

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Faculdade de Serviço Social

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À DETERMINAÇÃO SOCIAL
DA SAÚDE DA CRIANÇA**

Regina Sá dos Reis

**Juiz de Fora
2008**

Regina Sá dos Reis

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À DETERMINAÇÃO SOCIAL
DA SAÚDE DA CRIANÇA**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, na Linha de Pesquisa “Políticas Sociais e Gestão Pública”, como requisito à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Dr^a Lêda Maria Leal de Oliveira.

Juiz de Fora
2008

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À DETERMINAÇÃO SOCIAL
DA SAÚDE DA CRIANÇA**

Regina Sá dos Reis

ORIENTADOR (A): Prof. Dra. Lêda Maria Leal de Oliveira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em ____/____/____

Eliane Portes Vargas

Auta Iselina Stephan de Souza

Lêda Maria Leal de Oliveira

Dedico este trabalho ao meu amado irmão Ricardo que,
certamente, muito se orgulharia em ver sua maninha
concluindo o Mestrado.
Sua presença é forte e constante no coração de todos
nós.

Agradecimentos

A conclusão do Mestrado é um momento muito especial e gratificante. Significa mais um passo na trajetória acadêmica e profissional, além de aprendizado e amadurecimento. É um momento único e, por isso, torna-se imprescindível agradecer a todos que colaboraram ou fizeram parte dele, de alguma forma.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me conduzir, fortalecer e amparar, permitindo que eu conseguisse alcançar este objetivo tão importante para mim.

Agradeço aos meus amados pais – Laurindo e Regina – que são meus “anjos”, meus amigos e incentivadores. Sempre fizeram tudo para que eu pudesse realizar meus sonhos! Agradeço por todo amor a mim dedicado e pelo exemplo de vida que são.

Ao meu irmão Eduardo, agradeço pelo seu amor, carinho e toda colaboração, vinda de diversas formas, durante todo este período.

Um agradecimento bem grande ao meu noivo, Gilson, por seu amor, generosidade, companheirismo e enorme incentivo! Em vários momentos, acreditou em mim mais do que eu mesma! Agradeço por toda ajuda e disponibilidade em todos os momentos.

Às minhas cunhadas – Gláucia e Amanda – agradeço pela amizade e carinho! E o que dizer, então, da Clarinha? Agradeço à nossa princesa, por encher nossa casa e nossas vidas de muito amor e alegria!

Um agradecimento muito importante é dirigido à minha orientadora, Professora Lêda Leal de Oliveira, pela orientação criteriosa, pelas discussões, por dividir seus conhecimentos comigo, pela serenidade que sempre me passou, pela compreensão, enfim: por ter aceito orientar este trabalho e compartilhar comigo esta caminhada. Tenho imenso respeito e admiração por você e pelo seu trabalho!

Agradeço à Professora Auta, que me acompanha desde a graduação, e que contribuiu imensamente para minha identificação com a área da saúde, bem como para minha formação. Não há como pensar neste momento sem a sua presença! Agradeço por todo conhecimento compartilhado e pelo exemplo de conduta ética, competente e apaixonada pelo que faz. A você, todo meu carinho e admiração.

À Eliane Vargas, agradeço pela grande disponibilidade em participar da banca, por dedicar-se à leitura deste trabalho e compartilhar seus conhecimentos, enriquecendo a discussão proposta.

Aos professores Rosângela Batistoni e Túlio Franco, que prontamente aceitaram o convite para serem membros suplentes da banca e que proporcionaram, durante o Mestrado, importantes e ricas discussões, certamente fundamentais na elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os professores do Programa de Mestrado, pela dedicação e competência! À Coordenadora do Programa, Aparecida Cassab, agradeço pela compreensão e colaboração que sempre mostrou, no sentido de possibilitar as condições necessárias para a realização do trabalho. Agradeço também à Beth, sempre atenciosa e comprometida em nos atender de maneira muito competente, na Secretaria do Mestrado.

Às amigas Dani Lobão, Heloisa, Anna Cláudia, companheiras de faculdade, estágio, Residência... Sempre companheiras! Obrigada por toda ajuda e amizade.

Meu muito obrigada também à amiga Estela. No início do Mestrado, não poderíamos imaginar que nos tornaríamos mais que simples colegas! Obrigada por todo carinho, pela amizade verdadeira, pelas inúmeras conversas, pelas ótimas risadas e por toda sua disponibilidade e colaboração!

A todos os amigos e familiares, pela importância que têm na minha vida e, de um modo especial, pela compreensão com as minhas ausências, principalmente, no período final de elaboração da dissertação.

Agradeço, também, aos amigos de Belo Horizonte: Dalva, Mauro e Felipe - que foram a minha segunda família -, Ana Luísa, Lu, Fafá, Dani, Virgínia, Daniel e Vivaldo. Vocês são, cada um à sua maneira, muito queridos e especiais e contribuíram para a conclusão desta etapa, principalmente, me oferecendo muito carinho e amizade! Obrigada por tornarem mais fácil e agradável a minha estada “longe de casa”.

Finalmente, agradeço de modo especial às famílias das crianças que passaram por internação no Hospital Universitário da UFJF e que, ao aceitarem ser entrevistadas, abriram muito mais do que suas casas. Compartilhando suas vivências, possibilitaram não só que este trabalho se materializasse, mas determinaram sua direção ao suscitarem reflexões, as quais espero que possam se reverter em subsídios para a qualificação cada vez maior do atendimento a estas e outras famílias.

RESUMO

A partir da compreensão da saúde enquanto produto das condições de vida, este trabalho discute como o assistente social, inserido no hospital público, pode trabalhar as demandas sociais das famílias de crianças internadas por doenças evitáveis. O estudo analisa as contribuições da intervenção profissional nas condições de vida destas famílias, especialmente, a partir da ação intersetorial, entendida como um dos pilares da integralidade, capaz de possibilitar um atendimento mais efetivo às necessidades dos usuários.

Palavras-chave: determinação social da saúde; saúde da criança; trabalho do assistente social; intersetorialidade.

