



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ELAINE GOMES PORTELA

SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
SUPERVISIONADO NO COMPLEXO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS –
COMPLEXO HUPES

Salvador

2018

ELAINE GOMES PORTELA

**SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
SUPERVISIONADO NO COMPLEXO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS –
COMPLEXO HUPES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Freire Pereira Férriz

Salvador

2018

PORTELA, Elaine Gomes. Sistematização da experiência de estágio supervisionado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos – Complexo HUPES. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo sistematizar a experiência de estágio supervisionado na enfermagem pediátrica do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos – Complexo HUPES, no período de fevereiro de 2016 a março de 2017, referente às disciplinas IPSB96 - Estágio Supervisionado em Serviço Social I, IPSC02 - Estágio Supervisionado em Serviço Social II e IPSC07 - Estágio Supervisionado em Serviço Social III, do curso de Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia. De modo a reforçar a defesa do estágio como parte fundamental da formação profissional do assistente social, uma vez que, por meio de sua processualidade, atribuições e compromissos exigidos aos sujeitos que lhe compõe – supervisão acadêmica, estagiário e supervisão de campo - é possibilitado um momento privilegiado de aproximação crítica e propositiva com a realidade social e organizacional que envolve o trabalho profissional dos assistentes sociais, bem como, das competências técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas importantes tanto para o exercício profissional qualificado e comprometido com os interesses dos usuários, quanto à reafirmação do projeto ético-político da profissão. Assim sendo, o objetivo de sistematizar o estágio supervisionado representa um compartilhamento do que se produziu de conhecimento e problematização acerca de seus processos e atividades, além de reflexão sobre seus elementos constitutivos, especialmente, o projeto de intervenção proposto no âmbito da vivência na enfermagem de pediatria do Complexo HUPES. A metodologia utilizada para expor as análises e resultados da experiência no estágio supervisionado contempla uma exposição da experiência vivenciada na execução do projeto de intervenção e em seguida apresentam-se reflexões e análises da experiência visando evidenciar as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas exigidas ao profissional do Serviço Social.

Palavras-chave: Estágio Supervisionado, Supervisão, Família, Serviço Social, Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA FAMÍLIA BRASILEIRA.....	13
2.1. A FAMÍLIA PATRIARCAL NO BRASIL.....	13
2.2. A FAMÍLIA BURGUESA E OS NOVOS MODELOS FAMILIARES.....	19
3. PROTEÇÃO SOCIAL, FAMÍLIA POBRE E ADOECIMENTO.....	26
3.1. A PROTEÇÃO SOCIAL À FAMÍLIA POBRE.....	26
3.2. A POLÍTICA DE SAÚDE E A FAMÍLIA CUIDADORA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	41
4. O ESTÁGIO NO COMPLEXO HUPES.....	52
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	52
4.2. A INTERVENÇÃO: projeto e reflexões.....	68
5. CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS.....	90

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso trata de uma sistematização da experiência de estágio supervisionado no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos – Complexo HUPES, mais especificamente na enfermaria de pediatria, compreendendo o período de fevereiro de 2016 a março de 2017, equivalente a três semestres das disciplinas IPSB96 – Estágio Supervisionado em Serviço Social I, IPSC02 – Estágio Supervisionado em Serviço Social II e IPSC07 – Estágio Supervisionado em Serviço Social III, do curso de Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia. A iniciativa de empreender tal sistematização se deu pela compreensão do estágio enquanto um momento singular no processo de ensino-aprendizagem que constitui a trajetória da formação do assistente social.

Parte-se da vasta produção do conhecimento existente, das mediações entre a academia e a sociedade e entre os sujeitos participantes desse processo (estudante/estagiário, supervisor de campo e supervisor acadêmico), por meio de documentos e registros descritivos e analíticos, como relatórios, diários de campo, projeto de intervenção, dentre outros que, no âmbito do estágio são de grande funcionalidade para a reflexão acerca do trabalho profissional do Serviço Social e da formação dos assistentes sociais, assim como, para o estímulo ao olhar crítico, ético e transformador que o assistente social deve exercitar já no momento da graduação.

No entanto, apesar da processualidade do estágio exigir que sejam elaborados documentos formativos que dizem respeito tanto à condução normativa da supervisão quanto ao aprendizado e problematização do lugar do estudante no estágio, na maioria das vezes não se tem muito acesso a tais produções. Sua socialização se restringe à sala de aula, no compartilhamento de relatos, questionamentos e observações entre os estudantes perante a supervisão acadêmica e guardados em armários das faculdades, gerando um amontoado de escritos, os quais, não são revisitados, nem por parte de quem os produziu, tampouco por outros estudantes ainda não inseridos em campos ou discussões sobre o estágio.

Lewgoy (2013) considera que os documentos formativos que consubstanciam as etapas do estágio supervisionado reafirmam a dimensão ética, técnica e política da profissão, já que se apresenta enquanto canal de interlocução entre a supervisão e o estudante, servindo de fonte de consulta e levantamento de dados sobre a instituição e as competências técnico-operativas, ético-políticas e teórico-metodológicas exigidas ao profissional do Serviço Social,

na medida em que, a tríade formada por supervisão de campo – estagiário – supervisão acadêmica, planeje, execute, avalie e registre o que fazem.

Nesse sentido, tais documentos potencializariam a reflexão sobre o trabalho cotidiano, ou seja, a *práxis* pela qual os sujeitos envolvidos na construção do estágio refletem sobre a formação e a função social do Serviço Social, sobre o produto de suas ações e o compromisso destas na defesa de valores éticos e emancipatórios, do mesmo modo que, as competências, atribuições, limites, contradições e possibilidades da profissão na dinâmica social e institucional.

Assim sendo, o objetivo de sistematizar esta etapa da formação profissional do assistente social torna-se importante não só como um compartilhamento de maior alcance do que se produziu de conhecimento e problematização acerca do processo de estágio supervisionado, mas, enquanto reflexão sobre seus elementos constitutivos, especialmente, o projeto de intervenção proposto e sua potencialidade para ir além da imediatividade em que as demandas se apresentam na cotidianidade do trabalho, identificando as reais necessidades dos usuários.

Por se tratar de um momento no qual ao estudante é oportunizado articular os conhecimentos teóricos adquiridos na formação acadêmica a novos conhecimentos obtidos no acompanhamento, observação, operacionalização e avaliação do campo de estágio, o que, conseqüentemente produz análise, proposição e intervenção em expressões da questão social, (LEWGOY, 2013), pode-se dizer que o estágio proporciona a tão defendida relação entre teoria e realidade, a qual, está expressa nos princípios e fundamentos que são basilares aos seus pressupostos defendidos pelas Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social e da Política Nacional de Estágio (PNE), propostas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Na experiência de estágio espera-se que tal relação proporcione ao estudante/estagiário uma análise e “intervenção sob a realidade que possibilite o reforço de suas potencialidades, estimule a criatividade, e permita a articulação e encadeamento da realidade vivenciada com as disciplinas e os conteúdos ministrados na Universidade”. (CASTRO; FERREIRA, 2017, p. 548-549). Uma vez que, isso potencializará sua apreensão acerca da dinâmica institucional e de atuação do profissional do Serviço Social, sendo aporte a sua reflexão, proposição e a própria intervenção proposta, desenvolvidos por meio de instrumentos avaliativos e pedagógicos e atividades construídas conjunta e criativamente entre supervisão e estagiário, como está posto na discussão, de âmbito da PNE, acerca do estágio enquanto:

[...] um processo coletivo de ensino-aprendizagem, no qual se realiza a observação, registro, análise e acompanhamento da atuação do(a) estagiário(a) no campo de estágio, bem como a avaliação do processo de aprendizagem discente, visando a construção de conhecimentos e competências para o exercício da profissão. Esta avaliação deve ser realizada continuamente, contemplando duas dimensões: a avaliação do processo de estágio e a avaliação do desempenho discente, assegurando a participação dos diferentes segmentos envolvidos (supervisores acadêmicos e de campo e estagiários(as)). (ABEPSS, 2010, p. 15)

A sistematização no acompanhamento da aprendizagem expressa nas análises e proposições que são pretendidas no estágio supervisionado possibilita ao assistente social em formação se deparar com aquilo que revela e vislumbra a sua compreensão acerca do que é a profissão, no que se refere a sua função social, e às competências técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas, que se fazem presentes tanto no seu desempenho e dos supervisores na condução do estágio quanto se materializam na intervenção, a qual, o estudante precisa elaborar e executar para concluí-lo.

Tais competências são fundamentais para as estratégias e técnicas da intervenção profissional qualificada que, para além da tecnificação, da operacionalidade do trabalho exige uma atuação profissional com perspectiva totalizante, que pressuponha leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários, suas necessidades e as respostas dadas através do Estado e das políticas sociais. (CFESS, 2010)

A intervenção proposta pelo estudante no percurso de vivência do estágio supervisionado é uma das atividades fundamentais a esses pressupostos, pois, para propor ações que venham a colaborar com a resolução de problemáticas apreendidas no espaço sócio-ocupacional, ele terá que se debruçar acerca das atribuições e competências da profissão em intervir na realidade, mas, também da forma como se expressam as configurações institucionais, sociais e as situações singulares vivenciadas por indivíduos, famílias e grupos, que são expressões dos problemas e contradições do contexto social em que os mesmos estão inseridas e permeiam-se por relações de classe.

Assim, ao confrontar com a realidade sócio-ocupacional e a conformação do processo de trabalho do assistente social, o estudante, na posição de estagiário, encontra-se em uma posição privilegiada para propor alternativas e resoluções a problemáticas diversas, uma vez que, ele irá aliar os elementos teóricos apreendidos em sala de aula com a sua aplicabilidade na prática, desenvolvendo “a capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas, efetivando direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano”. (LEWGOY, 2013, p. 80)

Para tanto, Lewgoy (2013) considera que pensar o papel do estágio na formação do assistente social enquanto um espaço propício ao pensamento crítico, investigativo e de busca de soluções implica conceber também a análise da indissociabilidade entre supervisão e estágio, formação e exercício profissional como princípios que norteiam as Diretrizes Curriculares do serviço social.

As Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, construídas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, de 1996, defendem uma formação que tem entre seus princípios fundamentais a “adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade”; “rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilite a compreensão dos problemas e desafios com os quais o profissional se defronta no universo da produção e reprodução da vida social” (ABEPSS, 1996, p. 19), por meio de um processo formativo que tem o estágio como centralidade, caracterizando-o conforme a seguinte descrição:

É uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei n. 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar. (ABEPSS, 1996, p.19)

Mais tarde, o movimento no âmbito do Serviço Social que direcionou a discussão do estágio enquanto estratégia na defesa de um projeto de formação profissional qualificado e consonante com o projeto ético-político fez com que a ABEPSS empreendesse esforços na criação de um documento, a Política Nacional de Estágio (PNE), que sistematiza as orientações de como deve se dar o estágio, abordando os aspectos referentes a delimitação de seus princípios norteadores e definindo os parâmetros de sua composição formada pela tríade supervisão de campo, estagiário e supervisão acadêmica, bem como, as atribuições destes nas atividades e etapas do processo de ensino-aprendizagem-intervenção.

A PNE contribuiu para que o estágio supervisionado passasse a ser pensado na perspectiva de atividade fundamental à integração do currículo, mas, não apenas enquanto disciplina curricular, sua compreensão perpassa o entendimento de que, quer seja na modalidade de obrigatório ou não-obrigatório:

É um processo didático-pedagógico que se consubstancia pela “indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional” (ABESS/CEDEPSS,1997, p.62), um dos princípios das diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social. Caracteriza-se pela atividade teórico-prática, efetivada por meio da inserção do(a) estudante nos espaços sócio-institucionais nos quais trabalham os(as) assistentes sociais, capacitando-o(a) nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para o exercício profissional. (ABEPSS, 2010, p. 14)

E, para tanto, recomenda que o processo do estágio supervisionado pressuponha supervisão direta, realizada conjuntamente pela supervisão acadêmica e de campo, por meio de encontros periódicos/sistemáticos entre estas e com base em planos de estágio elaborados em conjunto pela UFA e as instituições públicas ou privadas que venham a oferecer campos de estágios. (ABEPSS, 2010).

Os princípios que norteiam a realização do estágio na PNE estão divididos, de acordo com Lewgoy (2013) entre aqueles que englobam os princípios de preservação do processo formativo e os preconizados pelo código de ética da profissão, tais como: defesa intransigente da liberdade; defesa do aprofundamento da democracia; ampliação e consolidação da cidadania; posicionamento em favor da equidade e da justiça social; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, etc.; e a indissociabilidade entre as dimensões ética, política, teórica, metodológica, técnica e interventiva da formação em Serviço Social; articulação entre formação e exercício profissional; indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e de campo; articulação entre universidade e sociedade; unidade entre teoria e prática; e articulação entre ensino, pesquisa e extensão, respectivamente.

Ao explicitar as atribuições dos sujeitos que formam a tríade indissociável do estágio supervisionado a PNE prevê que aos supervisores acadêmicos cabe a orientação e avaliação do aprendizado do estagiário, visando uma formação qualificada no que tange às dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas da profissão, em conformidade com o plano de estágio.

Nessa mesma linha, orienta o papel do supervisor de campo na inserção, acompanhamento, orientação e avaliação do estudante no campo de estágio, em conformidade com o plano de estágio, elaborado em consonância com o projeto pedagógico e com os programas institucionais. A PNE prescreve que o diálogo seja permanente entre ambas as supervisões.

Por fim, delimita que a função do estagiário é conhecer e compreender a realidade social, construindo conhecimentos e práticas que afirmem a qualidade de sua formação, mediante proposições e enfrentamento das situações presentes no trabalho profissional,

“identificando as relações de força, os sujeitos, as contradições da realidade social”. (ABEPSS, 2010. p. 20)

A criação da PNE representou um anseio da categoria profissional em resguardar os princípios norteadores das Diretrizes Curriculares e lutar contra a precarização das condições de prática dos estágios, fazendo parte do “Plano de Lutas em Defesa do Trabalho e da Formação e Contra a Precarização do Ensino Superior” (BEHRING, 2011. p. 89), além de constituir-se também como um forte enfrentamento dos diversos desafios com os quais a categoria se defronta, dadas as condições estruturais da ordem capitalista e os processos de contrarreformas estatais, principalmente no âmbito das políticas econômicas, sociais e educacionais. (ABEPSS, 2010)

No que concerne às questões referentes ao contexto da política educacional, acompanhamos sua adaptação às exigências de um modelo neoliberal, principalmente no que diz respeito à expansão do ensino superior que, para além de representar uma ideia de democratização está atrelada a uma lógica de mercantilização, que expande cursos sem garantia de qualidade, boas condições de trabalho docente e estudo. (RAMOS; SANTOS, 2016).

Tal contexto educacional tem rebatimentos também no processo de supervisão e da própria condução do estágio, pois se abre brechas para a utilização do estagiário como força de trabalho barata, do mesmo modo que, o acompanhamento processual didático-pedagógico fica comprometido no estágio Não-Obrigatório. A massificação do processo de supervisão acadêmica através do aumento da quantidade de estagiários por supervisor, o que impacta na abertura de vagas de estágio, dentre outros (ABEPSS, 2010). Acrescenta-se a isso a questão de submissão a arcar com contrapartida financeira ou material a alguns campos para a inserção do estudante no estágio.

Já em consideração às implicações estruturais na configuração das políticas econômicas e sociais analisa-se que, nas últimas décadas tem se intensificado a lógica de valorização do capital em detrimento do social, donde o cenário é de condução de políticas de caráter compensatório e paliativo, com centralidade na pobreza, produzindo resultados danosos que restringem direitos e potencializam as expressões da questão social. (RAMOS; SANTOS, 2016).

Sendo assim, podemos constatar que este quadro brevemente delineado gera consequências para a formação profissional (o que inclui o processo de estágio supervisionado) e o trabalho dos assistentes sociais nos diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais se inserem, repercutindo em formas mais complexas de expressão das demandas institucionais, sua apreensão crítica e seus enfrentamentos.

Isso se exemplifica, por exemplo, na apreensão dos produtos gerados no processo de estágio supervisionado no Complexo HUPES, onde, a partir das demandas apreendidas observou-se que, embora o trabalho profissional se desse na enfermagem pediátrica sua intervenção, na maioria das vezes, se direcionava para os acompanhantes da criança internada, ou seja, acabava tendo a família como objeto da intervenção.

De forma que, o cotidiano de trabalho transcorria essencialmente com famílias, por meio do acompanhante, que instalado na unidade de saúde para acompanhar a criança apresentava-se enquanto representação do contexto e dos determinantes sociais da mesma e suscitava, portanto, a necessidade de um acolhimento mais humanizado e que pudesse resgatar através de instrumentos de trabalho adequados, suas redes de significados, experiências, sentimentos, condições sócio-econômicas e de trabalho, pondo em evidência tais aspectos para auxiliar a intervenção do serviço social.

Além disso, poder acompanhar e participar ativamente da atuação dos assistentes sociais perante o internamento infantil e a atenção ao familiar acompanhante permanente demonstrava ter potencialidade de impulsionar a construção coletiva de estratégias de enfrentamento das problemáticas surgidas na dinâmica familiar, as quais estavam intimamente ligadas às suas condições socioeconômicas e culturais e relacionavam-se à permanência prolongada de, geralmente, seus membros fundamentais (mãe e/ou pai) no ambiente hospitalar.

Acrescentando-se ainda o fato de que, promover ações na direção de apreender tais aspectos representava a possibilidade de contribuir para a criação de mecanismos que desburocratizassem as relações com este acompanhante, permitindo sua plena participação nos processos que dizem respeito ao internamento e ao exercício da sua cidadania e autonomia, apresentando-se como fundamental para a materialização do projeto ético-político da profissão e a legitimação dos compromissos firmados com a qualidade dos serviços prestados.

Constatar essas questões culminou na proposição de um projeto de intervenção com vistas a atuar em algumas das demandas observadas na instituição, oferecendo subsídios para a apreensão dos determinantes sociais dos usuários dos serviços de saúde do Complexo HUPES, especificamente na enfermagem de pediatria, além de agir investigativo, crítico, propositivo e olhar ampliado para a realidade social e institucional. Objetivando impulsionar a construção de conhecimentos novos obtidos através de uma maior aproximação com a totalidade dos processos de produção e reprodução da vida social que são causa e objeto da atuação profissional dos assistentes sociais no contexto hospitalar.

A metodologia utilizada, de coesão do conteúdo que compreende as análises e resultados da experiência do estágio supervisionado visou reforçar as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas que constituem as competências da formação em Serviço Social e são reforçadas no processo do estágio, optando-se por dividir este trabalho de sistematização obedecendo às suas características.

Através da dimensão teórico-metodológica busca-se entender os fenômenos sociais em sua totalidade histórica e a partir das relações sociais no contexto capitalista, ou seja, das condições materiais que incidem e determinam a forma do homem produzir socialmente sua riqueza e a sociabilidade. Logo, a apreensão das transformações societárias verificadas na realidade brasileira a partir da dinâmica social na qual o trabalho profissional das assistentes sociais está inserido, que recai sobre as condições de vida dos usuários com os quais atua, assim como se expressa nos limites institucionais que são postos ao Serviço Social em suas intervenções.

Vale ressaltar que anteriormente se pretendia realizar uma pesquisa qualitativa com os usuários para analisar a relação dos acompanhantes familiares da criança internada com o hospital, do ponto de vista dos usuários, a partir de entrevistas com os mesmos, nas quais, fosse possível verificar em que medida a internação infantil atingia a dinâmica familiar. A proposta tornou-se inviável e foi feita uma nova tentativa de construção de uma pesquisa sobre a produção de conhecimento do Serviço Social sobre o trabalho profissional do *serviço social* na apreensão e intervenção perante as possíveis consequências que a internação infantil pode gerar nas formas de ser e estar da família cuidadora da criança. Proposta essa que também não pode se efetivar. Por fim, foi feito um redirecionamento do trabalho para a sistematização e análise da experiência de estágio supervisionado.

O presente trabalho se divide em cinco capítulos. O primeiro capítulo é introdutório. O segundo trata da família com a qual o Serviço Social intervém em seu cotidiano profissional, em que contexto ela esta inserida e de que forma o Estado brasileiro a enxerga e lida com suas especificidades e demandas no âmbito das políticas sociais e, em especial, a de saúde.

O terceiro capítulo traz uma discussão sobre a proteção social e a família pobre. O quarto capítulo traz os aspectos da experiência de estágio e a análise da experiência. E por fim, o quinto capítulo é a conclusão do trabalho.

2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA FAMÍLIA BRASILEIRA

Este capítulo contém um breve percurso histórico das bases de formação da família brasileira, com vistas a traçar um panorama de como se deu suas transformações através dos tempos, que resultaram em diferentes modelos de família, até chegar às constituições familiares contemporâneas. Trata-se, portanto, de uma busca por entender as influências que esta família sofreu no tocante às suas alterações, rupturas, permanências, tamanhos e função social, até apresentar-se hoje enquanto tal.

2.1A FAMÍLIA PATRIARCAL NO BRASIL

Pode-se definir a família, enquanto conceito e instituição social, como o alicerce de toda e qualquer sociedade. Tem caráter universal por se encontrar em todos os grupos humanos, a partir de relações consanguíneas, matrimoniais ou afetivas, com variações apenas de características, organização, funções e estruturas, de acordo com o tempo, o espaço e as necessidades do contexto no qual está inserida.

Conforme Cayres (2008, p. 6), a palavra família deriva do latim *famulus* que significava na Roma antiga “escravo doméstico”, palavra criada para denominar um novo grupo social de agricultores e escravos legalizados, que havia surgido entre as tribos latinas da época. Esse novo agrupamento social tinha por característica a presença do “*pater familias*” constituído pelo homem que era o chefe da família, sob seu poder a esposa, os filhos e os escravos, com poder de vida e morte sobre todos estes. Nessa mesma linha Moraes (2013) distingue que, na Roma antiga a família era entendida enquanto agregamentos políticos formados por várias gerações e sob o comando do senhor da casa¹, o que nos leva a constatar que o que demarcava a conformação dos pressupostos familiares era a figura masculina e seu poder perante os outros.

¹Sobre isso, Cayres (2008, p. 6) acrescenta que, “No direito romano clássico a “família natural” é baseada no casamento e no vínculo de sangue e o seu agrupamento constituído apenas dos cônjuges e de seus filhos. Essa família tem como base o casamento e as relações jurídicas dele resultantes, entre os cônjuges, e pais e filhos. Esse conceito teve bastante influência da igreja católica através do direito canônico, no direito brasileiro, até bem pouco tempo”.

Já Carvalho e Lopes (2016) nos trazem que a família foi originalmente um fenômeno biológico de conservação da linhagem e produção das necessidades básicas, sofrendo ao longo do tempo alterações em termos de tamanho, função social e interesses políticos.

O Brasil enquanto nação que se constituiu através de processos colonizadores e espoliadores apresentou inicialmente características de agrupamentos familiares que sofreram influências, principalmente, aos moldes europeus de constituição familiar que, por sua vez, constituíam as bases de poder, das relações jurídicas de prestígio social das pessoas.

De acordo com Samara (2002, p.28) a história do Brasil sempre reservou à família um lugar de instituição moldadora dos padrões da colonização, na medida em que ditou “as normas de conduta e de relações sociais desde o período colonial”.

Desta forma, um determinado perfil de família foi eleito, até muito recentemente, como o modelo mais adequado de “critério e medida valor”, adotado pela literatura, que em variadas épocas buscou explicar sobre a família e sua contribuição para a constituição da sociedade brasileira. Tal modelo foi inspirado na descrição de Gilberto Freyre (1933) em sua mais conhecida obra (Casa-Grande e Senzala), na qual, a família patriarcal é tratada como pedra angular para a compreensão da vida familiar e social brasileira através do tempo.

A idealização do modelo familiar brasileiro baseado no patriarcado descrito na obra de Freyre (1933) foi responsável, durante muito tempo, pela adoção de um modelo genérico e fixo para descrever a família brasileira que, para além de tomar como base uma sociedade “agrária, latifundiária e escravocrata” como salienta Silva (2009, p.1), encobriu processos de violência, exclusão e subjugo que envolvia a formação das famílias desta época, demarcadas pelos limites da casa grande e da senzala, pelo estupro de mulheres negras, silenciamento e sujeição de mulheres brancas e extermínio de indígenas. Ainda sobre o modelo patriarcal de constituição familiar brasileira, Silva (2009) acrescenta:

Segundo a historiografia o modelo patriarcal define-se a partir dos seguintes pressupostos: uma sociedade dividida entre senhores e escravos, segundo um conceito da corrente historiográfica marxista numa lógica de dominantes e dominados, a escravidão como fator desvirtuante de um modelo ibérico de família, a família brasileira sendo vista como resultado de um processo singular da criação de um determinado tipo de estrutura social. (SILVA, 2009, p.1)

A família patriarcal que teria vigorado no início dos séculos XVI e XVII formou-se a partir de condições específicas da realidade colonial brasileira e da forte influência que o modelo ibérico exerceu nos primórdios da constituição social do Brasil, que por sua vez,

também, foi influenciado pelos modelos grego e romano de formação familiar. Neste período, a colônia concentrou-se basicamente nas plantações canavieiras do Nordeste.

Os engenhos eram formados por agrupamentos familiares elitizados que viviam em “mansões assobradas, cercados de escravos e dependentes” (SAMARA, 2002, p. 32). Nessas famílias os papéis entre os sexos já estavam pré-determinados pelos costumes, tradições e a própria lei. O patriarca, dono dos engenhos e das pessoas que os circundavam exercia o poder de decisão e provimento, enquanto que à esposa cabia cuidar da casa e da moralidade familiar.

O modelo familiar patriarcal formado pelo marido/pai chefe da família, a mãe/esposa submissa e responsável pelos cuidados domésticos e afetivos dos membros familiares e os filhos (legítimos e ilegítimos), agregados, empregados/escravos, todos sem voz e subordinados aos desmandos do patriarca, foi apontado pela literatura e, conseqüentemente, pelo imaginário social como a forma predominante de composição familiar no Brasil, pelo menos até meados do século XIX, quando entra em cena um quadro de mudanças no contexto social, econômico, cultural e político do país, engendrado pela entrada na era da “industrialização, do aumento da vida urbana e do fluxo imigratório que também incidem diretamente na estrutura das famílias” (SAMARA, 2002, p. 31).

