pública, que deveria incidir sobre toda RLIT desde o ano de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 de 2012. (BRASIL, 2000)

A Desvinculação de Receitas da União (DRU), também conta como fator importante no que se refere aos investimentos nas Políticas de Saúde e Assistência. Aprovada através da Emenda Constitucional nº 56 de 20 de Dezembro de 2007, a DRU divide opiniões, pois de um lado há quem se posicione contra a desvinculação, pois retém os gastos sociais e de outro o governo federal que defende a desvinculação, com argumento de que seria imprescindível para manter a estabilidade econômica. Em suma, a DRU é um mecanismo que possibilita que partes das receitas e impostos não sejam obrigatoriamente destinadas a determinados fundos, sendo destinados 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais para o seu domínio.

Desta forma, é possível compreender o fato de investimentos em saúde no RS estarem em decréscimo em relação aos demais estados brasileiros, e ainda sim relembra o Art. 2º anteriormente citado, relacionado ainda ao Art. 24º da lei 8080/90:

“Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área o sistema único de saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços da iniciativa privada”.(BRASIL, 1990)

As velhas práticas privatistas dos anos 80 ainda estão presentes, evidentemente muitas coisas têm se modificado, no entanto a lógica da reprodução social da era neoliberal repercute desqualificando e despolitizando os serviços de saúde, criando uma caricatura de tudo o que é público.

Contudo, se a família necessita de atendimento para a criança, é necessário acessá-lo de alguma forma, pondo fim à agonia vivida por aqueles que buscam por algum serviço de saúde. Ainda com base na Lei 8080/1990, o SUS tem como porta de entrada a Atenção Básica (AB), composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família

² Percentuais aplicados em saúde pública da receita líquida de impostos e transferências (RLIT) com recursos próprios do Rio Grande do Sul, conforme resolução 322/2003 do CNS, Portaria 2047/2002 do Ministério da Saúde – MS e Lei 141/2012.

(ESF). No Brasil uma das principais características da atenção básica é a descentralização e a capilaridade, que possibilita que os atendimentos possam ser realizados mais próximo de onde ocorre a vida das pessoas, priorizando ainda o contato com os usuários. Desta forma é fundamental que AB esteja sempre em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade, da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Havendo a necessidade de um atendimento especializado, o responsável pela criança realiza o atendimento em alguma destas unidades de saúde, obedecendo a organização do sistema de referência e contra referência no SUS. A cobertura dos serviços de saúde foi definida pela resolução CIPLAN nº 03/81 como;

“Oferta sistematizada dos serviços básicos de saúde, que satisfaçam a população determinada, proporcionada de forma contínua, em lugares geograficamente acessíveis e que garanta o acesso à população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde” (BRASIL, 1981 apud BRASIL, 1987).

A atenção primária em saúde apresenta algumas precariedades que podem prejudicar o seu desenvolvimento e atendimento aos usuários, em função destas precariedades, o serviço propriamente prestado pelas unidades, e os procedimentos como exames e consultas especializadas são encaminhados através da guia de referência e contra referência aos serviços de média e alta complexidade, uma vez que o atendimento/encaminhamento do usuário dependerá das informações daquele que aguarda atendimento, e do diagnóstico do profissional que está realizando o mesmo.

Estão implicados desta forma, processos de gestão e processos de trabalho que influenciam diretamente no tema central em debate, a família como instituição a mercê das iniquidades sociais³ em saúde e como ator principal na construção constante de uma política de saúde, no entanto, algumas vezes com acesso escasso ou precário.

A burocratização dos encaminhamentos colabora para que estas consultas/atendimentos não ocorram, ou caiam no esquecimento atendendo ao interesse da classe dominante. Para Luchesi (1991) a área das Políticas Sociais tem sido dentro dos governos, o espaço preferencial para a proliferação das práticas clientelistas em que as áreas da saúde tem seus processos organizados nos moldes da burocracia racionais-legais.

³ São consideradas iniquidades sociais as injustiças em saúde, que perpassam a realidade na qual determinada parte da população esta inserida.

Na espera do atendimento que muitas vezes podem demorar meses, estas famílias trilham caminhos árduos pelos seus direitos e de suas crianças, e desembocam nas organizações sociais como uma alternativa de acesso aos mesmos;

“(...) Quando chegou lá no final de Março a professora pegou e me disse assim, ‘O L.A vai ter que começar, tu vai ter que procurar uma fono pra ele porque até o ano que vem ele vai começar a alfabetização aí ele vai aprender errado porque ele tá com um problema na dicção’ aí eu assim ‘Professora a pediatra já encaminhou e eu estou aguardando’. Mas mesmo assim quando eu larguei o L.A no colégio eu sai dali que a professora me falou eu fui no posto de novo, falei com uma assistente social, aí cheguei em casa e a minha irmã disse ‘a porque que tu não experimenta falar com a Assistente Social do campo da tuca’ mas eu não conhecia ela a F.N. Aí a minha irmã ligou pra ela e ela disse: ‘diz pra ela vim aqui’, aí eu fui lá no campo da tuca, conversei com ela, ela ficou com o nome dele e a idade dele, e disse assim pra mim; ‘eu vou ficar com o nome dele e vou lhe dar esse endereço’ aí ela me deu o endereço daqui, eu tenho até o papelzinho ainda guardado, deu o endereço daqui com o telefone tudo direitinho daqui e disse pra mim ‘ a Sra liga pra lá eu fico com o nome dele aqui, quem conseguir primeiro avisa a outra’ que pra mim eu não precisava mais ligar ou avisar né se eles me chamassem. Daí eu liguei, cheguei em casa e liguei pra cá, isso tudo entre as uma e meia da tarde e às cinco hora, eu que corri (...)” (M.G)

Quando utilizo aqui o termo família, é necessário salientar que nos referimos à família como instituição que vem sendo modificada ao longo dos anos e que se configura e se reconfigura conforme as mudanças dentro das suas relações familiares e mediante aos processos econômicos, sociais, culturais, ambientais entre outros. Desta forma, ao utilizarmos a família como eixo central da nossa reflexão é necessário partir do conceito de família na atualidade. Conforme Campos e Miotto (2003):

“Portanto ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na construção da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social.”

Esta posição se contrapõe as relações estruturais de família existentes na década de 80, onde se consideravam família, núcleos onde fizessem parte, mãe, pai e filho. Analisando a família de forma circunscrita, sem observar os demais vetores que a interpelam, desconsiderando a família como constituição presente como ator social. Além de não observarem fatores econômicos e demográficos, como numero de pessoas pertencentes àquelas famílias, número de crianças, gestantes, e idosos e também como formas de funcionamento inerentes ao seu contexto familiar, rompendo com o conceito de família como

o qual se trabalhava anteriormente.

A família enquanto instituição se ramifica atribuindo tarefas aos seus pertencentes. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em recente pesquisa, possibilitou compreensão atualizada da família brasileira. O estudo apontou que houve crescimento no que se refere às mulheres chefes de família. Nos anos compreendidos entre 2001 e 2009, este aumento apresentou percentuais de 27% para 35% das famílias brasileiras que contam com mulheres como principais responsáveis pelo cuidado e manutenção de suas famílias (IPEA, 2010). Este número expressa a sua relevância pertinentemente em relação à experiência na qual transcorre esta monografia, uma vez que na OS onde foi realizado o projeto de intervenção 69% das mulheres⁴ entrevistadas no momento do ingresso da criança na instituição, se reconhecem como principais responsáveis pelo tratamento de saúde da criança ou adolescente.

Desta forma, ao propor reflexões acerca dos direitos da família, pretendo não relatar fatos socialmente dados, e sim vislumbrar a partir de uma perspectiva histórica como os direitos desta família vem paulatinamente sendo reduzidos ou os entraves tornam-se cada vez mais frequentes remetendo a uma contradição constante nas políticas sociais. Para tanto à de se considerar alguns acontecimentos históricos como parte desta contradição dos direitos, principalmente das mulheres.

A revolução industrial, novas configurações do mercado de trabalho, e o livre acesso do mercado as relações entre Estado e Sociedade, criaram novas características atribuídas ao trabalho desta vez voltado para o público feminino. Ainda na década de 80 a efervescência na luta pelos direitos sociais das mulheres culminou em conquistas de direitos efetivas, a partir deste momento o Estado entende que as mulheres passam a ter os mesmo direitos dos homens. O que parecia privilégio desemboca em grande armadilha capitalista, à medida que as mulheres conquistam estes direitos, elas participam da criação de imenso exército de reserva feminino, as lutas em prol dos movimentos sociais, encabeçadas pelas feministas traziam como bandeira – a exemplo do que ocorria no exterior – as diferenças entre os sexos e as questões do trabalho, as necessidades da família e de toda a sociedade (SAMARA; SOIHET; MATOS, 1997).

No período, com a minimização do Estado e das políticas públicas, o pleno emprego deixou de ser realidade e passou a ser sonho distante, com demissões em larga escala as mulheres passaram a ser nova opção para o mercado de trabalho, onde os salários pagos,

⁴ Não somente mãe, mas também avós, tias, cuidadoras. Enfim pessoas do gênero feminino.

seriam inferiores aos pagos para homens, o que serviu de justificação para a formação de um modelo misto ou plural de proteção social, denominado de pluralismo de bem-estar, o qual, paulatinamente foi colocando a família na “berlinda” (PEREIRA, 2009). Para Miotto, é necessário reafirmar e reconhecer como as demandas se constituem:

“A crítica mais contundente à afirmação da família como referência das políticas públicas, na atualidade, está associada à regressão da participação do Estado Social na provisão de bem-estar. Ocorre um desvio na rota da garantia dos direitos sociais através de políticas públicas de caráter universal e entra na rota da focalização das políticas públicas nos seguimentos mais pauperizados da população, fortalece significativamente o mercado enquanto instância de provisão de bem-estar e aposta na organização sociedade civil como provedora. Nessa configuração a família é chamada a reincorporar os riscos sociais e com isso assiste-se um retrocesso em termos de cidadania social” (MIOTTO, 2010 p. 170).

Assim, embora as mulheres estivessem inseridas no mercado de trabalho, as suas atribuições em seu âmbito familiar não teriam modificações, continuariam cuidando dos familiares, crianças, idosos, adultos, das atribuições do lar, e ainda trabalhariam muitas vezes em turno integral, formando ciclo em torno da mesma que resultaria em exaustivas horas de trabalho tanto atuando nas empresas como na manutenção do lar.

Desde os tempos passados, a concepção de família mantém a sua semelhança em aspectos distintos, embora a configuração das famílias continue se modificando, a relação da mulher como cuidadora do lar ainda está presente, considerando que 26% das famílias brasileiras⁵ se consideram chefiadas por homens. No entanto, as mulheres são responsáveis pelos cuidados dos componentes da família, e manutenção e bem estar do homem, que “governaria” a família, pressupondo desta forma, que não há reconhecimento da mulher como sujeito indispensável nas relações familiares.

A relação de família enquanto homem e mulher tem suas primeiras aparições na Roma antiga, na qual as mulheres estavam subordinadas aos seus companheiros. As relações patriarcais⁶ são pré-estabelecidas desde a antiguidade, porém voltam a se reconfigurar devido a diversos fatores como a divisão do trabalho. A supremacia masculina ditada no patriarcado atribui mais valores a qualquer tipo de trabalho relacionado ao homem, e desqualificando o que é realizado por outros de seus membros.

Em sua gênese a palavra família, já vem carregada de peso socialmente dado, pois tem sua origem advinda da palavra *Famulus* que no latim significa escravo doméstico.

⁵ Fonte: IPEA, 2009.

⁶ O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois seguintes princípios; 1) as mulheres são hierarquicamente relacionadas aos homens. 2) Os jovens são hierarquicamente subordinados aos mais velhos.

Embora o preâmbulo referenciado do patriarcado se mostre ainda que na antiguidade, este processo permanece na forma como são estabelecidas as relações sociais na sua produção e reprodução. As relações de gênero estabelecidas historicamente, que determinam quais papéis devem ser desempenhados pelos componentes, mostram-se como ponto fundamental para a compreensão da dinâmica familiar, e principalmente, no que se refere aos cuidados em saúde, uma vez que todo ou qualquer impacto das relações familiares poderá influenciar no tratamento da criança ou adolescente em questão.

Portanto, é necessário percebê-la a partir de uma visão crítica para que seja possível desnaturalizá-la e analisá-la na perspectiva sócio-histórica, uma vez que a família é uma construção social, por isso, é essencial examinar suas constituições nas diferentes épocas da história e nos diferentes espaços.

As legislações nas quais as Políticas Públicas e Sociais estão previstas, ainda possuem olhar focado para a família como instituição com o fim em si, não abarcando as condições nas quais estão inseridas. Esta legislação não faz distinção de classe social, propõe a família como instituição fixa. A compreensão de família na contemporaneidade pode ser observada a partir da Lei nº 8060/1990 alterada em 2009;

“Entende-se por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes. Parágrafo único. Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade” (BRASIL, 2009).

Entretanto, constata-se que essa compreensão não se encontra ajustada nas políticas sociais para contemplar as atuais reconfigurações familiares.

A PNAS reconhece a centralidade da família como estratégia importante, pois todos aqueles que necessitam da Política de Assistência Social consideram que a família completa este ciclo. A família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social (BRASIL, 2005 p. 17).

O acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), utiliza-se do conceito previdenciário de família alterada pela Lei nº 12.435/2011, este dispositivo estabeleceu que para fins de renda per capita – como um conjunto de pessoas que vivem no mesmo teto (BRASIL, 2011). Constata-se a falta de clareza na concepção adotada para definir o que é família, por parte do Estado.

Embora as políticas sociais, tenham se mantido no sentido de inclusão como, por

exemplo, os programas de redistribuição de renda⁷ estes, possuem critérios de elegibilidades das famílias. No programa Brasil Carinhoso, que beneficia famílias de crianças de 0 a 6 anos, estes critérios, estabelecem um corte de distribuição que desconsidera toda e qualquer perspectiva de inclusão de famílias com crianças em idade escolar. Por mais que ela seja abrangente, em relação às formas familiares, ela jamais conseguirá abranger todos os tipos de família (MIOTO e CAMPOS, 2003).

A responsabilização da família no cuidado da saúde parte de recomendação do banco mundial na década 90, na qual indica que “adoção das políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político e econômico da mulher” (MIOTO e NOGUEIRA, 2013).