ABSTRACT

Starting from the understanding of the health while product of the life conditions, this work discusses as the social worker, inserted at the public hospital, he can work the social demands of the children's families interned by avoidable diseases. The study examines the contributions of professional intervention in the life conditions of families, especially from the intersectoral action, seen as a pillar of integrality, capable of providing a attendance more effective to the needs of users.

Keywords: social determination of the health; the child's health; social worker; intersectoriality

Lista de Siglas

- ABESS: Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
- ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
- AMAC: Associação Municipal de Apoio Comunitário
- ANAS: Associação Nacional dos Assistentes Sociais
- APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- BPC: Benefício de Prestação Continuada
- CAP's: Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CBCISS: Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
- CCSS: Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
- CEAS: Centro de Estudos e Ação Social
- CFAS: Conselho Federal de Assistentes Sociais
- CEFESS: Conselho Federal de Serviço Social
- CNDSS: Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde
- CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
- ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
- FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
- IAP's: Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social
- NOB: Norma Operacional Básica
- OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PBF: Programa Bolsa Família

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – AS DESIGUALDADES SOCIAIS E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	15
1.1 – A questão social como produto do conflito entre capital e trabalho.....	15
1.1.1 – O debate teórico acerca da questão social na contemporaneidade	23
1.1.2 – A pobreza como expressão da questão social	28
1.2 – A determinação social da saúde	38
1.2.1 – A determinação social da saúde da criança	46
CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: BUSCA PELA INTERSETORIALIDADE COMO FORMA DE INTERVENÇÃO NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA CRIANÇA	51
2.1 – Breves notas sobre Serviço Social e Política de Saúde: encontros e desencontros	51
2.2 – O trabalho do assistente social na saúde.....	59
2.3 – Integralidade e intersetorialidade: dimensões da prática do assistente social frente à determinação social da saúde da criança	67
CAPÍTULO III – O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA CRIANÇA	76
3.1 – Percurso metodológico	76
3.2 – Contexto social das famílias entrevistadas: breve apresentação de suas condições de vida.....	83
3.3 – Análises e reflexões suscitadas pela aproximação à realidade social das famílias de crianças internadas no Hospital Universitário da UFJF, por doenças evitáveis	91
3.3.1 – Questões preliminares	91
3.3.2 – O trabalho do assistente social: análises e reflexões	103
CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

O estudo das relações entre situação sócio-econômica e saúde não é recente. Desde as primeiras décadas do século XIX, trabalhos clássicos, como os de Engels, Snow e Virchow relacionavam as condições de vida e a situação de saúde, ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre as camadas mais pobres da população (BARATA, 2007).

Castellanos (1997) destaca que cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por idade, sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou pela sua inserção econômico-social.

Considera que o perfil de condições de vida expressa quatro dimensões da reprodução social - biológica, ecológica, econômica e da consciência e comportamento - e que cada grupo da população terá um perfil de necessidades (riscos) vinculado a cada uma dessas dimensões reprodutivas.

Na medida em que parte significativa do processo saúde/doença pode ser compreendida como resultante das posições ocupadas pelos indivíduos no espaço social, bem como das relações daí decorrentes, admite-se que estes, ao se fixarem em determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção.

A determinação social da saúde, portanto, pode ser compreendida como o processo através do qual os diversos aspectos sociais da vida do indivíduo (trabalho, renda, relações familiares, condições de moradia, educação, lazer e cultura, acesso a serviços, dentre outros) influenciam e produzem seu estado de saúde.

O assistente social, enquanto profissional inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, tem na questão social sua base de intervenção e a área da saúde constitui-se num dos campos privilegiados para sua ação, uma vez que nela se encontram diversas manifestações da questão social. Para o assistente social inserido nesta área, mostra-se fundamental a compreensão acerca do processo de determinação social da saúde, a fim de que sua intervenção não se restrinja a respostas imediatas e limitadas. Tal compreensão apóia-se numa concepção diferenciada e ampliada da saúde, não restrita apenas ao aspecto biológico que, embora tenha irrefutável importância, mostra-se insuficiente para abarcar sua totalidade. Para se falar em determinação social da saúde, portanto, é necessário concebê-la como produto das condições de vida, que depende e resulta de um conjunto de fatores que se combinam.

A compreensão de que a centralidade do trabalho do assistente social na saúde encontra-se nos seus aspectos sociais, aliada à minha experiência enquanto assistente social residente do Programa de Residência em Serviço Social¹ do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF)², nos anos de 2003 e 2004, geraram o interesse pelo objeto deste estudo. Ao atuar na Enfermaria Pediátrica, pude perceber que grande parte – senão a maioria – das doenças que levavam crianças à internação, poderiam ter sido evitadas, caso as condições de vida das mesmas fossem melhores. Muitas destas doenças eram tratadas e, após um tempo, a criança retornava ao hospital, para nova internação, visto que o ambiente onde vive e suas condições precárias de vida não se alteravam.

A observação cotidiana desta realidade levou-me a estudar, na monografia do Curso de Pós-Graduação em “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva”³, a determinação social da saúde da criança. Este estudo foi muito importante para que eu pudesse me aprofundar nesta questão e me suscitou o interesse em avançar na discussão, buscando agora direcionar minhas reflexões para o trabalho do assistente social diante da determinação social do processo saúde/doença da criança.

Neste estudo, tomo como referência o Hospital Universitário da UFJF. Analiso o trabalho profissional nas situações de internação infantil na Enfermaria Pediátrica, devido a doenças consideradas evitáveis⁴, com o objetivo de compreender se as ações desenvolvidas pelo assistente social (orientações, informações, encaminhamentos) geram melhoria nas condições de vida das famílias atendidas.

A intervenção do assistente social na área da saúde é ampla e o profissional pode realizar diversos tipos de atividades, seja no nível do planejamento e gestão dos serviços, seja através da mobilização dos usuários, a fim de garantir o controle social, seja através do processo sócio-assistencial, que é aquele em que o profissional atende ao usuário no sentido

¹ O Programa de Residência em Serviço Social no HU/UFJF constitui-se num treinamento em serviço, sendo “uma forma de educação continuada na área de formação dos Recursos Humanos em Saúde (...), sustentando de maneira equitativa a valorização do ensino e da assistência” (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO; LIMA, 2001:54).