Tal composição familiar, no entanto, foi inapropriadamente utilizada como padrão nos estudos sobre a família brasileira, uma vez que, como salienta Samara (2002), para além deste modelo dominante de família extensa patriarcal coexistiram outras formações familiares com estruturas mais simples e com menor número de integrantes que se formavam afastadas das áreas de lavoura canavieira ou plantações de café, desde o período colonial. O que exigiu, mais recentemente, uma reelaboração dos estudos acerca da formação social e familiar do Brasil, de forma a adotar critérios que tragam à tona “temporalidade, etnias, grupos sociais, contextos econômicos regionais, razão de sexo e movimento da população” (SAMARA, 2002, p. 31).

Embora fossem dominantes as relações patriarcais até o século XIX, não parece eficaz a um resgate crítico da formação da sociedade brasileira, eleger o modelo patriarcal como unicidade explicativa, uma vez que, baseava-se em formas elitistas dos modos de ser e estar em terras brasileiras, vividos por uma minoria que impunha suas ideologias e estilo de vida ao restante do grupo social, não podendo jamais representar o todo da organização familiar e social e das relações de gênero do país. Diferentes formas de vivenciar a colônia ficaram evidenciadas no trecho descrito por Samara (2002):

[...] Mudanças econômicas que ocorrem a partir dessa época [séc. XVII], vão afetar o conjunto da sociedade e provocar alterações no estilo de vida de seus habitantes. A descoberta das minas de ouro na década de 1690, constituiu um novo polo de colonização, deslocando o eixo econômico, antes localizado no Nordeste, para o Sul. Com uma vida urbana mais intensa, a região mineira atraiu pessoas em busca de enriquecimento e da aventura, canalizando o tráfico de escravos durante o século XVIII. A sociedade que aí se formou era uma mescla de raças e origens diversas e mais difícil de ser controlada, apesar das tentativas da igreja e da coroa portuguesa. O número de celibatários era alto, proliferavam os concubinatos e a ilegitimidade era comum. Mulheres exerciam atividades econômicas fora do âmbito doméstico e as solteiras com prole natural chefiavam famílias. Nessas paragens, não era fácil para os poderes constituídos, tentar fixar os padrões impostos pela colonização, que não eram seguidos pela maior parte da população. (SAMARA, 2002, p. 33)

A partir do século XVIII, muitas famílias se firmavam no meio rural em áreas mais empobrecidas, que não possibilitavam a seus habitantes disporem de mão de obra escrava, o que exigia que os próprios lavradores e suas famílias cultivassem a terra. Ou mesmo no meio urbano, onde já se podia observar, naquela época, o surgimento de pequenos serviços exteriores às atividades vinculadas ao setor exportador vigente. Isso significa dizer que, por questões econômicas e comportamentais heterogêneas, camadas da população brasileira nessas épocas não seguiam hierarquias nem papéis socioculturais das constituições familiares dominantes, ou como bem nos explica Samara (2002):

Assim, especialmente no meio urbano, os papéis informais, embora não oficialmente reconhecidos e pouco valorizados, integravam a vida cotidiana, servindo também para desmistificar, no sistema patriarcal brasileiro, o papel reservado aos sexos e à rígida divisão de tarefas e incumbências. Essas mudanças vão se acentuar ao longo do século XIX, com o desenvolvimento econômico do sul do país provocado pela cafeicultura e, especialmente na segunda metade do século XIX. (SAMARA, 2002, p. 34)

Vale destacar também o fato de que, se outras formações familiares externas ao perímetro da casa grande e da senzala não foram levadas em conta nos estudos acerca da formação familiar brasileira, o que dizer então das famílias de negros escravizados ou libertos que sequer são citados pela historiografia da família. Como se não tivessem existido, tampouco contribuído com elementos característicos à família brasileira.

O modelo patriarcal tradicionalmente utilizado como baliza da organização familiar brasileira colocou todos os outros modos familiares em segundo plano ou inexistência na representação da trajetória da formação social, política e familiar brasileira. Logo, o modelo patriarcal apresenta-se perante a história, como se tivesse sido uma formação homogênea, cujos personagens só foram sendo substituídos através das gerações, sem encontrar nenhum

tipo de ameaça à sua hegemonia. Sem que fossem consideradas as circunstâncias pelas quais “através de uma luta suja, de infinitos pequenos conflitos e manipulações e da violência, que este modelo, afinal, se impôs” (CORRÊA, 1981, p. 06)².

Diante disso, cabe destacar que a ênfase que se deu por muito tempo a apenas uma forma de organização familiar (patriarcal) sem levar em conta atores, hábitos culturais, questões econômicas e os limites desta composição, contribuiu durante muito tempo para uma “homogeneização histórica”, como nomeia Corrêa (1981) sob o olhar dos senhores brancos e suas famílias, além de que:

[...] A “família patriarcal” pode ter existido, e seu papel ter sido extremamente importante: apenas não existiu sozinha, nem comandou do alto da varanda da Casa Grande o processo total de formação da sociedade brasileira. [...] A história da família brasileira torna-se em suas mãos, um objeto dado, individualizado e é apenas no seu interior que ocorrem as transformações [...] o conceito de “família patriarcal”, como tem sido utilizado até agora, achata as diferenças, comprimindo-as até caberem todas num mesmo molde que é então utilizado como ponto central de referência quando se fala de família no Brasil.(CORRÊA, 1981, p. 10)

Isto posto, faz-se necessário destacar que, a partir das considerações dos autores trazidos até aqui, revela-se a impossibilidade de uma forma linear de contextualização da formação da família brasileira, haja vista, a gama de possibilidades de configurações familiares desde a época colonial, o que, conseqüentemente, contribuiu para a historiografia mais recente questionar os pressupostos do modelo patriarcal como maior contribuição para formação social do Brasil.

O reconhecimento de múltiplos modelos familiares por parte da historiografia nacional contemporânea representou, conseqüentemente, a introdução de diversos outros agentes modificadores da realidade brasileira e da instituição família, revelando também que a família patriarcal de formulação nos moldes freyrianos mostra-se insuficiente não observância desta realidade.

Sendo assim, há uma concordância com a literatura que, recentemente, (se comparada aos escritos da época dos estudos freyrianos e seus sucessores) passou a entender a necessidade do reconhecimento de outros parâmetros para o estudo da família, bem como dos múltiplos modelos familiares no Brasil, admitindo a existência de um sistema patriarcal

²Corrêa (1981) afirma ainda que, a historiografia que se debruçou a entender a sociedade colonial e a organização familiar brasileira por meio da configuração da família patriarcal em detrimento da “massa anônima dos socialmente excluídos” que formavam organizações “marginais”, o fez modelando a história da sociedade brasileira tomando como parâmetro a formação familiar em voga nas camadas senhoriais.

modificado e com maior flexibilidade por “regiões, grupos sociais e etnias” (SAMARA, 2002, p. 45).

Neste sentido, partilhamos deste entendimento de que os processos históricos e culturais que marcaram a formação da família brasileira precisam amparar-se na ideia de uma formação que recebeu contribuições de diferentes etnias e culturas que, Cayres (2008) distingue serem essas circunstâncias dadas pelo fato da colonização brasileira, devido sua grande extensão territorial, ter proporcionado que diferentes povos e etnias aqui se instalassem, impregnando o local com uma diversidade cultural que teve seus reflexos no surgimento das famílias. Observando-se, no entanto, que a cada período histórico um modelo familiar colocava-se como hegemônico perante os outros.

Assim, entre as características típicas do sistema patriarcal coexistiram formas de convivência e sociabilidade que exerciam relação direta com a composição familiar no que diz respeito à hierarquização de papéis, formação de laços e relações baseadas no matrimônio e proteção mútua, assim como no tocante ao poder familiar e controle sobre as mulheres, os filhos, as relações socioeconômicas e políticas.

De forma que, o processo pelo qual o modelo patriarcal vigente e hegemônico sofreu mudanças engendradas pelas transformações societárias em curso, abriu espaço para o desenvolvimento da formação de uma nova configuração chamada de família conjugal moderna ou burguesa e todas as características e implicações ocasionadas, como casamento por escolha dos cônjuges e novas determinações para os papéis do homem e da mulher no casamento e perante a família. O capítulo seguinte trará os meandros dessa nova forma de enxergar e vivenciar a família que sofre influência e se confunde com a própria formação do capitalismo no Brasil.

2.2 A FAMÍLIA BURGUESA E OS NOVOS MODELOS FAMILIARES

Como dito anteriormente, os moldes patriarcais de família coexistiram com outras formas de organização familiar à margem da organização da casa grande e da senzala, que dentre outras coisas exercia hegemonia econômica perante esses grupos sociais e familiares socialmente excluídos. Esses modelos de família dominantes exerceram influência e adaptações de acordo com o balanço das mudanças na realidade social, de modo que, alguns de seus pressupostos ainda se fazem presentes no imaginário social acerca do “modelo ideal” de família defendida por setores conservadores e anacrônicos da sociedade brasileira contemporânea.

Nesta perspectiva é possível afirmar que não houve superação de uns modelos familiares por outros, ou mesmo que o patriarcado tenha simplesmente deixado de existir para entrar em cena uma nova configuração familiar baseada na formação nuclear burguesa de família, mas transformações que caminhavam conjuntamente com o momento histórico e as exigências do modelo político e econômico em voga.

De forma que, a entrada da sociedade brasileira em seu estágio burguês, diz respeito ao surgimento de uma ordem pré-capitalista, da sociedade capitalista que ascende a burguesia e sua mentalidade, que dentre outras coisas, contribuiu para a reorganização do modo de vida familiar e doméstico, das atribuições femininas e a vivência do amor e do casamento.

Este momento histórico teve início a partir do século XIX, quando emergiu uma série de transformações na sociedade brasileira, a exemplo do incremento de uma vida urbana e industrial, por ocasião da consolidação de práticas capitalistas na sociedade, até então, fortemente agrária e escravocrata, como nos informa D’Incao (2006).

É ao final do século XIX, que o Brasil inicia seu processo de modernização, de fato, com o incremento da nova república e seu ideal de “civilização” e “europeização”, ambiente propício para a ascensão do espírito burguês, onde já não caberiam comportamentos e mentalidades tradicionais que remetessem às relações senhoriais outrora dominantes na sociedade brasileira.

Assim, a cidade burguesa, nas palavras de D’Incao (2006) constituía uma nova situação, na qual, o novo regime político e as mudanças na economia, afetaram a vida familiar e social dos brasileiros, na medida em que, a rua passava a ter status de interesse público, não sendo mais uma extensão da casa e do poder familiar do patriarca a quem todos estavam submetidos. Desta forma,

O desenvolvimento das cidades e da vida burguesa no século XIX influenciou na disposição do espaço no interior da residência, tornando-a mais aconchegante; deixou ainda mais claros os limites do convívio e as distâncias sociais entre a nova classe e o povo, permitindo um processo de privatização da família marcado pela valorização da intimidade. (D'INCAO, 2006, p.228).

O que se observa, portanto, na consolidação do ideário burguês para a família é justamente a cisão entre o espaço privado – a casa onde a família nuclear burguesa se estabelecia – e a rua, onde essa família produzia e consumia. Dessa forma, essa “ruptura entre local de produção e local de reprodução”³, repercute na organização familiar, uma vez que, com o advento da modernização marcada, principalmente, pela industrialização e urbanização do país, foi criado todo um aparato ideológico e comportamental, de forma que, cabendo à família adaptar-se às novas formas da ordem social que se estabelecia, especialmente as mulheres, pois a responsabilização desta adaptação recaiu muito mais sobre os seus ombros.

No bojo dessas transformações começa a se estabelecer as bases de um tipo familiar que hegemonicamente funda na sociedade brasileira a concepção burguesa de família nuclear, que pode ser definida, tomando como referência a descrição de Cayres (2008) enquanto aquela que se reduz aos cônjuges e os filhos (diferentemente da extensa de tipo patriarcal), com resquícios ainda da divisão de papéis entre os sexos, marcada pelo modelo anteriormente em voga (homem mantenedor financeiro e mulher do lar) com o incremento agora de uma rígida responsabilização da mulher como alicerce da moral familiar e social, perante a educação dos filhos e a salvaguarda da privacidade e intimidade das relações intrafamiliares, tendo como sustentação de suas bases a domesticidade, o amor romântico e o amor materno.

A emergência da família burguesa e sua ideologia de classe endossou o papel da mulher no ambiente familiar, conjugal e social tanto do ponto de vista da responsabilidade do cuidado quanto da educação e afetividade familiar, reservando a essa mulher novas atribuições e atividades no espaço doméstico⁴. (D'INCAO, 2006)

³De acordo com Cayres (2008, p.8) apoiada nos estudos de Bruschini (2000) essa ruptura introjetada na sociedade pelo advento do capitalismo reduzia a função econômica da família à produção de valores de uso, ou seja, de necessidade de consumo, ou então na prestação de serviços domésticos, empregando a força de trabalho de todos os seus membros (inclusive as crianças), uma vez que a produção de bens nesta época passa a ser feita no mercado, fábricas e empresas.

⁴No que se refere ao lugar da mulher nesse processo de construção da mentalidade burguesa no Brasil, D'incao (2007, p.223) destaca: “Presenciamos ainda nesse período o nascimento de uma nova mulher nas relações da chamada família burguesa, agora marcada pela valorização da intimidade e da maternidade. Um sólido ambiente familiar, o lar acolhedor, filhos educados e esposa dedicada ao marido, às crianças e desobrigada de qualquer trabalho produtivo, representavam o ideal de retidão e probidade, um tesouro social imprescindível. Verdadeiros emblemas desse mundo relativamente fechado, a boa reputação financeira e a articulação com a parentela como forma de proteção ao mundo externo também marcaram o processo de urbanização do país”.

O papel de mantenedora da moral e dos bons costumes da família foi reforçado também por meio da medicina, por meio de práticas e discursos higienistas, assim como nas escolas e por meio da imprensa.

Vale ressaltar ainda a influência que a igreja católica exerceu na configuração familiar burguesa e moderna, na medida em que desempenhou bastante patrulha moral às famílias, ditando regras de conduta e convivência nas relações familiares e conjugais⁵. A igreja foi grande influenciadora na constituição da família nuclear burguesa distinguindo, a partir de seus dogmas prescrições morais relativas, por exemplo, à quantidade ideal de filhos e o lugar de cada um dos entes na dinâmica familiar, em especial os cônjuges.

O que se observa, porém, de mudanças mais significativas no que concerne ao papel da mulher na família burguesa é, justamente, sua ida para os postos de trabalho⁶, algo impensado para esta em circunstâncias patriarcais. Porém, aqui se fala da mulher branca, da casa grande, pois, para as negras e escravizadas tal fato era condição, inclusive, de sua sobrevivência, haja vista as condições desumanas, as quais eram submetidas desde tempos coloniais.

Sobre isso, Cayres (2008) concorda que, a saída da mulher do mundo privado para o público, ao deixar o âmbito apenas doméstico e se inserir no mundo do trabalho remunerado, abalou as bases da família brasileira da época, porém, a autora afirma que outro fator foi também decisivo para entender o momento que ocasionou as mudanças mais significativas para a conformação das famílias, tais como elas se apresentam na sociedade contemporânea.

Este fator foi o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado brasileiro, de privilegio a oligarquias, elites, que teve como suas principais consequências o empobrecimento acelerado das famílias, a migração agravada do campo para a cidade e a entrada de um contingente muito grande de mulheres e crianças no mercado de trabalho. Tais mudanças teriam implicado profundamente no surgimento de vários modelos ou arranjos familiares nas décadas que se seguiram.

Sendo a família causa e consequência do contexto e tempo histórico nos quais está inserida, fatores socioculturais, econômicos e políticos são os principais influenciadores das transformações no âmbito familiar, especialmente, na contemporaneidade, quando entram em

⁵ Soares (2008) enfatiza que a configuração da família moderna se deu, em grande parte, por conta da influência que a ordem religiosa e a ordem burguesa exerceram na época de seu apogeu, final do século XIX início do século XX, embora seja, na contemporaneidade uma experiência minoritária.

⁶ Para Santos e Wiese (2009, p.2) a emergência da sociedade urbana e industrial no Brasil representou a saída das famílias dos campos agrícolas para os centros urbanos industriais e a introdução dos entes familiares na venda de sua força de trabalho, uma vez que, agora não só os homens, mas as mulheres e mesmo as crianças apresentavam-se como mão-de-obra para complementar o sustento da família, já que o salário oferecido nas fábricas, muitas vezes, era insuficiente para a sobrevivência familiar.

cena movimentos sociais e populares (a exemplo do movimento feminista e de LGBT), bem como, avanços científicos e tecnológicos na área da saúde reprodutiva, como aponta Soares (2008), que contribuem para questionar os pilares fundantes de uma concepção de família baseada em ideologias conservadoras e que desprezam a diversidade sexual e afetiva das diferentes composições familiares construídas à margem dos modelos dominantes.

De modo que, hoje é possível distinguir a existência de, pelo menos, nove tipos de composição familiar, consideradas na atualidade como válidas e representativas da diversidade, complexidade e mutabilidade com que o entendimento sobre o que é família foi capaz de suscitar. Assim, pode-se considerar a existência de famílias nucleares; extensas; adotivas; adotivas temporárias; monoparentais; casais homossexuais com ou sem criança; famílias reconstituídas; e, várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo. (CAYRES, 2008)

Independentemente da mudança de nomenclatura adotada por diferentes autores parece unânime a concepção, de que, na atualidade, não existe um padrão ou modelo que possa abarcar ou caracterizar a diversidade dos arranjos familiares⁷. De forma que, Soares (2008) identifica em alguns autores a caracterização das formas de organização familiar na contemporaneidade como:

I. Nuclear ou conjugal: o que resulta nas famílias compostas por um homem, mulher e filhos coabitando o mesmo espaço. Nas nucleares permitem-se haver até duas gerações com filhos biológicos; II. Monoparental ou mononuclear: somando o elenco de famílias formadas por apenas um dos genitores [pai ou mãe e filho/filha]. Essas famílias resultam de uma variação da estrutura moderna devido a fenômenos sociais como o divórcio, óbito, abandono do lar, “produção independente” graças aos avanços das tecnologias reprodutivas, etc.; III. Extensa ou compostas por agregados domésticos: nessas famílias encontram-se três a quatro gerações; IV. Adotiva: que partem do princípio da adoção de uma criança ou adolescente em que, em uma família não biológica, passa a ter os mesmos direitos e deveres de filho consanguíneo; V De casais sem filhos: um projeto pessoal de não ter filhos por diversos processos de cunho restrito a projetos de vida do casal; VI Homoafetiva ou homoparental: as famílias constituídas por pares do mesmo sexo e seus filhos, onde um adulto do casal assuma uma orientação sexual diferente da heterossexual; VII. Reconstituída: famílias formadas após o processo de divórcio; VIII. Estendida: famílias que estenderam os laços familiares aos amigos, vizinhos, afilhados. São várias pessoas vivendo juntas, sem laços de parentesco, mas com forte compromisso mútuo. Essa conformação família é dada como meio de sobrevivência econômica e relacional da própria família e; IX. Unipessoal ou uniparental: famílias constituídas pelas pessoas que vivem sozinhas com idades jovens ou, então, pessoas idosas em decorrência do aumento da expectativa de vida. (SOARES, 2008, p. 31-33)

Conforme apontado por Souza, Beleza e Andrade (2012, p.110) pode-se traçar, pelo menos, cinco tendências que incidiram para a transformação da formação, estrutura e função

⁷ Na visão de Souza, Beleza e Andrade (2012, p. 106) “O conceito de arranjo familiar pode ser compreendido pela formação da família, com laços sanguíneos ou não, convivendo sob o mesmo teto, de forma que o modelo de organização, a função dos papéis familiares e as relações de afeto determinem a configuração a qual está inserida”.

da família contemporânea, dentre as quais, destacam-se: retardo do casamento e da primeira gravidez por parte das mulheres; diminuição do tamanho das famílias, devido à redução da quantidade de filhos por casal, ou mesmo a opção por não tê-los; aumento das responsabilidades financeiras dos pais, reforçadas por filhos que demoram ou não saem de casa nas idades adultas; elevação do número de lares chefiados por mulheres; maior participação das mulheres no mercado de trabalho formal e da divisão das responsabilidades econômicas das famílias.

Na perspectiva de Souza, Beleza e Andrade (2012), o que irá identificar, na contemporaneidade, o que é família já não mais será o casamento ou o envolvimento sexual, mas o afeto que sustenta o relacionamento. Desta forma, a afetividade é que será o fator primordial e basilar da relação conjugal entre as pessoas. Concordando também com a argumentação segundo a qual, distingue a família de um agrupamento pura e simplesmente de pessoas, para a união que visa comprometimento mútuo, conformidade de interesses e projetos de vida e solidariedade, para além dos laços consanguíneos.

Sendo assim, observa-se que, na contemporaneidade, as mudanças se dão mais no sentido do rompimento com a tradição outrora tão decisiva na formulação dos ideais de família. As novas famílias que surgem diversificam-se e reconfiguram-se em termos das possibilidades de relacionar-se, organizar-se e vivenciar o parentesco e o conjugal.

De forma que, casamento, amor, família, afetividade e sexualidade sempre vivenciados a partir de papéis preestabelecidos, só podem ser definidores das novas configurações familiares contemporâneas, na medida em que se leve em conta fatores sociais, econômicos, políticos, subjetivos, culturais como reflexos do movimento da sociedade e das formas de viver e pensar as famílias.

Mioto (1997) salienta que, diante das transformações ocorridas no âmbito da família três aspectos devem ser ressaltados: o primeiro refere-se à necessidade de se falar em famílias, no plural, uma vez que é possível observar uma diversidade de arranjos familiares na contemporaneidade.

O segundo aspecto diz respeito à entrada da família na estrutura social. No sentido de que, além de ser marcada pelas determinações históricas e culturais, sua vivência também é condicionada pelas diferenças sociais das classes ou grupos sociais, nos quais, está inserida. O terceiro aspecto apontado por Mioto (1997) é relacionado às necessidades individuais dos membros da família. Agora é possível falar em projetos individuais que, muitas vezes, podem ir de encontro a projetos que digam respeito a interesses do todo familiar.

As diferentes formas e arranjos familiares, somadas às mudanças econômicas e socioculturais advindas da contemporaneidade construíram um cenário que diferiu as formas tradicionais de vivenciar e entender a família, o que de um lado gerou maiores possibilidades de modelos familiares e novas formas de se relacionar e de outro um discurso de desestruturação familiar. E, a desestrutura seria justificada principalmente pela falta de condições financeiras das famílias em manter as necessidades básicas de bem-estar.

Quando o paradigma da familiar nuclear patriarcal/burguesa é quebrado, a ideologia dominante com vistas a garantir a manutenção de seus privilégios e o controle social, acaba por elaborar o discurso da existência de famílias “desestruturadas”, ameaçadas e carentes de valores morais, de modo que, tais adjetivos são, na maioria das vezes, atrelados à ideia de insuficiência financeira, como interdependência.

Diante disto, a questão financeira aparece como o principal motivo para a desqualificação da família (especificamente a pobre, a de menor poder aquisitivo) e a culpabilização pela sua situação de pobreza, como se esta não fosse resultado de desigualdades econômicas e sociais, exclusões, e privações de acesso a direitos.

Tenório e Zagabria (2012) constataam que a desqualificação da família pobre, pelo viés financeiro produziu um imaginário social que caracteriza tal família como incompetente para o cuidado dos filhos, o que justificaria uma intervenção pública, estatal na regulação desta incompetência. De acordo com as autoras, discursos e estudos higienistas contribuíram em grande parte para o estabelecimento do estigma da incompetência, e da gradativa necessidade de dispositivos de controle e dominação por parte do Estado. Concordando com tal afirmação Nascimento; Cunha e Vicente (2007) complementam que:

A família pobre ganha um novo estatuto: família negligente. Essa categorização justifica a intervenção estatal, pois o discurso não é mais o da falta de condições materiais para o cuidado dos filhos, e sim o desrespeito aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, como saúde, educação, alimentação, entre outros, que tomam forma nos casos de violência intrafamiliar, de risco social, exploração do trabalho infantil, etc. Sem considerar que, muitas vezes, a família pobre é privada desses direitos, e conseqüentemente não tem como suprir/garantir as necessidades de seus filhos. (NASCIMENTO; CUNHA; VICENTE, 2007, p. 7)

Neste sentido, os autores acima pontuam que a configuração e os hábitos da família pobre passam a ser condenáveis genética e moralmente, associando pobreza à periculosidade, delinquência, negligência, dentre outras formas de inferiorização dos pobres que justificassem a regulação e tutela de suas vidas, seja por meio de políticas públicas fragmentadas e focalizadas, seja por sua criminalização.

No próximo capítulo será trazido de que forma o Estado brasileiro instituiu a proteção social colocando a família enquanto estratégia de ação nas políticas públicas e focalizando em sua situação de pobreza sem, no entanto, produzir mecanismos de abalo às estruturas que permitem a persistência da desigualdade social e faz com que a família necessite ao mesmo tempo da intervenção estatal e das condições de exercer autonomia na garantia de sua qualidade de vida, o que inclui, por conseguinte, sua condição de saúde e de acesso às políticas sociais em geral.

3. PROTEÇÃO SOCIAL, FAMÍLIA POBRE E ADOECIMENTO

Este capítulo trata da configuração das políticas sociais e sua relação com a família, a partir das transformações ocorridas no âmbito da proteção social no mundo e no Brasil, dando ênfase à interlocução entre a política de saúde brasileira (o Sistema Único de Saúde e os programas) e a família. Demonstrando a estratégia utilizada pela ordem do capital para modificar o formato das políticas e ações no bojo da proteção social, sobretudo no momento em que passa a convocar a família para arcar com a maior parte da responsabilidade em assegurar a proteção de seus membros, inclusive no que diz respeito à política de saúde, buscando suscitar a análise sobre as reais condições de esta família cumprir com a função cuidadora no âmbito dos serviços de saúde.

3.1 A PROTEÇÃO SOCIAL À FAMÍLIA POBRE

As emergentes políticas sociais brasileiras traçam e definem as particularidades da responsabilização do Estado na garantia dos direitos sociais e no reconhecimento da necessidade de subsídios estatais para o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos.

O percurso histórico de seu surgimento tem seus pressupostos a nível mundial no contexto pós 2ª Guerra Mundial, quando alguns países europeus passaram a propor uma série de intervenções por meio do aparelho estatal, com vistas a assegurar o acesso dos cidadãos a um conjunto de medidas de proteção que proporcionassem o bem-estar social.