Porém, destaca-se a contradição presente neste contexto, pois a família assume a centralidade no discurso público, na contramão das propostas do Estado, quando este passa a reduzir drasticamente a proteção social, claramente evidenciada na Reforma da Previdência, nas Reformas Trabalhistas e na Reforma da Educação Superior (MIOTO; CAMPOS; LIMA, 2006).

Cabe assim, reflexão sobre quais subsídios são oferecidos a estas famílias, que contemple para além de nova reconfiguração familiar as suas condições sociais, históricas e econômicas, principalmente no que se refere à identidade da mulher na centralidade da função de condutora das relações familiares.

A permanência das mães nos leitos hospitalares, e a responsabilização da família pelo cuidado das crianças propõe que as mães sejam o fio condutor no processo de recuperação das mesmas. A família nas organizações sociais, também é valorizada somente no sentido do cuidado da criança e adolescente,

“[...] pela valorização das mães como sujeitos da ação de recuperação das crianças e oferta de ações complementares, com vistas à promoção e emancipação das famílias” (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p.4).

A valorização das mães como sujeitos autônomos, se refere somente ao cuidado da criança, uma vez que estas mães não participam de processos decisórios dentro destas instituições, culminando na falta de apreensão deste processo histórico que coloca a família quanto instituição prioritariamente responsável pelo cuidado, frente às necessidades emanadas das dificuldades, não apreende os modelos atuais de família.

O avanço da privatização dos serviços públicos coloca o mercado como uma das

⁷ Como a exemplo, Bolsa Família e Brasil Carinhoso.

principais formas de se recorrer aos direitos negados pelo Estado, ou admitido mesmo que minimamente. As contradições presentes nesse processo mostram desde a forma como o mercado está presente na vida destas famílias e como as forças do poder que emergem do capital corroboram para que estas se mantenham neste mesmo local.

Para o Estado, não há nada mais justo que o mercado abarque as situações que ele mesmo gerou, abrindo brechas para a inclusão de novas organizações privadas, e remetendo as competências que antes era da esfera pública somente a relação Família x Serviço Privado.

Em que pesem o avanço das privatizações e a diferentes interpretações de família no âmbito das Políticas Sociais, o trabalho com as famílias na Assistência Social, tem sido realizado de forma multidisciplinar, como a exemplo dos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), o que possibilita que a família possa ser vista como núcleo constituído de vários membros diferentes entre si.

Desta forma, as políticas sociais devem estar sempre de acordo com os modelos de famílias socialmente propostas, atentando ainda para os aspectos que podem promover metamorfoses no interior destes núcleos familiares, sejam eles econômicos, políticos e/ou culturais.

No que se refere ao acesso em saúde, às mulheres são representantes das famílias. Frente a esta demanda é necessário que as políticas, sejam elas públicas ou sociais, possam adequar-se a nova reformulação do papel que a mulher vem desempenhando. Uma das formas seria desmistificar este papel “polivalente” que consegue realizar com maestria suas tarefas, desmistificando ainda, os papéis socialmente atribuídos aos homens e mulheres, que reforçam a desigualdade de gênero, levando os homens para dentro de casa como corresponsáveis pela manutenção do lar e cuidado com os seus.

Sendo assim, a falta de tempo e processos cada vez mais burocráticos, as colocam como a única responsável pela criança e pela busca de atenção a suas necessidades de acesso aos serviços de saúde. Tal situação, fomentada pela pressão da sociedade, faz com que esta mãe busque acesso mais disponível possível, no caso aos serviços de saúde privados, o que proporciona um distanciamento do SUS.

2.1 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: novos campos de trabalho para o assistente social?

O trabalho é uma das características atribuídas à humanidade, esta diretamente relacionada à capacidade de pensar o produto final antes de executar a ação. Apenas os seres

humanos têm a capacidade de agir teologicamente, intervindo na natureza e modificando-a a fim de que possa produzir algo que lhe seja útil.

Para Marx e Engels (1867, p. 297), o trabalho;

“É um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ao atuar sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.”

Desta forma ao agirmos em sociedade, estamos produzindo as relações sociais, que serão reproduzidas através de alguma necessidade igualmente comum, estas produções e reproduções por sua vez, criam vínculos e relação mútua dentro das quais poderão realizar ações transformadoras na natureza. Assim, a produção esta relacionada sobre tudo a uma esfera social, não se trata da produção material, e sim das relações sociais estabelecidas entre as pessoas.

No processo de produção capitalista, através da produção e reprodução das relações sociais, é que o homem produz as condições materiais necessárias para a sua existência. Neste processo, se reproduzem concomitantemente as ideias e representações que expressam essas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrindo o antagonismo nelas presente (IAMAMOTO e CARVALHO, 1995).

Quando o capitalista se apropria da força de trabalho, esta passa a atuar em favor do capital, a quem pertence o seu trabalho e o fruto do seu trabalho.

As relações produzidas no processo do desenvolvimento capitalista determinam as novas necessidades, que passam a exigir profissionais qualificados para intervir nas relações de desigualdade social produzidas pelo capital.

O serviço social é uma das profissões que surge no bojo destas relações, conforme afirmado por Iamamoto e Carvalho (1995) se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes – a constituição e expansão do proletariado e burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas.

No contexto capitalista o trabalho do assistente social se dá através das relações sociais, uma vez que o mesmo recebe o seu salário em troca da sua mão de obra determinando o preço como qualquer outra mercadoria. Isso só se torna possível uma vez que a mão de obra

deste trabalhador é transformada em mercadoria e que seu trabalho é uma atividade subordinada à ordem capitalista, produzindo o seu valor de troca.

Através dos processos de trabalho que podemos visualizar o que é produzido por nós socialmente. Sendo assim o processo de trabalho do assistente social deve estar em consonância com o projeto ético político da profissão, onde as dimensões teóricas metodológicas, técnico operativas e ético política, devem ser indissociáveis.

Desta forma ao considerarmos as dimensões supracitadas, o assistente social estará atuando sob as expressões da questão social, que constituem a matéria prima de trabalho do profissional da assistência social, atuando nos processos de produção, os quais sofrem alterações.

O cenário contemporâneo exige que estes profissionais, ao atuarem nas expressões da questão social sejam dinâmicos, qualificados e proativos.

A abertura de novos campos de trabalho para o assistente social, através de contratos de trabalho no decorrer dos anos, denota o quanto a mercantilização das Políticas Públicas, tem se mostrado marcante na atualidade.

Embora estes processos de mercantilização venham tomando grandes proporções, as estratégias de luta e de resistência, nos possibilitam afirmar que há uma recusa do Serviço Social brasileiro, em submeterem-se as mazelas do desenvolvimento capitalista sobrecarregado de tensões, que proporcionam empregos em situações precárias e cargas de trabalho exaustivas, produzindo severas consequências à forma de organização entre os assistentes sociais e seus usuários.

Nesta perspectiva, pensar o trabalho do assistente social na atualidade, constitui pensar na sua metamorfose a partir de diversas transformações que atingem a sociedade. No momento histórico em que vivemos a reestruturação do trabalho, e a lógica capitalista tem mostrado novas formas de trabalho para estes profissionais.

Compreender a matéria do serviço social visa compreender a sua perspectiva histórica, e ainda sim, a sua inserção na sociedade, e por consequência a sua relevância social. Ao compreendermos os aspectos relacionados anteriormente, além de possibilitar maior entendimento sobre o serviço social enquanto instituição inserida na sociedade possibilita também o entendimento do papel desempenhado pelo Assistente Social desde as décadas passadas até a atualidade.

Para tanto, é necessário perceber o serviço social a partir da sua inserção na sociedade enquanto campo de trabalho, que através de suas relações sociais produzem a contradição, significa compreender esta polaridade vivenciada pela profissão, onde a direção

social é estabelecida pela determinação social de um contexto, e ainda assim a realidade vivida pelos seus agentes, que se expressam através de discurso ideológico.

O diálogo estabelecido pelo serviço social em suas relações confronta sua própria ideologia, na medida em que luta contra o seu próprio objeto de trabalho, e ainda sim, produz e reproduz os processos de interesse do capital.

O caráter essencialmente político da profissão se explica dentro das suas próprias relações de poder, uma vez que a intervenção profissional não se restringe somente ao fazer, e sim sofre condicionamentos e intervenções dos contextos de onde atua.

O serviço social teve o seu processo de institucionalização na década de 30, com recursos do Estado e do empresariado, contando também com o suporte da igreja católica. No entanto, à medida que o serviço social se insere enquanto instituição, significa que o mesmo consegue estabelecer as diretrizes necessárias de acordo com a política que trabalha, reforçando o interesse da população.

Portanto, o período caracterizado por Yamamoto (2004) como a herança conservadora do Serviço Social vai desde o surgimento do Serviço Social como profissão, na década de 1930, até o período posterior à sua institucionalização, exatamente, no ano de 1964, período chamado de “atualização da herança conservadora” e busca de “ruptura com a herança conservadora”.

A institucionalização do serviço social, neste sentido se explica no contexto contraditório do conjunto de processos sociais, políticos e econômicos atuando ligada a progressiva intervenção do Estado com a finalidade de regulação da questão social. É neste mesmo contexto, que a categoria começa a adquirir a sua expressão política, tendo como matéria prima do seu trabalho a pobreza, posição esta, que passou a estar ligada a identidade profissional, em conjunto com a igreja católica, que terá papel importante na elaboração do perfil emergente da profissão no país, inclusive pelo processo de formação os primeiros Assistentes Sociais.

Frente às novas relações impostas pelo Estado, o serviço social incorpora postura crítica, influenciada pelos movimentos sociais e movimentos de base, compostos pelas diversas categorias, defendendo profunda transformação social das estruturas de exploração e opressão da maioria. A participação política e social passa ser um dos pressupostos fundamentais, e esta ruptura vem dar suporte a ação profissional conforme Yamamoto 2004:

“A ruptura com a herança conservadora, se expressa como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do assistente Social

que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. Não reduz a um movimento “interno” da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e a correlação de forças entre as classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado as suas atividades e pela forma de conduzi-la” (p.37).

Os períodos que antecederam o golpe militar e posterior ao golpe, nas décadas de 60 e 70, foram considerados os mais reflexivos para o serviço social, promovendo a formulação do movimento social de luta crítica, através de processo histórico de luta, através de organização das classes subalternas e projetos de aliança. A década de 70 caracteriza o período em que a corrente teórica marxista é compreendida mais adequada, buscando entrar em conflito com o poder vigente. (FALEIROS, 2004).

Ao adotar a corrente marxista, o serviço social se insere na categoria mediada pela contradição. Principalmente no que se refere a sua inclusão no mercado de trabalho em organizações sociais, partindo do princípio que o trabalho é medido pelo seu valor de uso, que dará proporção a sua “utilidade / importância” na sociedade, logo as práticas assistencialistas presentes nas OSS, e ainda sim os salários abaixo do mercado⁸ denotam a precarização do trabalho do Assistente Social e por conseqüência proporcionam compreensão de um esvaziamento das políticas públicas em relação à privatização dos serviços de saúde.

As privatizações ocorrem conforme pré-estabelecido pelo sistema financeiro, expressando as opções do Estado aliado ao setor privado “Estado essencialmente regulador das relações contratuais ou das concessões aos agentes não estatais de atividades de interesse de relevância pública” - entes privados ou Organizações Sociais (COSTA, 1998), possibilitando o repasse de verbas da esfera pública a tais instituições.

Em que pesem as organizações sociais e privadas represente um enfraquecimento da esfera pública, as mesmas ainda se mostram importantes para a complementaridade dos serviços de saúde. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde esta complementaridade definida na Constituição Federal estava entre as pautas mais debatidas durante o encontro

“a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público.” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986 p.2).

⁸ Idem pesquisa indicada na página 15.

Embora os projetos que reforcem a necessidade da atuação de uma política privatista em conjunto com uma política pública na área da saúde estejam presentes na sociedade, é necessário que estejamos atentos para as proporções que estes projetos vêm se configurando, e, de que forma os mesmos se complementam, trazendo a contradição em suas disputas de relação de poderes.

O trabalho do assistente social situa-se no âmago deste processo de contradição e de relações de poder, desempenhado pelo estado, no contexto do capitalismo monopolista e do Estado autocrático-burguês que lhe é funcional, se pode afirmar a consolidação do mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais. (NETTO, 1992)

“Cada vez mais o mercado de trabalho contrata os profissionais conforme a emergência das expressões da questão social, o que varia conforme o local onde está inserido aquele profissional dessa forma concretiza-se a pretendida intervenção racionalizadora sobre os efeitos da questão social” (RAICHELIS, 2012).

A condição de assalariado do Assistente Social nas organizações sociais, pressupõe relação de forças na qual a mão de obra é vendida para o capital. A luta é constante em prol de uma sociedade mais justa e igualitária. Os profissionais estão vinculados a instituições que preconizam metas de trabalho, jornadas exaustivas e em algumas vezes condições precárias para exercício profissional adequado.

Com esta perspectiva, as OSS representam alternativa de trabalho em potencial para o Assistente Social, ao ser inserido nos mais diversos serviços oferecidos pela instituição.

Através das experiências vivenciadas em campo de estágio, foram observadas as demandas encaminhadas ao assistente social, entre elas, o atendimento aos familiares de crianças e adolescentes atendidos na instituição.

O primeiro atendimento consiste de triagem das famílias a serem vinculadas no referido serviço. Neste momento, foram selecionados aqueles que preenchem as condicionalidades, como não possuir condições para efetuar pagamento de tratamento de saúde.

A partir do entendimento que a necessidade do serviço por parte da população se dá pela ausência das condições para supri-las, a forma com que os atendimentos são conduzidos e já apresentam viés político, uma vez que direcionam outra forma de compreender os direitos sociais. Tal situação exige do assistente social posicionamento de desinstitucionalização, para poder fazer valer a dimensão ético-política ao entender que a universalização dos serviços é interposta pela superação da triagem e de seus processos burocráticos.