² O Hospital Escola foi criado em 1963 e, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi incorporado ao sistema. Em 1994, se tornou o Hospital Universitário de referência para Juiz de Fora e região, Zona da Mata, Sul de Minas e alguns municípios do Rio de Janeiro, que se localizam perto da cidade. É um hospital geral, sendo referência do SUS municipal para procedimentos de média e alta complexidade. A missão do HU/UFJF é formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade da região (STEPHAN-SOUZA apud CASTRO, 2006).

³ O Curso de Pós-Graduação “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva” é uma das atividades previstas pelo Programa de Residência em Serviço Social, sendo realizado no segundo ano do Programa.

⁴ Neste estudo, a expressão “doenças evitáveis” refere-se às patologias decorrentes de situações sociais adversas (miséria, carência nutricional, falta de saneamento básico, dentre outras). São as doenças que não possuem caráter genético ou hereditário – podendo ser prevenidas – e que apresentam relação direta com as condições de vida. Pode-se citar como exemplos: desidratação, verminoses, desnutrição, pneumonia, anemia.

de conhecer sua realidade social e as demandas – imediatas e implícitas – e dar orientações, encaminhamentos, assim como tomar providências, enfim: é o processo em que o assistente social se aproxima da realidade social dos usuários e intervém, buscando as possíveis respostas para suas necessidades.

O processo sócio-assistencial constitui-se o foco deste trabalho e, nele, o profissional precisa compreender que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, as quais podem ser classificadas em quatro conjuntos: o primeiro são as boas condições de vida, isto é, o modo como se vive implica em diferentes necessidades; o segundo se refere ao acesso às tecnologias que podem melhorar e prolongar a vida; o terceiro conjunto relaciona-se com o tipo de vínculo criado entre usuário e profissionais ou equipes dos sistemas de saúde; o quarto conjunto diz respeito aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida (CECÍLIO, 2001).

Uma intervenção que tenha como objetivo abordar as necessidades de saúde, em sua amplitude, precisa estar baseada no princípio da integralidade das ações. A integralidade refere-se ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, o reconhecimento dos fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não se restrinja à cura da doença (MATTOS, 2001).

A integralidade, ainda segundo Mattos (2001:41), pode ser concebida como uma “bandeira de luta”, uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas consideradas desejáveis.

A busca pela integralidade pode se dar a partir de caminhos diversos. Neste estudo, foi feita a opção por abordar a intersectorialidade (enquanto um componente ou pilar da integralidade), como uma das formas através das quais o assistente social pode ter uma intervenção capaz de gerar melhoria nas condições de vida da criança internada e de sua família. Tal opção baseia-se no entendimento de que “a integralidade do cuidado de que cada pessoa precisa frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede (CECÍLIO e MERHY, 2003:199).

Para discutir sobre o trabalho do assistente social - e, mais especificamente, a dimensão intersectorial do mesmo no processo sócio-assistencial – frente à determinação social da saúde da criança, o trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro deles, é feita uma discussão conceitual acerca da gênese da questão social, sua produção e reprodução dentro da ordem do capital, suas configurações contemporâneas e o debate teórico atual que a

circunda. Para abordar estas questões, os principais autores utilizados foram Yamamoto (2001a, 2001b, 2007), Pastorini (2007) e Castel (1998). Ainda neste capítulo, encontra-se a discussão da pobreza enquanto uma das expressões da questão social, apoiada em autores como Soto (2003), Valla (2005) e Stotz (2005), dentre outros. A partir da discussão da pobreza, é trabalhada a determinação social da saúde e, mais especificamente, a determinação social da saúde da criança. Para tanto, recorri a autores que são referência nesta temática, como Castellanos (1997) e Nunes (2000, 2005), além dos textos produzidos pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

No segundo capítulo, discuto sobre o Serviço Social e sua inserção na área da saúde, bem como as especificidades da mesma, apoiada em autores como Bravo e Matos (2006), Costa (2000) e Vasconcelos (2002, 2006). Também é feita uma abordagem acerca do trabalho em saúde, tendo como referência Merhy (2002). A integralidade é trabalhada enquanto uma forma de atenção à saúde que tem o potencial de dar respostas às reais necessidades dos cidadãos e, a partir desta discussão, é dada ênfase à intersetorialidade, enquanto um pilar da integralidade e como base para atuação do assistente social inserido na área da saúde. Estes temas foram desenvolvidos a partir das leituras de alguns trabalhos de Mattos (2001), Cecílio (2001), Andrade, L.O.M. (2006), Junqueira (2000, 2004), dentre outros.

O capítulo três é dedicado à discussão da pesquisa. Inicialmente, descrevo o seu percurso metodológico e, em seguida, apresento as famílias entrevistadas, a fim de possibilitar ao leitor uma aproximação à realidade social das mesmas. Na análise dos dados levantados na pesquisa, procuro compreender e refletir sobre o trabalho do assistente social diante da determinação social da saúde da criança, privilegiando o aspecto intersetorial da intervenção. Busco apreender como se desenvolve a ação do profissional e analiso suas contribuições nas condições de vida das famílias.

Nas considerações parciais, desenvolvo as reflexões suscitadas pelo estudo, esperando que ele possa contribuir com a discussão do trabalho do assistente social na área da saúde, através de subsídios para qualificar as respostas profissionais às necessidades decorrentes das desigualdades sociais.

CAPÍTULO 1 – AS DESIGUALDADES SOCIAIS E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

1.1- A questão social como produto do conflito entre capital e trabalho

As reflexões produzidas sobre a questão social são resultado, em especial, das discussões propostas por Yamamoto (2001a, 2002, 2005, 2007), tendo em vista a relevância de sua obra para a construção do debate em torno do tema.

Para analisar a questão social – sua gênese, processualidade e configuração atual – é preciso que se compreenda, primeiramente, que ela é indissociável do processo de acumulação capitalista, o qual produz as condições materiais para a existência humana e se dá a partir de relações sociais de produção específicas (IAMAMOTO, 2001a).

O processo de produção capitalista é uma forma historicamente determinada do processo social de produção em geral. Este último é tanto um processo de produção das condições materiais de existência humana, quanto um processo que, ocorrendo em relações histórico-econômicas de produção específicas, produz e reproduz essas mesmas relações de produção e, com isso, os portadores desse processo, suas condições materiais de existência e suas relações recíprocas, isto é, sua forma econômica determinada (MARX apud IAMAMOTO, 2001a:11).