De acordo com Pereira e Stein (2010), nesse momento se estabeleceu um maior intervencionismo do Estado na economia e na regulação da vida social, conhecido como o Estado de bem-estar social. Quando ocorre então uma estreita relação entre políticas públicas e direitos de cidadania, sendo o princípio da universalidade o elo dessa relação, haja vista seu uso como estratégia para concretização da cidadania, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, trabalho, educação e assistência.

A política social do pós-guerra pretendia também estabelecer condições de pleno emprego, ampliação dos serviços sociais de caráter universal e associado a eles um conjunto de direitos e responsabilidades. O que gerou, portanto, maior investimento do gasto público na área social.

Iniciava-se, portanto, o estágio em que, pode-se dizer que o Estado adquiriu um caráter interventor na reprodução da vida social, através do estabelecimento de ações, as quais se traduziram, mais tarde, em uma redefinição do papel desse Estado e maior responsabilização pública pelo bem-estar da população, por meio de políticas sociais.

Porém, de acordo com Behring e Boschetti (2009) este intento de um intervencionismo do Estado na regulação social foi consumido, posteriormente, em face da crise mundial de acumulação do sistema capitalista, que a partir da década de 1970 sofreu fortes influências do receituário neoliberal, redirecionando o papel do Estado na proteção social, dando ênfase a políticas focalizadas nos mais pobres e numa perspectiva de Estado mínimo e mercado máximo.

Behring e Boschetti (2009, p. 56) ao analisarem as implicações do liberalismo para a expansão das políticas sociais afirmam que, na perspectiva liberal, o papel do Estado configura-se como um “mal necessário”, necessário porque precisa fornecer as bases legais para aquilo que o pensamento liberal elege como o melhor meio de proporcionar o bem comum: o mercado e sua “mão invisível”, que regularia as relações econômicas e sociais e maximizaria o bem-estar dos homens.

O Estado deveria ter o mínimo de intervenção possível, pois, isso feria o curso natural das coisas podendo, no máximo, complementar as ações do mercado e da iniciativa privada e fornecer assistência mínima àqueles que não tivessem condições de competir no mercado. Ou seja, o ideário neoliberal previa, inclusive, que a proteção social fosse gerida e regulada pelo mercado e sua avidez por superlucros para o capital através da diminuição dos encargos sociais.

Na perspectiva brasileira, Behring e Boschetti (2009) assinalam que para caracterizar como se deu o surgimento das políticas sociais e das intervenções estatais neste âmbito é necessário, antes de tudo, compreender as particularidades do capitalismo tardio que se instalou por aqui.

É pertinente elencar que dentre os elementos fundamentais destas particularidades estão: o processo de colonização sofrido pelo Brasil que fez com que sua organização política e econômica fosse orientada de fora pra dentro (a dependência do mercado internacional e o escravismo prolongado que até hoje ainda encontram resquício nos valores, na cultura e demais dimensões da vida em sociedade); o clientelismo, patrimonialismo como prática no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes, etc. Motivos pelos quais o desenvolvimento da política social no Brasil ganha uma delineação bastante peculiar, tão mais complexa se comparada com outros países e ainda distante de ser concretizada efetivamente.

Já Netto (1996) contribui para esta discussão quando salienta que, para se entender a estruturação daquilo que ele denomina de “ordem tardo-burguesa” do Brasil e a sua tendência cada vez maior em incorporar traços determinantes à vida social brasileira, principalmente as determinações de cunho neoliberal, deve-se considerar sua condição periférica no capitalismo mundial, o nível de desenvolvimento de suas relações capitalistas e suas particularidades socioeconômicas. De forma que, faz-se necessário considerar primeiramente seu pertencimento à periferia econômica mundial e seu nível de subdesenvolvimento.

Além disso, o fato do estabelecimento de um projeto de hegemonia burguês mesquinho que mesmo após transição de momentos de ditadura para “democracia” não deixou de apresentar características limitantes que relegou à população um quadro de condições precárias de vida e trabalho, mesmo em momentos de expansão econômica.

Juntando todos esses aspectos têm-se caracterizado um tipo de capitalismo à brasileira, que reúne algumas peculiaridades e nos trazem pistas dos rumos da política social no país, como parte das respostas que o Estado oferece às expressões da questão social, reproduzindo as relações contraditórias entre as classes e dando respostas ora à reprodução da classe trabalhadora e suas necessidades básicas, ora à acumulação do capital, de modo que a realidade tem demonstrado sua tendência em privilegiar este último em detrimento da primeira.

Nesse sentido, diante de um quadro tão contrário e repleto de inconsistências e ranços históricos, estabelece-se um complexo contexto de defesa de direitos e conseqüentemente, constituição de políticas sociais, que até hoje encontram dificuldades para sua garantia efetiva, bem como, se torna campo fértil para que o ideal neoliberal encontre espaço para desenvolver-se.

Fagnani (2008, p. 39) corrobora com o entendimento de uma construção contraditória da política social no Brasil ao apontar dois movimentos presentes em sua história e cujos rebatimentos se fazem presentes até os dias atuais: a conquista do sistema de proteção social a partir da Constituição Federal de 1988, que coexistiu com um movimento contrário de degradação das bases financeiras e protetivas do Estado, adotado principalmente a partir da década de 1990. Como bem esclarece o autor no trecho abaixo.

[...] Assim, desde o início dos anos 90, a política social brasileira vem sendo submetida a tensões entre dois paradigmas antagônicos: o Estado mínimo *versus* o embrionário Estado de bem-estar social; a seguridade social *versus* o seguro social; universalização *versus* focalização; a prestação estatal dos serviços *versus* privatização; os direitos trabalhistas *versus* a desregulamentação e flexibilização. (FAGNANI, 2008, p. 27)

Ou seja, a história demonstra que a proteção social e os direitos sociais no Brasil desenvolveram-se na contramão daquilo que seria um percurso sólido e irreversível, ao passo que se conquistava garantias por um lado desfaziavam-se por outro, abrindo brechas para que interferências negativas encontrassem muito mais chances de se estabelecer e ditar as regras.

Isto fica claro, por exemplo, quando a crise capitalista que se abateu na economia mundial, na década de 1970, trouxe rebatimentos para o intento da política social brasileira embrionária enquanto promessa para alavancar a viabilização dos direitos sociais, que viu seus primeiros passos serem dados a partir da Constituição de 88e, posteriormente, perder espaço para o receituário neoliberal, o qual previa uma série de reformas do sistema de proteção social do Estado, visando implantar ações de privatização, fragmentação e focalização das políticas sociais, por meio do enfoque nos programas de emergência para os pobres ou miseráveis.

De acordo com Pereira e Stein (2010), a ofensiva neoliberal que começou a se expandir a partir da década de 1970 contribuiu, em grande parte, para a predominância de um discurso focalista no âmbito da política social,

A estratégia da focalização, segundo Pereira e Stein (2010, p. 107) reproduz a lógica da fragmentação e das respostas em curto prazo. Nesta perspectiva, o local se sobrepõe ao geral e a realidade é vista apenas de acordo com sua superficialidade e seus traços observáveis. Palavras como “imediatismo” e “mérito” é que irão definir os serviços sociais disponibilizados pelo Estado e direcionados somente para os pobres.

Com relação a isso, Esping-Andersen (1991, p. 104) argumenta que a tradição de ajuda aos pobres e a assistência social a pessoas a partir da comprovação de necessidade foi visivelmente planejada com o propósito de estratificação, ao punir e estigmatizar seus beneficiários, promovendo dualismos sociais.

Carvalho e Almeida (2003, p. 19) acrescentam ainda que, o enfoque nos segmentos populacionais considerados como mais pobres e vulneráveis (as crianças e os adolescentes, idosos ou os produtores rurais de baixa renda) traduzem-se em intervenções pontuais, compensatórias e assistencialistas, de alcance geralmente limitado.

Justamente esta tendência apontada pelos autores supracitados é que irá definir, no Brasil, o processo de construção de uma política social de forte cunho focalista e que desresponsabiliza o Estado em sua garantia e universalização. Sobretudo a partir da década de 90, quando o país incorpora intensivamente o pacote de políticas e estratégias neoliberais.

Ainda de acordo com Fagnani (2008, p. 27-28), foi a partir dos anos 90 que se iniciou um novo ciclo de contrarreformas liberais e conservadoras no país, caracterizando-se como o

momento em que os governos começam a atacar as vinculações orçamentárias previstas pela Constituição Federal de 1988 para garantir a implementação dos direitos sociais em favor do Estado mínimo e visando o ajuste fiscal “pela subtração de gastos sociais universais”.

De forma a delinear uma realidade, de flexibilização, precarização do trabalho, ataque aos direitos sociais, desmonte das políticas públicas e diminuição de investimentos públicos no campo social, como estratégias do capital de superar a profunda crise pela qual o sistema capitalista atravessou desde o final da década de 1970.

Todas estas transformações trouxeram consequências negativas que se expressaram nas condições de vida e trabalho da população brasileira, em geral acirrando a questão social⁸ e repassando para as camadas sociais vulneráveis mais agudamente os resultados das estratégias neoliberais. E, são justamente estas camadas sociais, às quais direcionam-se as políticas focalizadas e as mesmas que vivenciam esse quadro de exclusões e desigualdades múltiplas que as colocam como demandatárias das políticas sociais.

Iamamoto (2008, p. 82) aponta que, como consequência das novas estratégias de desenvolvimento neoliberalistas e seu caráter altamente concentrador de renda e capital pode-se observar queda do padrão de vidas dos trabalhadores, tendo como principais expressões “o agravamento da desnutrição, de doenças infecciosas, do aumento das taxas de mortalidade infantil, dos acidentes de trabalho”. Fatores esses que contribuem para a ampliação da miséria absoluta e relativa de grande parte da classe trabalhadora. Observa-se, contudo, que em meio a uma conjuntura tão adversa o Estado decide tratar a questão social de forma repressiva e paliativa, tensionando a luta de classes, como nos afirma a autora:

O tratamento da questão social através da repressão e da assistência, subordinada aos preceitos da segurança nacional e da acumulação monopolista, implica não só o agravamento das tensões sociais como a ampliação do processo de pauperização absoluta e relativa dos trabalhadores e das sequelas daí derivadas. A “crise do milagre” econômico brasileiro permite o reaparecimento, na superfície da cena política, da presença fortalecida e reorganizada dos trabalhadores em seus movimentos sociais, apesar da assistência e da repressão. (IAMAMOTO, 2008, p. 86).

Nesta perspectiva, se o cenário desfavorável de aprofundamento das desigualdades e mazelas sociais trouxe consequências negativas para a classe trabalhadora, garantiu também sua reorganização em prol da melhoria das condições de vida, pressionando o Estado na

⁸De acordo com Yazbek (2005, p.5), a Questão social se expressa pelo conjunto de desigualdades sociais engendradas pelas relações sociais constitutivas do capitalismo contemporâneo. Sua gênese pode ser situada na segunda metade do século XIX quando os trabalhadores reagem à exploração de seu trabalho.

responsabilização do bem-estar social e, como veremos, lhes garantiu importantes conquistas no âmbito dos direitos sociais e na implementação de políticas sociais.

Chegar a tal constatação ratifica o discurso da literatura que se dedica ao estudo das políticas sociais ao considerar que a política social seja uma das grandes e fundamentais respostas às expressões da questão social e o enfrentamento reivindicado no bojo do embate entre os interesses do capital e da classe dos trabalhadores, embora em sua operacionalidade mostrem-se passíveis de ajustes e aprimoramentos.

No que diz respeito às tensões de classe na direção dos gastos sociais do Estado temos que a entrada no cenário político nacional, dos trabalhadores e da população em geral excluída das estratégias modernizadoras do país reivindicando o fim da ditadura gerou uma efervescência política que foi responsável pela entrada da pauta do enfrentamento da questão social na agenda da redemocratização. Cominando na posterior “Constituição cidadã” de 1988 e na ampliação do conjunto de políticas públicas de caráter social, como será trazido mais adiante no texto.

Porém, como nos alerta Carvalho e Almeida (2003, p.18),na contramão da era democrática que se iniciava, a reestruturação produtiva e as demais estratégias de ajustes neoliberais dos anos 1990 vieram para fazer com que a questão social passasse a ser tratada por outra perspectiva, que dentre outras consequências, despolitiza seus pressupostos.

Os próximos passos foram subordinar o desenvolvimento e as políticas sociais aos ditames econômicos; promover uma reconfiguração do sistema de proteção social, adaptando-se a novas orientações de desmonte dos direitos sociais; reduzir a questão social à questão da pobreza, a partir de uma nova compreensão residual desse fenômeno, retirando o caráter universal das políticas sociais e direcionando-as, quase que exclusivamente, aos mais pobres e excluídos do mercado.

Sendo assim, diante deste quadro, começam a surgir uma série de estudos sobre a questão da pobreza e pauperização, principalmente na década de 1990 que, para além de recomendar a reforma das políticas sociais, para dar conta de tais fenômenos cada vez mais pungentes fazem a defesa da inclusão da família como eixo e prioridade das ações do Estado nesse campo. Juntamente com as macropolíticas de combate à pobreza, propunham programas e projetos de transferência de renda mínima para as famílias “carentes”, o que iria contribuir, mais tarde, para um consensual reconhecimento da centralidade da família na implantação das políticas de proteção social. (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p. 06)

Mesmo no Brasil, dada as circunstâncias contraditórias da composição de seu sistema de proteção social, o pacote de contrarreformas neoliberais favoreceu a convocação da família

na provisão da proteção social. Ao alijar-se das responsabilidades quanto às refrações da questão social, imprimiu um caráter “familista”⁹ à provisão social, na medida em que buscou incluir a unidade familiar na responsabilização pela proteção de seus membros, estando elas preparadas ou não para assumi-la. Barcelos (2011) nos diz que:

Diferentemente dos países da Europa Ocidental, não houve, no Brasil, um sistema de proteção social nos moldes do WelfareState e dessa forma, a adoção da política econômica neoliberal reforçou a redução de investimentos estatais em políticas sociais. Assim, o Estado, que sempre foi restrito em seu padrão de proteção social, torna-se ainda mais encolhido nas suas funções estatais. E mesmo com a promulgação da Constituição de 1988, que incorpora preceitos de cidadania e de direitos sociais, iniciam já no início da década de 1990, medidas para alinhar o Brasil às propostas neoliberais, que são contrárias aos princípios constitucionais. Tais medidas redirecionam o papel do Estado para a racionalização dos gastos em políticas sociais e com proposta de descentralização dessas ações para o mercado, a sociedade civil e principalmente para as famílias. (BARCELOS, 2011, p. 149)

A estratégia de descentralizar as ações estatais perante a proteção social, para a sociedade civil, o mercado e as famílias representou a defesa de uma das propostas neoliberais de afastar o Estado das suas responsabilidades sociais e abrir espaço para a regulação do mercado na realidade daqueles países cujo capital monopolista ainda não tinha firmado totalmente suas bases, a saber, aqueles pertencentes à periferia mundial do capitalismo, como os da América Latina, onde se inclui o Brasil.

Campos e Teixeira (2010, p.24) nos trazem que, na região da América Latina, as influências do pacote neoliberal de desresponsabilização do Estado perante a questão social aumenta o espaço de “intervenção estratégica da família na cobertura das necessidades de seus membros, e assim sua sobrecarga”. De forma que, as reformas sociais implementadas em vários países da América Latina, tenderam a transferir ao setor privado, ai inclui-se a família, as responsabilidades com a proteção social de seus membros, auxiliando, inclusive, na execução das políticas sociais. Ocorrendo aquilo que as autoras consideram como o fortalecimento do mercado por meio da tríade da proteção, que inclui Estado/mercado/família e acentua a presença de regimes “familistas” de proteção social, na maioria dos países latino-americanos¹⁰.

⁹A ideia de familismo utilizada baseia-se nas considerações de Barcelos (2011) e Campos e Miotto (2003) que, apoiadas, sobretudo, na conceituação de Esping-Andersen sobre o tema, caracterizam-no como o sistema de proteção social cuja interferência do Estado se faz mínima e na ocorrência de impossibilidade da família e a comunidade que a circunda proverem a proteção social ou acessá-la por meio do mercado. Devendo ser entendido como um recurso no qual a política pública exige que a família tome para si a maior parte ou totalmente a responsabilidade pelo bem-estar social e de seus membros.

¹⁰Barcelos (2011) discorre que o desenho da política social na América Latina de orientação familista ampara-se especialmente nas mulheres (no âmbito familiar) para assegurar o sistema de proteção social, uma vez que persistiria o modelo de homem provedor.

Numa análise do grau de encargos familiares e de intervenção do Estado entre os países da região, Campos e Teixeira (2010, p.24), exemplificam que, entre os países mais “familistas”, estão: Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Peru, República Dominicana, Bolívia, Honduras e Paraguai, com forte traço de práticas informais de sistemas de bem-estar, ausência de pleno emprego e políticas públicas excludentes e insuficientes.

Além disso, este tipo de proteção se baseia na inserção dos demandatários no mercado formal de trabalho, embora em alguns tenham iniciativas de alcance universal, ou quase universais de serviços, principalmente na área da saúde e da educação. Predominando, no entanto, o enfoque nos mais pobres, que o Estado subsidiará a proteção somente, na medida, em que às famílias esgotem-se as possibilidades de garantia do seu bem-estar.

Campos e Teixeira (2010) nos chamam a atenção para o fato de que, independentemente de qual for o sub regime de bem-estar social na região da América Latina, é forte a responsabilização da família pelo bem-estar dos seus componentes. De forma que, os encargos familiares com a proteção social poderão ser medidos pelo subdesenvolvimento da rede de serviços dirigidos à família que, no Brasil, em função da ênfase em transferências financeiras que se deu em relação à sua proteção, não encontra muitas possibilidades de gerir seu bem-estar.

Os programas de transferência financeira às famílias pobres, para além de apresentar-se enquanto intervenções necessárias em um país com extrema desigualdade e concentração de renda, operam de forma pontual e imediata ao problema da proteção social estatal, sendo colocados como políticas públicas por um Estado que se exime da responsabilidade de garantia de assistência universal a todos que dela necessitam (já que o foco é na extrema pobreza), passando a definir tais programas como a forma mais eficaz de tratar a pobreza. Ou seja, além de esvaziar o caráter universal das políticas, isso dá uma característica familista à política. (MESQUITA, 2011, p. 05)

Barcelos (2011, p. 37) acrescenta também que o fato de a responsabilidade da família para com os seus membros estar prevista na Constituição Federal de 1988, em vários artigos, lhe atribui uma concepção familista e, conseqüentemente, à política social que incorpore seus pressupostos.

Campos e Miotto (2003) advertem sobre o grau de naturalização com que as políticas centralizadas nas famílias enxergam as obrigações familiares. Estas políticas percebem as questões de interdependência geracional no âmbito das famílias como uma obviedade, como

se esta solidariedade familiar se desse naturalmente, o que faz com que estas sejam cobradas constantemente na manutenção da sobrevivência de todos, sem serem considerados os limites econômicos e sociais das realidades, nas quais, estas famílias estão inseridas. O que, de acordo com as autoras, gera, com certa frequência, uma política familiar muito passiva e subdesenvolvida, observando um paradoxo expresso inclusive no discurso das políticas direcionadas às famílias e sua pretensão de reforçar o desempenho das mesmas.

Oliveira (2009) distingue a década de 90 como a época em que ocorre a junção entre Estado, iniciativa privada e sociedade civil que deu surgimento às redes familiares como auxiliares às funções do Estado perante a proteção social e acentuou o processo de desresponsabilização estatal.

Nos anos 90, a crise do Estado “protetor”, surgido do ideário pós 2ª Guerra, serviu para introduzir a família enquanto mecanismo de proteção social e como uma instituição fundamental para a manutenção da ordem capitalista. Nesse sentido, caberia classificar a tendência familista posterior da política social brasileira como uma reintrodução da família no contexto das políticas públicas de proteção.

Tem-se, portanto, a partir daí, um reconhecimento cada vez maior da família por parte das políticas, enquanto estratégia para resolver determinadas problemáticas sociais sem, no entanto, muni-las de condições favoráveis a seu desenvolvimento e muitas vezes, com acesso limitado a aspectos básicos de sua sobrevivência, cada vez mais agravada pelas mudanças conjunturais que marcam as sociedades capitalistas contemporâneas.

Assim, nas palavras de Carvalho e Almeida (2003, p.17), a família se vê fragilizada pelo contexto de desigualdades e exploração do capital, afetando negativamente sua capacidade de prover as necessidades básicas de seus membros, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, cresce suas responsabilidades como mecanismo de proteção social.

Especialmente no Brasil, cuja introdução no capitalismo se deu tardiamente e de forma periférica, as transformações econômicas e políticas suscitadas pelo avanço do capitalismo em seu estágio neoliberal produziram profundas mudanças no cenário social do país, gerando elevados índices de desigualdade social que, conseqüentemente, atingiram as condições das famílias em se proteger, principalmente aquelas pertencentes às camadas mais populares.

Desta forma, no contexto brasileiro, a família estaria no rumo inverso da proteção aos seus membros, uma vez que, muito mais exposta a uma série de exclusões geradas por um contexto desfavorável, que reforça sua submissão aos serviços públicos existentes, somados às desigualdades de renda, impondo sacrifícios, renúncias e dificuldades outras para o convívio familiar saudável, se vê abalada por transformações na sociedade que impactam sua

capacidade de sobrevivência e proteção.(GOMES; PEREIRA, 2005) Ao passo que é induzida a assumir parte na proteção social que, no entanto, não lhe é ofertada de maneira satisfatória.

Tem-se, portanto, um paradoxo de difícil solução, para o qual o Estado desenvolve a “saída” para resolvê-lo elegendo e incorporando a família como ponto central para o desenho e execução das políticas sociais. Porém, não é qualquer família, mas a família pobre, ou aquela que falhou na sua função protetiva e de competitividade no mercado. Já que, como bem exposto por Mioto e Dal Prá (2015), a política social ao eleger a família como foco de destinação de recursos e serviços, por conseguinte, elege também um determinado tipo de família, desvirtuando o princípio da universalidade de direitos. Configurando-se, portanto, como política focalizada, paliativa e fragmentada.

Em vista disso, há o risco de a política social tornar-se ineficaz, por sobrecarregar e induzir uma responsabilização com o bem-estar para famílias que estão sem meios favoráveis a cumprir tal função, vulnerabilizadas e sem a retaguarda do Estado, que se retrai de suas obrigações, repassando-as para as mesmas. Nas palavras de Oliveira, (2009):

Auferir para as famílias a divisão de responsabilidades sem dar a elas as mínimas condições de suportar o fardo de ser corresponsável por sua subsistência é mais uma transferência de responsabilidades do que uma divisão, pois quando há algo para se dividir, ambos ficam com certa parte. No que diz respeito à família como centralidade nas políticas sociais, o que podemos verificar é que a família ficou com a parte pior: a de sobreviver sem os mínimos meios de consegui-lo. (OLIVEIRA, 2009, p. 91-92)

Campos (2015, p.23)corrobora com esta análise, acrescentando que o paradoxo se expressa também na vinculação entre família e direitos de cidadania e se apresenta no fato da estratégia em delinear e desenvolver a política social através da busca pelo protagonismo (responsabilização) da família no sistema de proteção social, juntamente com a promoção da proteção social, por via de direitos políticos, civis e sociais, geralmente especificados de forma individual. Advindo daí a fragmentação da política.

No Brasil, a estratégia que começou a ganhar espaço na agenda pública de enfrentamento às expressões da questão social que abatiam principalmente as famílias pobres, foram os programas de combate à pobreza, principalmente através da transferência de renda.

O chamamento do Estado para a família assumir a proteção social é intitulado por Campos (2015) como ‘casamento da política social com a família’, e tal casamento consiste na utilização desta última, enquanto instância necessariamente vinculada ao seu desenvolvimento. Situando esta vinculação a partir da implementação das primeiras estruturas

do Estado de Bem-Estar Social e separando esse casamento em basicamente dois momentos¹¹. O que permite entender a atual posição da família na política social e enxergar tal fenômeno não como algo novo, mas algo que se confunde com a história da própria política.

Um desses casamentos entre política social e família é identificado por Campos (2015) a partir de outra associação entre uma nova política social e uma nova família. Sendo a primeira caracterizada por uma mudança de enfoque, agora direcionado para o combate à pobreza e à miséria e sustentado majoritariamente pelos programas de transferência de renda às famílias; e a segunda apreendida por meio dos diferentes arranjos familiares identificados na contemporaneidade.

Dessa forma, a família passou a ser responsabilizada muito mais, de acordo com certas obrigações pré-definidas pela política social e servindo de critério para elegibilidade ao recebimento de benefícios.

Mesquita (2011, p. 04) discorre que, a estratégia de enfrentamento da pobreza por meio do enfoque nos programas de renda mínima ou de transferências condicionadas de renda representou a nova face do Estado brasileiro, que se delineia, principalmente, a partir dos anos 2000, com a criação primeiro do Programa Bolsa Escola (2001) transformado posteriormente em Programa Bolsa Família (2003), passando a apostar cada vez mais nas políticas focalizadas com o discurso de que “a atuação deve ser seletiva por beneficiar a população empobrecida”.

Sendo, justamente, nesse contexto de focalização que se aposta numa redescoberta da família como agente fundamental da proteção social brasileira, já que, aparatos legais anteriores como a própria Constituição Federal de 1988 e algumas outras legislações, já haviam delimitado a importância da família enquanto base da sociedade, como está explicitado no texto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS):

¹¹Campos (2015) vai caracterizar o primeiro casamento como resultado histórico do período de desenvolvimento acelerado do sistema capitalista (entre século XIX e metade do XX), com vistas a solucionar a contradição entre os interesses e as demandas do próprio sistema em curso. Os quais estavam no interesse em garantir a reprodução da força de trabalho e o resfriamento das tensões de classe, bem como demandavam a reconstrução da Europa pós Segunda Guerra. Este primeiro casamento foi propiciado pela institucionalização do seguro social, destinado aos trabalhadores formais, a fim de promover a proteção destes contra eventuais riscos futuros, como morte, invalidez, doença ou envelhecimento. Na análise dos prós e contras dessa primeira associação entre família e política social, no entanto, Campos (2015) salienta que, na forma como foi organizado deu margem ao favorecimento de privilégios e falta de tratamento igualitário, já que favorecia trabalhadores formais em detrimento dos informais, assim como os trabalhadores rurais, os autônomos e empregados domésticos. Falta de isonomia expressa na distinção entre categorias profissionais e níveis salariais e demais formas diferenciadas de tratamento que repercutem na proteção social às famílias. Haja vista suas diferentes constituições determinadas pela sua forma de inserção no trabalho.