A triagem causa receio nos usuários, uma vez que na entrevista critérios de renda são observados. Questionamentos quanto ao número de eletrodomésticos, aparelhos de televisão entre outros eletrônicos, recuperam o pensamento ultrapassado que medirá o nível de pobreza pela quantidade de bens materiais que possuem. Algumas pessoas no momento da triagem verbalizavam: “Sim, eu tenho uma televisão, que eu ganhei da minha patroa” passando a ideia de que, como pobre seria o esperado que ela não tivesse um aparelho de televisão.

A ideia de que as classes subalternas estejam em ascensão não é um ideal do conjunto da sociedade. No entanto, novos parâmetros estabelecidos para ascensão de classe social pressupõem que a mesma ocorra de forma acelerada, e novos critérios de renda foram adotados para a ascensão da classe C (NERI, 2010). Ocorreu aumento das parcelas de maior renda, com redução de 54,18% nas classes da base da pirâmide. Ao detalhar o encolhimento da população carente, o estudo revelou que houve queda de 15,9% na pobreza nos dois últimos anos. Em suas conclusões enfatiza que os benefícios sociais do governo foi quem mais resgatou os brasileiros da pobreza.

O trabalho executado pelos Assistentes Sociais nestas organizações significa importante espaço para a construção da participação e autonomia dos usuários daqueles serviços, uma vez que este fazer profissional possua clareza apropriada. Inerente a estes fatores, devem ainda ser considerados outros aspectos, como grau de participação do usuário e o canal de comunicação que se tem estabelecido entre este e o assistente social.

O levantamento de dados em conjunto com a elaboração de relatórios, possibilita que possamos conhecer o conjunto das demandas encaminhadas ao serviço e os resultados do trabalho cotidiano realizado. Dessa forma, esse produto poderá ser utilizado a fim de que se avaliem os encaminhamentos que mais tem sido realizado e, posteriormente, possibilita a articulação com a população sobre quais alternativas serão cabíveis para atender estas demandas em articulação com outras esferas de âmbito municipal e/ou estadual, em busca da ampliação do acesso a bens e direitos. Atendendo o preconizado pelo CFESS, na cartilha de parâmetros para atuação do assistente social;

“Uma dimensão que engloba as abordagens individuais, familiares ou grupais na perspectiva de atendimento às necessidades básicas e acesso aos direitos, bens e equipamentos públicos. Essa dimensão não deve se orientar pelo atendimento psicoterapêutico a indivíduos e famílias (próprio da Psicologia), mas sim à potencialização da orientação social, com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais” (CFESS, 2009).

Possibilitando que o assistente social atue estabelecendo mediações entre as

organizações e seus usuários. Ao constatar esta possibilidade, enfrentamos dois riscos: o primeiro estabelecer relação meramente institucional, pautada nos processos de trabalho e ditames incorporados pela instituição e o segundo é a quebra de vínculo entre a instituição e seu usuário.

As mediações realizadas pelo assistente social entre os usuários e a instituição articulados com o projeto ético político, permite que ao estarmos inseridos nesta relação possamos mobilizar a população que acessa estes serviços, e possamos debater sobre os motivos pelas quais a esfera pública não proporciona os atendimentos, e ainda sim onde estes direitos devem ser reivindicados. No entanto, as instituições podem utilizar-se desta mediação para o esvaziamento da sua responsabilidade social, exigindo proatividade do assistente social no sentido de tomada de decisão em curto prazo, sejam estas decisões imediatistas, desta forma o Assistente Social passa a executar tarefas que não fazer parte das suas atribuições.

Contudo, há um processo de reconhecimento das demandas entre a instituição e os usuários, mas não há a necessária interface “para além dos muros” da instituição, na articulação intersetorial. A articulação dos serviços disponíveis na rede sócios assistenciais, possibilitam o exercício da equidade social aos usuários que lhes estão acessando, considerando que as injustiças sociais as quais se encontram expostos, passam a ser observadas por diversas óticas, constituindo não somente vínculo, mas também proporcionando conhecimento do seu território, e implicando na construção das suas características enquanto ser histórico.

Assim, os espaços constituídos pelas organizações sociais como campo de trabalho para o assistente social, apresentam duplo caráter, sua implicação com a lógica capitalista, e muitas vezes privatista, e ao mesmo tempo se constituir como possibilidade de inserção, de construção que ultrapassa os propósitos destes locais de trabalho. E em contra partida espaço de refilantropização, que conforme Yazbek (2001) visa à substituição da lógica da cidadania, tendo como base o não reconhecimento dos direitos sociais historicamente conquistados, pois está alicerçada em um discurso humanitário da solidariedade e da filantropia, alavancado por uma moralidade de ajuda aos necessitados.

A inserção dos Assistentes Sociais nestes espaços pode resultar de jogadas políticas e ideológicas, contribuindo para a desvalorização do trabalho profissional. Neste sentido, a ancoragem no projeto ético político da profissão dará a direção social da ação profissional, sendo colocado a fim de romper com a maré das demandas demandadas ao assistente sociais, claramente identificadas como estratégias de esvaziamento de direitos sociais.

São os paradoxos e exigências enfrentadas no cotidiano do trabalho desenvolvido

pelo assistente social no campo das organizações sociais, uma vez que na condição de trabalhador assalariado não tem como recusar sua inserção nesse campo sócio-ocupacional, pois depende da venda de sua força de trabalho. Assim, estas demandas podem tornar-se alavanca para o reconhecimento da população atendida, entendendo estas ações postas em prática como forma de consolidação do projeto ético político. O exercício profissional supõe a mediação do mercado de trabalho, por tratar-se de atividade assalariada (IAMAMOTO, 2008).

A atuação do assistente social na política de assistência social, especialmente nas Organizações Sociais, deve estar amparada no arcabouço legal, no entanto, realizar o atendimento das demandas amparado na legislação e nos ditames institucionais faz com que estes atendimentos caiam na burocratização. É necessário que o profissional esteja amparado na legislação pertinente, observando o aparato jurídico-político de caráter mais abrangente, legitimados pela categoria, como: o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão e o projeto ético político profissional em articulação e sintonia com a realidade do sujeito com o qual está se realizando este atendimento.

Entretanto, cabe ressaltar que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade compõem este fazer profissional, garantindo assim, a articulação de saberes e a integralidade na atenção, princípio fundamental da saúde. A resolutividade⁹, neste caso proposta dentro do serviço assistencial social prestado pelos serviços de saúde, deve estar ligada a gestão da instituição, uma vez que a partir destas avaliações poderá determinar-se em quais sentidos os atendimentos vem sendo realizados, e quais estão sendo os resultados, e por consequência os seus encaminhamentos.

Embora as organizações sócias devam apresentar as suas prestações de conta, os números apresentados são provenientes dos atendimentos quem vem sendo realizados, e propor aproximação entre o que vêm sendo realizado pelo assistente social não pressupõe que a instituição deva intervir nos atendimentos, e sim entender o que vem sendo feito dentro da instituição, aprimorando os seus serviços. No entanto, o que ocorre é que muitas vezes estes resultados cobrados são revertidos em formas de propagandas pelas instituições, que colocam mais uma vez os serviços disponibilizados nas instituições como mercadoria para aqueles que deles necessitam, utilizando os resultados para sua autopromoção, que prega a ideia de que os atendimentos só continuarão sendo viabilizados através da mobilização da sociedade, seja através do emprego do voluntariado ou doações.

⁹ “A Resolutividade nos serviços de saúde é uma maneira de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento do usuário.” (TURRINI; LEBRÃO; CÉSAR, 2008).

Embora estas tensões que vem sendo produzidas entre os direitos sociais e a mercantilização, é necessário que estas organizações possam se adequar ao marco regulatório que deixa de ver a assistência social como filantropia, e passa a vê-la através das perspectivas dos direitos sociais e da cidadania. O trabalho desempenhado pelo assistente social nas organizações sociais da área da saúde deve estar articulado com os princípios fundamentais elencados no código de ética profissional, que coloca a consolidação da cidadania como tarefa primordial de toda a sociedade, e também o seu necessário posicionamento a favor da equidade social.

Assim, ao pensarmos o trabalho que os assistentes sociais vêm desenvolvendo nas OSS, é necessário refletirmos o contexto no qual estamos colocados, onde os princípios neoliberais não foram superados, e colocam-se presentes principalmente no que se refere às gestões das OSS.

Embora estas organizações representem espaço de trabalho para os Assistentes Sociais, este mesmo trabalho deve estar em consonância com a participação da população, a fim de que esta população possa se organizar entendendo o que é seu por direito. Rompendo o entendimento, que graças a estas organizações, seriam atendimentos aqueles antes não seriam realizados pelo SUS.

2.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS FAMÍLIAS: entre a adesão e o abandono ao tratamento

O trabalho junto com as famílias acompanha o serviço social desde o seu início. Começando a partir do contexto dos movimentos sociais, onde a família passou a ser o alvo das políticas públicas nos mais diversos espaços de trabalho, ou seja, o alvo predominante do exercício profissional é o trabalhador e a sua família, em todos os espaços ocupacionais (IAMAMOTO e CARVALHO, 1983).

A compreensão do serviço social, em relação às abordagens associadas às famílias vem se modificando no decorrer dos anos, pautando-se em fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que fundamentam esta compreensão.

Através do marco conceitual americano, o trabalho do serviço social passou a ganhar impulso, dando ênfase ao método do serviço social de caso¹⁰, que tinha por objetivo central,

¹⁰ “Processo pelo qual se desenvolve a personalidade, através dos ajustamentos realizados conscientemente entre os indivíduos e seus meios” (RICHMOND, 1962).

ajustar o sujeito à sociedade em que vivia, para que somente desta forma pudesse ter acesso aos seus benefícios.

Este entendimento do serviço social de caso parte de pressuposto que os problemas não estão nas relações sociais como um todo, e sim nas relações sociais que estas famílias vêm estabelecendo entre seus membros, que por fim, coloca a família como a verdadeira “criadora” dos seus problemas. Desta forma, as concessões dos benefícios ocorriam mediante série de questionamentos, que avaliavam as condutas morais daquelas famílias e implicações destas condutas na sociedade. Este modo de controle remete a lógica positivista e funcionalista, que propõe ao assistente social papel de regulador da ordem moral, utilizando-se de instrumentos que promovem o processo de burocratização na obtenção dos benefícios.

As mudanças necessárias para o serviço social vieram somente com a discussão de uma teoria social crítica, embasada pela teoria Marxista. Através do debate teórico metodológico, foi possível a discussão do projeto ético político da profissão, o que oportunizou maior compreensão do objeto de trabalho do assistente social. Este novo paradigma significou para a profissão atualização sobre a forma de ver a família, e suas demandas não são mais vistas de um contexto descolado da realidade e nem mesmo individualizadas.

Demandas que antes eram vistas como desajustadas socialmente, passam a ser incorporadas como necessidades sociais insatisfeitas, colocando a família a par das relações estabelecidas entre estado e sociedade. No entanto, uma mudança fundamental se refere ao fazer do assistente social, que passa a encarar as demandas das famílias como produção e reprodução das relações sociais, entendendo que as estes desajustes sociais são provenientes de uma sociedade de classes, colocando a ação profissional a partir da superação do modo capitalista, como afirmado por Guerra (2000) uma ação profissional que se projeta para além da sua eficiência operativa, ou além da sua instrumentalidade, e seja comprometida eticamente com a transformação social.

Consequentemente esta visão que situa a família como único responsável pelo bem estar social dos seus membros, é a mesma que não distinguia as suas demandas como caráter social, econômico, demográfico. O que empregava ainda mais a sensação de individualização e do não pertencimento da família e de seus membros.

Em relação ao trabalho com famílias, Miotto e Campos (2003) ressalta a importância de se conhecer quais são as tendências predominantes no que se refere ao trabalho com famílias. No atual contexto, duas tendências estão em disputa, que são as compostas pela tendência familista e de proposta protetiva.

A concepção familista afirma que existem dois canais principais para que a satisfação das necessidades da família seja atingida, a primeira é através do trabalho e a segunda é através do mercado, se ambas não obterem sucesso o estado poderá intervir através de benefícios e programas sociais.

Esta tendência é a mesma que está colocada nas políticas públicas atualmente, onde as famílias são assistidas somente quando todas suas tentativas são fracassadas, e a culpabilização sempre gira em torno da falta de organização destas famílias para o enfrentamento de suas atividades cotidianas.

Embora esta concepção tenha nascido em um contexto do desenvolvimentismo liberal econômico, ainda vêm sendo aplicada na atualidade a exemplo da PNAS (2004) que atribui às funções básicas da família no âmbito legal:

“[...] são funções básicas da família: prover a proteção e a socialização de seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado” (BRASIL, 2004).

A concepção de família idealizada na PNAS, novamente objetiva a família como sujeito responsável por seus membros, desta forma quando não há o acesso de um dos seus membros aos serviços prestados pelas OSS há grande responsabilização das famílias, novamente desconsiderando outros determinantes que podem implicar no não acesso aos serviços de saúde oferecidos nas organizações sociais.

Com o aumento da procura dos serviços prestados pelas OSS, as famílias passam a incorporar determinado risco social, que pode trazer consequências como retrocesso na construção da sua cidadania.

Em contra partida, a proposta protetiva esta vinculada ao pensamento de que a família deve ter a sua proteção garantida através do seu acesso aos direitos universais, e que somente através destes é possível buscar a equidade social e a cidadania. Desta forma, esta proposta pretende que o individuo não possa depender do mercado, e ainda sim tenha os seus direitos sociais garantidos. Afirmado assim a necessidade de autonomia destes indivíduos, e a sua relação com o controle social, conforme Saraceno (1996), a presença do estado nas garantias sociais torna possível a autonomia do individuo em relação à autoridade familiar e da família em relação à parentela e a comunidade. No entanto com esta relativa autonomia a família estaria mais articulada para intervir nos processos de mercantilização dos serviços de saúde, e isso não seria do interesse do Estado, uma vez que este envolvimento daria poderes

de controle à população.

Nesta perspectiva a proposta protetiva está indo na direção contrária do que as políticas sociais preveem, pois ao defender a não mercantilização dos serviços, está propondo que as privatizações sejam extintas, o que por sua vez não poderia ocorrer no caso das OSS, uma vez que a sua necessidade está posta pela lei nº 8080/90 e afirmada pela 8ª conferência nacional de saúde, o que afirma a proposição das políticas sociais em relação ao atual contexto econômico.