A análise da questão social também não pode ser dissociada, ainda de acordo com Yamamoto (2001a), das configurações assumidas pelo trabalho, sendo parte constitutiva das relações sociais capitalistas e expressão ampliada das desigualdades sociais. A questão social encontra-se diretamente vinculada ao processo de acumulação e aos conflitos que este produz sobre o conjunto da classe trabalhadora. Sofre rebatimento das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa.

Na dinâmica do processo de produção capitalista são produzidos seus expoentes: as condições materiais de existência, as relações sociais contraditórias e as formas sociais de expressão destas relações (IAMAMOTO, 2001a).

Reconhecendo-se a indissociabilidade entre questão social e trabalho, mostra-se necessário compreender a historicidade da primeira, que possui uma dupla característica. Em primeiro lugar: a mercadoria é o caráter predominante e determinante dos produtos (IAMAMOTO, 2001a). O que isto significa? Significa que esta forma específica do valor – a mercadoria – entranha tanto as relações de circulação quanto as de produção, invertendo o

sentido das relações sociais, submetendo as relações entre os homens às relações entre coisas. O capitalista e o trabalhador assalariado aparecem como personificações do capital e do trabalho (fetiche da mercadoria). Em segundo lugar: a mais-valia é a finalidade direta e o móvel determinante da produção. Isto se dá porque, como o objetivo do sistema é intensificar a força produtiva do capital, a tendência a reduzir ao mínimo o preço de custo torna-se a alavanca mais poderosa deste processo.

O processo de acumulação – a reprodução ampliada do capital - realiza-se, historicamente, sob um duplo movimento: quando há alteração na composição do capital e quando esta composição permanece inalterada.

Quando a composição do capital não se altera, o aumento do capital se dá com a ampliação da classe capitalista e dos trabalhadores assalariados.

Já a alteração na composição do capital se dá com o aumento da produtividade, resultante do progresso da acumulação. Há a redução do emprego da força viva de trabalho e aumento do emprego de meios de produção mais eficientes, que impulsionem a produtividade. A tecnologia possibilita que os trabalhadores produzam mais em menos tempo. Reduz-se o tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias, isto é, reduz-se o seu valor, ampliando o tempo de trabalho excedente, ou seja, a mais-valia. Reduz-se o capital variável – a força de trabalho – e aumenta-se o capital constante – aquele empregado nos meios materiais de produção. Este processo de aumento da produtividade não é só um produto, mas, segundo Iamamoto (2001a), é a alavanca mais poderosa da acumulação.

O processo de acumulação produz uma população supérflua às necessidades do capital, ou seja, “a própria população trabalhadora, ao gerar a acumulação, produz, em volume crescente, os meios de seu excesso relativo” (IAMAMOTO, 2001a:14). Este fenômeno é denominado de lei particular de população do regime capitalista.

Os capitalistas objetivam extrair uma maior quantidade de trabalho de uma parcela menor de trabalhadores e isto ocorre por meio da ampliação da jornada de trabalho - mais-valia absoluta – ou através da intensificação do processo de produção - mais-valia relativa.

O trabalho excedente dos segmentos ocupados condena à ociosidade socialmente forçada amplos contingentes de trabalhadores aptos ao trabalho e impedidos de trabalhar, mais além dos incapacitados para a atividade produtiva (IAMAMOTO, 2001a:15).

Cresce a superpopulação relativa, os supérfluos para o capital, o que acirra a concorrência entre os trabalhadores e interfere na regulação dos salários. No capitalismo, o crescimento da força de trabalho disponível é impulsionado pelas mesmas causas que a força expansiva do capital, constituindo a lei geral da acumulação capitalista.

A lei da acumulação expressa-se às avessas no capitalismo: parcela da população trabalhadora cresce mais rapidamente do que a necessidade de seu emprego para os fins de valorização do capital. Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva (MARX apud IAMAMOTO, 2001a:15).

A raiz da produção/reprodução da questão social encontra-se, portanto, na acumulação da miséria relativa à acumulação do capital (IAMAMOTO, 2001a). Isto quer dizer que os mesmos mecanismos que garantem a expansão do capital, provocam, concomitantemente, a miséria da classe trabalhadora, refletindo a natureza contraditória do capitalismo, enquanto um sistema que, para gerar a riqueza de poucos (os capitalistas), obrigatoriamente, condena à expropriação os produtores desta mesma riqueza (os trabalhadores).

O trabalhador livre, portanto, é uma condição da forma capitalista de organização social da produção, a qual é voltada à acumulação do capital. Isto porque, como é dotado apenas de sua capacidade de trabalho, a obtenção de seus meios de vida depende de um conjunto de mediações sociais, cujo controle lhe é alheio.⁵

Pelo fato de não ser possuidor dos meios de produção, o trabalhador livre submete-se à exploração capitalista, inserindo-se nesta engrenagem em que, junto com outros trabalhadores, se vê obrigado a gerar uma riqueza que não será por ele apropriada. Por esta razão é que a existência do trabalhador livre constitui-se como um dos componentes geradores da questão social.

Iamamoto e Carvalho (2005: 38) conceituam a questão social como

o conjunto das expressões das desigualdades sociais produzidas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Sua gênese encontra-se no caráter coletivo da produção contraposto à

⁵ O trabalhador livre o é em duplo sentido: de um lado, terá que poder dispor livremente de sua força de trabalho como sua própria mercadoria; de outro lado, não deve ter outra mercadoria para vender. Deverá encontrar-se, portanto, livre de todos os objetos para realizar por conta própria sua força de trabalho (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005:38).

apropriação privada tanto do trabalho, como uma das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. A questão social é indissociável da emergência do trabalhador livre.

A questão social vincula-se, ainda, à luta da classe operária, no cenário político, reivindicando junto ao Estado direitos relativos ao trabalho, exigindo seu reconhecimento, como classe, pelo bloco de poder.