O reconhecimento da importância da família no contexto da vida social está explícito no artigo 226, da Constituição Federal do Brasil, quando declara que a: “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, endossando, assim, o artigo 16, da Declaração dos Direitos Humanos, que traduz a família como sendo o núcleo natural e fundamental da sociedade, e com direito à proteção da sociedade e do Estado. No Brasil, tal reconhecimento se reafirma nas legislações específicas da Assistência Social – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Estatuto do Idoso e na própria Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, entre outras. (PNAS/NOB/SUAS, 2005, p.41).

No que tange ao sistema brasileiro, a proteção social comunga da concepção de seguridade social, instaurada com o advento da Constituição Federal de 1988, como um conjunto de direitos sociais que uma sociedade dispõe a seus membros. De forma que, a agenda de situações consideradas como desproteções componentes da seguridade social tem distinções entre as três políticas sociais que a compõe, a assistência, a previdência e a saúde, de forma que, tanto a assistência social quanto a saúde teriam por base uma concepção de proteção social de forma universalista e para além do indivíduo, colocando a família como eixo importante da proteção social (SPOSATI, 2013)

Observa-se, no entanto, que ao mesmo tempo em que a Constituição Federal de 1988 preconizava o princípio da universalidade dos serviços sociais básicos, a operacionalidade das políticas rumavam para o caminho da focalização¹², seletividade e direcionados aos mais pobres, fazendo com que a política social no Brasil tenha assumido uma “perspectiva marginal e assistencialista, desvinculada das questões macroeconômicas, servindo mais para regulação ou administração da pobreza num dado patamar”.(SILVA, 2010, p.157-158).

Ávila (2013, p.84-85) menciona que a pobreza, a miséria e seu combate tiveram, a partir do ano 2000, bastante ênfase nas plataformas dos últimos três governos vigentes (governo Lula 2003-2011; governo Dilma 2011-2016), de forma que, a pobreza ganhou centralidade na agenda pública, como uma questão política que merece solução, ou seja, a transformação de um problema a princípio visto como resultado de incapacidade pessoal em “um problema público a ser combatido através da formulação de políticas públicas”.

No que se refere às políticas sociais e de enfrentamento da pobreza no Brasil, Silva (2010) faz uma breve linha do tempo, elencando as políticas mais importantes implantadas no país desde a Constituição de 1988, na qual, ficou instituída a seguridade social como direito

¹²Pereira e Stein (2010) destacam que há uma contradição entre o conceito de universalidade e de focalização no âmbito do discurso e prática das políticas sociais públicas e que há uma tendência em disfarçar tal contradição nas ações governamentais. Quer seja desfigurando o conceito original do princípio da universalidade, acrescentando-lhe complementos como “universalismo segmentado”, “contido” ou “básico”; quer seja substituindo o princípio da universalidade pela focalização, defendida pelo discurso falacioso desta focalização como respeito às diversidades e individualidades, de forma democrática.

de todos e dever do Estado, tendo como pilar o tripé formado pela assistência social, a previdência social e a saúde.

Silva (2010) pontua que até os anos 1980 a proteção social se limitava aos trabalhadores formais, o que é alterado a partir da Constituição que, no entanto, sofrerá com a ofensiva neoliberal uma retração e mesmo deturpação dos princípios expressos na seguridade social, ignorando a prerrogativa de sua destinação a todos que dela precisassem, o que abre um grande espaço para programas focalizados na população pobre e seus critérios questionáveis.

A partir do histórico apresentado por Silva (2010) é possível apreender que os programas sociais no Brasil estiveram sempre na direção de uma focalização na pobreza, porém de forma fragmentada e descontínua, além de que, sempre baseados em ações pontuais, que não adentram o cerne da questão que envolve o problema da pobreza persistente nas sociedades capitalistas. As diversas políticas, programas, projetos de combate à pobreza ignoram o fato de a estrutura do capital ser inerentemente geradora de desigualdades, sem as quais, o sistema não pode existir.

De forma que, a solução estaria, justamente, em estratégias universalizadas e que considerassem as condições estruturais de reprodução da pobreza e da miséria, para além de simplesmente transferir uma quantia pecuniária que apenas ameniza a questão social e mantém o *status quo* da ordem do capital, já que, conforme explicitado por Grisotti e Gelinski (2010) as políticas sociais voltadas para o combate à pobreza procuram tornar os indivíduos “inseríveis” nos padrões de sociabilidade contemporânea, ou seja, procuram adequar o indivíduo à ordem estabelecida e não operam no sentido de romper com essa ordem excludente e geradora de desigualdades. Como bem nos esclarece Yazbek (2010):

Do ponto de vista conceitual, é fundamental não perder de vista que a pobreza é expressão direta das relações vigentes na sociedade, relações extremamente desiguais, em que convivem acumulação e miséria. A pobreza brasileira é produto dessas relações que, em nossa sociedade, a produzem e reproduzem, quer no plano socioeconômico, quer nos planos político e cultural, constituindo múltiplos mecanismos que “fixam”, os pobres em seu lugar na sociedade. (YAZBEK, 2010, p. 153)

Para Sposati (2013) a pobreza possui múltiplas dimensões e tem suas raízes num modelo econômico, que concentra riquezas muito mais do que redistribui. Tal modelo econômico, pautado, principalmente no receituário neoliberal, já demonstrou claramente, desde seus primórdios, que não tem nenhum compromisso social, a não ser com a expansão do mercado e conseqüentemente do capital, resultando dentre outras coisas, em cada vez mais investimentos em políticas focalizadas e a substituição das responsabilidades do Estado para o mercado.

Grisotti e Gelinski (2010) afirmam ser a política social mais recente limitada e baseada em visões parciais da pobreza, que atribuindo-a muito mais um caráter individualizado, do que localizando-a como decorrente das condições estruturais, o que desobriga o Estado a pensar na estruturação de sistemas amplos de proteção, permanecendo o padrão de proteção social no país com forte enfoque em grupos sociais específicos. Sobre isso, Silva (2010) complementa:

Temos tido a proliferação de políticas de inclusão precárias e marginais, orientadas pela focalização na população pobre ou extremamente pobre, incapazes de alcançar as determinações mais gerais e estruturais da situação de pobreza no país. São políticas e programas que têm, até, incluído pessoas nos processos econômicos de produção e de consumo. Contudo, é uma integração da pobreza e da indigência de modo marginal e precário, criando um segmento de indigentes ou de pobres “integrados”, mantidos na situação de mera reprodução. Pode-se ter, por conseguinte, uma pobreza regulada ou controlada, mas não superada, servindo para atenuar o caráter “perigoso” que é atribuído aos pobres e permitindo o funcionamento da ordem com o controle social das políticas sociais [...]. (SILVA, 2010, p. 161)

Observa-se, portanto, que a política social pensada para dar conta do contexto atual de influência neoliberal está mais a serviço do controle social, da criação de programas e projetos focalizados e no repasse de responsabilidades do Estado para a iniciativa privada, mercadológica e familiar. Além de uma tendência, tanto por parte de quem executa as políticas quanto da população a quem elas se destinam, em não entendê-las enquanto direito de todos e dever do Estado, o que contribui para uma dificuldade de se fortalecer perspectiva de cidadania plena que esteja pautada não na lógica do condicionamento da necessidade, mas de forma universal e equânime, que possa promover um padrão mínimo de acesso a condições dignas de vida.

Esping-Andersen (1991, p. 103) assinala que, quando uma política é pensada e operacionalizada numa lógica que não proporciona a emancipação dos indivíduos no que tange à dependência do mercado e os benefícios limitados, selecionados e associados a estigma social, o sistema de ajuda força todos a participarem do mercado, perdendo-se a dimensão do princípio da universalidade do acesso a bens e serviços para todos, indiscriminadamente.

Trazendo tal questão para o âmbito da atenção à família, Campos e Miotto (2003) falam sobre uma polarização entre universalismo de cobertura a todos os cidadãos e benefícios para grupos específicos, que acompanha a história da atenção dispensada à mesma, nos diferentes sistemas. O que faz com que uma política social pensada para a família possa perder a dimensão da totalidade do contexto social do qual essa família modifica e é modificada.

A concepção da atenção à família enquanto estratégia central na proteção social está expressa, por exemplo, na Assistência Social por meio de uma das diretrizes da Política Nacional de Assistência Social, de 2004 (que introduz a centralidade na família para a concepção e implementação dos benefícios, serviços programas e projetos) e como um dos eixos estruturantes (o eixo da matricialidade familiar) do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, de 2005.

Por reconhecer as fortes pressões que os processos de exclusão sociocultural geram sobre as famílias brasileiras, acentuando suas fragilidades e contradições, faz-se primordial sua centralidade no âmbito das ações da política de assistência social, como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida. (PNAS/NOB/SUAS, 2005, p. 41)

A PNAS prevê que a proteção social deve garantir as seguranças de sobrevivência, de acolhida e de convívio ou vivência familiar. De modo que para sua construção enquanto política pública eficaz precisa levar em conta três vertentes de proteção social: as pessoas, as suas circunstâncias e dentre elas seu núcleo de apoio primeiro, isto é, a família. (PNAS/NOB/SUAS, 2005)

O SUAS, por sua vez, prevê, por meio da Norma Operacional Básica de Assistência Social – NOB/SUAS, a matricialidade sócio-familiar com um de seus eixos estruturantes. Matricialidade essa que se configura no entendimento da família enquanto núcleo central de protagonismo social, convivência e enfrentamento das condições de vulnerabilidade e que esta deve ser protegida, como prevê a PNAS.

Está contido no texto da PNAS que a ênfase na matricialidade sócio-familiar se ampara na premissa de que a centralidade da família e a superação da focalização na Assistência Social dialogam com a ideia de que é preciso garantir condições de sustentabilidade, para que, a família possa “prevenir, proteger, promover e incluir” seus membros.

Contudo, o que a literatura contemporânea tem se dedicado na discussão sobre as implicações da introdução da família como centralidade na proteção social do Brasil, especialmente na política de Assistência Social é, justamente, problematizar se esta inclusão da família como estratégia na proteção social apresenta condições de caminhar para a efetivação de possibilidades reais de acesso a direitos, a oportunidades equitativas, ao enfrentamento concreto da pobreza e da melhoria das condições de vida dessa família.

Sem, no entanto, sobrecarregar ou responsabilizá-la unicamente pela condição de seu sustento e bem-estar. Assim como, possa construir a articulação intersetorial entre as políticas

sociais, “para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos”. (PNAS/NOB/SUAS, 2005, p. 42)

A trajetória das políticas sociais no mundo e no Brasil vem demonstrando que a família foi paulatinamente sendo incorporada como instrumento para a proposição de ações e programas no âmbito da proteção social. Esta tendência no Brasil pode ser observada de forma bastante explícita na política de assistência social, (que nas últimas décadas passou a reproduzir o discurso da eficácia da centralidade da família na constituição das políticas sociais, em seus textos base, normas operacionais, cartilhas e legislações afins) e na política de saúde, a qual será abordada no próximo tópico deste trabalho.

Nesta perspectiva, o que precisa ser discutido é até que ponto as políticas sociais têm reais condições de compatibilizar diferentes possibilidades de operacionalizar o bem-estar social com o apoio da família e da comunidade, de forma a não eximir o Estado de suas obrigações constitucionalmente instituídas, nem delegar responsabilidades às famílias cujas possibilidades de cumpri-las estão atreladas, principalmente, às condições socioeconômicas a que estão submetidas.

3.2. A POLÍTICA DE SAÚDE E A FAMÍLIA CUIDADORA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

A concepção sobre política de saúde da qual tratará o presente trabalho se ampara na construção teórica de Paim (2002), que considera como política de saúde as formas pelas quais o Estado reagiu historicamente às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de bens e serviços que dessem conta da situação de saúde de grupos e da coletividade.

Do ponto de vista dos caminhos percorridos pela política de saúde brasileira é possível delinear algumas etapas, divididas entre antes e depois da Constituição Federal de 1988. Antes da Constituição o sistema de saúde existente estava atrelado à política de previdência social, privilegiando determinadas categorias em detrimento de outras e vinculado a direitos previdenciários. Grande parcela da população era excluída do direito à saúde, que não era um sistema público nem considerado como um direito universal, mas somente daqueles trabalhadores celetistas ou dos demais que tinham condições de pagar pelo serviço privado. (BARCELOS, 2011).

Depois da Constituição a saúde foi enfim defendida enquanto um direito dos cidadãos e dever do Estado. Assim, movimentos sociais e setores da sociedade civil ligados à área da saúde passaram a cobrar do Estado o enfrentamento das questões de saúde que afligiam a população, bem como pressionavam o Estado a efetivar a concepção de seguridade prevista na carta magna e promover o que viria a configurar-se como o Sistema Único de Saúde (SUS), como conhecemos em sua composição atual. Como fica elucidado por Barcelos (2011) no trecho a seguir:

O processo sócio-histórico de luta pela conquista da política de saúde teve como marco a Carta Constitucional de 1988 que, após vários ajustes políticos e pressão popular, veio atender parcialmente às reivindicações do Movimento Sanitário, no qual o tripé da seguridade social revolucionou o padrão brasileiro de proteção pública. A proposta de se constituir um sistema único nacional introduzia uma lógica de integralidade nas ações e nos serviços de saúde, com atendimento integral, compondo uma rede regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade e sob comando único em cada esfera de governo. (BARCELOS, 2011, p. 43)

No que tange ao desenvolvimento das políticas de saúde, até chegarmos à conformação do Sistema Único de Saúde, tal qual, se apresenta na atualidade, Paim (2002) faz uma análise da trajetória histórica do âmbito da saúde, nos últimos trinta anos no Brasil, pontuando que até meados da década de 60 e início da década de 70, os modelos de atenção e organização de serviços de saúde resumiam-se por iniciativas de programas comunitários realizados através da parceria entre universidades e a Igreja¹³.

Na metade da década de 1970 os serviços básicos de saúde dirigiam-se para populações pobres e periféricas ou de áreas rurais, por meio de um modelo focal de medicina ou saúde comunitária, executada especialmente por estudantes de cursos da área da saúde, das universidades. No final da década de 1970, tem-se a expansão desse modelo de saúde comunitária com a implantação de Programas de Extensão Cobertura (PECs), de orientação de organismos internacionais, como a OMS. (PAIM, 2002)

Em 1975, o evento mais importante da trajetória da saúde no país, pensada enquanto um sistema foi a V Conferência Nacional da Saúde, que introduziu a discussão da criação de um Sistema Nacional de Saúde, mediante a Lei 62229/75, que definia as atribuições da União,

¹³Barcelos (2011) menciona que nesta época aquelas pessoas que estavam fora do mercado de trabalho nem podiam pagar pelo serviço de saúde ofertado de forma privada eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia, ou por serviços fragmentados e caritativos de saúde oferecidos por serviços estaduais e municipais de saúde.

estados e municípios¹⁴. Porém, a estratégia foi substituída, por aquilo que Paim (2002) vai caracterizar como políticas racionalizadoras, que puseram na gaveta as ações na direção da criação do sistema, apostando-se na ampliação dos PECs no Brasil, com destaque para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Cujas finalidades eram dispor uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades com até 20.000 habitantes, instalando centros e postos de saúde nos estados do Nordeste. (PAIM, 2002, p.298)

Na década de 1980 a maior iniciativa no sentido de modernização e reorientação dos serviços de saúde foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) elaborado numa parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistencial social da época. Este programa representou uma ambiciosa iniciativa no caminho da reordenação da saúde nos moldes do que viria a se concretizar no SUS, segundo Paim (2002), o reforço da atenção primária de saúde (APS) como porta de entrada para o acesso aos serviços básicos de saúde, principalmente para aquelas camadas populacionais que ainda não o tinham.

Todavia, como todos os caminhos brasileiros no sentido de ações democratizantes e universalizadas o PREV-SAÚDE foi impedido de ser levado a frente, por conta da pressão de setores médicos (Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Associação Médica Brasileira) e ligados à previdência social (que na década de 80 passava por um processo que foi considerado como crise financeira) fazendo com que o governo federal recuasse criando o Conselho Consultivo de administração da Saúde Previdenciária (CONASP) voltando as ações para medidas no campo da assistência médico-hospitalar. (PAIM, 2002)

As políticas democratizantes só viriam a partir do ano de 1983 com o Programa das Ações Integradas de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O CONASS viria a ser um dos atores sociais envolvidos na defesa da democratização da saúde, juntamente com os movimentos sociais (principalmente o movimento municipalista da saúde) que entravam na arena de disputa sociopolítica no país, defendendo “o fortalecimento dos serviços públicos e a descentralização”. (PAIM, 2002, p.300).

¹⁴Porém, de acordo com PAIM (2002) a implementação desse Sistema ocorreu de forma distinta da discutida na V Conferência, uma vez que setores privados da saúde foram contrários à proposta da lei, o que fez o governo optar por políticas racionalizadoras e focalizadas em especialidades como o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, dentre outros, todos de âmbito do Ministério da Saúde.

Em 1986 tivemos a VIII conferência Nacional de Saúde como um marco da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das bases doutrinárias para a Reforma Sanitária Brasileira, que ocorreu paralelamente à assembleia constituinte que elaborava a nova Constituição Federal e a formulação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), numa junção entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e algumas secretarias estaduais de saúde.

O SUDS representou alguns avanços no âmbito da pactuação e corresponsabilidade entre os governos federal, estadual e municipal; esvaziou o INAMPS (a assistência médica direcionada aos trabalhadores formais inseridos no sistema de previdência) e suscitou mais três processos; a incorporação dos municípios no planejamento e execução dos serviços de saúde (a municipalização); a passagem de recursos e da gestão para os estados (estadualização) e implantação de modelos assistenciais definidos para uma população de um território-processo – os distritos sanitários, definidos a partir do perfil epidemiológico e social de localidades que circundam os recursos de saúde (distritalização). (PAIM, 2002, p.301).

O período que se seguiu de 1986 a 1988 é compreendido como o da emergência do processo da Reforma Sanitária Brasileira. Trata-se de um momento de intensa luta e mobilização social em prol do fim do autoritarismo instalado com a ditadura militar brasileira e a favor da redemocratização do país, bem como, lutas mais gerais dos trabalhadores em busca de melhorias nas condições de vida e trabalho da população que sentia as agruras das crises do petróleo e da previdência, em voga nessa época. De forma que, tornou-se um terreno fértil para a proposição também da democratização da saúde e as reformulações necessárias ao setor.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) previa profundas reformulações no campo da saúde que “[...] além de uma reforma administrativa e financeira, apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e, comportamentais”. (PAIM, 2007, p. 135)

A RSB pretendia culminar na superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, através do engajamento de diversos setores ligados à área da saúde: movimento sanitário, profissionais de saúde, intelectuais, políticos e movimentos sociais, visando a democratização da saúde e “a revisão crítica de concepções, paradigmas, de técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos”. (PAIM, 2007, p.136) Logo, pode se definir a Reforma Sanitária Brasileira como tendo os seguintes elementos constitutivos:

- a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à

saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2007, p. 151)

Além disso, a base política e ideológica da RSB apoiava-se num conceito ampliado de saúde¹⁵ enquanto direito universal e dever do Estado, bem como de práticas e serviços de saúde direcionados por princípios e diretrizes que conformariam os pressupostos do SUS, o qual será falado mais adiante no texto. De forma que, como assinalado por Paim (2007, p.149-150) é possível traçar um ciclo descritivo da RSB como um fenômeno histórico-social cujos momentos e definições se desenvolveram como: ideia-proposta-projeto-movimento-processo.

A Reforma Sanitária foi a grande responsável na preconização dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), incorporando princípios como universalidade, descentralização, hierarquização, integralidade, regionalização e participação popular:

O processo de consolidação do SUS representou uma conquista social para a democratização da saúde e uma vitória da RSB, embora seu processo de implementação na prática ainda encontre muitos desafios para sua efetivação, tanto que, como salienta Silva (2014) a década de 90 foi o momento em que o movimento sanitário passou a priorizar muito mais a institucionalização do SUS, em detrimento de proposições maiores e mais ideológicas da RSB.

A contrarreforma do Estado de influência neoliberal representou também um dos motivos pelos quais a RSB redirecionou alguns de seus princípios, haja vista as perdas sociais engendradas, de modo que não seria possível separar o movimento pelo desenvolvimento das ações de saúde com o contexto mais amplo de desenvolvimento político e social. De modo que, “no Século 21 os valores que passam a prevalecer no projeto de RSB são o enfoque na responsabilidade social, na solidariedade, na equidade e na justiça social, que são embasamentos do novo desenvolvimentismo”. (SILVA, 2014, p. 161-163)

¹⁵ Paim (2007) postula que as concepções de saúde vinculadas à proposta da RSB foram pensadas pelos seus representantes acadêmicos (escolas de saúde pública, departamentos de medicina preventiva e social, dentre outros) na década de 70, reconhecendo que a saúde a doença e a doença se explicam para além das dimensões biológicas e ecológicas sendo, portanto, componentes dos processos de reprodução social, o que lhes confere determinação social e histórica.

O SUS hoje é a principal política pública de saúde no Brasil, definido pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”, abrangendo da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade, tendo como principais objetivos e atribuições:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica[...] (BRASIL, 1990, p. 02)

Uma das mudanças no modelo de atenção à saúde introduzidas pelo SUS (e que teve suas bases no corpo doutrinário da Reforma Sanitária) foi a organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas estaduais e municipais de saúde, de forma a “garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira”. As Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁶ tem sido tratadas no interior do SUS desde o final da década de 90, donde já é possível “apontar avanços nos debates e experiências relativas ao modelo de atenção, na legislação e na prática brasileira” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.7-8).

De acordo com a Portaria GM n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que instituiu oficialmente as Redes de Atenção à Saúde no SUS, as RAS se caracterizam pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção¹⁷ com o ponto central da comunicação na Atenção Primária à saúde (APS), com vistas a promover a centralidade das necessidades em

¹⁶Sua implementação visa a construção de sistemas integrados de saúde com articulação entre todos os níveis de atenção à saúde e de forma interfederativa, tanto na perspectiva da cooperação entre as equipes quanto na gestão. Com vistas a “promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.8-10)

¹⁷Está explicitado na Portaria GM nº 4.279/2010 que os pontos de atenção à saúde são “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.”

saúde, responsabilidade na atenção integral, multiprofissional e integrada nas ações e proposições relativas aos resultados sanitários.

Sendo assim, a RAS se fundamenta no entendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, por esta ter uma função fundamental na resolução dos cuidados primários e preventivos dos agravos que comumente acometem a saúde da população e por meio do qual se coordena e operacionaliza o cuidado nos diversos pontos de atenção que compõem a rede. (BRASIL, 2010)

A APS ou Atenção Básica¹⁸ caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que visam a proteção, promoção e prevenção da saúde, bem como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde de populações e territórios definidos, no quais assume a responsabilidade sanitária e epidemiológica da população, “observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”. (PNAB, 2012, p.19)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê uma equipe mínima para atuação na atenção básica composta por: Médico, Enfermeiro, Técnico e Auxiliar em enfermagem, Técnico e Auxiliar e em saúde bucal e Cirurgião-dentista. Além da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Atenção Básica para Populações Específicas (população ribeirinha da Amazônia e do Pantanal Sul Matogrossense) e a Estratégia de Saúde da Família, elegendo esta última como a estratégia prioritária para a execução, reordenação e consolidação da atenção básica no Brasil.

Dentro da Estratégia de Saúde da Família estão previstas equipes multiprofissionais de saúde da família compostas por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde.

Os profissionais envolvidos possuem algumas atribuições, dentre as quais se destacam aquelas que definem a participação no processo de “territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”; a manutenção e atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal; e a prática do cuidado familiar e

¹⁸A Política Nacional de Atenção Básica esclarece que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, na atual concepção, são considerados como equivalentes, associando a ambos os princípios e diretrizes previstos na política. (PNAB, 2012, p.22)

das coletividades, visando “propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esta estratégia trata-se de uma das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro que voltam a atenção para a família. Como vimos anteriormente, a rede de atenção à saúde que integra e articula os serviços e pontos de atenção em saúde no SUS estabelece que a porta de entrada do sistema deva se dar preferencialmente a partir da atenção básica (postos de saúde, centros e multicentros de saúde, unidades de saúde da família, etc.) e dentro da atenção básica a prioridade é a saúde da família.

Barcelos (2011, p.48) indica que o Programa Saúde da Família foi o responsável pela primeira referência oficial da família na política de saúde, de forma que abriu espaço para que outros dispositivos e diretrizes¹⁹ fossem criados nessa área mencionando-a, principalmente, no que diz respeito ao processo, organização e provisão do cuidado em saúde.

Ao ser incluída nos serviços de saúde como suporte para a gestão do cuidado do seu membro familiar no âmbito da hospitalização, a família passa a ser instrumentalizada como sujeito fundamental no processo terapêutico do paciente tanto do ponto de vista da responsabilização pelo cuidado, quanto como objeto do cuidado. (MIOTO; DAL PRÁ, 2015)

Será através do campo do cuidado que se estabelece mais explicitamente a transferência da responsabilidade do cuidar em saúde para a família, bem como, dos custos de natureza emocional, financeira e que dizem respeito ao trabalho do cuidado, uma vez que, de acordo com Miotto e Dal Prá (2015) a família se vê diante de um dilema expresso na escolha entre basicamente duas alternativas: contratar terceiros que assumam a responsabilidade do cuidado (acompanhante, cuidador particular, enfermeira particular, etc.) ou, o que geralmente ocorre, utilizar o trabalho familiar não pago e invisível, o qual histórico e socialmente atribuído à mulher²⁰.

Este trabalho familiar não pago foi historicamente atribuído à família enquanto uma característica natural de seu funcionamento sendo tal naturalização reforçada, inclusive, por

¹⁹Barcelos (2011, p.48) destaca entre esses dispositivos e diretrizes a “Política Nacional de Humanização; as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde; o Guia Prático do Cuidador; a cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”; a Política de Atenção Humanizada ao Recém - nascido de Baixo Peso – Método Canguru, a Rede Cegonha, além das orientações elaboradas pelos diferentes estados da federação nesse mesmo sentido”.