Desta forma, os mesmos preceitos praticados pela tendência familista no contexto liberal, ainda está presente nas políticas públicas, e o Assistente Social que atua nas OSS, pode acabar vendo-se preso aos projetos de trabalho institucionalizados e que se utilizam de políticas sociais, por vezes vagas, que possibilitam diversas interpretações. Estas OSS tenderão a operacionalizar nestes espaços “vagos” das legislações para que se possa continuar inserida no mercado, que ainda pregam o ajuste social e a moralidade como padrões fundamentais para o acesso aos serviços de saúde.

De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), lei nº 8060/1990 a concepção de família é entendida como:

“Comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes. Parágrafo único; Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se entende para além da unidade dos pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com as quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos e afetividade.” (BRASIL, 1990).

Em vista do entendimento da família, de acordo com o ECA, e da perspectiva teórica utilizada torna-se possível a reflexão que nos leva a desnaturalização e análise da família como construção social, que se modifica constituindo-se de diferentes maneiras durante o processo sócio histórico. As relações estabelecidas entre os entes familiares são permeadas de contradições, pois agregam diversos indivíduos com diferentes ideias no mesmo grupo.

De acordo com as novas relações e configurações familiares, o papel dessas tem passado por profundas alterações, tornando o trabalho com famílias fonte de preocupação para os Assistentes Sociais, considerando a atualidade do tema e a sua complexidade (MIOTO, 2004).

Em vista disso, a família pode ser considerada como o núcleo das primeiras relações sociais. A convivência familiar se torna importante, pois é neste espaço de convivência que são construídos o primeiro valor moral e ético que irão refletir para o resto das suas vidas.

De acordo com o ECA a família é a principal responsável pela proteção da criança,

durante a infância e adolescência, entretanto, o cuidado à criança não se encerra neste ciclo. Segundo a Convenção pelos Direitos da Criança, para as crianças obterem o desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, é necessário que a mesma cresça em ambiente familiar, rodeada por atmosfera de felicidade, amor e compreensão. (NAÇÕES UNIDAS, 1989). Em vista disso, todas as instituições da sociedade devem respeitar e apoiar os esforços dos pais, e de todos os demais responsáveis para alimentar e cuidar de uma criança em um ambiente familiar.

No entanto para que estas prerrogativas possam ser alcançadas, são necessários os provimentos dos direitos sociais inerentes a cada um dos seus membros, para além dos programas sociais aos quais possam estar vinculados, é necessário que estas famílias possam ter acesso aos direitos previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

As situações presentes no contexto sócio familiar das crianças, que realizaram atendimento na OSS em questão, envolvem aspectos que dizem respeito às suas vivências culturais, sociais e econômicas, se expressando através do mau desempenho escolar, relações entre os profissionais da organização e familiares e abandono de tratamento. A análise a partir destas perspectivas pressupõe o antagonismo entre a proposta de projeto e desenvolvido na instituição e a sua avaliação, pois, à medida que as famílias são as responsáveis pela adesão das crianças ao tratamento, quem seria responsável pelas alterações de ordem econômica e social expressa em iniquidades sociais em saúde que impedem este acesso?

Desta forma, o olhar do assistente social deve estar voltado para além da demanda institucionalmente posta, deve estar plenamente articulada com a consolidação do Projeto Ético Político da profissão, que estabelece através de teoria crítica as relações com o posicionamento profissional, que converge a partir das mediações na instituição. Portanto, poder trabalhar junto aos usuários o papel da família como instituição histórica, significa compor junto a eles os princípios estabelecidos no projeto ético político, que legitimam a necessidade de novo projeto societário desenvolvido sobre os pilares da justiça social, pautado ainda na promoção da autonomia do indivíduo para nova ordem societária, pois, quando se trabalha com família, se trabalha com tudo que pode afetá-la, o que exige um profissional sempre bem articulado com as demandas que emergem naquele contexto, e quais instrumentos necessários para operacionalizá-lo.

Os atendimentos emergenciais, realizados com as famílias a fim de compreender o que tem afastado a criança do tratamento, acabam por ser uma das últimas tentativas de trazê-los à instituição, ocasionando sentimento de abandono e desproteção. Nos casos em que os familiares são atendidos tão logo são rompidos os canais de escuta com a instituição, sendo

assim, aproximar a instituição das famílias, representa aproximar as crianças da instituição. A família neste sentido deve funcionar como contato parceiro no tratamento, mediando às relações entre a criança que está realizando o tratamento e a instituição, já o assistente social atuará no sentido de identificar as demandas que causam ou intravem o tratamento das crianças e adolescentes, visto que as demandas estão socialmente dadas, carregadas de preconceitos e responsabilização da família enquanto instituição. O real se difere do aparente a partir do momento que o profissional do serviço social irá se relacionar com o familiar da criança, sem sobreposições, julgamentos ou moralismos, conhecendo a realidade e trazendo-a para dentro da organização, a fim de que a construção deste elo possibilite intervenções futuras para além dos muros da organização.

Ao realizarmos os atendimentos de familiares de crianças com muitas faltas na instituição, nos deparamos com os mais diversos contextos, dando destaque as justificativas, tendo o trabalho como um dos principais motivos para as crianças não comparecerem ao tratamento de saúde.

O trabalho revela que, para além das condições declaradas pelos familiares como o motivo pela não adesão ao tratamento, o trabalho aponta através de diferentes roupagens o que acaba fazendo com que as pessoas não consigam perceber a sua centralidade, dando a prioridade ao trabalho. e conseqüentemente o tratamento em saúde em segundo plano. Entre os motivos pela priorização do trabalho está o medo de não conseguir se reintegrar ao mercado, caso falem um dia, correm o risco de serem demitidas.

O medo que estas famílias sentem de não se reintegrarem ao mercado de trabalho é proporcional ao nível de trabalho precarizado nos locais onde estão inseridos estes líderes de família.

“A alienação/ estranhamento é ainda mais intensa nos estratos precarizados da força humana de trabalho, que vivenciam as condições mas desprovidas de direitos e em condições de instabilidade cotidiana dada pelo trabalho part-time, temporário e precarizado” (ANTUNES, 2004).

A alta rotatividade dos familiares em seus empregos demonstra que há dificuldade de permanecer trabalhando, o que em alguns casos, chegam a longas jornadas de trabalho, e novamente impacta no modo de vida que esta família segue, uma vez que a mãe sem trabalho não pode prover o seu próprio sustento.

Considerando que as maiorias das responsáveis pelas crianças na organização são do gênero feminino, é necessário refletir sobre as desigualdades sociais e o papel que tem sido

desempenhado por estas mulheres inseridas nestas famílias onde a pobreza é uma condição, responsabilidade esta, que recorta uma responsabilidade de gênero.

Sem dúvida, há perspectiva de avanço nessa inserção das famílias na política de assistência social, uma vez que não há apenas uma responsabilização, mas se oferece contrapartida pública em programas, projetos, benefícios e serviços, que visam fornecer os meios necessários, inclusive renda e serviços socioeducativos e assistenciais, para que haja efetivamente retorno positivo.

Assim, por mais que as políticas sociais brasileiras inspirem a proteção, faz com que a mulher seja a responsável em repassar esta proteção aos seus membros, constituindo assim a lógica familista.

As famílias historicamente são o suporte principal de enfrentamento a esta dificuldade cotidiana, elegendo sempre um familiar para cuidar da criança enquanto o pai e a mãe trabalham, a rede familiar e suas relações atuam de forma vital para a manutenção da vida destes sujeitos, tendo atribuídas a si características culturais da sua própria identidade sócios históricas.

A responsabilidade das políticas sociais é garantir os direitos destas famílias, promovendo acesso ao trabalho de forma igualitária, e desenvolver programas sociais sem contra partidas, que colabore para a sua responsabilização.

A atenção do Assistente Social, no reconhecimento destas famílias, está fundamentada a partir da NOB/SUAS que apresenta a matricialidade e a territorialidade como eixos estruturantes:

“a primazia à atenção às famílias e seus membros, a partir do seu território de vivência, com prioridade àquelas com registro de fragilidades, vulnerabilidades e presença de vitimização de seus membros” (BRASIL, 2005 p. 28).

Assim, a referida importância do conhecimento da população que segue utilizando os serviços das OSS se mostrará efetiva, pois identificará suas potencialidades e fragilidades.

Desta forma, para refletir sobre a centralidade da família no contexto das políticas sociais, torna necessário que possamos compreender as relações sociais estabelecidas entre estado e sociedade.

A ideologia brasileira apoiada no pensamento neoliberal prega a diminuição do Estado no campo do social, neste sentido a PNAS se destaca em relação às demais Políticas, porém, ao invés de olhar para as expressões da questão social, a política estatal prioriza iniciativas privadas, investindo em iniciativas focalizadas.

Trabalhar com as famílias inicialmente requer que o assistente social inserido em seu campo de atuação possa perceber que a fragmentação das políticas sociais, aplicadas de forma familista, colabora para desconstrução do processo de cidadania e despolitização da família enquanto instituição, o que requer um profissional capacitado, a fim de reconhecer através da sua instrumentalidade técnico-operativa, constatar quais fatores vem influenciando no cotidiano destas famílias, implicando no abandono aos tratamentos de saúde de crianças e adolescentes em Organizações Sociais em Saúde.

Ainda sim, é necessário estar atento à centralidade da família na PNAS, que por vezes se utiliza do sistema privado, para atender as demandas de interesse público que deixam de ser atendidas por falta de recursos humanos ou materiais.

Desta forma o que se afirma aqui, é a necessidade do protagonismo da família no provimento dos bens físicos e também no âmbito da proteção social. Em relação às tarefas advindas das esferas da reprodução social, a mulher merece destaque culturalmente reforçado, em uma sociedade de base patriarcal.

3. DETERMINAÇÕES SOCIAIS, CULTURAIS E POLITICAS: Implicações para atenção á saúde desses sujeitos

A partir do conhecimento das famílias que acessavam o serviço disponibilizado pela instituição, constatou-se que a grande parte que não aderiu ao tratamento por diversos determinantes, que influenciavam no seu processo de organização tendo como consequência o não comparecimento da criança na continuidade do seu tratamento. Neste capítulo, procura-se dar visibilidade a estes determinantes que estão cobertos por uma cortina de moralidade tecida socialmente.

As expressões da questão social estão constantemente presentes no nosso cotidiano, a ponto de naturalizarmos, e às vezes deixar como que se passem despercebidas. Está presente no modo de vida dos usuários em atendimentos na OSS, a precarização dos seus trabalhos, na sua situação de moradia, e em outros aspectos sociais, econômicos e culturais que influenciam direta ou indiretamente na saúde destes sujeitos.

A estas implicações denominamos como Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Os DSS são provenientes das décadas de 70 e 80, e nascem a partir do entendimento de que as orientações curativas eram insuficientes para o risco de adoecer e insuficientes para a

produção de saúde e de qualidade de vida da em sociedade. Desta forma, consideram-se como DSS as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação e moradia, bem como acesso a serviços e bens públicos, entre outros, o que resguarda os limites do setor saúde e desafia práticas intersetoriais como estratégias provocadoras de mudanças no nível de saúde dos indivíduos e grupos sociais (CNDSS, 2008).

Os Determinantes Sociais na área da saúde são inicialmente apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na conferência de Alma-ata, no período pós-guerra. São considerados como importante aspecto na necessidade de cuidados de saúde integrados, no que se refere à atenção nas causas da doença. A chegada dos DSS no Brasil significa o rompimento com a hegemonia médica, e indica o período da reforma sanitária, resignificando a necessidade da participação popular.

“A criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde se inscreveu nesse processo de desenvolvimento da reforma sanitária. Integrada por dezesseis expressivas lideranças de nossa vida social, cultural, científica e empresarial, sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira” (CNDSS, 2008).

A participação da população nos indicadores dos DSS, além de romper com as práticas biológicas, coloca a população a par das relações que vêm sendo estabelecidas ao nível de sociedade, que interferem na adesão de crianças aos tratamentos de saúde nas organizações sociais.

Para o serviço social, a defesa intransigente da liberdade é um dos princípios que regem a profissão. Neste sentido, a população ganha autonomia, pois ao reconhecer onde está inserido, o seu contexto social e econômico, poderá criar estratégias para propor novas formas de enfrentamento para estas iniquidades em saúde. Autores como Rawls (1999) e Sen (2000), enfatizam a importância de eliminar todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade, que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade, e de ter maior participação na vida social.

As mudanças na vida dos sujeitos acontecem independentes de suas vontades, e estão relacionados aos fatores de ordem social econômica, que por sua vez, estão subordinados a lógica capitalista. O acesso às informações que são detectadas como DSS do sujeito em questão servem para além da produção de conhecimento uma possibilidade de mudanças na

história dos seus sujeitos.

Conforme o modelo elaborado por Deihgen e Whitehead (1991), para reflexão a cerca da influência dos DSS, são considerados a partir de três aspectos que intervêm na saúde do indivíduo, dispostos em camadas conforme o seu grau de influência ¹¹.

A primeira camada diz respeito às condições socioeconômicas que estão colocadas ao indivíduo, fatores culturais, e ambientais. A partir do entendimento que estes determinantes não agem sem influência de outros determinantes, é necessário considerá-los não enquanto unidade, mas sim, como uma série de fatores que interagem entre si.

A segunda camada esta ligada às questões relacionadas ao trabalho e as condições que seus pertencentes ocupam nos aspectos organizacionais, que afetam os sujeitos e suas relações familiares, assim como as outras camadas, estão presentes no seu cotidiano, mas estão ligadas às atividades que formam a identidade social dos sujeitos, desta forma o acesso aos serviços, políticas e fatores de exclusão social atuam nesta etapa.

A última etapa diz respeito às características pessoais, e fatores hereditários, são os únicos fatores que não podem ser alterados por forças vindas do meio em que este sujeito vive.

Reconhecer como funciona o processo saúde-doença representa pensar uma nova perspectiva de projeto societário, pois ao fazer o reconhecimento deste processo, é possível destacar onde as políticas públicas não estão tendo acesso, eficácia ou onde as mesmas estão chegando e possibilitando resultados insatisfatórios.