Netto (2001a) afirma haver compreensões diferenciadas acerca da questão social e destaca que esta expressão começou a ser utilizada na terceira década do século XX, para designar o fenômeno do pauperismo, decorrente da industrialização iniciada no século XVIII, na Inglaterra. A pobreza que caracterizou este período não se vinculava à escassez; ao contrário, era produzida pelas mesmas condições que poderiam gerar sua diminuição ou término, sendo vista como uma nova forma de pobreza.

Este pauperismo passou a ser denominado como questão social a partir de seus desdobramentos políticos, uma vez que os pauperizados protestaram de diversas formas, constituindo-se numa ameaça à ordem burguesa. A Revolução de 1848⁶ é marco deste momento em que o proletariado alcança a consciência de seu poder político e de sua capacidade de transformação a partir da organização coletiva (passagem da classe em si para classe para si).

A clareza de que a questão social não se dissocia da ordem burguesa levou à compreensão de que não se pode eliminar a primeira sem que se supere a segunda.

As desigualdades ocorridas na sociedade burguesa decorrem de uma escassez produzida socialmente, ao contrário do que ocorria nas sociedades anteriores. Naquelas, as desigualdades e privações decorriam de uma escassez que o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas não podia suprimir. Embora as desigualdades entre as várias camadas sociais não fosse inédita em tais sociedades, a dinâmica da pobreza gerada pelo capitalismo era radicalmente nova. No capitalismo, a pobreza cresce na razão direta em que aumenta a capacidade social de produzir riquezas. Na sociedade do capital, a escassez resulta da contradição entre as forças produtivas e as relações de produção (NETTO, 2001a).

A produção social da escassez e, conseqüentemente, da desigualdade adquire, na contemporaneidade, contornos específicos, “atribuindo novas mediações históricas à produção da questão social” (IAMAMOTO, 2001a:19). A autora destaca quatro aspectos

⁶ A Revolução de 1848 foi desencadeada a partir da publicação do Manifesto do Partido Comunista, escrito por Marx e Engels, constituindo-se numa sucessão de insurreições, motins e revoltas, protagonizados pelo proletariado, que buscava romper com a miséria gerada pelo desemprego.

centrais deste processo: a lógica financeira do regime de acumulação, a acumulação flexível, as mudanças radicais na relação entre Estado e sociedade civil e as formas de sociabilidade.

Para compreender o fenômeno da financeirização da economia capitalista mundial, é necessário observar que, no início do século XXI, esta passa por profundas mudanças em sua conformação. Os grandes grupos industriais transnacionais articulados ao mundo das finanças desencadeiam a mundialização, passando o capital financeiro a comandar o processo de acumulação. Este tipo de capital, “mediante inéditos processos sociais, envolve a economia e a sociedade, a política e a cultura, vincando profundamente as formas de sociabilidade e o jogo das forças sociais” (IAMAMOTO, 2007:107).

Nesta nova dinâmica do capital, as classes trabalhadoras – que criam riqueza para outros – têm radicalizados os processos de exploração e expropriação, uma vez que sua mobilização organizada para o reconhecimento de direitos, assim como as políticas públicas, sofrem extrema fragilização e regressão.

O capitalismo financeiro integra processos econômicos, políticos e ideológicos, os quais alimentam a valorização do capital. Ter clareza dos elementos que envolvem estes processos e produzem a totalidade do processo de mundialização, é, segundo Iamamoto (2007), fundamental para compreender a gênese da (re)produção da questão social.

A financeirização apresenta-se como a roupagem contemporânea do capital e, com base nela, encontra-se estruturada a economia mundial. Contudo, é preciso compreender que a autonomia das finanças é relativa, uma vez que esta esfera, por si só, nada cria. Ela “nutre-se da riqueza criada pelo investimento capitalista produtivo e pela mobilização da força de trabalho no seu âmbito” (IAMAMOTO, 2007:109). Esta compreensão permite que se escape do chamado fetiche das finanças, isto é, da idéia de que o capital dinheiro tem o poder de gerar mais dinheiro. O fetichismo dos mercados financeiros coloca as finanças como potências autônomas diante das sociedades nacionais. Este mecanismo esconde a dominação do capital transnacional e dos investidores financeiros, que atuam com base no respaldo dos Estados nacionais, os quais são orientados pelos organismos internacionais. A intervenção política e o apoio dos Estados nacionais mostram-se, portanto, como condições essenciais para a dominação da esfera financeira.

A expansão do capitalismo transnacional do século XXI subordina as sociedades nacionais - em seus segmentos locais e regionais – à chamada sociedade global (IANNI apud IAMAMOTO, 2007).

No mercado mundial unificado, há uma tendência à homogeneização dos circuitos do capital, das formas de dominação ideológica, assim como dos objetos de consumo. Esta

homogeneização, contudo, apóia-se na heterogeneidade e desigualdade das economias nacionais.

O capital internacionalizado produz, em um pólo, a concentração da riqueza e, em outro, a polarização da pobreza e da miséria, potencializando a lei geral da acumulação capitalista, em que se sustenta a questão social.

No que se refere ao segundo aspecto apontado por Iamamoto (2001a:19), como um dos responsáveis pelas especificidades adquiridas pela questão social na contemporaneidade – a acumulação flexível – observa-se que esta

afeta os processos de trabalho, as formas de gestão da força de trabalho, o mercado de trabalho e os direitos sociais e trabalhistas, os padrões de consumo etc, atingindo visceralmente a luta sindical, em um quadro de recessão e desemprego.

Há a exigência pela redução de custos e ampliação das taxas de lucro que, para serem alcançados, dependem do rebaixamento dos custos do trabalho, gerando o embate contra a organização das lutas dos trabalhadores, assim como os cortes de salário e direitos conquistados. A figura do trabalhador polivalente expressa a lógica da redução de custos, a qual implica também no enxugamento das empresa, através da terceirização.

A concorrência entre os capitais estimula o desenvolvimento científico e tecnológico, que se apóiam na robótica, na microeletrônica e na informática, dentre outros. A reestruturação produtiva vem, desta forma, afetar radicalmente a produção de bens e serviços, a organização e gestão do trabalho, assim como as relações de trabalho e seu próprio conteúdo.