²⁰Barcelos (2011 p.58) verificou que, o cuidado tem sido debatido hoje, no campo da política pública a partir de duas lógicas: o cuidado como valor e responsabilidade ética e o cuidado trabalho familiar, trabalho de reprodução social. Sendo que, no Brasil, a primeira lógica se ampara principalmente na filosofia e o cuidado é visto como característica inata do ser humano; e a segunda lógica guia-se pelos estudos das ciências sociais, nos quais, o cuidado é considerado como uma parte da dimensão do trabalho familiar, majoritariamente realizado pelas mulheres e integra o trabalho doméstico sem remuneração.

algumas ações no âmbito da política de saúde brasileira, o que vem a colaborar para a alienação dos limites e possibilidades das famílias em arcar com o cuidado e o bem-estar de seus membros.

Ou seja, ao eleger a família enquanto fator primordial para o auxílio do cuidado ao usuário nos serviços de saúde, atribuindo-lhe responsabilidades, não se leva em conta, muitas vezes, as reais condições materiais e culturais dessas famílias tomarem parte na gestão do cuidado, além de que, como bem destaca Barcelos (2011, p. 151) é preciso ter em mente o fato de que as famílias usuárias dos serviços públicos de saúde são, em sua maioria, pobres e menos detentoras de recursos para o enfrentamento de situações adversas, de forma que, “a sobrecarga familiar, por ocasião da ocorrência de eventos, como o adoecimento, tende a ter efeitos muito mais danosos”.

Temos ainda o fato de que o Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta a característica de ter as camadas mais populares como maior público usuário de seus serviços devido à interferência de estratégias neoliberal incidindo sobre a política pública de saúde, fazendo com que questões ligadas ao seu financiamento, gestão, sofram um processo crescente de privatização e mercantilização através do incentivo a contratos e planos de saúde privados provocando, por consequência, sua destinação, em grande maioria, à população empobrecida, que não tem meios de adquirir os serviços privados de assistência à saúde.(BARCELOS, 2011)

O Guia Prático do Cuidador, publicação do ministério da saúde que delimita e caracteriza as atribuições de um cuidador dispõe que cuidado significa “atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade”. Sendo o cuidadora pessoa da família ou da comunidade que, para a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. (BRASIL, 2008)

Logo, vê-se em tais definições que a família quando é imbuída a tomar parte no cuidado responsabiliza-se por cumprir com todos esses encargos e responsabilidades, assim como, as expectativas e clichês atribuídos à sua função cuidadora e inerentemente protetiva socialmente engendrada.

Entretanto, objetivamente, a forma como se dá a inserção da família no campo do cuidado em saúde vai depender da forma como esta família disporá de meios e estratégias para lidar com a situação de um dos seus componentes hospitalizado, especialmente, se for a

criança/filho²¹, uma vez que os pais (principalmente a mãe) sentem-se ainda mais obrigados a se adequar a nova realidade do internamento e as tensões em relação à dinâmica familiar nesse período demasiadamente complexo e delicado para as famílias pobres.

Sarti (1994, p.81) nos informa que a literatura brasileira que se dedica aos estudos sobre famílias pobres no Brasil confirmaram o estabelecimento de uma relação entre as condições socioeconômicas e a estabilidade familiar, de forma que, as famílias pobres estariam muito mais propensas a sofrerem rupturas nos seus ciclos de vida, devido às imposições que suas realidades econômicas e socioculturais lhes reservam.

Sendo assim, numa situação adversa como é caso de uma internação, a família pobre estaria muito mais vulnerável às implicações dessa condição que não é a habitual de funcionamento da dinâmica familiar, justamente, por não dispor, muitas vezes, de condições materiais e financeiras para lidar com a situação.

Tenório e Zagabria (2012, p. 156-157) concordam com tal constatação ao reforçarem que as famílias das camadas populares apresentam necessidades de adaptação que estão interligadas à dificuldade que enfrentam em acessar bens e serviços. Além de que, as precárias condições socioeconômicas em que vivem impõem maiores dificuldades para sua sobrevivência, o que lhes coloca numa situação de maior suscetibilidade em ocorrerem episódios de violência, abandono, negligência, etc. De maneira que, os eventos de risco podem produzir maior vulnerabilidade social a essas famílias.

O que podemos observar, por consequência é esta mesma família pobre (que reflete os problemas sociais e econômicos do país, que pode ser o lugar do cuidado, mas também da negligência, da proteção e da negligência, do afeto ou da violência e perda de vínculos, que se vê privada de alguns direitos, mas acessando outros por conta justamente da sua condição de vulnerabilidade) sendo convocada a ter centralidade e servir de estratégia para execução de políticas, sejam elas de saúde, ou da assistência, sem ter garantidas tantas outras políticas públicas essenciais para que, enfim possa, de fato, ter condições de garantir o cuidado, o desenvolvimento, o fortalecimento e a proteção social que necessita.

²¹Schneider e Medeiros (2011) acentuam que na ocorrência da hospitalização da criança/adolescente a família acabaria por rever atitudes e reformular laços. Podendo, no entanto, também resultar em efeito contrário, vindo a ocorrer o rompimento de vínculos e desorganização familiar, dependendo de como a família absorve a doença e o internamento, bem como as formas encontradas para o enfrentamento da situação. Destacando que vários sentimentos emergem no contexto do internamento e as consequências emocionais e físicas tanto para a criança e o adolescente quantos para seus familiares podem ter sintomas diversos “tais como, dor, sofrimento, cansaço, angústia, culpa e mudanças nas rotinas das famílias”. (SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011, p. 152)

No caso da família pobre alocada na enfermaria pediátrica, a partir da figura representativa do acompanhante da criança, a situação do internamento mostra-se mais delicada, na medida em que, há a necessidade de permanência no hospital durante todo o período da internação infantil, seja ela clínica ou cirúrgica. O que exige, portanto, uma maior atenção e cuidado às demandas desses familiares acompanhantes, haja vista sua função fundamental no processo de hospitalização que, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), está tanto na captação dos dados do contexto sociocultural em que o paciente está inserido, quanto no fortalecimento da identidade pessoal, da autoestima e dos laços familiares e afetivos do membro internado.(BRASIL, 2004)

Schultz (2007) afirma que o surgimento de uma doença e sua consequente internação hospitalar impacta em todas as esferas da vida da família, gerando modificações de hábitos, rotinas, papéis, rupturas e fortalecimentos, repercutindo nos aspectos sociais, econômicos, afetivos, dentre outros. De modo que, a maneira como essas interferências incidem sobre a dinâmica familiar poderá ocasionar basicamente duas consequências: o fortalecimento interno através da mudança da rotina ou a permanência da ruptura do funcionamento familiar, enfraquecendo-se.

Sendo assim, não fica difícil inferir o desenvolvimento de dificuldades que um internamento hospitalar pode ocasionar numa família pobre, cujas possibilidades de cuidado e bem-estar já encontram adversidades em seu cotidiano habitual, podendo vir a ficar mais intrincado com o passar de sua permanência expressando-se, muitas vezes, em atitudes e ações contrárias a o que se espera que seja o cuidado da família perante situações-limites, como é o caso da hospitalização de uma criança.

No capítulo seguinte serão trazidas a descrição, percepção e análise acerca do estágio supervisionado e sua importância para o trabalho qualificado do serviço social perante a família da criança hospitalizada, no tocante à percepção e ações direcionadas ao enfrentamento das questões que envolvem a permanência de um membro familiar no hospital acompanhando a criança, a partir da experiência de estágio em serviço social estágio na enfermaria de pediatria do Complexo HUPES, o projeto de intervenção proposto e seus resultados.

4. O ESTÁGIO NO COMPLEXO HUPES

Este capítulo traz a sistematização da experiência de estágio supervisionado na enfermagem pediátrica do Complexo HUPES, apresentando discussões acerca do campo de estágio, a partir do histórico e a estrutura física da instituição, sua dinâmica, a organização e os processos de trabalho neste espaço sócio-ocupacional. Além de reflexões sobre o trabalho dos assistentes sociais, seus meios e instrumentos, os limites e possibilidades de suas intervenções na referida instituição, assim como, do processo de estágio em si e a intervenção proposta, avaliando sua materialização e resultados, com vistas a legitimar sua importância para a formação e o trabalho profissional dos assistentes sociais.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A experiência de estágio supervisionado, cuja sistematização compreende o objetivo deste trabalho, se deu no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, situado na Rua Augusto Viana, s/n, no bairro do Canela, em Salvador-Bahia. Na vivência durante os três semestres que se seguiram ao aproveitamento de sua carga horária como requisito para conclusão do curso de Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia (UFBA) foi possível observar e acompanhar o trabalho realizado pelo serviço social na referida instituição, como forma de aproximação da dinâmica da atuação do assistente social e da realidade sócio-ocupacional cotidiana, na medida em que, conhecimentos acerca das formas desempenhar determinadas competências e atribuições eram adquiridas.

A partir da proposição contida na Política Nacional de Estágio, a qual, determina como parte do processo ensino-aprendizagem que se materialize a construção, operacionalização e avaliação do estágio, foi elaborado e executado um Projeto de Intervenção, pensado a partir da apreensão do cotidiano institucional, bem como relatórios e diários de campo, de modo que, o produto destas ferramentas de produção de conhecimento, a descrição do percurso do estágio e a análise da trajetória de aprendizagem e experimentação do trabalho profissional do serviço social será apresentado ao longo deste capítulo.

O estágio supervisionado no Complexo HUPES iniciou-se em fevereiro de 2016 e foi concluído em março de 2017, no prédio do Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO), local onde atuava a assistente social responsável pela supervisão de campo do

estágio que será descrito. Este prédio integra a estrutura do hospital universitário e juntamente com o Ambulatório Magalhães compõem o Complexo HUPES.

O Hospital Universitário Professor Edgard Santos, eixo central do Complexo HUPES é um hospital-escola estruturante da Universidade Federal da Bahia e apresenta-se como uma unidade hospitalar que tem uma dupla funcionalidade: ser uma unidade hospitalar e ambulatorial, de natureza pública, de grande porte e referência em média e alta complexidade no Estado, assim como, uma unidade de ensino que dá suporte ao processo de formação e aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde e subsidia ações na área de pesquisa e extensão.

Inaugurado em 1948 com a finalidade de suprir demandas acadêmicas do curso de medicina da UFBA, o HUPES, antes conhecido popularmente como Hospital das Clínicas, funcionava como um órgão suplementar da Universidade e suas atividades se davam em torno do desenvolvimento de pesquisas e conhecimentos teóricos acerca do campo da saúde. Porém, com o passar do tempo o hospital foi adquirindo o status de referência em diversas especialidades e pioneirismo na atenção à saúde da população, pelo fato de, por exemplo, ter inaugurado a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Bahia e realizado a primeira hemodiálise do Norte/Nordeste.

No final da década de 1960, não coincidentemente, no período da ditadura militar brasileira, o HUPES foi passando por um processo de deterioração de suas estruturas físicas, tecnológicas e funcionais, além de uma drástica redução de seus financiamentos, que acarretou numa decadência das atividades, diminuição de atendimentos até a total paralisação das atividades na década de 80. Situação essa que só foi revertida por volta da década de 90, principalmente por conta do estabelecimento de parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir daí, o HUPES passa a ser integrante do SUS, momento no qual começa a ocorrer uma série de mudanças e reformas do ponto de vista organizacional e de gestão, a fim de que suas práticas pudessem se adequar às diretrizes e princípios que regem o SUS, fazendo com que em 1995 fosse implantada no âmbito do hospital uma 'gestão pela qualidade', que revitalizou e modernizou suas instalações, assim como contribuiu para direcionar o enfoque na excelência dos serviços prestados.

Como parte dessa tendência de mudança e modernização do hospital, em 1998 (cinquenta anos após sua inauguração), o HUPES definiu sua missão e a visão perante a qual deve ser sua função na sociedade. Dessa forma, estabeleceu que sua missão é: "prestar assistência à saúde da população, formar recursos humanos voltados para as práticas de

ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da comunidade"; e sua visão é: "ser um hospital de assistência, ensino e pesquisa, tornando-se referência nacional em nível de excelência dentre os demais hospitais universitários, onde novas práticas de saúde possam ser investigadas, analisadas, padronizadas, servindo de modelo para o Sistema Único de Saúde até a metade do século XXI". (Site do Complexo HUPES, 2016)

Em 2006 o HUPES já contava com a certificação de 'Hospital de Ensino' dada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, bem como integrava o Projeto Piloto de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) do Ministério da Saúde. Tais eventos contribuíram para uma reestruturação da instituição, que resultou na ampliação de seu alcance com a criação do 'Complexo HUPES' formado por meio da unificação do hospital com duas outras unidades próximas, que atuavam de forma independente: o Ambulatório Magalhães Neto (AMN) - inaugurado em 1996 e mantido pelo Ministério da Educação eo Ministério da Saúde; e o Centro de Pediatria Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO) - antigo Centro de Hidratação e Reabilitação infantil, criado em 1980 e mantido pela UFBA em parceria com o INAMPS.

Por fim, a mais recente e significativa mudança que ocorreu na configuração estrutural e organizacional no âmbito do Complexo HUPES foi sua adesão em 2012 à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, que tem por finalidade administrar os hospitais universitários federais, assumindo as atribuições de "coordenação e avaliação das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais". (EBSERH, 2016, p. 01)

O Complexo HUPES está localizado na cidade de Salvador, Estado da Bahia, tem um terreno de 17.501,16 m² e 42.616,62 m² de área construída. Em 2012 atendia a uma população de 2.710.968 habitantes, com abrangência de 10 municípios e 3.455.171 habitantes.

Não dispõe de emergência e seus atendimentos se dão 100% através do SUS. Em 2013 apresentava uma estrutura de 180 consultórios e 354 leitos hospitalares, dos quais 16 leitos são de UTI. No entanto, a previsão era uma ampliação de 53 consultórios e 122 leitos de internação e 40 leitos de UTI, estimando que até o final de 2013, contasse com 233 consultórios e 516 leitos hospitalares - sendo 56 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 11 leitos de Pronto Atendimento pediátrico. (EBSERH, 2018) Até o presente momento, tanto as instalações do HUPES, quanto as do CPPHO encontram-se com algumas alas desativadas, outras em reforma ou com as obras paradas, o que significa que tais estimativas ainda não foram cumpridas, continuando a mesma capacidade instalada.

Como dito anteriormente, o Complexo HUPES integra três unidades: o Hospital Universitário Professor Edgard Santos; o Ambulatório Magalhães Neto (AMN) e o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO). Antes da fusão cada unidade funcionava de forma autônoma e tinha sua própria dinâmica interna. Porém, ao conjugar o Complexo e com o advento posteriormente da EBSEH em sua administração algumas atividades foram integradas e outras migraram de um prédio para o outro como, por exemplo, o Serviço Social que cada uma das unidades tinha a sua própria equipe formada (exceto o AMN que não dispunha de Assistentes Sociais em seu quadro de funcionários e até hoje opera com algumas profissionais que são cedidas pelo Serviço Social do HUPES ou do CPPHO, em regime de intercorrência.) e agora se constitui como uma única equipe para dar conta do Complexo em sua totalidade.

Existia no complexo HUPES, na época do estágio supervisionado, 289 leitos, 130 consultórios, 23 salas de aula, 03 auditórios, 1 anfiteatro com capacidade para 200 pessoas, 1 biblioteca, 15 laboratórios de pesquisa, 16 unidades de internação e 15 leitos clínicos em saúde mental para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. (EBSEH, 2016)

Oferecendo atendimento de média e alta complexidade, com serviços em saúde para crianças, adolescentes, adultos e idosos. Constam ainda diversos serviços assistenciais de variadas especialidades de grande relevância para a atenção à saúde da capital e região metropolitana, assim como tem destaque no campo do ensino e pesquisa no Estado, haja vista, contar também com um programa de pós-graduação em medicina e saúde da Faculdade de Medicina; Residência médica e Residência Multiprofissional formada por profissionais graduados em diversas áreas.

Há também a realização no Complexo de 'Sessões Clínicas', reuniões em dias e horários pré-agendados nas quais são apresentados temas pré-selecionados para a discussão de casos clínicos, por docentes, residentes, estudantes, chefes de serviços e convidados. Por fim, é parte integrante das atividades no Complexo HUPES um Comitê de Ética, por conta de o HUPES ser um hospital-escola onde são feitas pesquisas envolvendo seres humanos, o que requer um rigor ético a fim de garantir os direitos e a dignidade humana dos sujeitos objetos de tais pesquisas.

Por meio do Ambulatório Magalhães Neto (AMN) são prestados os serviços de consultas médicas e procedimentos laboratoriais. Os usuários são recebidos via Central de Regulação, ou através de encaminhamentos de outras unidades e centros de saúde da atenção

básica. Já no Centro Pediátrico CPPHO são acolhidas as crianças e adolescentes, tanto a nível ambulatorial como de internação.

No que diz respeito a investimentos, por se tratar de uma instituição pertencente a uma Universidade pública e conveniada com o SUS, o Complexo HUPES recebe recursos repassados do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de recursos orçamentários do Ministério da Educação (MEC), por tratar-se de um hospital universitário; do Fundo Nacional de Saúde (FNS) que transfere verbas do Ministério da Saúde (MS), no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Com relação ao serviço social, sua inserção se dá nos diversos serviços assistenciais que o Complexo HUPES dispõe, assim como, nas equipes multidisciplinares atuantes nas enfermarias de especialidades clínicas e cirúrgicas, estando presente também nos programas, nas comissões e em alguns ambulatórios com programas especiais, estruturando suas rotinas a partir das demandas dos pacientes, seus familiares e da instituição. (Complexo HUPES, 2016)

Sua unidade central conta com uma equipe de aproximadamente 20 (vinte) assistentes sociais, que revezam entre os turnos da manhã e da tarde, bem como, na escala dos plantões. Dessas, 15 atuam nas enfermarias do hospital universitário (uma em cada enfermaria), e 04 (quatro) especificamente no prédio da pediatria (CPPHO). A equipe conta ainda com a presença de 03 (três) Assistentes Sociais da Residência multiprofissional e algumas estagiárias estudantes do Curso de Serviço Social da UFBA.

O período que compreende o atendimento aos usuários ocorre de segunda à sexta, das 07:00 às 19:00 e aos sábados das 08:00 às 17:00 (plantão presencial); domingos e feriados das 08:00 às 17:00(plantão sobreaviso), de forma que as assistentes sociais fazem uma jornada de trinta horas semanais intercaladas.

Há ainda duas Assistentes Sociais atuantes no Complexo, uma na Ouvidoria e outra na Unidade Metabólica, porém não integram a equipe de Serviço Social central da instituição. São contratadas a partir de projetos específicos das linhas de pesquisa que realizam suas atividades no hospital.

Além de atuar nos programas e projetos mais gerais da instituição, o Serviço Social dispõe de alguns projetos elaborados pelo próprio corpo profissional e pelos estagiários. Na época em que ocorreu a experiência do estágio supervisionado na instituição, eram realizados dois, o "Troca de saberes" - um projeto de caráter educativo, que visava a capacitação tanto dos assistentes sociais na busca de aprimoramento do arcabouço teórico relativo a apreensão

da realidade social e das condições de vida e saúde dos indivíduos e populações, quanto dos usuários no tocante ao esclarecimento de dúvidas e o acesso a informações diversas; e a manutenção do "Manual de Recursos Comunitários" - uma catalogação que é feita periodicamente com contatos e endereços de órgãos públicos, ONGs, instituições e demais instâncias que compõem a rede de atenção socioassistencial do Estado, com vistas a facilitar encaminhamentos dos usuários e contribuir para uma intervenção baseada na integralidade da atenção e uma atuação conjunta.

No âmbito da pediatria há um projeto criado e executado por uma Assistente Social do quadro, de 'Contação de História', na enfermaria pediátrica, situada no prédio do CPPHO. As atividades consistem em momentos de interação e descontração onde junto com as crianças e adolescentes internados e seus respectivos acompanhantes são realizadas sessões de contação de história, de leitura, música e pintura, oportunizando a aprendizagem e o entretenimento.

Há 18 anos o Serviço Social do Complexo HUPES realiza um seminário denominado "Seminário do Serviço Social do HUPES", evento no qual as assistentes sociais atuantes na instituição promovem discussões, com a participação de convidados, na reitoria da UFBA, a fim de repensar a atuação profissional e propor reflexões acerca da conjuntura sociopolítica em que estão inseridos os profissionais e a classe trabalhadora em geral. Tal seminário já integra o calendário nacional de comemoração do 'Dia do Assistente Social', sendo que a cada ano toda a equipe do Serviço Social do HUPES se reúne para pensar sobre as temáticas a abordar e planejar a organização do evento, contando com a participação das assistentes sociais, residentes e estagiárias.

Em datas comemorativas ou dias de combate a alguma doença o Serviço Social da instituição promove campanhas educativas e ciclos de palestras, com objetivo de socialização de informações e conhecimentos, visando promover a conscientização e prevenção de alguns agravos da saúde. Nessas ocasiões se promove debates, com os usuários, profissionais, especialistas, estudantes, dentre outros, bem como são elaborados panfletos, banners, cartilhas, folders, etc.

Merece destaque o processo de trabalho do serviço social, especificamente, em uma das três unidades que compõem o Complexo HUPES unidades, o Centro Pediátrico Hosannah de Oliveira (CPPHO), pelo fato de ter sido a qual possibilitou a experiência do campo de estágio e também por esta apresentar uma dinâmica própria em relação ao descrito até agora sobre o hospital universitário.

O prédio do CPPHO está localizado ao lado do HUPES e antes do Ambulatório Magalhães Neto. Sua edificação é composta de 4 andares, nos quais estão dispostos os

seguintes serviços: a Unidade de Pequenos Lactantes (UPL), na qual são atendidos bebês de 0 a 3 meses que precisam de internamento ou ficar em observação e a Unidade Metabólica, que recebe investimentos através de pesquisas desenvolvidas nessa área. Além de salas de apoio psicoterapêutico, fisioterapia, informática e serviço social.

O grupo de atores institucionais que integram o prédio do CPPHO é composto por Funcionários de Higienização, funcionários que trabalham na cozinha, estudantes de graduação, professores, residentes, preceptores da residência multiprofissional, profissionais da assistência em fisioterapia e psicologia, técnicos administrativos, recepcionistas e vigilantes. Já assistentes sociais são 04 (quatro), sendo que pela manhã atua uma na Unidade de Pequenos Lactantes e outra na enfermaria de clínica médica e cirúrgica da pediatria (instalada atualmente na enfermaria 1A do HUPES) e a tarde atuam duas na enfermaria 1A e uma na Unidade Metabólica.

Especificamente na pediatria, o trabalho do serviço social se dá no âmbito das enfermarias e no contato direto com os genitores/acompanhantes das crianças e adolescentes internados na enfermaria 1A de clínica médica e cirúrgica de pediatria do HUPES, onde são admitidas crianças e adolescentes de 6 meses a 18 anos de idade, que por determinação legal contida no artigo 12º Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no item 4 da Resolução nº41/1995 do Conanda, sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados - necessitam de acompanhamento em tempo integral por um dos pais ou responsável, nos casos de internação.

Os genitores/acompanhantes das crianças e adolescentes são em sua maioria mulheres (mães, tias, avós), de fora do município e que não trabalham, pelo menos não em empregos formais com carteira assinada, visto que elas permanecem no hospital durante todo o tratamento, já que, esta é uma determinação legal.

No tocante à estrutura física do local, são sete quartos/enfermarias, cada uma com aproximadamente três leitos (no total são 28 leitos). Integra a Unidade Docente Assistencial em Pediatria – UDAP (local dentro da enfermaria onde são realizadas as atividades da equipe de enfermagem) e uma sala dos residentes da Residência Multiprofissional, onde ficam os prontuários e computadores. As paredes contêm desenhos, armários coloridos, nos quartos têm televisão e banheiro e as cadeiras dos acompanhantes algumas são estofadas e outras de plástico, bastante desconfortáveis, principalmente para aqueles acompanhantes que dormem mais de um dia no hospital.

Há ainda na enfermaria pediátrica 1A uma escolinha e uma brinquedoteca, como é previsto que tenha, a partir da Lei n. 11.104/2005 e do item 9da Resolução n. 41/1995 do

Conanda, sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. É válido ressaltar que esta unidade dispõe de leitos reservados ao tratamento de osteogênese, uma doença conhecida como “ossos de vidro”, devido ao seu portador apresentar deficiências ósseas, que afetam seu crescimento e resistência quanto a quedas, ferimentos e impactos.

O processo de trabalho dos Assistentes Sociais na pediatria se dá a partir do referencial técnico-normativo de que dispõe a categoria profissional como: código de ética, Lei de Regulamentação da profissão, os Parâmetros para a atuação do Serviço Social na saúde, além das atividades padrão delimitadas no POP (Procedimento Operacional Padrão)²², juntamente com a cartilha de direitos e deveres dos usuários do SUS, o manual de normas e rotinas do HUPES e as legislações específicas do segmento de usuários com os quais são desenvolvidas as intervenções, neste caso, crianças/adolescentes e seus responsáveis.

As assistentes Sociais utilizam na realização do seu trabalho instrumentos próprios do trabalho profissional do Serviço Social como prontuários, livro de registro de ocorrências, livro de admissão, censo de entrada e saída dos pacientes, entrevista social, pareceres, laudos, Declaração de Recebimento de Informação, prontuário eletrônico, catálogo de recursos da comunidade e o relatório social. Incluindo os recursos materiais como computador, caneta, papel, carimbo, telefone e a sala de atendimento.

Do que se pôde acompanhar no decorrer da vivência e observação neste campo de estágio, observou-se que as rotinas e o trabalho profissional do serviço social na pediatria ocorriam mais no acolhimento e acompanhamento das demandas detectadas ou solicitadas a partir do contato com os responsáveis/acompanhantes pelas crianças e os adolescentes internados na enfermaria de pediatria.

Na observação da rotina do Serviço Social na enfermaria foi possível constatar que as ações seguem aquilo que está previsto nas atribuições e competências da profissão, na Lei de Regulamentação profissional, nos pressupostos das leis que amparam os direitos das crianças e adolescentes (como o ECA) e o Procedimento Padrão da instituição, direcionando as intervenções a partir das especificidades das demandas que chegam para o Assistente Social.