Os parâmetros estabelecidos através da CNDSS se mostram de grande relevância, uma vez que segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), através de relatório desenvolvido em conjunto com a OMS, indicou que durante os anos de 1992 a 1998 mundialmente, as principais causas da mortalidade de crianças menores de um ano se deviam a má formação congênita, representando 10% das pesquisas realizadas, enquanto no Brasil, apenas em 6% das pesquisas o motivo era o mesmo, o que corresponde à parcela significativa no país que ainda esta relacionada a causas evitáveis, como o não acesso a saúde, o não acesso ao saneamento básico, e a falta de investimentos em educação.

Desta forma cabe ressaltar o questionamento, que, embora o Brasil ocupe uma posição de destaque no que tange ao acompanhamento dos DSS, quais são os verdadeiros encaminhamentos realizados aos gestores responsáveis pela implementação das políticas públicas? Uma vez que ainda nos deparamos com parcela de políticas que apresentam seus

¹¹ Anexo 1.

parâmetros de efetividade, considerando minimamente a intervenção dos DSS na sua execução, causando iniquidades sociais, que se prolongam durante o tempo.

Portanto, ao analisarmos os determinantes sociais em saúde as iniquidades devem ser consideradas, pois, através delas serão medidas a inserção das políticas públicas em tal contexto social, e se estas colaboram efetivamente no combate das injustiças sociais, objetivando a incidência dos DSS. O que possibilita compreender que estes determinantes tem grande abrangência, pois não repercutem somente na saúde dos sujeitos envolvidos.

A articulação política existente por trás dos DSS revela um contexto politizado que teve como suas refrações a influencia destes determinantes, como grande desenvolvimento das cidades incidindo na saúde da população, causando iniquidades que afastam a distribuição de renda.

A presença dos DSS surge como reflexo da ausência de direitos, uma vez que ao não acessar os direitos, os sujeitos estão em posicionamento à margem de determinada realidade social.

“[...] sem trabalho e sem direitos, muitas famílias se encontram completamente incapacitadas de garantir qualidade de vida/saúde para suas crianças e outros membros” (REIS, 2006 p. 35).

Combater as desigualdades seria a melhor forma de garantir o acesso à saúde, para isso necessita que sejam desenvolvidas políticas e intersetoriais para que outras perspectivas possam atuar diretamente articulando os aspectos pertinentes a cada área do saber envolvidas.

Os Determinantes Sociais de Saúde devem ser analisados a partir da perspectiva de um tripé, onde estão disponíveis as evidencias e informações deste contexto ou sujeito, articulado com uma coordenadoria intersetorial, pois, os atravessamentos que estão presentes na análise dos determinantes sociais dizem respeito a todos os setores.

As linhas de pesquisa em DSS remetem a reflexão do trabalho em promoção a saúde, uma vez que esta perspectiva esta voltada para transformação social de condições de vida, de determinado contexto, o que remete a necessidade de participação destas camadas socialmente excluídas durante uma perspectiva histórica. “[...] família, condições de moradia, escolaridade dos pais, trabalho e renda, alimentação, cultura, acesso a serviços e políticas públicas” (REIS, 2006 p. 28).

Através de levantamento realizado na instituição, com a finalidade de conhecer o perfil das famílias que acessam aos serviços da OSS onde foi realizado o estágio, foi possível aproximação sobre as condições que estas famílias viviam, e como se organizavam dentro da

sua estrutura.

Foi realizada tabulação dos dados declarados nos relatório de entrevistas, análise e interpretação dos dados obtidos e posteriormente divulgação para a equipe técnica. Para tanto, foi necessário o levantamento dos atendimentos realizados, que possibilitou novo entendimento das famílias que vinham, embora estivessem presentes na instituição, não faziam parte dela. A coleta dos dados ocorreu durante o mês de maio de 2014, foram levantados informações de todas as crianças e adolescentes em atendimento na instituição dentro do período, totalizando 147 crianças e adolescentes.

A quantidade de membros presentes nas famílias foi um dos parâmetros utilizados na contagem dos dados, pois incorpora fator importante no que diz respeito ao acesso ao tratamento destas crianças.

Em 55% das crianças e adolescentes em acompanhamentos pela instituição, residiam na mesma casa em conjunto com mais 5 a 7 pessoas, enquanto em 27% das casas residem de 3 a 4 pessoas, seguida por 13% que residem na mesma casa de 1 a 2 pessoas e, por conseguinte aquelas famílias em que vivem na mesma casa número superior a oito pessoas correspondendo a 5% dos acompanhamentos realizados na instituição.

A família aparece como rede, onde a prioridade é dada aqueles que trabalham, seguido daqueles que estudam, em relação ao cuidado da criança. A família age enquanto instituição de acordo com os seus próprios acordos e demandas, cumprindo determinada forma de organização em seu interior. Para Bordieu (1997), é uma arena de confrontos diversos, construir o espaço na organização particular de seus membros, cujo campo é atravessado por outros campos e instituições que se inter-relacionam. Assim, embora cada membro saiba das suas obrigações, as mesmas sofrem alternâncias, conforme as forças que implicam na reorganização daquelas famílias;

“(…)Eu trabalho só em casa, que é bastante coisa já. Eu não tenho mais ninguém pra cuidar da M.L, as minhas gurias que cuidavam da M.L tão tudo trabalhando, casaram, tudo trabalhando. As minhas sobrinhas que moram no fundo do meu pátio ai ficou só os pequininho que elas cuida (...)” (VM)

Durante a coleta dos dados, foi possível perceber que as famílias se reorganizavam em relação àqueles que proviam o sustento do lar, no caso a figura do “Homem” da casa estava sempre presente, no entanto não se relacionava diretamente com os cuidados da criança ou adolescente em questão.

Os dados relacionados ao responsável pela criança na instituição corroboram para o entendimento de perpetuação de uma sociedade patriarcal, que isenta o homem da

responsabilidade sobre os assuntos domésticos, desde que estes não envolvam tomadas de decisão; “Lá na minha casa acho que são os dois os responsáveis, eu resolvo e depois ligo. Acho que é uma forma de respeito entendeu? Não vou passar por cima dele, nem vou” (V.M.).

Em 69% dos atendimentos realizados, as mães são as principais responsáveis pela criança na instituição, enquanto as avós representam percentual de 12% da amostra, tios (a), irmãos e outros familiares 12% e por final o Pai 7%.

Estes dados expressam em números uma realidade que não está somente nesta instituição. Somando o percentual de mães e avós responsáveis pelas crianças na instituição temos um total de 81% de mulheres responsáveis pela criança na organização. A este fato é possível incluir outros fatores, como a falta de oportunidade de se integrar no mercado de trabalho, em conjunto com a falta de experiência ou escolaridade.

Para além destas possibilidades, evidencia-se o número crescente de mulheres inseridas no mercado de trabalho informal, que realizam atividades para complemento de renda, e por vezes acabam significando a principal fonte de renda desta família. A estas mulheres, por trabalharem informalmente, com cargas horárias flexíveis, atribui-se além das funções do lar o cuidado com as crianças e com os demais membros das suas famílias;

“Eu trabalho em casa porque eu faço a lida da casa, aí eu trabalho com costura eu trabalho com outras coisas. Quando vende né porque na parte de costura é quando aparece uma costura tu tira um troquinho, no artesanato tu tem que fazer pra ti vender ou então por encomenda né, muito mais fácil, muito mais garantido né.”
(M.G)

Quando há mercado de trabalho para estas mulheres, significa que o mercado necessita de força de trabalho produtiva, pois para o capital a mulher é mais produtiva atuando na esfera doméstica, uma vez que seria impossível para o capital realizar o seu ciclo produtivo sem o trabalho feminino realizado na esfera doméstica (ANTUNES, 1999).

Por vezes, ainda é mais favorável que estas mulheres possam ficar em casa, como nos casos de famílias numerosas com mais crianças. Para estas mulheres ir trabalhar significa ter que colocar os filhos na creche, ou contratar cuidador, o que não seria viável dependendo do seu contexto econômico. Em alguns casos, as avós são as pessoas com quem se pode contar, frente a determinadas circunstâncias, como no exemplo que segue: “Agora não tem como trabalhar porque a minha mãe faleceu e não tenho quem tome conta do Jean, aí eu fico com os dois. Eu faço meus bicos por fora.” (E.P).

Das crianças em atendimento na organização, 48% tem entre um ou dois irmãos, 34% com três ou mais irmãos, 15% das famílias com filho único e apenas 3% declaram não

ter informações sobre os vínculos fraternais das crianças em acompanhamento. As famílias numerosas asseguram parcela importante do atendimento na instituição, fato este, por vezes auxilia no comprometimento com o tratamento de saúde da criança.

As relações estabelecidas entre os pais acabam implicando nas relações que a criança ou adolescente vem produzindo na sociedade. Das crianças e adolescentes em tratamento na organização, 47% tem pais separados/divorciados, enquanto 34% dos acompanhamentos os pais são casados, e 9% os familiares responsáveis no momento de ingresso da instituição não souberam responder qual a situação conjugal dos pais das crianças ou adolescentes. Há ainda um percentual de 3% de crianças e adolescentes com pais adotivos, 3% com pais falecidos e outros 3% com pais viúvos.

O grande percentual de famílias com pais separados mostra uma crescente realidade, e implica ainda mais para a responsabilização de apenas um membro pelo seu grupo familiar. Zordan; Wagner; Mosmann (2008) relatam em amostra pesquisada, os motivos mais frequentes entre os divórcios realizados em determinada comarca de Porto Alegre foram brigas e discussões entre o casal (24,7%) e agressões do cônjuge (20,2%). O alcoolismo foi apontado como motivo por 16,3%. O abandono do lar pelo homem e agressões a filhos aparecem em igual proporção 7,9% cada.

A violência contra a mulher é um crime ainda muito presente na sociedade, o entendimento da mulher enquanto posse do homem é um pensamento medieval, que instituiu relações hierárquicas dentro do grupo familiar, e por vezes propagando esta violência à todos os seus membros. O que promove a violência intrafamiliar, nas quais os sujeitos mais vulneráveis aparecem como as maiores vítimas:

“No âmbito familiar os conflitos se devem a uma multiplicidade de causas, porém uma dimensão relevante está conformada pelas práticas de muitas mulheres que, ainda de forma ambígua e contraditória, exigem o respeito de seus direitos e um lugar próprio no sistema de autoridade familiar, o que ocasiona frequentes conflitos com seus companheiros homens, que sentem ameaçadas suas concepções e práticas tradicionais, até tal ponto “naturalizado”, que qualquer proposta de modificação resulta inconcebível e é contestada” (DI MARCO, 2005 p. 107).

Desta forma a violência intrafamiliar, ocorre independente da classe social ou faixa etária, e a naturalização destes atos de violência colocam frente à prática do Assistente Social o desafio de desvelar o que é real, amparado nas suas ferramentas profissionais.

No caso em que há o processo de separação, independente de ser casado ou conviver em união estável, há o direito ao pecúnio da pensão alimentícia, amparada pela Lei nº 5.478 de 25 de Julho de 1968, que dispõe sobre a ação de alimentos e dá outras providências. Os

acordos sobre a pensão podem ser acordados verbalmente, ou perante a vara de família. Em relação às crianças da instituição, somente 19% recebia pensão alimentícia até a data do levantamento dos dados, e os 81% restantes não recebia qualquer tipo de auxílio financeiro do pai da criança.

O questionamento que segue em relação ao papel destas mulheres quanto “chefes destas famílias” estendem-se para a forma como elas se enxergam mediante sociedade, como responsáveis pela criança embora a separação. Por isso, nesse “modelo” a mulher é comumente apontada como a responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, já o homem, é responsável pelo sustento material da família e o exercício da autoridade familiar, havendo ainda forte presença de concepções moralizantes e de controle sexual (MIOTO, 2010).

Em relação ao acesso dos programas sociais, o Bolsa Família (BF) foi acessado por 29% das famílias que realizam atendimento na instituição, enquanto 71% não recebem o benefício ou não obedecem os critérios estipulados pelo programa. De acordo com Silva (2010), o BF vem se constituindo como um dos programas de transferência de renda mais expressivos, sendo entendido como programa amplo que disponibiliza de forma direta valores monetários aos seus beneficiários.

Para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o BF é um programa de transferência de renda que visa assegurar e garantir o acesso ao direito à saúde, educação e alimentação de qualidade às famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

A situação de pobreza¹² que estas famílias se encontram, colaboram para aumento das suas dificuldades que acabam sendo expressas através das situações de vulnerabilidade social.

A pobreza atualmente é uma condição em que o sujeito não pode ser protagonista de si mesmo, pois está a mercê das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas pelo capital, associada à falta de oportunidade, e a falta de escuta sobre o que eles têm a dizer sobre a sua condição, Crespo e Gurovitz (2002), apresentam a definição de pobreza, relatada pelos pobres:

“Pobreza é fome, é falta de abrigo. Pobreza é estar doente e não poder ir ao médico. Pobreza é não poder ir a escola, é não poder ler. Pobreza, é não ter emprego, é temer o futuro e viver um dia de cada vez. Pobreza é perder seu filho pela doença trazida pela água não tratada. Pobreza é a falta de poder, a falta de representação e liberdade” (p.11).

¹² A noção de pobreza é vaga e pode variara de acordo com os fatores sociais e econômicos prevalentes em regiões distintas “a situação na qual as necessidades não são atendidas de forma adequada”. (ROCHA, 2009 apud IPEA, 2010 p.6)

A pobreza relatada anteriormente é propriamente a falta das políticas públicas para esta população, ou a falta de acesso à estas políticas, sendo o retrato de um segmento populacional que historicamente vem sendo afetado pelos mesmos problemas.

O grande percentual de famílias que não acessa o BF pode estar relacionado a não condicionalidades. É necessário considerar que estes levantamentos foram realizados a partir da ficha de ingresso na instituição, neste primeiro momento os familiares podem ocultar o fato de receberem BF, com receio de ter que colaborar com alguma taxa administrativa.

A gratuidade dos atendimentos em saúde é uma das características que diferenciam o SUS dos demais sistemas de saúde mundiais. Conforme visto anteriormente, a partir da Lei nº 8080 de Setembro de 1990, a permanência dos setores complementares em saúde foi instituída desta forma caso os serviços solicitados não estivessem disponíveis no sistema de saúde público, seria encaminhado a alguma entidade conveniada que pudesse atendê-lo.

A organização em questão possui atendimento especializado em diversas áreas da saúde, entre elas Arte Terapia, Fonoaudiologia, Neurologia, Psicologia e Psicopedagogia.