Outro aspecto responsável por gerar contornos específicos à questão social refere-se às radicais mudanças nas relações entre Estado e sociedade civil, uma vez que, seguindo a lógica neoliberal, o Estado aplica as chamadas políticas de ajuste, reduzindo sua ação ante a questão social. Inicia-se um processo de restrição dos gastos sociais, mediante um amplo processo de privatização do público. O Estado encontra-se

cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário internacional e nacional, renunciando a dimensões importantes da soberania da nação, em nome dos interesses do grande capital financeiro e de honrar os compromissos morais com as dívidas interna e externa (IAMAMOTO, 2001a:20).

Iamamoto (2007:120) ressalta a importância de se acentuar o papel do Estado no modo de produção capitalista: “o Estado tem o papel-chave de sustentar a estrutura de classes e as relações de produção” e o faz criando as condições gerais da produção, que não podem ser asseguradas pelas atividades dos grupos privados dominantes, controlando as ameaças das classes dominadas (e de frações das classes dominantes) e garantindo a difusão de sua ideologia para o conjunto da sociedade.

Ainda segundo Iamamoto (2007), pode-se afirmar que as políticas governamentais – que favorecem a esfera financeira e o grande capital produtivo – encontram-se na raiz do atual perfil assumido pela questão social, uma vez que há estreita dependência entre a responsabilidade dos governos no campo monetário e financeiro.

A autora aponta que os dois braços em que se apóiam as finanças – as dívidas públicas e o mercado acionário das empresas – só se sustentam a partir da decisão política dos Estados e o suporte das políticas fiscais e monetárias. Estes dois braços constituem uma dupla via de redução do padrão de vida do conjunto dos trabalhadores porque, por um lado, há a privatização do Estado, desmonte das políticas públicas e mercantilização dos serviços. Por outro, são reduzidos os custos empresariais para garantir as taxas de lucratividade, bem como intensifica-se a reestruturação produtiva, menos voltada para as inovações tecnológicas e mais para a diminuição do custo com o chamado fator trabalho.

Diante deste quadro, Iamamoto, (2007:125) considera que a questão social

é mais do que as expressões de pobreza, miséria e “exclusão”. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social – e dos sujeitos que o realizam – na era do capital fetiche [...] e expressa a subversão do humano própria da sociedade capitalista contemporânea, que se materializa na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder das coisas sociais.

As formas de sociabilidade também constituem uma especificidade na produção da questão social. Na chamada sociedade de mercado – em que este é considerado o eixo que regula a vida social – impera uma lógica produtivista, que estabelece como paradigmas para a vida em sociedade as idéias de competitividade, rentabilidade, eficácia e eficiência, estimulando o individualismo. Busca-se disseminar a idéia de naturalização desta realidade (como se não fosse possível a sociedade ser diferente), aliada ao apelo à solidariedade, uma vez que a degradação das condições de vida mostra-se nítida. Segundo Iamamoto (2001a),

este cenário atinge as formas culturais, a subjetividade, a sociabilidade etc, estimulando um clima de incertezas que subordina as redes de sociabilidade às leis do mercado.

O que se pode analisar, portanto, é que se a financeirização, a acumulação flexível, as novas formas de relação entre Estado e sociedade e as formas de sociabilidade baseadas no paradigma utilitário são elementos fundamentais para estabelecer os contornos assumidos pela questão social na contemporaneidade, isto se dá porque o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social e, portanto, diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da questão social, a qual é indissociável da dinâmica específica do capital (NETTO, 2001a).

1.1.1– O debate teórico acerca da questão social na contemporaneidade

Reconhecendo-se que a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho, pode-se concluir que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho – a partir de meados da década de 1970, quando o capitalismo iniciou uma busca de superação de mais uma de suas crises cíclicas – tiveram rebatimento direto nas formas de expressão da questão social, o que não quer dizer, contudo, que originou-se uma nova questão social.

Fato é que o quadro de transformações ocorridas nos últimos trinta anos nas sociedades capitalistas monopolistas propiciou que se iniciasse um debate teórico acerca da questão social, no qual se discute se houve a constituição de uma nova questão social.

A separação entre “antigo” e “novo” faz com que se perca a visão de processualidade que deve envolver a análise da questão social. A ênfase dada ao “novo” impede que sejam visualizados os elementos que se repetem e permanecem. Embora existam novas expressões imediatas da questão social, é preciso compreender que ela mantém “os traços essenciais e constitutivos de sua origem” (PASTORINI, 2007: 12).

Nos diferentes estágios do capitalismo, há diferentes formas de manifestação da questão social, bem como diferentes formas da sociedade respondê-la. Contudo, mantém-se a busca pela estabilidade e manutenção da ordem, preocupação com a reprodução dos antagonismos e busca de legitimidade. É preciso, portanto, analisar a questão social em sua totalidade e como parte do movimento da sociedade capitalista.

Para os autores que defendem a idéia de que há uma nova questão social, há a compreensão de que esta é consequência da revolução tecnológica, fazendo parte de uma sociedade “pós-industrial” ou “pós-trabalho”.

Pastorini (2007) aponta que a questão social não é nova, mas também não é idêntica à questão social surgida no século XIX. Ela continua sendo expressão do antagonismo entre as classes e destas com o Estado. Porém, a relação entre capital e trabalho varia, assim como suas formas de organização. Quem defende a existência de uma nova questão social compreende que as mudanças no capitalismo contemporâneo romperam com o período do capitalismo industrial e com a questão social que surgiu no início do século XIX, com o pauperismo.

No debate em torno da existência de uma nova questão social, observa-se uma forte influência do pensamento francês e Pastorini (2007) dedicou-se a desenvolver uma

análise dos discursos defendidos por alguns autores que protagonizam tal debate, como Rosanvallon (1995) e Castel (1998).

A autora salienta que a discussão sobre a existência de uma nova questão social surgiu na Europa e nos Estados Unidos, no final da década de 70 e início da década de 80, quando alguns dos grandes problemas do capitalismo, como desemprego e pobreza, passaram de “problemas residuais” a problemas que atingiam, de forma permanente, um número cada vez mais expressivo de pessoas.

Para os que defendem a existência de uma nova questão social, o surgimento da mesma data da segunda metade do século XX. Esta nova questão social seria caracterizada por novos problemas ou por antigos problemas superdimensionados.