De forma que, o desenvolvimento das atividades do Serviço Social na enfermaria de pediatria do Complexo HUPES se dá da seguinte forma: Acolher os genitores, familiares ou responsáveis pelo paciente; esclarecer sobre normas e rotinas do hospital, estabelecer um diálogo a fim de extrair informações que possibilitem fazer uma apreensão prévia das

²²Tal documento apresenta-se como um instrumento de trabalho que norteia a atuação dos assistentes sociais, dos técnicos administrativos, da coordenação e dispõe sobre as principais atividades e procedimentos a desempenhar, assim como o material necessário para tal.

condições socioeconômicas em que aqueles usuários estão inseridos, de modo que, se fosse detectada a necessidade de encaminhamentos e esclarecimentos sobre direitos e benefícios estes eram feitos; após isso, entrega-se uma declaração de recebimento de informação que este genitor/responsável assina (e é anexada ao prontuário do paciente), assim como, uma cartilha com direitos e deveres dos pacientes e acompanhantes e outra com dicas para prevenção de infecções hospitalares.

Por fim, registra-se o atendimento em livro de admissão ou de ocorrência. Estes são, portanto, os procedimentos padrão que todo e qualquer profissional de Serviço Social irá desempenhar na atuação em enfermarias do Complexo HUPES.

Há ainda algumas condutas que foram identificadas como sendo realizadas com frequência na rotina do trabalho na enfermaria pediátrica e na sala de atendimento do Serviço Social no CPPHO como, por exemplo, contatos telefônicos com familiares de pacientes, com casas de apoio, secretarias de saúde, outras unidades de saúde, órgãos da rede socioassistencial, transporte do TFD, etc.; visitas aos leitos, esclarecimento sobre Benefício de Prestação Continuada, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, dentre outros, realização de entrevista social, Orientação de acompanhantes ou familiares sobre as normas e rotinas do hospital durante o internamento.

De uma forma geral, as demandas surgidas no contexto institucional do Complexo HUPES são difusas. As mais recorrentes na atuação do Assistente Social na pediatria do Complexo HUPES estão intimamente ligadas às condições socioeconômicas dos usuários os quais atende. As principais que chegam para o Serviço Social são as seguintes: realização de visitas extra; solicitação de fornecimento de refeição extra para acompanhante; orientações previdenciárias. Encaminhamentos e esclarecimentos sobre direitos e benefícios como BPC, Bolsa Família e Tratamento Fora do Domicílio TFD.

Além disso, reuniões com familiares sempre que necessário; mediações entre os usuários com a equipe multidisciplinar e com a instituição em questões referentes, por exemplo, a permanência de um paciente no hospital pós-alta, por este não ter condições financeiras para retornar ao seu município; ou então com órgãos públicos, com a rede socioassistencial.

No caso específico de crianças ou adolescentes que adentrem no hospital e surja a suspeita ou confirmação de maus tratos ou abuso sexual, as assistentes sociais acompanhantes do caso, de acordo com o previsto no artigo 13º do ECA, (que determina a obrigatoriedade de comunicar o Conselho Tutelar nesses casos), fazem um parecer da situação acompanhada e encaminham para Conselhos Tutelares, CRASs, Centros de Referência Especializados da

Assistência Social - CREAS e demais órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Um aspecto que se fez presente na apreensão sobre as demandas direcionadas ao Serviço Social no HUPES foi que, muitas vezes, demandas indevidas eram atribuídas ao assistente social, como agilizar regulação, cuidar de aspectos pessoais dos pacientes (providenciar corte de cabelo); profissionais de outras áreas envolvendo-se em atribuições privativas do assistente social (dando inclusive diagnósticos das condições socioeconômicas dos usuários antes mesmo da abordagem do serviço social). Ou a ocorrência de condutas que reservavam às assistentes sociais uma posição de secretárias do médico.

Certamente eventos que não se limitam a esta instituição especificamente, haja vista, a visão ainda bastante distorcida sobre as atribuições de um assistente social, baseada em práticas conservadoras que constituíram a gênese da profissão e criaram um imaginário social acerca do trabalho profissional exercido pelo Serviço Social. O que exige dos profissionais clareza de suas atribuições e competências, como também do projeto ético-político da profissão e do aparato teórico metodológico, para fortalecer seu espaço e as possibilidades de exercer suas intervenções de acordo com os princípios legitimados pela categoria profissional.

No que tange às condições do desenvolvimento das ações no HUPES, não foram apreendidos muitos entraves para a intervenção profissional, além daquelas barreiras colocadas pela própria configuração que o mundo do trabalho apresenta atualmente e que é fruto de um processo de reestruturação de suas condições e formas de contratação. Tendo como traço mais característico a flexibilização do mercado de trabalho que torna a classe trabalhadora como formada por seres em sua maioria descartáveis.

Todavia, há algumas especificidades nas condições dadas pela instituição para o trabalho profissional dos assistentes sociais e essas questões estão expressas nas instalações físicas, nos vínculos empregatícios e na própria organização do trabalho no HUPES.

No que se refere às instalações físicas, a questão da sala de atendimento representa uma dificuldade estrutural que o hospital apresenta e influencia diretamente na intervenção do Serviço Social, como por exemplo, o fato da enfermaria não possuir uma sala específica para que as assistentes sociais possam atender os usuários e garantir o sigilo de suas informações. Além do fato da enfermaria da pediatria não estar instalada no CPPHO, local onde fica a sala de atendimento das assistentes sociais que trabalham na pediatria, o que exige um deslocamento desgastante e que poderia ser evitável.

A sala de atendimento do serviço social do CPPHO é pequena, apertada e quente. Ficava instalada, na época do estágio, sozinha e separada do processo de trabalho mais geral

das instalações centrais do Serviço Social do Complexo HUPES, o que impacta no relacionamento entre as assistentes sociais, uma vez que, as profissionais que atuam no CPPHO não têm muita oportunidade de saber o que acontece no HUPES e vice-versa.

Embora haja o livro de ocorrências, onde são escritos os acontecimentos e informes do dia, incluindo-se também o advento da intranet no Complexo, salas separadas dificultam o diálogo, ficando a cargo das profissionais a iniciativa de se deslocar para colher as informações necessárias para viabilizar o trabalho conjunto. Isso fragmenta o trabalho, criando nichos que não se comunicam diretamente.

O aspecto do vínculo empregatício é outro ponto a se destacar em relação às dificuldades institucionais, ao se considerar a configuração atual dos tipos de contratações no âmbito do Serviço Social – quatro profissionais contratadas a partir de concurso da UFBA, uma pelo Ministério da Saúde, duas pela FAPEX, nove pela EBSEERH, uma contratada por meio de projeto na Unidade Metabólica, sendo as demais oriundas da residência multiprofissional (em que o maior número de contratações é por meio da EBSEERH) e, considerando-se que tais contratações exigem mudanças na configuração dos processos e rotinas de trabalho do pessoal remanescente de contratações anteriores, tal conjuntura provoca visivelmente um clima de tensão entre as assistentes sociais da instituição.

Com a entrada da EBSEERH, acirraram-se as modificações nos vínculos dos profissionais em exercício, na jornada, normas, metas, dentre outras dimensões da organização do trabalho. Pois, se antes as assistentes sociais eram contratadas como servidores concursados pela UFBA e tinham seus trabalhos orientados pelo regimento interno da própria Universidade juntamente com o da instituição, agora as contratações são feitas a partir da EBSEERH, pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Isso impacta tanto nas formas de organização dos trabalhadores, no que se refere a sindicatos e mobilizações próprias da categoria, quanto nas relações entre esses profissionais, uma vez que, as demandas se fragmentam e se diferenciam, visto que, são vínculos diferentes em termos de direitos e benefícios. Além de que tal diferenciação poderá influenciar também na relativa autonomia dos assistentes sociais, bem como nos limites e possibilidades de suas ações.

Trazer a discussão sobre os limites e possibilidades do Serviço Social no âmbito do Complexo HUPES implica uma reflexão sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais na referida instituição, tanto do ponto de vista estrutural quanto organizacional e isso significa que, conseqüentemente, torna-se fundamental pensar sobre o advento da EBSEERH

na administração do Complexo HUPES e suas contribuições e rebatimentos no trabalho profissional dos assistentes sociais na Instituição.

Seguindo uma tendência nacional, o Complexo HUPES passou a incorporar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como responsável pela sua administração, coordenação, avaliação, distribuição de recursos humanos e financeiros. E, embora tanto o Complexo quanto a EBSEH sejam instituições públicas, a última promoveu mudanças muito significativas na ordenação do hospital que influencia um pouco a lógica de como deve funcionar a coisa pública.

A começar pela estrutura organizacional da instituição, que havia em 2007 aprovado um tipo de organização estruturada por um 'organograma circular', o qual pretendia representar um tipo de organização institucional em que se pretende uma gestão pautada no trabalho em grupo e não há muita ênfase na hierarquização entre os setores, o que torna a gestão mais democrática e facilita o diálogo e a construção coletiva pelo estreitamento da inter-relação dos serviços. Sua divisão se dava entre: **Conselho Gestor, Diretoria Geral e Vice Diretoria, Diretorias Adjuntas, Unidades Gerenciais, Coordenações, Apoio Técnico Administrativo e Usuários**. Hoje o organograma que se tem acesso apresenta um quadro totalmente modificado, que apresenta uma lógica de estruturação muito mais assemelhada a organograma de empresa privada de grande porte, do que com a idealização do organograma circular proposto em 2007 e vigente até 2012, quando ocorreu a pactuação com a EBSEH.

No tocante à posição do Serviço Social nessas mudanças de organograma, antes a categoria estava inserida na '**Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais - DASA**' e sua interlocução com a **Diretoria e Vice diretoria** era mais próxima, assim como, sua posição perante a estrutura organizacional era mais delineada. Na atual estruturação do organograma a organização repartiu-se em várias ramificações tornando-se muito mais complexa e pulverizando a arrumação circular, o que dificulta até a identificação de onde se insere o serviço social nessa nova arrumação.

No que diz respeito a metas e jornada de trabalho, o advento da EBSEH propiciou um controle maior sobre o trabalho das assistentes sociais da instituição ao estabelecer metas mensais de produtividade, medidas a partir do registro das atividades diárias. Esse sistema de metas pode apresentar-se como problemático para as intervenções do serviço social, uma vez que, o estabelecimento de metas pode representar uma forma de prevalência da eficiência sob a eficácia, do quantitativo sob o qualitativo e ir de encontro com os princípios ético-políticos da profissão, os quais visam à qualidade dos serviços prestados à população usuária e a defesa de seus interesses. Tais metas poderão também influenciar na jornada de trabalho,

sobrecarregando o profissional de tarefas e cumprimento de atividades que não necessariamente garantam excelência do trabalho, mas uma tecnificação da ação profissional, postura essa que fere o princípio do agir crítico e emancipatório que preza o serviço social.

Pensar sobre essa questão remete à problematização trazida por Sodré (2010) ao afirmar que, com o advento da grande unidade hospitalar, a gestão do trabalho em saúde passou a caracterizar-se igualmente   praticada no âmbito das fábricas: Atendimentos e cirurgias em massa, internac es contabilizadas financeiramente, leitos seriados e atendimentos sequenciais. De forma que, ao serviço social também foi requisitada uma interven o mecanizada e alinhada às normas institucionais.

A forma como a EBSEH busca organizar o processo de trabalho do serviço social na saúde contribui para um modelo de aten o   saúde pautado naquilo que Sodré (2010) entende como uma concep o de saúde-fábrica que, dentre outras coisas, tende a reproduzir profissionais que tratam de partes contidas em um todo doente, com centralidade no grande hospital e no discurso biomédico.

Diante disso, concorda-se com Sodré (2010) quando esta chama a aten o para o fato de que os assistentes sociais precisam desviar-se da repeti o desse modelo de produ o em massa incorporado aos serviços de saúde hospitalares, centralizados nos plantões e atendimentos. Nas suas palavras:

Aquele arquétipo resumido em uma sala, um livro preto, um assistente social e uma agenda antiga com contatos telef nicos desatualizados. O que poderia ser equiparado ao médico que só entrega receitas. Este modelo não condiz com o discurso que foi criado pelo Serviço Social, que apregoa a emancipa o humana como princípio. O que a instância hospitalar proporcionou   forma o profissional foi uma lógica inserida na dimensão histórica maior da institui o — uma máquina de fabricar produtos sem sentidos para o seu produtor e para o seu demandante. Produtos que se esgotam em si mesmos e perdem a dimensão processual do trabalho do assistente social. (SODRÉ, 2010, p. 460)

Assim, na visão de Sodré (2010), esse modelo saúde-fábrica seria uma forma flexível de proporcionar práticas vazias e mecanizadas dirigidas principalmente   popula o mais pauperizada. Ainda diante desse quadro, os profissionais, inclusive os assistentes sociais, veem-se cada vez mais inseridos em uma política de saúde que lhes reserva processos extenuantes de trabalho, ambientes insalubres, equipes despreparadas, dando a impressão de que no ambiente hospitalar se está a todo momento resolvendo problemas, ao passo que lhes são exigidas cada vez mais qualifica es e possibilidades de dar conta das demandas imediatas e sistematiza es mais elaboradas da a o profissional.

A instituição da EBSEH na administração dos serviços de hospitais universitários públicos parece seguir a lógica implantada na configuração da política de saúde que se deu a partir dos anos 90, a qual, segundo Gomes e Araújo (2015) se ampara no protagonismo de dois projetos de organização do setor: o primeiro é o da Reforma Sanitária, incorporado ao SUS e o segundo é projeto privatista e atrelado ao mercado.

O confronto entre esses dois projetos teria impactado no trabalho profissional do serviço social, uma vez que, como uma das profissões participantes da política social (o que inclui a política de saúde) se depara com processos de trabalho precarizados, fatores como existência do trabalhador polivalente, a sobrecarga de trabalho e a diferenciação dos vínculos empregatícios, decorrentes das mudanças nas relações trabalhistas e salariais. Caracterizando-se assim, o contexto daquilo que chamam de contrarreforma estatal e de inserção dos assistentes sociais. Cenário facilmente observável na conformação do processo e das condições de trabalho do serviço social no Complexo HUPES.

Buscar formas coletivas de enfrentamento dessas questões postas diariamente no seu ambiente de trabalho é importante tanto para o exercício profissional qualificado e comprometido, de acordo com o que preza o marco legal da profissão e seus direcionamentos ético-políticos, como também é um fator que irá influenciar diretamente nas respostas dadas aos usuários. Pois, se não são dadas condições aos assistentes sociais exercerem plenamente as suas intervenções isso reverterá na vida dos usuários e até mesmo na legitimação que estes podem dar ao trabalho do serviço social.

Isso exige dos assistentes sociais uma postura interventiva orientada ética e politicamente na perspectiva de uma leitura crítica da realidade, que possibilite a identificação das condições objetivas de seu trabalho profissional, assim como requer um comprometimento por parte dos profissionais para o fortalecimento da organização e participação social dos usuários, que desburocratize a relação dos profissionais com os mesmos, acolhendo-os e humanizando sua permanência durante a utilização dos serviços de saúde ofertados.

Evidentemente que tal postura depende não só da vontade majoritária do corpo profissional, mas também de cada assistente social em suas atuações cotidianas, além de que, exigem que lhes sejam dadas condições reais nos espaços sócio-ocupacionais em que se inserem para explorar todo o potencial da profissão em formular estratégias de ações que efetivem direitos e os princípios contidos no código de ética e no projeto ético político da profissão. Pois, embora dispunham de uma certa autonomia para guiar suas intervenções os

assistentes sociais também são pertencentes à classe trabalhadora e por isso, muitas vezes, tem suas condições e ambiente de trabalho também precarizados.

Sobre tal discussão IAMAMOTO (2008) assinala que:

[...] O Assistente Social dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, o que se expressa numa relação singular de contato direto com o usuário, em que o controle institucional não é total, abrindo a possibilidade de redefinir os rumos da ação profissional, conforme a maneira pela qual ele interprete o seu papel profissional. A isso se acresce outro traço peculiar do Serviço Social: a indefinição e fluidez do que é ou do que faz o Assistente Social, abrindo-lhe a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem a mera demanda institucional. Tal característica, apreendida às vezes como um estigma profissional, pode ser utilizada no sentido da ampliação de seu campo de autonomia. (IAMAMOTO, 2008, p. 102)

Isso significa dizer que o Serviço Social pela relativa autonomia que dispõe e pelos próprios valores que legitima²³ precisa ter uma prática para além do âmbito das demandas institucionais imediatas e pragmáticas e empreenda um direcionamento político e ético nos diversos espaços sócio-ocupacionais em que são convocados. Contribuindo para o aprimoramento da autonomia e participação dos sujeitos na construção de espaços mais justos e democráticos.

Pretendendo uma intervenção do Serviço Social em conformidade com os princípios ético-políticos que orientam a profissão, os quais comungam com os direitos humanos, com os ideais de cidadania e emancipação humana, como está expresso no código de ética profissional. De forma que esses e os demais princípios que regem os posicionamentos ético-políticos na atuação dos assistentes sociais em todo e qualquer espaço sócio-ocupacional que se insiram está a favor da democratização do exercício profissional, convivência plural e respeito às diversidades.

Nessa perspectiva, poder experimentar a disciplina de Estágio Supervisionado no processo de formação profissional do estudante de Serviço Social constitui um importante momento de aproximação com a realidade social e organizacional que envolve o trabalho profissional dos assistentes sociais, bem como de apreensão crítica e proposição de estratégias de enfrentamento às problemáticas e contradições reveladas. Nesse sentido, o estágio propicia um momento de aprendizagem, análise e reflexão crítica do exercício profissional e das implicações do ambiente sócio-ocupacional onde se processa o trabalho do assistente social.

²³Princípios como a defesa da liberdade, dos direitos humanos, respeito à diversidade e repúdio a toda forma de discriminação, comungando de uma visão de mundo que aposta nas formas emancipadoras de transformação da realidade social.

O estágio no Complexo HUPES ratificou tais afirmações, na medida em que, ao longo dos três momentos em que ele se dividiu (as disciplinas de estágio supervisionado I II E III), seus pressupostos emergiram.

O primeiro momento do estágio representou a etapa de aproximação com a instituição. Foi realizado todo por meio de observação participante, de forma que, o produto desta primeira fase resultou na elaboração de um relatório de caracterização que visava descrever a instituição, seu histórico e estruturação física, a organização e os processos de trabalho neste espaço, a relação entre os profissionais, de onde provinham seus recursos, as características do público atendido, as manifestações da questão social apresentadas ao serviço social através de demandas e como se dá o trabalho profissional das assistentes sociais, seus instrumentos, meios de trabalho e os limites e possibilidades de suas intervenções na referida instituição.

Na segunda fase, após a observação e reflexão crítica da realidade institucional, a partir das demandas emergentes no cotidiano do trabalho profissional foi elaborado um Projeto de Intervenção, com vistas a contribuir para a qualidade do serviço prestado e intervir na nas expressões da questão social na referida instituição, no tocante à relação entre o conhecimento adquirido no decorrer do curso e a competência profissional.

A última parte do estágio consistiu em, por em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do processo, através da execução da intervenção proposta na instituição. Nesta etapa em que já havia familiaridade com a dinâmica institucional, acerca das rotinas, normas e fluxos, com relação à identificação do perfil da população usuária e de aspectos da questão social expressos no cotidiano, mostrava-se necessário problematizar a realidade deste campo de estágio, relacionando teoria e prática e as dimensões teórico-metodológicas, ético-política e técnico-operativa da profissão.

De modo que, a partir da vivência e observação do trabalho profissional do serviço social na enfermagem pediátrica do Complexo HUPES surgiram alguns questionamentos quanto às demandas observadas no processo de trabalho da mesma, no tocante às questões relacionadas à permanência no hospital dos acompanhantes das crianças e adolescentes para dar continuidade ao processo de internamento. A finalidade de construir um ambiente propício para a discussão de tais questões foi a que se propôs o projeto de intervenção elaborado, o qual, será descrito no processo tópico, do ponto de vista da avaliação dos resultados de sua execução e das contribuições para a formação profissional.

4.2 A INTERVENÇÃO: projeto e reflexões

No Brasil, apesar dos serviços de saúde serem configurados por um sistema nacional de saúde público e universal, as camadas populacionais que mais acessam seus serviços são as consideradas pobres, as quais, não apresentam condições próprias de arcar com os próprios custos de saúde e isso se dá, conforme afirmação de Barcelos (2011) anteriormente trazida nesse trabalho, devido às influências de estratégias neoliberais que fazem com que a saúde pública brasileira sofra cada vez mais um processo de mercantilização, através do incentivo à planos privados de saúde que, conseqüentemente, delimitam o acesso da população empobrecida a seus serviços.

Sendo assim, os diversos serviços de saúde oferecidos pelo SUS são acessados geralmente por uma população com o perfil de baixa renda, de cor preta/parda, que muitas vezes, apresenta uma realidade de inserção em contextos expostos a forte presença de violências e diversas situações de risco que se apresentam cotidianamente, estando em situação do que se convencionou chamar de vulnerabilidade social.

No Complexo HUPES essa realidade não é diferente. A população usuária que acessa seus serviços é composta por adultos, idosos, crianças/adolescentes e seus respectivos responsáveis, vindos da Capital, região metropolitana, cidades do interior (em número bastante expressivo), do Estado e de fora, apresentando o mesmo perfil geral dos usuários do SUS.

No caso da população atendida na enfermaria da pediatria, há ainda um forte recorte de gênero, por tratar-se de um local que apresenta especificidades determinadas pela obrigatoriedade de acompanhamento integral das crianças e adolescentes por um responsável, majoritariamente mulheres (mães ou parentes próximas) que permanecem no Hospital durante todo o tratamento desses pacientes. Mulheres essas que deixam suas casas, filhos, trabalho e demais afazeres para ter o ambiente hospitalar como seu local de vivência temporária, o que poderá gerar implicações objetivas e subjetivas em suas vidas.

De forma que, os sujeitos que chegam ao Complexo HUPES e, especificamente, à enfermaria de pediatria não só trazem consigo um caso de adoecimento ou agravo da saúde, mas toda uma história de vida, particularidades, especificidades e cultura diferenciada que deve ser respeitada, tornando-se, portanto, grandes aspectos a serem considerados no processo da hospitalização.

O acompanhamento dos pais ou qualquer outro membro da família no ambiente hospitalar, preconizado pela legislação referente aos direitos da criança e do adolescente²⁴ representa um ponto positivo, na medida em que contribui para o suporte emocional e psicológico do internado, assim como, nos cuidados e responsabilização sobre a criança/adolescente. Todavia, pode causar um desfalque na família, já que um de seus componentes (e geralmente são os principais – pai ou mãe) terá que se ausentar do lar, das obrigações e responsabilidades outras para acompanhar o paciente.

Desta forma, observa-se que a hospitalização, tem potencialidade de gerar um cenário desfavorável à dinâmica familiar, uma vez que, poderá ocasionar alterações nos hábitos, papéis, funções e rotinas familiares, pelo fato de exigir o afastamento de alguns dos seus membros do ambiente habitual. E, apresentando a família uma determinada constituição definida por características e hábitos cotidianos próprios, a ocorrência de mudanças em sua composição impacta na rotina diária, podendo afetar seus componentes em seus suportes emocionais, financeiros e relacionais.

Costa et. al. (2015) ressaltam que a internação hospitalar gera uma desorganização na estrutura familiar, causando uma desordem nos hábitos e rotinas familiares pelo fato de alguns dos seus membros se encontrarem em um ambiente diferente, uma vez que, tendo a família uma determinada estrutura, a ocorrência de mudanças nessa estrutura impacta na rotina diária sentimentos de medo, sofrimento e incerteza quanto ao decorrer do tratamento do paciente.

Em experiência na enfermaria pediátrica do HUPES, no contato com os acompanhantes (em sua maioria mulheres e geralmente as mães das crianças/adolescentes hospitalizadas) estes revelavam preocupações diversas referidas a sua estadia no hospital, o que provocou a reflexão sobre como o ato de estar ali naquele hospital, substituindo o que habitualmente é o funcionamento de sua vida, influi diretamente na vida dessas pessoas. Nas suas condições emocionais, psíquicas, suas preocupações e responsabilidades, seu sustento.

Certamente alguns desses acompanhantes precisam se afastar dos seus trabalhos para poder dar suporte ao acompanhamento da hospitalização da criança, isso no caso dos que trabalham em empregos formais, porque para os que exercem atividades autônomas, informais, permanecer no hospital durante um período significa uma lacuna na renda.

²⁴Por determinação legal contida no artigo 12º Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no item 4 da Resolução nº41/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados – pacientes de enfermarias pediátricas necessitam de acompanhamento em tempo integral por um dos pais ou responsável, nos casos de internação.

Como dito anteriormente, o acompanhante/cuidador de acordo com a Política Nacional de Humanização é o representante da rede social da pessoa internada, que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, portanto, aquele indivíduo que se coloca à disposição das necessidades de seu membro hospitalizado, muitas vezes colocando em risco sua própria saúde em função daquele que está a acompanhar. Situação que se agrava se for acompanhamento infantil, já que, a legislação de proteção aos direitos da criança exige que o acompanhamento seja ininterrupto. Exigindo assim, uma maior atenção e cuidado às demandas desses acompanhantes, haja vista, sua função fundamental no processo de hospitalização.

A situação da obrigatoriedade do acompanhante permanente na pediatria fazia com que surgisse uma demanda recorrente para os assistentes sociais atuantes na enfermaria pediátrica do Complexo-HUPES: a ocorrência de acompanhantes querendo abreviar a alta hospitalar com o intuito de retornarem o mais breve possível para seus cotidianos.

A continuidade do acompanhamento abria espaço para casos de tentativas de fugas, pedidos de saída do ambiente hospitalar a fim de resolver alguma demanda externa ao tratamento do paciente que acompanha, deixando a criança/adolescente sozinha na enfermaria. Muitos acompanhantes tinham dificuldade em encontrar um familiar que pudesse substituí-lo no acompanhamento do paciente, passando a apresentar comportamentos de irritabilidade, estresse e impaciência diante da impossibilidade de resolver suas demandas externas ao permanecer no hospital. O que, portanto, levava a equipe multidisciplinar a demandar a intervenção do assistente social para mediar os conflitos.