Através do levantamento dos constatou-se que 37% dos atendimentos são realizados para a Fonoaudiologia, 36% para a Psicologia, 15% para a Psicopedagogia, 11% para a Arte Terapia e 10% para Neurologia. Salientando que, ao ingressar na instituição, todos passam por um atendimento com Assistente Social.

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se como porta de entrada para o SUS, contempla a importância do acolhimento, dos vínculos e do suporte que os profissionais integrados na equipe devem prestar aos usuários (STARFIELD, 2002). Quando identificada a necessidade, as demandas que serão encaminhadas aos serviços especializados deverão acontecer através do controle de referência e contra referência. Acontece que a maioria dos atendimentos encaminhados a Fonoaudiologia foram realizados por unidades de saúde da região;

“(..) No meu caso foi o posto que encaminhou, a professora pediu no colégio que ela tinha que fazer Fonoaudióloga aí eu fui até o posto e pedi. Daí, daqui uns dias me ligaram pra minha casa e disseram ‘eu vou te mandar pro centro espírita’ daí eu disse ‘que centro espírita?’ aí eu vim aqui entreguei o papelzinho pro rapaz, aí o rapaz me telefonou me dizendo que tinha vaga.(...)” (VM)

Em que pesem, estes encaminhamentos podem ser alternativa para que a criança possa seguir realizando o tratamento, é necessário que estas demandas possam ser quantificadas criando instrumentos, a fim de mostrar a necessidade de uma determinada região.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), até o ano de 2010 contávamos com 161 Centros de Saúde/Unidades de Saúde, no Município de Porto Alegre, onde haveria possíveis atendimentos em áreas como Fonoaudiologia e Psicologia. No entanto há um avanço das clínicas especializadas de fácil acesso, que segundo CNES, corresponde ao total de 432, onde 11 são públicas, 5 público/privadas e 416 privadas. Desta forma, os números crescentes de consultórios privados expressam a precarização da rede de saúde, a mercantilização da saúde brasileira mostra os seus resultados para além da esfera da PNAB, passando a compartilhar com outros setores a necessidade da atenção à saúde primária. Sendo assim, a rede em saúde:

"deve preocupar-se em apoiar a constituição de identidade de grupos que sustentem a diversidade de projetos individuais e coletivos, capazes de potencializar-se entre si e, ao mesmo tempo, cumprir com um processo técnico-político no campo da saúde" (GRANDA, 1996 p. 1).

A rede se manifesta como um dos principais atores no processo de descentralização da saúde, sua parceria com as demais Políticas Públicas também é características expressas na OSS. Conforme os dados coletados, em 68% dos atendimentos realizados a crianças ou adolescentes haviam sido encaminhado pela escola, enquanto encaminhamentos realizados pelas unidades básicas de saúde (UBS) correspondem a 14% das demandas, que em sua grande maioria se referem a atendimentos de Fonoaudiologia e a Psicologia, seguidas por 13% de outros serviços como consultórios particulares e procura do serviço por conta dos próprios usuários. Os encaminhamentos realizados pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) correspondem a 5% da demanda atendida pela OSS;

"(...)a professora pediu no colégio que ela tinha que fazer Fonoaudióloga aí eu fui até o posto e pedi. Daí, daqui uns dias me ligaram pra minha casa e disseram 'eu vou te mandar pro centro espírita' daí eu disse 'que centro espírita?' aí eu vim aqui entreguei o papelzinho pro rapaz, aí o rapaz me telefonou me dizendo que tinha vaga(...)" (M.G)

Os problemas de saúde das crianças podem aparecer em diversos momentos da sua vida, no entanto, o ambiente escolar potencializa algum sofrimento que ela possa ter. No ambiente escolar é que a criança realiza seus primeiros contatos fora da vida familiar, experimentando o mundo sem a proteção da família.

Os dados demográficos dizem muito a respeito à adesão e permanência das crianças no tratamento de saúde, são importantes ainda suas condições de moradia, que podem implicar direta ou indiretamente nas condições de saúde desta família.

No que se refere à situação habitacional das famílias de crianças atendidas na instituição, 38% possuem casa própria e 25% residem em casa cedidas por familiares ou terceiros. O percentual de famílias que residem em área verde é de 22%, 11% que pagam aluguel por suas casas e apenas 4% das famílias atendidas contraíram financiamento para a casa própria.

Embora à questão de moradia esteja em aspecto favorável em relação à população atendida na organização, à localização geográfica, bem como as formas de acesso, são fatores que implicam no não acesso ao tratamento. Durante a realização do estágio era perceptível que as crianças não compareciam ao tratamento nos dias de chuva, em alguns casos, a falta era justificada em outros, ficávamos sem justificativas. A região atendida pela organização é uma das maiores de Porto Alegre, com cerca 118.923 habitantes, representando 8,44% da população do município, e possui uma área de 14,57 km², o que representa 3,06% da área total do município, sendo sua densidade demográfica de 8.162,18/habitantes/km². Contando com aproximadamente 32 vilas, das quais, a maioria está localizada no alto do morro, e em virtude disso possui difícil acesso, o que dificulta a permanência no tratamento de saúde.

“Eu dependo de ônibus, para chegar de casa até a para de ônibus é a pé, duas quadras. Eu calculo duas quadras porquê eu desço uma lomba daí pra parada são mais duas quadras. De ônibus até aqui dá eu acho uns cinco minutos, mas de casa caminhando dá uns vinte e cinco até a parada. Um pedaço da rua eles asfaltaram, mas na minha rua mesmo não tem asfalto é barro e quando chove e água não passa por debaixo dos teus pés ela correr assim que nem cachoeira.” (M.G)

Nos pontos em que saneamento básico e a coleta de resíduos não chegaram ainda, a situação se agrava, pois com a grande quantidade de lixo nas ruas e a baixa capacidade de escoamento de água, as chuvas invadem as casas, proporcionando riscos para aquela população, como doenças infectocontagiosas veiculada por roedores, que buscam abrigos em virtude das enchentes, configurando-se em um problema que está para além da habitação, tornando-se questão de saúde pública “Eu queria sair de lá, mas tem que ver o valor das casas é uma vergonha.” (V.M).

A cultura é um dos aspectos que devem ser analisado, uma vez que de acordo com a cultura de determinado contexto sócio familiar, as práticas curativas são relacionadas aos antigos costumes, que transcendem de geração em geração. A construção dos valores socialmente produzidos fica ao par destas relações, pois ao serem passadas através de gerações, estas devem ser respeitadas, pois constituem como elemento, ou até mesmo simbologia no que diz respeito às famílias em questão. Elsen (1994) define o cuidado familiar

a partir do mundo de significados de cada família, e desenvolvido ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá caráter específico a cada núcleo familiar.

Desta forma, a partir da amostra selecionada e analisada na OSS, é possível refletirmos que a influência que estas famílias possuem no seu cotidiano não deve ser naturalizada, pois em sua maioria, não correspondem a fatores internos que não podem ser modificados.

A construção da identidade destas famílias está sendo formada ao redor de características sociais, por vezes desiguais, onde é necessário se condicionar a aspectos sociais que não incorporam sua estrutura familiar, para que se possa garantir o mínimo de direitos possíveis.

Como fruto análise foi possível compreender que a estrutura das famílias que acessam a instituição, são famílias pobres, numerosas, que possuem as mulheres como principais responsáveis pela manutenção do lar e de seus membros, possuem baixo percentual de acesso ao programa social bolsa família e pensão alimentícia. Dentro deste perfil familiar, identificam-se questões sociais, morais de gênero, que atravessam estas realidades, não somente no que diz respeito ao acesso ao tratamento de saúde na OSS, mas também no que diz respeito a sua identidade e reconhecimento como cidadão de direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações que são estabelecidas historicamente fazem com que a família naturalize as injustiças sociais e, muitas vezes que esta se encarregue de resolver ou amenizar os problemas causados por estas desigualdades. As mulheres, como demonstram as informações, são responsabilizadas pelos ajustes sociais, morais, culturais e econômicos pertinente aos membros de suas famílias.

Faz-se necessário um olhar mais apurado para estas implicações, para que o trabalho da organização possa ser aprofundado, e propõe que esta também se comprometa com a permanência da família no acesso ao tratamento. Em vista dos escassos recursos materiais e humanos, compreende-se a dificuldade em realizar a análise de cada núcleo familiar isoladamente. Neste sentido, ao coletar os dados das famílias ingressantes na instituição é possível que seja traçado o perfil das mesmas, possibilitando não somente a sua aproximação da instituição, mas também seu reconhecimento enquanto instância participativa na sociedade, com capacidade para identificar processos do seu cotidiano que possam ser modificados.

Desta forma, ao relacionarmos os DSS e suas implicações no cotidiano das crianças em tratamento, pretendemos não esgotar este assunto, e sim possibilitar uma aproximação a cerca dos condicionantes que levam estas crianças a não permanecerem no tratamento. Contudo as aproximações a cerca do assunto nos fazem problematizar sobre o alcance de determinadas políticas públicas ineficientes no que diz respeito ao alcance da população. Entretanto, ao passo em as políticas impulsionadas, pela rigidez de um sistema mercantil, avançam no sentido de manter esta classe em seu determinado lugar. As estagnações das camadas sociais mais baixas correspondem às implicações do mercado, e proporcionam determinado vigor as leis de oferta e procura.

Os determinantes sociais devem ser pensados sempre em uma ótica multidisciplinar, agregando conhecimento para que em conjunto possam se pensar em processo de educação em saúde, processos de educação continuada que propicie aos profissionais da área maior aperfeiçoamento, e que podem ser utilizados como metodologias ativas. Em sua cartilha de parâmetros para a atuação de assistentes sociais em saúde o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) fomenta a necessidade da compreensão dos determinantes sociais:

“Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégia de intervenção por meio de análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, previdenciária) e familiar dos usuários bem como subsidiara a práticas dos demais profissionais da saúde” (CFESS, 2010).

Assim, é possível pensar na criação de estratégias para a promoção da equidade social. É importante que antes da elaboração de políticas ou programas, que fossem observados os impactos que estes teriam na saúde, uma vez que influenciarão na vida dos seus usuários.

O trabalho a ser desempenhado pelo Assistente Social, através deste reconhecimento do perfil e dificuldades destas famílias está em consonância com os princípios estabelecidos no código de ética da profissão, uma vez que ao termos a liberdade como valor ético central, é do nosso dever profissional que estes sujeitos possam se apropriar da sua realidade, e terem a liberdade de escolher o que se deve mudar, utilizando-se da participação social como importante instrumento (CFESS, 1993).

Assim, conforme o princípio II do Código de Ética Profissional “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (CFESS, 1993), se tornará viável através do reconhecimento de que as políticas sociais e públicas, não

possibilitam o aporte necessário para abarcar esta diversidade de famílias, suas novas configurações.

A discussão sobre a forma de como as Políticas Sociais propõe uma concepção dos direitos sociais de forma familista, deve ser um debate constantemente fomentado. Reconhecendo a importância das Políticas Sociais para a manutenção dos direitos da sociedade, no entanto, compreendendo a realidade social através de suas constantes configurações. Perpassando assim, pela a qualidade de serviços oferecidos para esta população, colocando em evidência com o nosso Código de Ética Profissional “Compromisso com a qualidade de serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.” (CFESS, 1993).

Desta forma, considera-se que as políticas sociais tem realizado grande manutenção no que diz respeito aos direitos das camadas da população. No entanto as concepções neoliberais na década de 80, ainda estão presentes, mesmo que velados, no nosso cotidiano sendo necessário, conforme Kosik (1976), desvelar a essência do movimento, possibilitando o encontro da sua totalidade, o que requer o trabalho de um Assistente Social constantemente atualizado, que busque compreender de que forma estas relações de desigualdade social tem se fortalecido historicamente, através de contextos políticos e econômicos, fazendo com que parcela da população possa acessar os seus direitos de forma precária e por vezes injusta.

As OSS como campo de trabalho para o Assistente Social se apresenta de forma contraditória, o que significa estar além de uma oportunidade de inserção no mercado de trabalho.

À medida que mais campos dessa natureza são criados, menos as políticas sociais garantem as bases de seus princípios de integralidade e acessibilidade. Por terem características pautadas em gestão de resultados, estas organizações requerem um profissional que cumpra apenas o papel ao qual lhe é predestinado, principalmente no que diz respeito ao trabalho meramente burocrático da instituição, em outras palavras “Eles querem o Serviço Social e não o Assistente Social” (MENDES, 2014)¹³, como no caso de organizações conveniadas que possuem este profissional apenas por cláusula de contrato com a FASC.

No entanto as OSS se constituem em importante espaço de participação social. O profissional inserido neste espaço sócio ocupacional encontra a possibilidade de aproximação deste contexto sócio demográfico, identificando através dos membros da rede sócio assistencial, possíveis parceiros para que se possa tornar a luta pelos direitos, não somente da

¹³ MENDES, 2014. Citação proferida no curso de capacitação de supervisores acadêmicos.

instituição, mas também da sua comunidade.

Para a efetividade do trabalho profissional nas OSS, a família também se mostra como um dos parceiros mais colaborativos, pois através desta interlocução o assistente social irá pautar suas intervenções na instituição. No entanto, este fazer profissional deve estar para além de estar institucionalizado e socialmente posto, as demandas que recaem sobre o profissional devem ser analisadas de forma a identificar sua implicação no que diz respeito ao acesso do tratamento de crianças e adolescentes nas OSS. Propondo que as situações que estão sendo socialmente postas pela realidade destas famílias seja identificada para garantir uma atenção integral e, de fato, contribuir para o exercício pleno de cidadania dessas famílias, dos jovens e dos adolescentes que necessitam atenção.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R.A. Desertificação neoliberal: (Collor, FHC, Lula). Campinas: Autores Associados, 2004.

BARBOSA L. Sociedade de consumo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BORDIEU, P. Razões práticas sobre a teoria da ação. São Paulo: Editora Papirus, 1997.

BOSCHETTI I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, UnB/CEFSS, 2009.

BOSCHETTI, I; BRAZ, M. Economia Política uma introdução crítica. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Casa Civil, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de Setembro de 2000. Altera os art. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Casa Civil, Brasília, DF, 13 set. 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 56, de 20 de Dezembro de 2007. Prorroga o prazo previsto no caput do art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, DF, 20 dez. 2007.