A compreensão de Rosanvallon (1995:7) é a de que, na sociedade “pós-industrial”, surgiram novidades que superaram e romperam com a sociedade capitalista industrial. Para ele, o crescimento do desemprego e o surgimento de novas formas de pobreza não se tratam, simplesmente, da reascensão de antigos problemas. “Os fenômenos atuais de exclusão não remetem às antigas categorias da exploração. Assim, surge uma nova questão social”.

O autor considera que, a partir dos anos 80, estes problemas se tornam permanentes, exigindo novas formas de respostas, as quais não poderiam mais ser pensadas em função do risco coletivo e da solidariedade, como feito anteriormente.

A proposta de Rosanvallon (1995) para responder à nova questão social consiste em dar a cada um os meios específicos para modificar o curso de sua vida, como forma de evitar uma ruptura, mas sem questionar a ordem estabelecida. O Estado atuaria no sentido de promover uma redistribuição mais equitativa, que fosse capaz de garantir a coesão social.

Pastorini (2007) avalia que Rosanvallon não questiona a lógica da sociedade capitalista, preocupando-se em pensar uma solução para a crise do Estado-providência e para o problema da “exclusão” (que, para o autor em foco, trata-se do principal indício da existência de uma nova questão social).

Já ao se debruçar sobre a concepção de Castel, Pastorini (2007) analisa que esta diferencia-se da de Rosanvallon, uma vez que, para ele, não há divisão entre antiga e nova questão social. Para Castel (1998), a questão social sempre existiu, mas sofreu metamorfoses e, para compreendê-las, faz-se necessário analisar a trajetória do salariado⁷.

⁷ Para Castel (1998), a sociedade salarial não é, simplesmente, aquela em que a maioria da população é assalariada, mas uma sociedade em que a maioria dos sujeitos tem inserção social relacionada ao lugar que ocupa no salariado, ou seja, não somente sua renda, mas também seu status, sua proteção, sua

A palavra metamorfose não é, pois, uma metáfora empregada para sugerir que a perenidade da substância permanece sob a mudança de seus atributos. Ao contrário: uma metamorfose faz as certezas tremorem e recompõem toda a paisagem social. Entretanto, ainda que fundamentais, as grandes mudanças não representam inovações absolutas quando se inscrevem no quadro de uma mesma problematização (CASTEL, 1998:33).

O autor parte da premissa de que a questão social foi se redefinindo e metamorfoseando com o passar do tempo. Assim, passa a analisar o que há de diferente e de comum nas diferentes situações de vulnerabilidade social.

Castel (1998) aponta em seu estudo que, desde o início do século XIX, com o processo de industrialização, a questão social é constituída. No entanto, até 1830, ela é descrita como pauperismo.

O autor reconhece o protagonismo da classe trabalhadora em fazer com que o pauperismo se transformasse em questão social e afirma que, neste contexto, o Estado – ao se refuncionalizar, assumindo funções econômicas e sociais – dá início à chamada sociedade salarial.

Com a crise vivenciada pelo capitalismo nos anos 70 do século XX – a partir do esgotamento do padrão fordista de produção -, ocorreu o aumento do desemprego, a precarização do trabalho, a diminuição da proteção social, os quais configuram um processo, denominado pelo autor, de *desestabilização dos estáveis*.

A metamorfose da questão social se dá, de acordo com Castel (1998), a partir de três novas expressões: a desestabilização dos trabalhadores estáveis; a instalação na precariedade, isto é, o que deveria ser transitório torna-se permanente, provocando um retrocesso às condições de precariedade do século XIX, que haviam sido superadas pela constituição da sociedade salarial; a constituição de uma população sobrando, chamada pelo autor de inúteis para o mundo.

Para Castel (1998), a conquista de um sistema de proteção social correspondeu a uma inflexão no desenvolvimento capitalista e inaugurou uma nova condição da classe trabalhadora, suprimindo a questão social tal qual ela apareceu com a revolução industrial.

identidade. “A condição salarial permite construir um sistema de proteção social que se contrapõe à assistência tradicional, à caridade ou à filantropia, pois assenta-se no próprio trabalho assalariado, porém protegido. Este se constitui num novo ethos da sociedade salarial e conforma a noção de direito do trabalho e de seguridade social” (GUERRA et al, 2005:246).

Neste sentido, o autor aponta que as mudanças no mundo do trabalho, a flexibilização, o desemprego etc, precarizaram os direitos sociais da sociedade salarial, fazendo com que tenha se configurado uma nova questão social.

A partir desta análise, a proposta apontada por Castel (1998) concentra-se no controle do processo de desagregação da sociedade salarial, através de políticas de inserção, isto é, do tratamento social do desemprego.

Ao analisar a discussão de Castel sobre a questão social, Pastorini (2007) avalia que esta não aponta para a indissociável relação da questão social com a ordem capitalista e, conseqüentemente, suas propostas teóricas para o “tratamento” da questão social não encontram-se direcionadas ao rompimento com a ordem capitalista.

Analisar a questão social de forma a ultrapassar sua aparência e, levando em consideração sua processualidade dentro da ordem burguesa significa compreendê-la sendo determinada pela peculiaridade do sistema capitalista: a exploração. Tal compreensão não representa, contudo, considerá-la unicausal; ao contrário, como aponta Netto (2001a), ela implica a intercorrência de componentes históricos, políticos, culturais etc.

As manifestações da questão social decorrem, assim, das contradições inerentes ao sistema capitalista e seus traços particulares dependerão das características históricas da formação econômica de cada país ou região.

Segundo Pastorini (2007), desvendando os traços constitutivos da questão social (os elementos que cruzam os diferentes momentos históricos e as variadas conjunturas sociais) e conhecendo aquilo que permanece, pode-se realmente diferenciar e compreender em que consiste a novidade da questão social. Para esta autora, existem elementos que poderiam levar à idéia de que se trata de uma nova questão social. Contudo, o que há, de fato, são novas expressões da mesma questão social, que mantém os traços de sua origem, ainda vigentes, visto que não foram superados.