Permanecer no hospital por um período prolongado gerava uma série de expectativas de ambas as partes, tanto do acompanhante para com o hospital, no sentido de resolver algumas demandas relacionadas à acomodação e procedimentos no âmbito hospitalar, quanto da equipe de profissionais que esperava que este responsável pela criança tomasse parte no cuidado à criança na rotina da enfermaria sem, no entanto, levar em conta as necessidades deste acompanhante, substrato do contexto e composição familiar da criança, voltando a atenção na maior parte do tempo unicamente para esta.

As mães acompanhantes da criança internada, na maioria das vezes, revelavam a preocupação de ter deixado outros filhos em casa, que também demandariam seus cuidados, o que as deixavam tensas e, por vezes culpadas com tal situação. Culpa essa que expressa, conforme a opinião de autores já trazidos anteriormente neste trabalho, como Mito e Dal Prá (2015), D'incao (2007), Cayres (2008) e Barcelos (2011) a introjeção de um lugar que

histórica e culturalmente foi reservado à mulher como cuidadora e mantenedora principal do cuidado familiar.

No que tange à atuação do Serviço Social perante essas questões referentes aos acompanhantes e, por consequência, ao contexto familiar dos usuários assistidos no Complexo HUPES, houve a percepção, de que, as rotinas e o trabalho profissional do Serviço Social na pediatria ocorriam mais no acolhimento e acompanhamento das demandas detectadas ou solicitadas a partir do contato com os responsáveis/acompanhantes pelas crianças e os adolescentes internados.

Estando inserido nos diversos serviços assistenciais dos hospitais, o Serviço Social estruturava sua atuação a partir daquilo que está previsto nas atribuições e competências da profissão, na Lei de Regulamentação profissional, nos pressupostos das leis que amparam os direitos dos pacientes, bem como nos procedimentos padrão da instituição, direcionando as intervenções a partir das especificidades das demandas que chegavam para as assistentes sociais.

No entanto, a atuação do Serviço Social iniciava e se encerrava naquele âmbito hospitalar e, para além da ficha socioeconômica e dos diálogos esporádicos que mantinha com o membro familiar acompanhante, não se tinha mais nenhuma aproximação com a história de vida ou a dinâmica social daquelas famílias. Encaminhamentos e intervenções relacionadas a direitos e acesso a políticas sociais não tinham retorno de seu desfecho por parte do profissional que havia iniciado a intervenção. Nem mesmo visitas domiciliares, instrumento importante para uma maior apreensão do contexto familiar não ocorriam no HUPES.

Logo, esta realidade sócio-institucional apresentada à intervenção cotidiana das assistentes sociais atuantes no Complexo Hospitalar Universitário HUPES, que não estão restritas a esta instituição de saúde, mas podem ser observadas no bojo da política nacional de saúde, suscitou a necessidade de conhecer mais a fundo os modos de ser e estar dos acompanhantes da pediatria, justamente, suas particularidades que determinarão as demandas que estes trazem consigo ao adentrarem o hospital, ora partindo dos mesmos a solicitação de resolução por parte dos profissionais que os atendem, ora sendo investigadas por meio da abordagem das assistentes sociais, ou demais profissionais da instituição, como a equipe de enfermagem ou de psicologia.

Já que, embora o assistente social atue no âmbito pediátrico, sua intervenção se fará, na maioria das vezes, junto às famílias, representadas na figura do acompanhante permanente, ou dos que revezam na visitação à criança, representantes não só da família, mas do próprio contexto social, no qual, a criança está inserida, caberá às assistentes sociais buscar a

construção coletiva de estratégias de enfrentamento das dificuldades postas diariamente no seu ambiente de trabalho e na vida desses usuários.

Família esta que, a partir da literatura levantada nos primeiros capítulos desse trabalho, demonstrou apresentar-se de muitas formas, configurações e sentidos. Cujas realidades demonstram ser mais adequado considerá-la enquanto famílias (no plural) devido aos diversos arranjos e papéis que lhes são atribuídos desde os primórdios até a contemporaneidade, quer seja como meio de socialização primária para os indivíduos, de proteção, cuidado, felicidade e solidariedade geracional, seja como elemento estratégico e central para as políticas sociais.

Logo, reconhecer a diversidade inerente às configurações das famílias brasileiras, que se expressam também em seus membros individualmente e elucida questões que as configuram e demarcam seu lugar no bojo das relações sociais na ordem capitalista oportuniza reforçar alguns dos direcionamentos éticos que o serviço social se propõe no desenvolvimento de seu trabalho profissional, como contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, lutar contra todas as formas de preconceito ou discriminação e respeito à diversidade.

Assim, cabe destacar o papel do Serviço Social na apreensão dos determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença dessas crianças, de forma que, a configuração dos modos de ser e estar figurados na sua família é o que determinará as necessidades surgidas em sua permanência no hospital.

De acordo com os ‘Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde’, documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) um dos objetivos do Serviço Social na área da saúde é identificar, em suas intervenções, “determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias ético-políticas, técnico-operativas e institucionais para o enfrentamento desses determinantes”.

Identificar e compreender essa multicausalidade que incide sobre a saúde dos indivíduos implica ainda conceber um conceito ampliado de saúde que reconhece o processo saúde-doença como um construto social que se desenvolve a partir das condições materiais de sua produção e engloba dimensões biológicas e sociais. (CFESS, 2010)

Nesse contexto, Simão et. al. (2010), assinalam que não é possível definir necessidades de saúde sem levar em conta que elas são fruto também de relações sociais de um determinado contexto, ou seja, trata-se dos determinantes sociais da saúde, tão caros à intervenção do serviço social na saúde, na medida em que os assistentes sociais detêm um saber imprescindível na atenção em saúde ao paciente e sua família: a capacidade de escuta e leitura da realidade social.

A partir desse entendimento, a proposta de intervenção apresentada na ocasião do segundo semestre do estágio supervisionado no Complexo HUPES pretendia realizar uma atuação junto aos acompanhantes da enfermaria pediátrica, buscando a partir das experiências relatadas, das dúvidas, questionamentos, reclamações, sugestões e inquietações explicitadas, exercer uma escuta qualificada e promover diálogos que pudessem produzir a apreensão sobre as mudanças relacionais e sociais ocorridas na vida desses acompanhantes, que permaneciam ou iam mensalmente ao hospital para o tratamento de saúde da criança.

De forma a apreender em que medida suas demandas e necessidades eram atendidas na instituição, tanto do ponto de vista da estrutura física, quanto das rotinas hospitalares, assim como, qual era a visão destes acerca da equipe multiprofissional atuante na enfermaria pediátrica da instituição.

O Projeto de Intervenção teve por objetivo proporcionar um espaço de acolhimento para os acompanhantes das crianças e adolescentes hospitalizados na enfermaria 1A da pediatria do Complexo HUPES, onde fosse possível apreender as demandas oriundas de sua permanência em tempo integral no ambiente hospitalar. De maneira a discutir a importância da identificação de suas necessidades no processo de internamento e propiciar um espaço de trocas de experiências entre estes usuários, por meio de atividades lúdicas, participativas, que representassem uma saída momentânea dos hábitos e rotinas hospitalares e gerassem momentos favoráveis à aprendizagem, à escuta, orientações, reflexões e o estreitamento das relações entre os pacientes, acompanhantes e a equipe de saúde.

Para tanto, propôs-se a realização de três abordagens grupais por meio de Rodas de Conversa e Dinâmicas de Grupo, com temáticas referentes ao exercício de reflexão acerca do momento de permanência dos acompanhantes na instituição, tendo em vista que este poderia representar um momento de acolhimento, troca de experiências, desabafos, de atividades educativas, lúdicas, informativas e humanizadas.

Essas atividades foram realizadas na varanda da enfermaria 1A, por ser este o local mais viável para a realização do encontro, já que, o serviço social não possui sala na enfermaria. A varanda era uma área externa aos quartos da enfermaria, o que possibilitava colocar cadeiras, rádio, ou mesmo ter uma conversa mais afastada do âmbito da atividade profissional da equipe multidisciplinar. Considerando-se também a viabilidade destes acompanhantes se deslocarem, pois eram previstas ausências e interrupções da atividade por questões relacionadas à procedimentos próprios ao internamento, como levar o paciente para fazer algum procedimento, banho, alimentação, ou resolução qualquer outra intercorrência, etc.

A escolha pela metodologia de utilizar técnicas grupais como as Rodas de Conversa e as Dinâmicas de Grupo explicou-se pelo fato de que as mesmas provocam a manifestação de variadas formas de linguagens, que vão desde a escrita até a corporal, estimulando os sentidos e proporcionando amplas possibilidades de atingir os objetivos propostos.

A linguagem é o principal instrumento utilizado pelos assistentes sociais no cotidiano profissional, pois é através dela que se realiza grande parte das intervenções profissionais, ou como assinala Iamamoto, “o Serviço Social, como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem” (IAMAMOTO, 2008, p. 101)

Desta forma, sua instrumentalização se dá como expressão do pensamento, como forma ou processo de comunicação e interação. A partir da linguagem o profissional expressa sua subjetividade e apreende a do outro. Ao observar e analisar a linguagem dos usuários e dos outros profissionais com os quais trabalha o assistente social tem condições de orientar suas ações e intervenções de forma adequada e eficaz.

Nesta perspectiva, Sousa (2008) identifica duas categorias de linguagens comumente utilizadas pelo Serviço Social: a linguagem oral ou direta e a linguagem escrita ou indireta classificando, assim, os instrumentos de trabalho como instrumentos diretos ou “face a face” e instrumentos indiretos ou “por escrito”.

O Projeto de Intervenção constitui-se de dois instrumentos diretos ou “face a face” bastante utilizados pela profissão, que são a Dinâmica de Grupo e a Roda de Conversa. De acordo com Sousa (2008):

[...] a dinâmica de grupo é uma técnica que utiliza jogos, brincadeiras, simulações de determinadas situações, com vistas a permitir que os membros do grupo produzam uma reflexão acerca de uma temática definida. No caso do Serviço Social, uma temática que tenha relação com o objeto de sua intervenção – as diferentes expressões da “questão social”. Para tanto, o Assistente Social age como um facilitador, um agente que provoca situações que levem à reflexão do grupo. (SOUSA, 2008, p. 127)

A escolha por tal método se deu a partir do entendimento, de que, as práticas/linguagens permeadas por elementos lúdicos podem ser fundamentais e estratégicas em intervenções grupais, na medida em que se apresentam como um agente motivacional de qualquer tipo de atividade, contribuindo para um clima leve e descontraído do encontro.

Já a outra proposta, das rodas de conversa, justificou-se pela sua característica de contribuir para uma intervenção coletiva, democrática e participativa, donde é possível desenvolver uma prática que pressupõe um exercício de escuta e de fala com potencial de

articular e compartilhar crenças, conhecimentos, formas de organização, vínculos afetivos e etc. Segundo Sampaio et. al. (2014), as rodas de conversa possibilitam a produção e reprodução de signos e saberes sobre a experiência de seus participantes, indivíduos com diferentes histórias de vida e maneiras pessoais de pensar e de sentir sua realidade. Além disso, afirmam que:

As rodas são mais do que disposição física (circular) dos participantes e bem mais que uma relação custo-benefício para o trabalho com grupos. Elas são uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos. O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”. (SAMPAIO et. al., 2014, p. 03)

A intervenção estava prevista, de acordo com cronograma previamente elaborado, para acontecer num período de três meses (dezembro de 2016 a fevereiro de 2017), com um encontro executado em cada mês, de forma que, na semana seguinte a cada intervenção fosse realizada uma reunião com a supervisão de campo, para avaliação parcial das atividades aplicadas. Tal recurso mostrava-se produtivo e eficaz, na medida em que provocaria a reflexão sobre os pontos positivos e negativos da execução da intervenção, assim como fomentaria a elaboração do posterior relatório entregue à disciplina de Estágio III, do curso de Serviço Social, da UFBA.

O que ocorreu, no entanto, foi que, tal período delimitado coincidiu com as festas de final de ano, o final do semestre letivo e a entrada do carnaval, o que dificultou a prática das atividades na época proposta. Aparentemente isso impactou também na participação dos usuários nas atividades, já que, um número reduzido de acompanhantes participou da intervenção, tanto por falta de vontade de participar quanto pelo fluxo reduzido de pacientes no âmbito da enfermagem pediátrica.

A supervisão de campo auxiliou na mediação da Roda de Conversa e das Dinâmicas de Grupo, na posição de assistente social e representante da equipe de saúde da instituição, intercedeu com a finalidade de garantir que não houvesse grandes interrupções, ou qualquer situação constrangedora entre os acompanhantes, buscando o controle do processo das dinâmicas e diálogos e o alcance dos objetivos estabelecidos para as atividades.

Buscou-se agregar, principalmente os acompanhantes das crianças e adolescentes que já estavam num período maior de internação na pediatria (clínica médica), ou aqueles que

tinham o compromisso periódico de ir ao hospital para fazer processo de “pulsoterapia”, receber medicação intravenosa (como é o caso das crianças com osteogênese).

A escolha desse público-alvo explicou-se pelo fato, de que, são esses acompanhantes que permanecem um maior tempo no hospital necessitando, portanto, de um acompanhamento mais apurado, no que diz respeito às implicações que essa permanência prolongada causa na dinâmica familiar e nos aspectos materiais e subjetivos da vida dessas pessoas.

Quanto à realização das atividades previstas, não houve nenhum impedimento para realizá-las, nem por parte da supervisão de campo nem pelo Complexo HUPES, a não ser a falta de um espaço mais apropriado para a execução do projeto²⁵.

Os materiais de consumo utilizados (papel, cola, tesoura) assim como os permanentes (espaço, cadeiras, mesa) foram disponibilizados pela instituição, não gerando nenhum custo a mais para a execução das atividades. Todos os três encontros previstos puderam ser executados a contento e conforme planejado, embora tenha tido uma pequena adesão por parte dos acompanhantes e um tempo reduzido para a aplicação da intervenção. O que será discutido mais adiante.

No tocante à realização das atividades, estas transcorrem da seguinte forma: Iniciava-se com um diálogo de apresentação, no qual cada acompanhante falava seu nome e um pouco de sua história de vida. Depois se iniciava a dinâmica do espelho²⁶, que dava espaço para o momento da roda de conversa, onde temas eram sorteados numa caixinha e depois discutia-se sobre eles, até que encerrava-se com uma dinâmica do “Que bom, que pena, que tal” com vistas a apreender as opiniões dos participantes sobre os pontos positivos, negativos e suas sugestões para melhorar o atendimento, acolhimento e condições físicas do hospital.

No primeiro encontro estiveram presentes 05 (cinco) acompanhantes, dos quais, apenas um era do sexo masculino. O total de pacientes internados neste dia era 12 (doze), porém, nem todos puderam ou quiseram participar. Dos participantes 03 (três) eram acompanhantes de crianças com osteogênese e 02 (dois) estavam acompanhando seus filhos para procedimento cirúrgico. O fato do número reduzido de participantes em nada dificultou a

²⁵Porém o fato do local envolvia outras questões como, por exemplo, certa dificuldade de alguns acompanhantes deixarem as crianças sozinhas e longe dos seus cuidados por um determinado tempo, ou mesmo a impossibilidade de poder deslocar alguns pacientes para que pudessem acompanhar seus responsáveis nas atividades (crianças recém-chegadas de procedimentos cirúrgicos; com acesso intravenoso, ou dificuldade motora). Portanto, a varanda mostrou-se como o local mais viável para a realização das atividades.

²⁶ Uma dinâmica que visava estimular a autoestima e autoconhecimento por parte dos acompanhantes. Utiliza-se para sua realização uma caixa com um espelho dentro. Esta caixa é repassada entre todos os presentes e cada um deve descrever a pessoa que aparece dentro da caixa e através do reflexo do espelho, destacando suas qualidades e sem revelar quem é a pessoa. Ao final todos descobrem que a personalidade dentro da caixa era cada um deles. As reações geradas pela descoberta é que irão estimular o exercício de reflexão posterior.

intervenção, pois, os mesmos se mostraram bastante participativos e comunicativos. Houve vários momentos de descontração e até emoção, principalmente no momento da dinâmica do espelho.

No segundo encontro a quantidade de participantes foi ainda mais reduzida. Participaram apenas 03 (três) acompanhantes, todas mulheres, sendo que, apenas 02(duas) já estavam há mais de três dias na enfermaria. Nesta ocasião, as participantes, que eram todas as próprias mães dos pacientes, ficaram mais envergonhadas que o grupo da primeira intervenção, mas a atividade foi conduzida levando em conta esse aspecto e buscando adaptar a discussão aos interesses destas mães²⁷. Ao final, todas relataram ter gostado da intervenção, pois lhes foram compartilhados conhecimentos e informações que, de acordo com a fala das mesmas, ainda não tinham acesso, a exemplo de questões relacionadas ao TFD.

No último dia da intervenção estiveram presentes também 03 (três) mães apenas. Neste dia, a enfermaria estava com um número reduzido de pacientes internados, sendo que a maioria eram admissões do dia. Por conta do pouco tempo que restava até findar o semestre, a atividade não pôde ser adiada para uma data em que a enfermaria estivesse com mais usuários, pois ponderou-se o risco da impossibilidade de realizar o último encontro devido ao prazo de elaboração do relatório final do estágio.

O tempo para a execução da intervenção ficou reduzido por conta da própria dinâmica hospitalar que impossibilitou a realização das atividades de acordo com o que foi previsto no cronograma de execução. Estava proposto no Projeto de Intervenção realizar a primeira atividade já no início do semestre letivo corrente (2016.2), porém, este coincidiu com as festas de final de ano e posteriormente o Carnaval, o que fez com que o fluxo de admissões não fosse tão intenso. Em vários momentos foram feitas algumas tentativas, porém a enfermaria estava sempre com um número de pacientes menor que o habitual. O que nos levou a retardar o começo das intervenções.

Nestes encontros foram discutidas questões sobre família e percepção sobre o internamento; importância dos acompanhantes na internação das crianças e adolescentes; Benefício de Prestação Continuada (BPC), Tratamento Fora do Domicílio (TFD); rede socioassistencial - CRAS, CREAS, conselho tutelar; Sistema Único de Saúde; dificuldades referentes à permanência prolongada no hospital; existência e importância da ouvidoria do hospital como mecanismo de participação dos usuários nas condições de atendimento e

²⁷Aproveitamos o fato de estarem presentes apenas mulheres para estimular a reflexão sobre os papéis atribuídos às mulheres como cuidadoras e a carga que recai sobre elas para dar conta destas construções culturais.

atribuições do Serviço Social. As dinâmicas funcionaram como momentos de descontração e um reforço mais lúdico à reflexão.

A avaliação da participação dos acompanhantes nas atividades é algo que merece destaque, uma vez que, a partir do que foi dito por eles, da troca de experiências, dos relatos da permanência no hospital, opiniões, dúvidas, sentimentos e sensações em relação ao internamento de suas crianças, produziu-se conhecimentos sobre o contexto familiar daquelas pessoas, bem como apreensões quanto as particularidades que envolviam a permanência de cada um deles, o contexto socioeconômico em que estes estavam inseridos, ouvir suas angústias, sentimentos, medos, esperanças, dificuldades e necessidades.

Quando indagados a respeito à estrutura física da enfermaria pediátrica e mais geral do hospital, como a questão da acessibilidade e localização dos serviços oferecidos, as respostas coincidiram em muitos aspectos, principalmente no que diz respeito às acomodações para dormir. Foi relatado por todos os acompanhantes o desconforto em ter que dormir em cadeiras, algumas, inclusive, de plástico ou quebradas. Quartos quentes, sem ventilação adequada.

No âmbito das relações interpessoais entre os usuários e com a equipe multidisciplinar nenhum dos acompanhantes falou sobre qualquer mal-estar ou momentos de tensão. Elogios foram tecidos à equipe em geral e especificamente ao serviço social. Porém, não é possível afirmar se tal devolutiva tenha sido influenciada por receio de fazer críticas ao trabalho dos profissionais, haja vista, a presença da assistente social supervisora de campo enquanto representante da equipe profissional do Complexo HUPES.

Sobre as condições de permanência no hospital foi unânime o posicionamento das mulheres/mães em afirmar que era dificultoso para elas estarem ali por um período prolongado, por conta dos outros filhos, do trabalho, das incertezas que surgiam de sua estadia na enfermaria. Questões referentes à troca de acompanhante ou suporte emocional por parte de outros familiares também foram citados. O momento em que surgiam tais assuntos, nos três encontros da intervenção, provocou comoção e choro por parte de algumas acompanhantes.

Ao final das intervenções e, conseqüentemente, do processo do estágio a avaliação empreendida entre supervisão e estagiária foi de que, embora tenha participado um número reduzido de acompanhantes nas três rodas de conversa propostas, as dinâmicas não foram prejudicadas, todas as atividades previstas foram executadas a contento e obtiveram a resposta esperada por parte dos acompanhantes, no sentido da participação dos mesmos e realização das atividades.

A estratégia de incluir sempre elementos de descontração proporcionou apreender elementos objetivos e subjetivos da fala daquelas pessoas bastante relevantes para a compreensão das suas condições de vida e trabalho, suas visões de mundo, os aspectos culturais e simbólicos de sua vivência, assim como derrubou um pouco as barreiras que se criam entre equipe de saúde e os usuários do serviço, de forma que, garantiu a todos participantes se envolver tanto nas dinâmicas quanto nos momentos de refletir e opinar sobre alguns assuntos pertinentes à área da saúde e aos direitos dos usuários das políticas sociais, principalmente a de saúde.

Do ponto de vista da dimensão socioeducativa da intervenção, poder discutir e esclarecer junto aos acompanhantes questões referentes aos seus direitos e deveres no ambiente hospitalar e no âmbito mais geral das relações sociais, apresenta grande possibilidade de reforço à sua consciência de cidadãos, de sujeitos de direitos, que devem ter autonomia na busca de resolução às problemáticas que influem na sua vida. Obviamente tais efeitos não são mensuráveis de imediato, mas o impulso político que representa é valioso não só para os próprios usuários, mas, também para os objetivos ético-políticos da formação em serviço social.

Deparar-se com condições e histórias de vida, contextos sociais diversos, diferentes perspectivas e possibilidades acerca dos processos sociais que envolvem os usuários e as expressões da questão social, possibilitou para uma estudante de serviço social em processo de formação ter contato com momentos bastante ricos e proveitosos com a realidade sócio-ocupacional que é causa e consequência para o trabalho do assistente social. O que reforça a defesa da intervenção no processo de ensino-aprendizagem como o elemento-chave para se entender a relevância do estágio na formação profissional em serviço social.

Em relação ao processo de supervisão acadêmica e de campo na composição do processo de estágio faz-se necessário defender sua importância para o estudante, tendo em vista que, o campo de estágio e o acompanhamento de seu processo por meio da supervisão acadêmica e de campo têm potencialidade de oportunizar ricas experiências e desafios mútuos, uma vez que, estabelece-se uma relação dialética entre os atores atuantes, na qual, conhecimentos diversos são compartilhados e a criação de outros é exigida.

A supervisão é o suporte ao aprendizado de competências e atribuições próprias da atividade profissional e à contextualização curricular. De forma a estabelecer conexões entre teoria e o desenvolvimento de habilidades e competências do exercício profissional, do projeto ético-político da profissão, dos valores legitimados no bojo da categoria profissional e

que tem consonância com projetos societários emancipatórios e com a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

De acordo com Lewgoy (2013), existe uma indissociabilidade entre formação e trabalho profissional, assim como entre estágio, supervisão acadêmica e supervisão profissional, o tripé que consubstancia o processo didático-pedagógico que caracteriza o estágio. A supervisão configura-se, portanto como o subsídio para o estudante cultivar uma postura investigativa e crítica perante a realidade social e sua própria formação profissional. Deve representar estímulo ao comprometimento com seu processo de aprendizagem, o senso crítico e a postura ética que são as bases para o trabalho profissional dos assistentes sociais em qualquer espaço sócio-ocupacional em que se insira.

Partindo desse entendimento, o que se conclui acerca do processo de estágio supervisionado no geral é que este tem grande importância para a formação profissional e pessoal do estudante, haja vista, a oportunidade de articular formação e trabalho, ação e reflexão, desenvolver algumas competências e vivenciar um ambiente de trabalho e todas suas contradições, desafios e possibilidades que é possível no seu decurso. Servindo como uma aproximação da realidade profissional do serviço social e de concepção do trabalho em suas dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica, bem como sua instrumentalidade, os limites e possibilidades da profissão e a materialização do projeto ético-político profissional.

Sendo fundamental tanto para a formação profissional, quanto para a formação ética, política e humana do estudante-estagiário, provocando-lhe dúvidas, descobertas, questionamentos, ou ainda firmando sua escolha em uma formação profissional que lhe coloca diante de contradições, mas também de possibilidades de rupturas, de transformações.

Nesse sentido, propor uma intervenção na instituição em que estagiou possibilita ao estudante reafirmar os conhecimentos adquiridos, aproximar-se da realidade institucional e estrutural que a profissão e os usuários estão inseridos, auxiliar na criação de ações que promovam uma atenção à saúde de qualidade, propor mudanças e reforçar os compromissos éticos, políticos e societários firmados pelo serviço social.

A intervenção do estudante demonstra ser de grande valia também para a supervisão de campo e tal concepção pôde ser evidenciada em sua concretização no estágio supervisionado no Complexo HUPES, uma vez que, do lugar de assistente social da instituição, encontrar momentos para realizar rodas de conversa e aproximação grupal com os usuários, os quais atende cotidianamente e, por conta da dinâmica institucional, nem sempre pode ter maior interação com os mesmos, representou uma mediação entre hospital e usuários, podendo da

experiência dos encontros propiciados pelo produto da intervenção do estágio, serem colhidos elementos que podem vir a potencializar sua atuação profissional junto aos acompanhantes não só da pediatria, mas do Complexo HUPES como um todo.

Além disso, faz-se necessário salientar que, apreender as formas como a família vivencia as situações que envolvem a permanência do acompanhante no contexto hospitalar diz respeito a uma das demandas postas à prática de saúde e entender ou não suas implicações repercute diretamente na forma do assistente social agir perante algumas problemáticas surgidas cotidianamente no atendimento a essas famílias. Pois:

[...] O desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico-crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia a cada momento do seu desempenho profissional diário. (IAMAMOTO, 2002). (CFESS, 2010, p. 68)

Apropriar-se das condições de vida e permanência no hospital dos usuários significa também estar em consonância com o que está previsto no código de ética profissional em seu artigo 5º, alínea 'a' e 'g', ser dever do assistente social contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais e; contribuir para criação de mecanismo que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados, respectivamente. O que demonstra, portanto, que uma iniciativa como a de propor rodas de conversa com os usuários contribui para a formação ética do estudante e apresenta-se como possibilidade de ação profissional estratégica na instituição.