BRASIL. Lei 8060/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1996

BRASIL. Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, DF, 13 jan. 2012.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e os funcionamentos dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei Nº 12.435, de 6 de Julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Casa Civil, Brasília, DF, 6 de jul. 2011.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de Julho de 2011. Casa Civil, Brasília, DF, 6 jul. 2011.

BRASIL. Lei nº 5.478 de 25 de Julho de 1968. Dispõe sobre ação de alimentos e dá outras providências. Subchefia de Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 25 de jul. 1968.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Constituição Federal, Brasília, DF, 15 de mai. 1998.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Política nacional de assistência social, Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Política Nacional De Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2047/GM de 5 de novembro de 2002. Ministro da Saúde. Brasília, DF, 5 de nov 2002.

BRASIL. Resolução CIPLAN n.3, de 25 de março de 1981. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2ª ed. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1987.

CAMPOS, M.; MIOTO, R.C.T. Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira. Revista Ser Social, Brasília, n. 12, p. 165-190, 2003.

CES/RS. Os investimentos em saúde pública no estado do Rio Grande do Sul. 2014. Disponível em: www.ces.rs.gov.br/conteudo/1084/os-investimentos-em-saude-publica-no-estado-do-rio-grande-do-sul. Acesso em 20/11/2014.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão. Brasília, DF, 1993.

CFESS. Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, DF, 2010.

CFESSOCAL. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social. Brasília, DF, 2009.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008

CNS. 8ª Conferência Nacional De Saúde. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

CNS. Resolução Nº 322, De 08 de Maio de 2003. Brasília, DF, 8 mai. 2003.

COSTA, N.R. Políticas Públicas, Justiça e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda

Social. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

COSTA, Nilson do R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: Saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: HUCITEC, 1998.

CRESPO, A.P.A.; GUROVITZ, E.A. Pobreza como um Fenômeno Multidimensional. RAE-eletrônica, v. 1, n. 2, jul./dez. 2002.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.

ELSEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In ELSEN, I; et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC, 1994.

FERNANDES, R.M.C.; MACIEL, A.L.S. Os Direitos das Crianças e dos Adolescentes em Análise. Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2012.

GRANDA, E. Algunas ideas sobre la organización de redes en salud. Quito: Corporación Utopía, 1996.

GUERRA, Y. Instrumentalidade no processo de trabalho e serviço social. Revista Serviço Social e sociedade, São Paulo. n 62, 2000.

IAMAMOTO MV, CARVALHO R. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 10 ed. São Paulo: Cortez; Lima (Peru): CELATS, 1995.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, M.V Serviço Social em tempo de Capital Fetiche. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M.V. Serviço Social Brasileiro e a Articulação Latino-Americana. Revista Temporalis, Porto Alegre, v. 4, n.7, p. 102-111, 2004.

IBGE. As fundações Privadas e Associações Sem Fins Lucrativos no Brasil , 2010.

IPEA. Pesquisa Nacional de pró Amostra de Domicílios. Primeiras Análises: Investigando a Chefia Feminina de Família. 2010. DF. BRASIL.

IPEA. Pesquisa Nacional de pró Amostra de Domicílios. Primeiras Análises: Investigando a Chefia Feminina de Família. Brasília, DF, 2009.

KOSIK, K. Dialética do Concreto. 2ª ed, São Paulo: Paz e Terra, 1976.

LUCHESE, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

MACIEL, A.L.S.; FERNANDES, R.M.C. Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas eo Serviço Social. Se rv. soc. soc, São Paulo, n. 105, p. 146-165, jan./mar., 2011.

MARX, K; ENGELS, F. Ideologia alemã. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

MENDES, J.M.R. Curso de formação de supervisores acadêmicos. Palestra proferida no Instituto de Psicologia da UFRGS, set 2014.

MIOTO, R.C. Família, trabalho com famílias e serviço social. *Rev.Serviço Social*, Londrina, v. 12, n.2, p. 163-176, jan./jun. 2010.

MIOTO, R.C.R. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: LEAL, M.C; MATOS, M.C. de; SALES, M.A. Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. São Paulo, Cortez, 2004.

MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. *Ser Social*, Brasília, v. 12, n.1, p. 165-190, 2003.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *Revista Katálisis (Impresso)*, Florianópolis, v. 16, p. 61-71, 2013.

MIOTO, R.S.T.; CAMPOS, M.S.; LIMA, T.C.S. Quem cobre as insuficiências das Políticas Publicas? Contribuição ao debate da família na provisão do bem-estar social. *R. Pol. Públ.*, v. 10, n.1, p. 165 – 183, jan./ jun. 2006

MONTAÑO, C.E. O projeto neoliberal de resposta à 'questão social' e a funcionalidade do 'terceiro Setor'. *Revista Lutas Sociais*, São Paulo, n. 8, p. 53-64, 2002.

NAÇÕES UNIDAS. Convenção dos Direitos das Crianças. 1989.

NERI, M.C. A Nova Classe Média: O Lado Brilhante dos Pobres. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2010.

NETTO, J.P. Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

NETTO, J.P. Transformações societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 50, 1996.

PACHECO, TL; VARGAS, RC. A importancia da família e do território na adesão ao tratamento. Porto Alegre: S.i., 2013.

PEREIRA, P.A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: LEAL, M.C.; MATOS, M.C. de; SALES, M.A. Política social, família e juventude. Uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, P.A.P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. Editora Cortez, 2007.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.17, n.4, p.523-533, out./dez, 2004.

RAWLS, J. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press; 1999.

REIS, R.S. A Influência dos Determinantes Sociais na Saúde da Criança. *Revista Libertas*. Disponível em <http://www.revistalibertas.ufjf.br>. Acesso em: 19 jun. 2014.

RICHMOND, M. Caso Social Individual. Buenos Aires: Humanitas, 1962.

SAMARA, E.M. O discurso e a construção da identidade de gênero na América Latina. In: SAMARA, E.M.; SOIHET, R.; MATOS, M.I. Apresentação. Gênero em debate: trajetória e perspectivas na historiografia contemporânea. São Paulo: EDUC, 1997

SANTOS, T.F.A.M.; GUTIERRES, D.V.G. A Parceria Público-Privada Na Gestão Da Educação Em Altamira-Pa: O Programa Gestão Nota Dez Do Instituto Ayrton Senna. Rev. da Faculdade de Educação, n. 18, p. 39-59, jul./dez., 2012.

SARACENO, C. Sociologia della Famiglia. Bollongna: Il Mulino, 1996.

SEN, A. Development as Freedom. New York: Anchor Books; 2000.

SILVA, K. J. da; ALMEIDA, B de LF. SEGURIDADE SOCIAL: os limites dos direitos sociais no Estado neoliberal. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA, 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar., 2008.

YAZBEK, M.C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. Temporalis, Porto alegre, n. 3, 2001.

ZORDAN, E.P., WAGNER, A.; MOSMANN, C. O perfil de casais que vivenciam divórcios consensuais e litigiosos: uma análise das demandas judiciais. Psico USF, v.17, n .2, Itatiba, mai/ago, 2012.

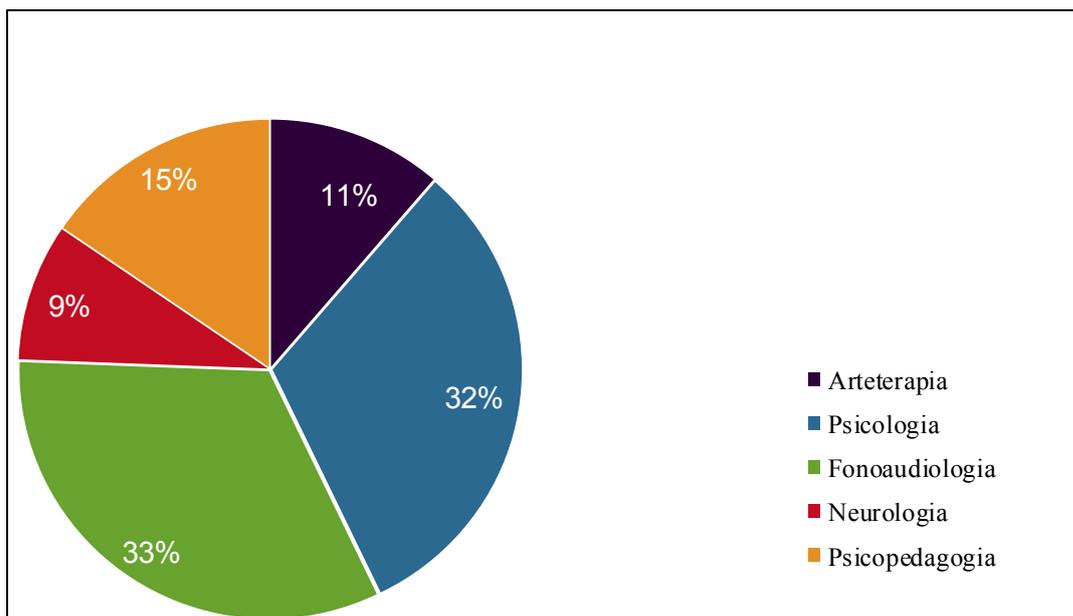
6. ANEXOS

Figura 1- MODELO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE PROPOSTO POR DEIHGEN E WHITEHEAD



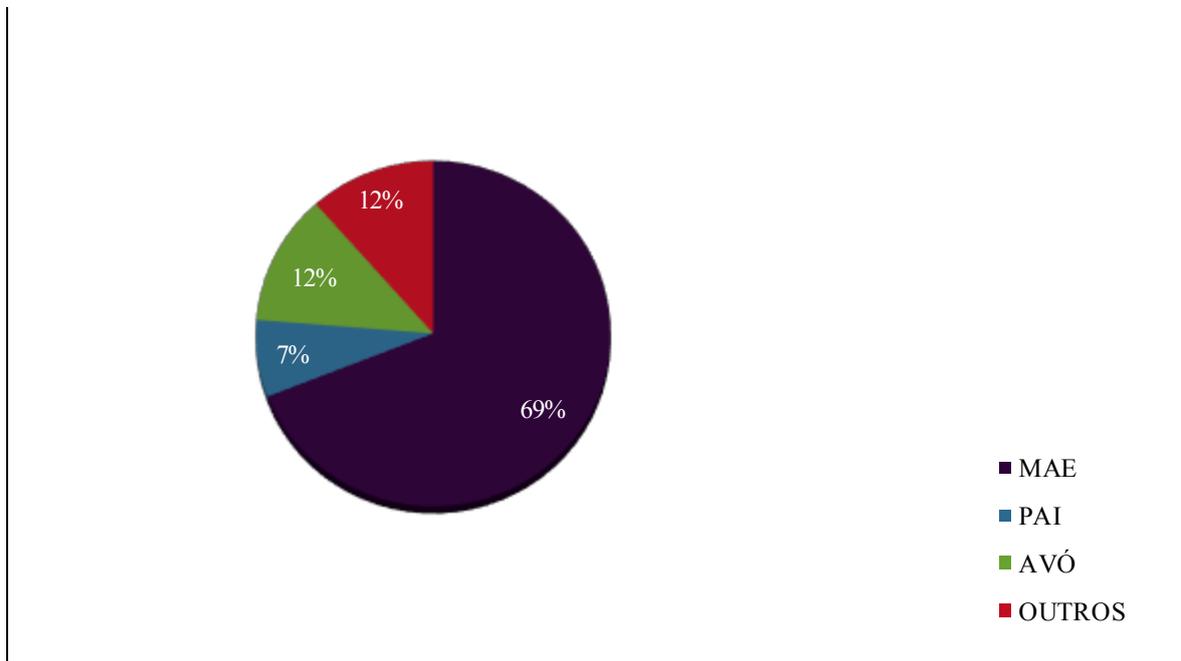
Fonte: CNDSS

Gráfico 1 - ATENDIMENTOS REALIZADOS NA ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.



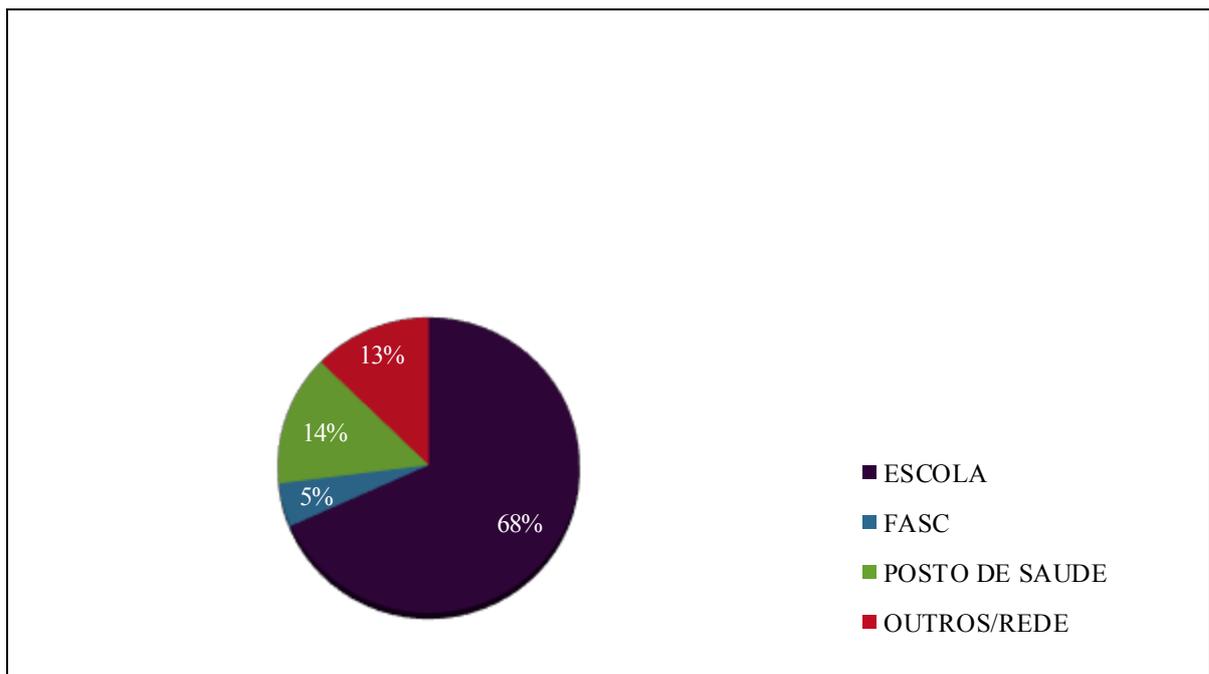
Fonte: PACHECO, 2013.