Uma vez que, de acordo com Martinelli (2011), a dimensão ética perpassa até os pequenos atos profissionais cotidianos do assistente social, por isso, carregaria um teor humanizado ao seu trabalho profissional, buscar reunir informações acerca da realidade social e familiar dos indivíduos em situação de internamento em uma unidade hospitalar acarreta, portanto, um cuidado ético para o paciente (neste caso, a criança) e seu acompanhante, traduzindo-se em uma intervenção profissional competente, crítica, livre de preconceitos, que leva em conta a totalidade dos determinantes sociais que incidem sobre as condições de saúde do paciente e nas possibilidades de a família assumir as responsabilidades com o tratamento da criança.

Ademais, o desejo que fica é de que tal experiência de intervenção possa ter sido frutífera não só para o estudante e o profissional de serviço social enquanto partes do processo de ensino-aprendizagem do estágio, mas também para os acompanhantes.

Que tudo o que se pôde conversar, escutar, pensar, refletir, visualizar, contribuísse para que a enfermagem pediátrica do Complexo-HUPES prezasse cada vez mais por oferecer mais momentos como este, em que se demonstra a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de hospitalização de uma criança ou adolescente e de suas formas de ser e estar no mundo, considerando a humanização de sua permanência no espaço hospitalar. E, que estes acompanhantes sentissem, de fato, o acolhimento e isto suscitasse que tivessem mais aproximação e autonomia para reivindicar que seus direitos e necessidades sejam atendidos pela instituição, bem como pelo Estado e as políticas sociais. Como deve ser em todo e qualquer contexto profissional em que se faça presente a figura de um assistente social.

5. CONCLUSÃO

Como explicitado anteriormente neste trabalho, embora atuando numa enfermaria pediátrica onde, pressupõe-se, que a atenção do serviço social se direcione às demandas da criança internada, o assistente social em seu cotidiano profissional atende, interage e intervém muito mais com a família da criança, representada no âmbito hospitalar pela figura do acompanhante permanente (geralmente a mãe e avós da criança), o que requer um conhecimento por parte do profissional das circunstâncias familiares que auxiliarão ou dificultarão a continuidade da internação e tratamento do paciente pediátrico.

Constatar que o trabalho do serviço social na pediatria se dava mais no atendimento aos familiares/acompanhantes do que, propriamente, às crianças internadas suscitou a necessidade de buscar entender quem eram aquelas pessoas e famílias, quais suas condições de vida e os determinantes sociais que incidiam sobre sua chegada e permanência no ambiente hospitalar, bem como, quais as formas de organização dessas famílias para dar conta do acompanhamento da criança no hospital, e de que maneira o Complexo HUPES atendia às suas necessidades.

Todas essas inquietações e questionamentos surgiram no advento da experiência do estágio supervisionado, o que demonstra ser este um momento importante para a formação do estudante em serviço social, não só do ponto de vista de seu amadurecimento teórico-metodológico, mas também técnico-operativo e, sobretudo, ético-político, uma vez que buscar responder a essas questões representava um olhar crítico, propositivo e interventivo sobre a realidade institucional e social, além de reforço ao projeto ético-político da profissão, por meio da construção de conhecimentos que pudessem potencializar o trabalho dos assistentes sociais e qualificar os serviços prestados, na medida em que fossem consideradas primordialmente as necessidades dos usuários.

A provocação de questionamentos e vontade de empreender ações com vistas a responder demandas observadas no cotidiano do campo de estágio, mas que estão interligadas à ordem social estabelecida, aparece como uma possibilidade de exercício a um agir investigativo tanto para o estudante/estagiário, já que é condição para a conclusão desta etapa de sua formação acadêmica e profissional, quanto para a supervisão de campo, na medida em que, esta se vê imbuída da responsabilidade em ter sua atuação como espelho para a apreensão do fazer profissional por parte do estagiário.

A função de trazer determinadas respostas às dúvidas e proposições surgidas no processo de estágio, funciona para a supervisão de campo como um agente impulsionador, inclusive à sua capacitação e formação continuada. Reforçando o espírito criador, propositivo, crítico e comprometido ético-politicamente que possa construir conjuntamente estratégias para enfrentar as contradições que muitas vezes permeiam a intervenção profissional cotidiana e coloca supervisores e estagiários diante de desafios diversos.

Dessa forma, pensar o estágio por meio de suas relações e processos implica entendê-lo enquanto aproximação privilegiada com as circunstâncias do mundo do trabalho e com as especificidades do trabalho profissional dos assistentes sociais. Logo, se o estágio proporciona conhecer a realidade ocupacional consequentemente aproxima o estudante da realidade social que abrange o âmbito de intervenção dos assistentes sociais, os usuários, suas famílias, histórias de vida e formas de ser e estar na sociedade.

E, já que os usuários são causa-circunstância da atuação do serviço social, torna-se imprescindível conhecê-los para além dos limites institucionais e da aparência imediata de suas demandas emergenciais, pois a forma como o serviço social concebe as circunstâncias de vida da população com a qual intervém tem relação direta com a maneira pela qual o assistente social irá atuar perante a mesma, de forma que suas abordagens, concepções e posturas repercutirão em uma intervenção profissional em perspectivas mais conservadoras ou mais críticas, éticas e humanizadas.

De acordo com os Parâmetros para Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS, 2010) para que o assistente social possa dispor de um discurso e uma postura ético-política com a população, a análise das condições concretas de vida dos usuários deve ser condição imprescindível para sua intervenção, a fim de fugir de uma atuação que reedite ações institucionais alheias aos interesses e reais necessidades dos usuários.

O membro familiar (que a vivência no estágio identificou ser geralmente a mãe e/ou a avó) instalado na unidade de saúde para acompanhar a criança é, justamente, a representação do contexto e dos determinantes sociais de sua saúde, de modo que um acolhimento mais humanizado que busque resgatar, as dinâmicas familiares, as experiências, sentimentos, vivências, condições econômicas e de trabalho que são influenciadas pela sua permanência no ambiente hospitalar, deve pôr em evidência tais aspectos, para auxiliar a intervenção do serviço social.

Além disso, a forma como a família disporá de meios e estratégias para lidar com a situação de um dos seus componentes hospitalizado, (nesse caso a criança e toda a carga emocional, financeira e de responsabilidades que envolvem seu cuidado) e a ausência de outro

que lhe acompanha, do contexto afetivo, financeiro e relacional da família é que determinará sua permanência no hospital para dar continuidade ao tratamento infantil.

O trabalho com famílias no âmbito da política pública de saúde no Brasil coloca os assistentes sociais diante de situações que exigem complexas resoluções, uma vez que, estas costumam estar inseridas em contexto cujas condições materiais lhes expõe a diversos riscos e vulnerabilidades sociais, como é a realidade das assistentes sociais atuantes no Complexo HUPES e no âmbito mais geral do SUS. De modo que, as expressões da questão social que incidem sobre essas famílias precisam ser concebidas como parte de um processo contínuo de transformações influenciadas por fenômenos econômicos, culturais, políticos e sociais que as perpassam e repercutem em suas relações, práticas cotidianas, valores, condições de vida e saúde.

Isso significa dizer que, para empreender uma atuação qualificada e eficaz perante essas famílias é preciso compreendê-las como aquelas cuja ordem social dominante reserva um lugar de subalternidade no contexto das relações sociais capitalistas. Que são afetadas mais profundamente pelas refrações da questão social, apresentando uma realidade de empobrecimento que as impede de acessar satisfatoriamente a riqueza socialmente produzida, mas que, no entanto, são culpabilizadas pelas problemáticas que envolvem suas condições de vida e saúde ou então “chamadas” a responsabilizar-se pela provisão do seu cuidado sem, muitas vezes, ser levado as conta as suas reais condições em arcar com essas responsabilidades.

Assim, se no âmbito do SUS, o atendimento aos usuários e suas famílias foi se consolidando enquanto destinação para os segmentos mais empobrecidos da população, que não têm acesso aos subsistemas privados objetivamente, a maneira como a família pobre se insere nos serviços públicos de saúde vai depender da articulação entre seu modo de vida e o acesso que esta tem ou não a um conjunto de condições básicas para sua sobrevivência, além das condições econômicas, políticas e culturais que caracterizam os determinantes sociais de sua saúde.

Já que o projeto da Reforma Sanitária brasileira contribuiu para a ampliação do conceito de saúde, relacionando-o e estes determinantes sociais que interferem no binômio saúde-doença dos indivíduos fica, portanto, demonstrada a relevância da contextualização dos aspectos socioeconômicos, políticos e culturais em que vivem as famílias e que envolvem as situações de agravo à saúde das crianças, fazendo com que elas adentrem as unidades de atenção à saúde e posteriormente demandem a intervenção profissional do assistente social.

Nesse sentido, o acompanhante apresenta-se como ferramenta estratégica para se apreender tais determinantes, seja por meio da escuta qualificada, de atividades grupais, por meio da pesquisa, do agir investigativo ou mesmo da criação de espaços de participação da população usuária na construção da atenção em saúde. Por isso, parece oportuno utilizar-se da ocasião de sua permanência no hospital para buscar resgatar os dados do contexto familiar e social da criança internada, que determinam, muitas vezes, sua chegada ao serviço de saúde e a continuidade de seu tratamento.

Mas, tais dados precisam ser captados para além dos questionários que são preenchidos e acrescentados juntamente com os diagnósticos biomédicos ao prontuário do paciente, já que, ambos não possibilitam abarcar as nuances e a totalidade dos contextos em que se expressam as características mais aparentes das vidas dessas pessoas.

Para tanto, exige-se instrumentalidade e metodologia mais adequadas, como é o caso das intervenções grupais por meio de rodas de conversa e seu caráter democrático, participativo e humanizado, onde elementos fundamentais à intervenção do serviço social como a fala e a escuta encontram terreno fértil para expressar pontos e especificidades das vidas das pessoas que um questionário socioeconômico, por exemplo, não poderia chegar, dados os limites de seu roteiro pré-elaborado.

Foi, justamente, a partir desse entendimento que se propôs como parte do processo de estágio na enfermaria pediátrica do Complexo HUPES uma intervenção por meio de rodas de conversa que viessem a proporcionar um espaço de acolhimento para os acompanhantes das crianças internadas na enfermaria pediátrica do Complexo HUPES, onde fosse possível apreender as demandas oriundas de sua permanência em tempo integral no ambiente hospitalar. Além de propiciar momentos favoráveis à aprendizagem, à escuta, orientações, reflexões e o estreitamento das relações entre os acompanhantes e equipe de saúde.

Nessa perspectiva, tomar conhecimento acerca de como o familiar vivencia o acompanhamento da internação da criança representava compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, olhar crítico e ampliado para a realidade sócio- institucional e competência profissional, a partir do momento em que se empreenderia um processo de construção de conhecimentos novos sobre o acompanhante e seu contexto social e familiar que, entre outras coisas, proporcionaria uma maior aproximação com seus interesses.

E, na medida em que, compromisso com a qualidade dos serviços, com a leitura crítica da realidade e a competência profissional são alguns dos princípios e valores legitimados no Código de Ética, nas Diretrizes Curriculares, Lei de Regulamentação da Profissão, isso

contribui para validar a posição de centralidade que o estágio tem na qualidade da formação profissional do estagiário de serviço social.

Observa-se também que a intervenção do estagiário enquanto materialização dos pressupostos do estágio supervisionado reforça aquele que é um dos princípios fundamentais de sua realização: a relação entre formação e exercício profissional. Esta articulação que é possível graças ao movimento dialético de ensino-aprendizagem experimentado pela tríade que constitui o estágio (supervisão de campo, acadêmica e estagiário) e consubstancia a percepção e análise das demandas oriundas do cotidiano profissional do serviço social, assim como as dificuldades e possibilidades de respostas por meio do acúmulo teórico obtido em sala de aula, favorecendo a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências profissionais.

Porém, o favorecimento à qualidade da formação profissional por meio da relação entre formação e exercício profissional no advento do estágio supervisionado não cumprirá satisfatoriamente seus pressupostos se este for reduzido a uma aproximação do estagiário à tecnificação da ação profissional, expressa na mera preparação de tarefas, no agir rotineiro, burocrático e mecanizado. (LEWGOY, 2013) Tampouco se cumprirá se o estagiário for colocado numa posição de força de trabalho barata, que se insira no campo de estágio para agregar ao corpo técnico e exercer tarefas referentes às ações institucionais e do mercado, do que a práxis de reflexão e intervenção na realidade, o que compromete a ampliação dos horizontes da formação profissional no que tange ao aprimoramento das competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e principalmente ético-políticas do serviço social. (ABEPSS, 2010)

O cumprimento da qualidade da formação profissional por meio da contribuição do estágio supervisionado se dará, sobretudo, pelo entendimento de que, enquanto etapa indispensável e integradora do processo formativo dos assistentes sociais pressupõe o reforço ao projeto ético-político da profissão frente a posturas conservadoras e limites impostos por um sistema social gerador de desigualdades, que precariza as condições de vida e trabalho de grande parte da população e, conseqüentemente impõe desafios cotidianamente para o serviço social.

O projeto ético-político do Serviço Social, além de apresentar-se como um ideal de profissão, está também intimamente ligado a um projeto societário de transformação social e orientado por uma ética emancipatória pautada em valores como justiça social, equidade, cidadania, liberdade, autonomia e democracia. Sendo os valores pelos quais o serviço social visa integrar a conduta profissional aos interesses coletivos, e mais ainda à construção de uma

nova sociabilidade onde as formas de exploração, exclusão e violação dos direitos e liberdades humanas sejam superadas.

E, para tanto, os profissionais devem se valer dos componentes criados pela própria categoria para dar materialização ao projeto ético-político, que são justamente: a dimensão político-organizativa (CRESS/CFESS/ABEPSS), a dimensão jurídico-política da profissão (Código de Ética, Lei de Regulamentação da profissão, etc.) e a dimensão formativa por meio da elaboração e implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social e o estágio supervisionado.

Já que, tais aparatos compõem o corpo material do projeto ético-político, permitindo afirmar que são eles que podem viabilizar o projeto profissional na realidade do trabalho cotidiano, supondo-o para além das ações profissionais isoladas, assim como, apontam os meios pelos quais os profissionais poderão dar conta das dificuldades que a todo o momento surgem no seu cotidiano profissional, e que podem, muitas vezes, comprometer a qualidade e os compromissos firmados pela categoria com os interesses dos usuários.

Nesse sentido, pensar o estágio como estratégico para o fortalecimento do projeto ético-político da profissão implica, conseqüentemente, na defesa de uma formação profissional de qualidade, que esteja comprometida com os valores legitimados pela categoria e que estão intimamente ligados aos interesses dos usuários.

Em suma, para ser possível constatar a conformidade do estágio para a formação de qualidade espera-se que, ao final das etapas constituintes do estágio, o estudante tenha solidificado um perfil profissional crítico, propositivo, interventivo, que faça uma leitura com perspectiva totalizante sobre a realidade ocupacional e social na qual se desenvolve o trabalho profissional do serviço social e se expressam as condições materiais de vida dos usuários com os quais intervém cotidianamente, com domínio das dimensões fundamentais de sua formação profissional (teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa), bem como, dos valores e princípios que norteiam o projeto ético-político da profissão.

Além disso, uma das contribuições essenciais para o perfil profissional de qualidade que o estágio tem possibilidade de proporcionar é que, embora cada espaço ocupacional e as relações sociais em seu bojo tenham suas especificidades e exigências, o assistente social esteja preparado para lidar com algumas situações que possam lhe pôr à prova no trabalho cotidiano, tanto do ponto de vista ético quanto das competências e atribuições profissionais.

Que as habilidades adquiridas ao longo de sua formação por meio do aparato teórico-metodológico e experimentadas no momento do estágio, possam preparar-lhes, posteriormente para entender e realizar um trabalho que, por suas próprias características

endógenas é permeado por inúmeros desafios e contradições. Sendo um deles o de se apropriar do conhecimento do todo que permeia a vida dos usuários e famílias com os quais intervém no ambiente sócio-cupacional.

Pelo exposto até aqui, o balanço que faço sobre a realização do estágio supervisionado é de que foi uma experiência bastante enriquecedora para mim, pois, enquanto estudante poder vivenciar um ambiente de trabalho em que posso, posteriormente, também me inserir, serviu como uma aproximação dessa realidade, concebendo e refletindo o trabalho profissional nas suas dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica, bem como a instrumentalidade, os limites e possibilidades da profissão e a postura que precisava ser exercitada desde o momento da graduação, no sentido de apropriação das diretrizes éticas e políticas expressas no Código de Ética, no projeto ético-político e na Lei de Regulamentação da Profissão. Tendo condições de aplicá-los no exercício profissional cotidiano e com isso garantir e legitimar a qualidade do trabalho do assistente social e os compromissos firmados pela categoria com o projeto profissional e o societário hegemônicos no serviço social brasileiro.

No âmbito mais específico do estágio em espaços ocupacionais de atenção à saúde, como é o caso do Complexo HUPES, a experiência do estágio supervisionado tem potencialidade a pensar o trabalho profissional do serviço social na área, no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde, aos direitos e deveres dos usuários e as estratégias ético-políticas e técnico-operativas para o enfrentamento das problemáticas surgidas neste âmbito, bem como ações de estímulo à cidadania e autonomia dos usuários, o acolhimento do paciente, familiares/acompanhantes e a humanização de sua permanência no hospital. De forma que ganham os sujeitos envolvidos diretamente na processualidade do estágio (supervisão e estagiário), no sentido de aprimoramento e competência profissional e ganham os usuários do serviço que se beneficiam com o atendimento de qualidade dispensado aos mesmos.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, M. P. **O Bolsa Família e a pobreza no Brasil: ‘detalhes’ que fazem a diferença.** Tese de Doutorado. 2013. PPG em Ciências Sociais – UNICAMP, Campinas, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ABEPSS. **Política Nacional de Estágio (PNE).** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf> Acesso em: 15 Set. 2018.

BARCELOS, M. S. **A Incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade.** Dissertação (mestrado). 2013. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2011.

BEHRING, E. R. ABEPSS 2009-2010: estágio, pesquisa e consolidação institucional. **Revista Temporalis:** Brasília, ano 11, n.22, p.81-98, jul./dez. 2011.

_____.; BOSCHETTI, I. **Política social. Fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

_____. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004); Norma Operacional Básica (NOB/SUAS).** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, Novembro de 2005.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95).** Disponível em: https://www.ufrgs.br/bioetica/_https://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm.htm> Acesso em: 3 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

_____. _____. **Portaria GM/MS n.º 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. _____. **Política Nacional de Humanização**. Visita aberta e direito à acompanhante. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_visita_aberta_2ed_2008.pdf> acesso em: 20 de março de 2017.

_____. _____. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**. A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf> Acesso em: 20 de março de 2017.

CAMPOS, M. S. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, Regina Célia Tamasso et al (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

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

CAMPOS, M. S.; TEIXEIRA, S. M. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Revista Katálysis**. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 20-28 jan./jun. 2010.

CASTRO, M. M. C; FERREIRA, A. M. Estágio supervisionado em serviço social: reflexões a partir da realidade da universidade federal de juiz de fora **Revista Temporalis**: Brasília, ano 17,n. 34, jul./dez. 2017.

CAYRES, E. C. D. **Família Brasileira no contexto histórico e cultural. Conselheiros de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselheiros Tutelares e Instituições Conveniadas**. Prefeitura de Macaé. CMDDCA: 2008.

CARVALHO, T. A. O. P.; LOPES, R. G. C. A família brasileira numa perspectiva histórica, baseado nos estudos de Engels. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n.48, Ano VI. Mar./Abr./Mai. 2016. Disponível em: <<https://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/588/644>> Acesso em: 24 outubro 2017.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**. vol.17, n.2, São Paulo, Abr./Jun. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde/ Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, R. M. F. et. al. **Acompanhante no processo do cuidar: aspectos psicológicos da família e de educação em saúde**. III Congresso Internacional de Educação Científica e Tecnológica. Santo Ângelo, 2015. Disponível em: <http://www.santoangelo.uri.br/anais/ciecitec/2015/resumos/poster/1024.pdf> Acesso em: 20 de março de 2017.

CORRÊA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.37, p.5-16, 1981. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1590/1580>> Acesso em: 30 outubro 2017.

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: PRIORE, M. D. (Org.); BASSANEZI, C. (Coord. de textos). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 8ª ed., 2006.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do “welfareEstate”**. Lua Nova, n. 24, p. 85-116, 1991.

FAGNANI, E. Direitos sociais no fio da navalha. In F. T. Vaz, J. S. Musse, & R. F. dos Santos (Eds.), **20 anos da Constituição Cidadã: Avaliação e desafios da seguridade social**. Brasília: ANFIP, p.23-44, 2008.

GOMES, M. A, PEREIRA, M. L. D. Família em situações de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência Saúde Coletiva**. Fortaleza, v.10, n.2, p.357-364, 2005.

GOMES, G. V.; ARAÚJO, L. B. C. Trabalho profissional dos assistentes sociais na saúde na contrarreforma estatal. **Revista Temporalis**. Brasília, ano 15, n. 30, jul./dez. 2015.

GRISOTTI, M.; GELLINSKI, C. R. O. G. Visões parciais da pobreza e políticas sociais recentes no Brasil. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 13 n. 2, p. 210-219 jul./dez. 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 10 ed. 2008.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3.ed. São Paulo: Cortez,1998.

LEWGOY, A. M. B. O estágio supervisionado em serviço social: desafios e estratégias para a articulação entre formação e exercício profissional. **Revista Temporalis**: Brasília, ano 13, n.25, p.63-90, jan./jun. 2013.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**. n.107, São Paulo, Jul./Set. 2011.

MESQUITA, A. P. **A família como centralidade nas políticas públicas: a constituição da agenda política da assistência social no Brasil e as rotas de reprodução das desigualdades de gênero**. In: I Circuito de Debates Acadêmicos - IPEA - CODE 2011, Brasília., 2011.

MIOTO, R. C. T; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T; CAMPOS, M. S; CARLOTO, C. M. (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, p.147-178, 2015.

MIOTO, C.R.T. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Serviço Social & Sociedade**. n.55, ano XVIII, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2006.

_____. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Universidade de Brasília (UNB) Curso de autoaprendizado. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2008.

MORAES, R. P. **Família: uma construção histórica**. PPGSS/PUCRS. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/34.pdf>> Acesso em: 24 outubro 2017.

NASCIMENTO, M. L.; CUNHA, F. L.; VICENTE, L. M. D. A Desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. **Revista Psicologia Política**. São Paulo, v.7, n.14, dez. 2007.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Serviço Social & sociedade** – Revista quadrimestral do Serviço Social. Ano XVII, nº50, São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, N. H. D. Família contemporânea. In: **Recomeçar: família, filhos e desafios [online]**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365-03.pdf>> Acesso em: 1 dez. 2017.

PAIM, J. S. Saúde: Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para todos”. In: **Saúde: Política e Reforma Sanitária**. Salvador, 2002.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de doutorado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PEREIRA, P A. P. ; STEIN, R. H. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise: política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

RAMOS, A.; SANTOS, F. H. C. Articulação entre supervisão de campo e acadêmica em serviço social. **Revista Temporalis**: Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun. 2016.

SANTOS, R. ; WIESE, M. L. . A Centralidade da Família nas Políticas Sociais da Assistência Social e Saúde: a relevância do debate para o Serviço Social. In: **Seminário Internacional O Trabalho Social França Brasil**, 2009, São Paulo SP. Anais Seminário Internacional o Trabalho Social França Brasil, 2009.

SAMARA, E. M. O que mudou na família brasileira? (da colônia à atualidade). **Revista Psicologia USP**. Vol 13, n.2, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 25 outubro 2017.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. vol.18 supl.2: Botucatu, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299> Acesso em: 26 de setembro de 2017.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo**. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas. Departamento de Antropologia. Universidade São Paulo, São Paulo, 1994. Disponível em:<www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public-files/arquivo/107_sarti_cynthia_termo.pdf> Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, T. C. **As “morais da história” em debate: um balanço historiográfico da história da família no Brasil colonial**. In: MATA; MOLLO; VARELA (Org.). Anais do 3º. Seminário Nacional de História da Historiografia: aprender com a história? Ouro Preto: Edufop, 2009.

SILVA, M. O. da S. e. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v.13, n.2, p.155-163, jul/dez, 2010.

SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálysis**, v. 17, n.2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

SIMÃO, A. B. et. al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serviço Social & Sociedade**. n.102, São Paulo, Abr./Jun. 2010.

SOARES, R. P. **A concepção de família da Política de Assistência Social – desafios à atenção às famílias homoparentais**. Universidade de Brasília (UNB), Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11113/1/2012_RicardoPereiraSoares.pdf> Acesso em: 10 Nov. 2017.

SOUSA, C. T. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**: Ponta Grossa, 2008.

SOUZA, A. B. L.; BELEZA, M. C. M.; ANDRADE, R. F. C. de. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, n. 5, p. 105 - 119, dez. 2012.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**. n.103, São Paulo, Jul/Set. 2010.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho**. Guarulhos, 2007. Disponível em: <tede.ung.br/bitstream/123456789/211/1/Lidiane+Ferreira+Schultz.pdf> Acesso em: 3 de Jan. de 2017.

SCHNEIDER, C.M.; MEDEIROS, L. G. Criança hospitalizada e o impacto emocionalgerado nos pais. **Unoesc & ciência – ACHS**, Joaçaba, v.2, n.2, p.140-154, jul/dez. 2011. Disponível

em: <editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/viewFile/741/pdf_216> Acesso em: 3 Jan. 2017.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, nº 116, p. 652–674, oct. /dez. 2013.

TENÓRIO, G. R.; ZAGABRIA, D. B. Um estudo bibliográfico sobre o enfoque da família nas políticas públicas de atenção a criança e adolescentes. **Serviço Social em Revista**. Vol. 15, n.1, 2012. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/13696> Acesso em: 25 Out. 2017.

YAZBEK, M. C. Estado e Políticas Sociais. **Revista Praia Vermelha**. 18. ed. UFRJ. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Serviço Social e pobreza. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 153-154, jul./dez. 2010.