Gráfico 2 - RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA OU ADOLESCENTE NA INSTITUIÇÃO



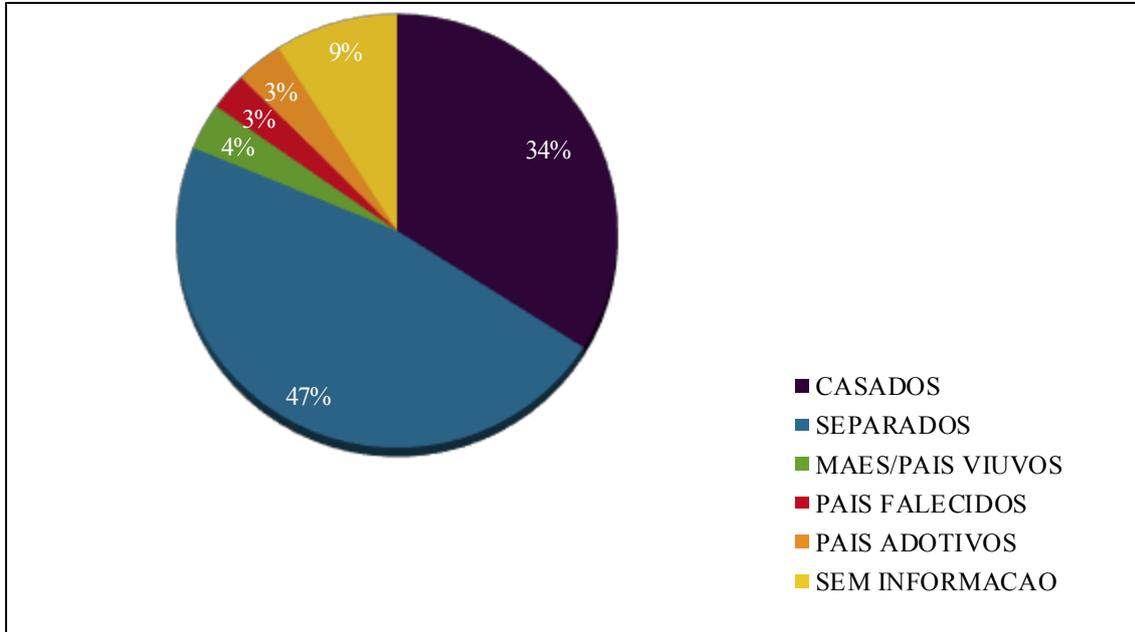
Fonte: PACHECO, 2013.

Gráfico 3 - INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO À OSS



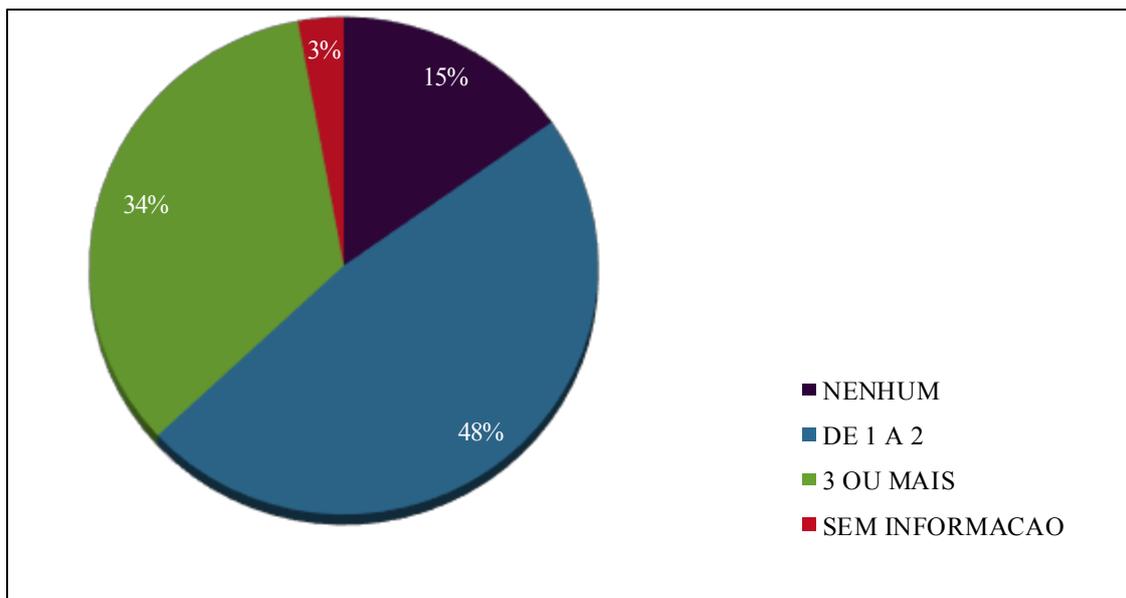
Fonte: PACHECO, 2013.

Gráfico 4- SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ENCAMINHAMENTOS NA OSS..



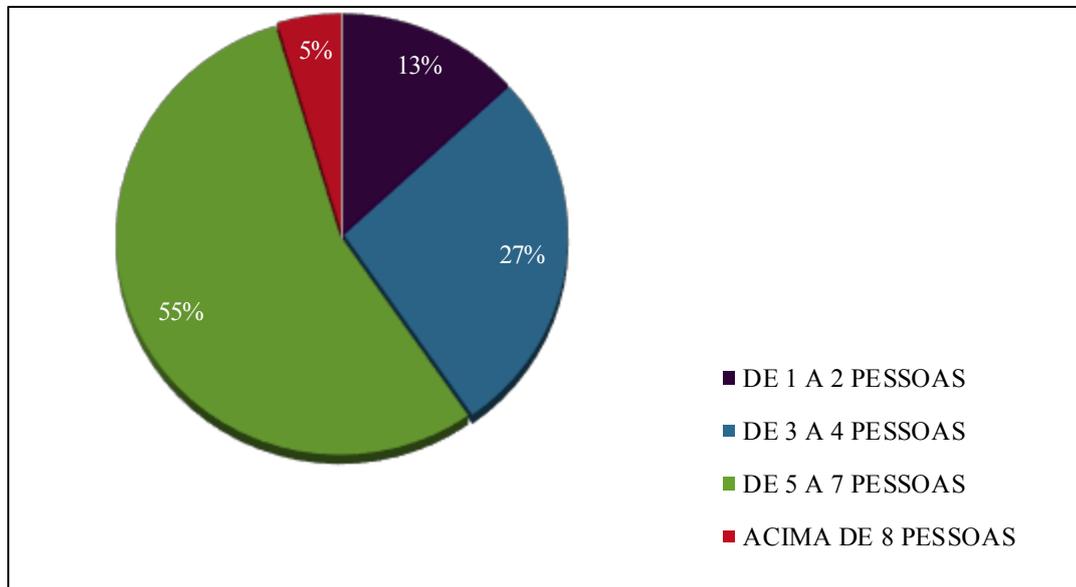
Fonte: PACHECO, 2013

Gráfico 5- NUMERO DE VÍNCULO FRATERNAL POR ACOMPANHAMENTO



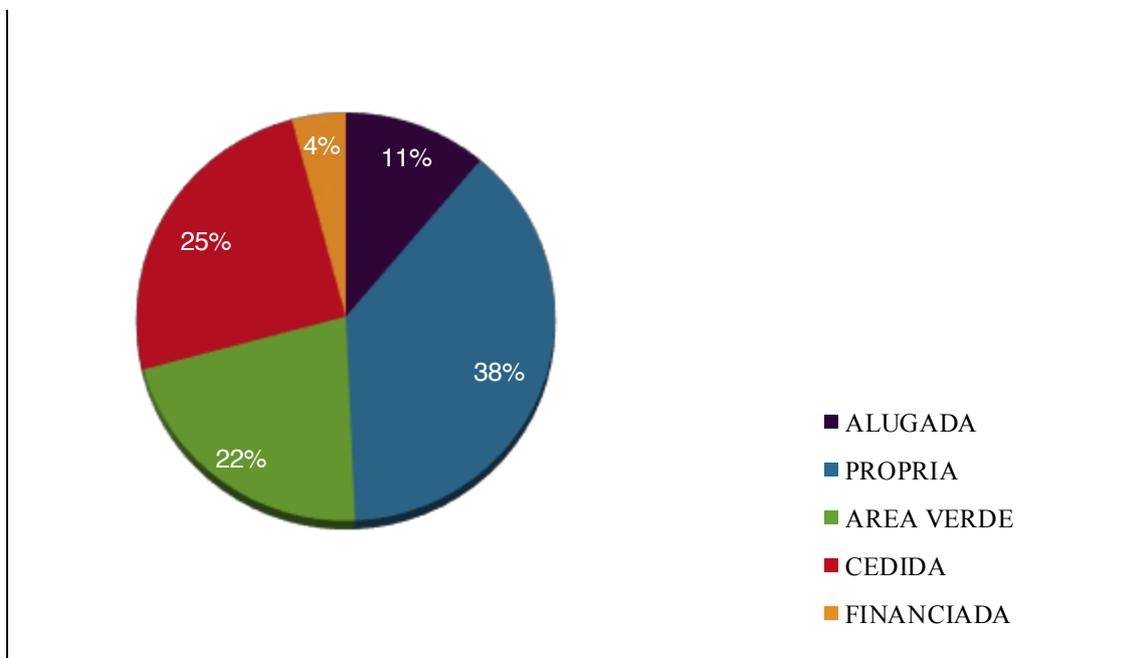
Fonte: PACHECO, 2013.

Gráfico 6 - QUANTIDADE DE PESSOAS QUE RESIDEM NA MESMA CASA



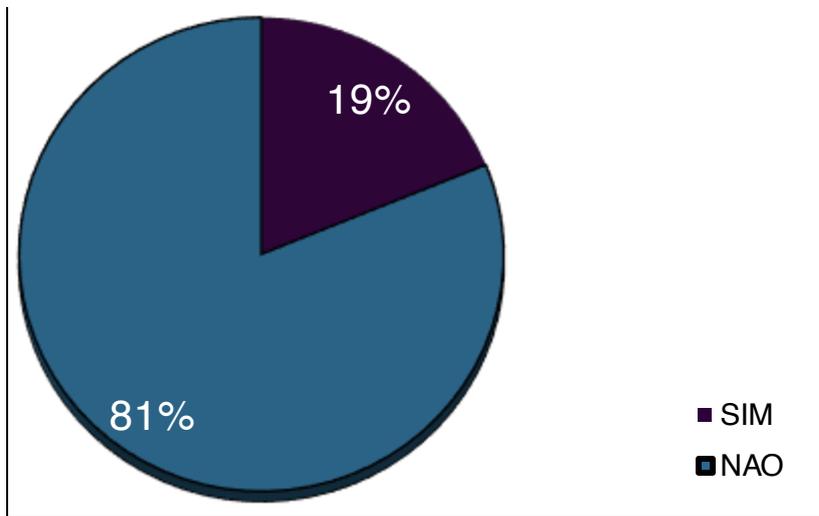
Fonte: PACHECO, 2013.

Gráfico 7 - SITUAÇÃO HABITACIONAL DAS FAMÍLIAS



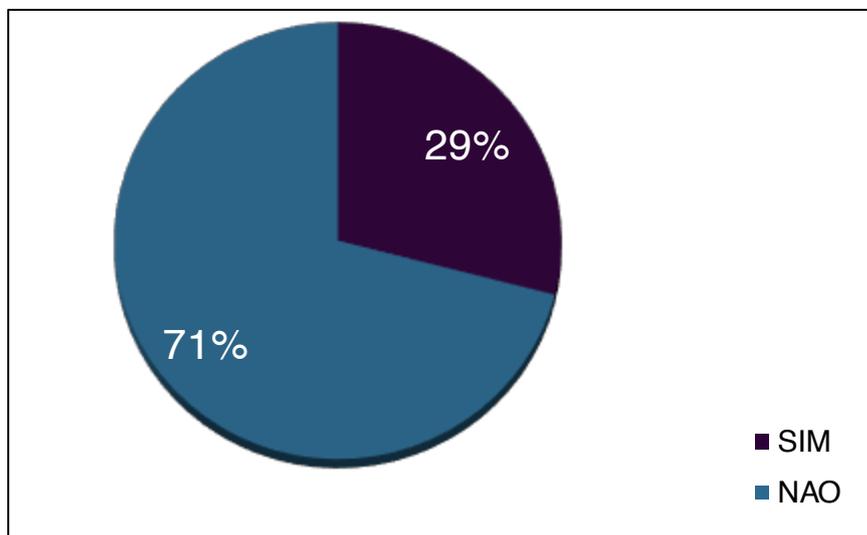
Fonte: PACHECO, 2013

Gráfico 8 - FAMÍLIAS NAS QUAS CRIANÇAS ACESSAM AO DIREITO DA PENSÃO ALIMENTÍCIA.



Fonte: PACHECO, 2013.

Gráfico 9 - FAMÍLIAS QUE ACESSAM O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.



Fonte: PACHECO, 2013.

7. APÊNDICE

RODA DE CONVERSA SOBRE AS DIFICULDADES DO ACESSO AO TRATAMENTO NA INSTITUIÇÃO.

Objetivo: Aproximar-nos da realidade dos usuários através de suas falas. Conhecendo os aspectos econômicos, sociais, culturais e demográficos, que atravessam a realidade destas famílias influenciando no acesso ao tratamento

Publico Alvo: Familiares acompanhantes das crianças e adolescentes em acompanhamento na instituição.

Metodologia: Roda de conversa na sala de espera.

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como vocês chegaram até o instituto? Há quanto tempo?
2. Como é para vocês chegarem até o instituto, é demorado? Depende de condução? Se sim, qual a distância?
3. Vocês trabalham ou exercem alguma atividade remunerada?
4. Quem você considera o responsável pela casa?
5. Vocês já faltaram ao tratamento algum dia? Se sim, porque?
6. Vocês acessam o serviço de saúde de referência de vocês, no caso as crianças também?