Portanto, só seria possível falar de uma nova questão social – diferente daquela que surgiu no século XIX - se a antiga questão social não existisse mais, seja porque foi superada ou resolvida.

A questão social que tem sua raiz na sociedade capitalista deve ser pensada como parte constitutiva dessa sociedade que, nos diferentes estágios, produz distintas manifestações.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da

sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005:77).

A estrutura da questão social é, segundo Pastorini (2007), constituída por três pilares centrais, quais sejam: a relação capital/trabalho (exploração); a ameaça à ordem burguesa, que é a razão para a resposta capitalista à questão social; as desigualdades e antagonismos que são parte das contradições do sistema.

1.1.2 – A pobreza como expressão da questão social

Abordar as expressões da questão social é uma tarefa complexa. Privilegiar a análise da pobreza foi uma opção, uma vez que é esta a expressão da questão social que está em foco ao se tratar da determinação social do processo saúde-doença, o qual decorre das condições de vida.

De acordo com López Pardo (2007), a pobreza é um fenômeno multidimensional e multicausal. Não existe, para ela, um conceito único e este está condicionado ao enfoque que quem o elabora tem de suas causas. Sob esta ótica, pode-se ressaltar as ponderações tecidas por Martins (apud LÓPEZ PARDO, 2007), que também analisa a pobreza como um fenômeno multidimensional e entende que ela implica carecimentos no plano espiritual, no campo dos direitos, das possibilidades e esperanças e, ainda, as reflexões propostas por Stotz (2005:54) que a compreende “não como um problema dos pobres e sim da sociedade que produz a pobreza como um componente orgânico de suas vitórias e fracassos”.

Termos como pobres e pobreza são utilizados com frequência no campo das Ciências Sociais e, mais especificamente, no Serviço Social. Contudo, segundo Soto (2003), nem sempre a utilização dos mesmos se dá com uma precisão maior do que a utilizada na linguagem não científica. É preciso compreender que a utilização destes termos pode ocorrer com base em diferentes matrizes teóricas, que privilegiam diversos aspectos do fenômeno e que priorizam distintas dimensões na análise da realidade.

É importante se debruçar sobre a construção teórica do conceito de pobreza para fazer seu contraponto com as concepções dominantes, que a reduzem a um estado de carência de uma parte da população, sem levar em conta a produção do problema, dentro do movimento da sociedade como um todo.

A pobreza não é, simplesmente, um estado ou uma situação; é, também, um processo. Entendida como estado e situação, refere-se, principalmente, às necessidades básicas insatisfeitas. Entendida como um processo que envolve a classe trabalhadora, faz referência ao empobrecimento. Além disso, a pobreza relaciona-se aos processos de constituição da riqueza. Por estas razões, a pobreza mostra-se um conceito relacional, que abrange os níveis de desigualdade da sociedade burguesa (SOTO, 2003).

Esta mesma autora, ao estudar a obra marxiana, mostra que, em seu processo metodológico de análise, Marx partiu de eixos econômicos, formulados de maneira vulgar por representantes da Economia Política e os submeteu a um processo de análise científica, a

partir de uma perspectiva de totalidade histórica, reformulando criticamente o campo de conceituação dos mesmos eixos dos quais partiu.

No processo de apreensão do conceito de pobreza, Marx elaborou eixos metodológicos centrais para a análise dos problemas sociais. No primeiro destes eixos, observou que os teóricos conservadores apresentam as relações sociais burguesas (as relações de produção, a divisão do trabalho etc) como categorias fixas, eternas e imutáveis, não explicando a gênese das mesmas. Assim, constroem pensamentos abstratos independentes das relações reais, negando o movimento histórico que produz as relações fundamentais da sociedade.

Para compreender a pobreza na sociedade capitalista, é necessário entendê-la numa perspectiva de totalidade do movimento histórico que lhe dá vida. Entendendo a pobreza mesma como uma construção social transitória e mutável, fruto e parte do movimento da sociedade capitalista (SOTO, 2003:8).

No segundo eixo metodológico de análise, Marx pontuou que as categorias são as expressões teóricas, as abstrações das relações sociais concretas. Estas relações sociais determinadas são produto dos homens, são construções sociais específicas que se encontram estreitamente vinculadas com as forças produtivas. Ao mesmo tempo em que os homens estruturam as relações sociais de acordo com sua produtividade material, estruturam também as idéias e categorias, de acordo com suas relações sociais. Conseqüentemente, estas categorias têm tão pouco de eterno quanto as relações expressas por elas. Neste sentido, a pobreza na sociedade capitalista pode ser compreendida a partir do desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais específicas que produzem este desenvolvimento.

O terceiro eixo de análise consistiu na discussão de que as relações sociais fundamentais de uma sociedade formam sempre um todo. O sistema ideológico que constitui a construção de categorias abstratas não contempla a totalidade social em movimento. Pelo contrário, o processo analítico fragmentário nega a totalidade concreta, a complexidade e a co-existência simultânea de múltiplas relações.

A pobreza se explica, entendendo a sociedade como um todo. “Compreender a pobreza exige conhecer as condições materiais de existência dos homens, definindo-os não como espectadores de sua história, mas como autores e atores de seu próprio drama” (SOTO, 2003:9).

Em outro eixo de análise, Marx discutiu que a compreensão das relações econômicas como leis imutáveis impõe véus ideológicos que obstaculizam a apreensão do real. Os processos de naturalização de problemas sociais – dentre eles, a pobreza – elaborados pelos intelectuais das classes dominantes se relacionam com a constituição do caráter conservador da burguesia como classe hegemônica, cumprindo, assim, funções estruturais de reprodução do *status quo*. Esta posição conservadora da burguesia nega os antagonismos e contradições inerentes às condições capitalistas de produção. Neste sentido, tomando por base a perspectiva de análise marxista, a pobreza só pode ser explicada, compreendendo-se o desenvolvimento antagônico da sociedade capitalista. Isto porque as mesmas relações que promovem o desenvolvimento das forças produtivas, as reprimem e as contêm. Este movimento contraditório expressa a complexidade das relações nas quais se produz a pobreza na sociedade moderna.

Na perspectiva teórica marxiana, a pobreza não é uma categoria simples, eterna, imutável. Ao contrário, é uma categoria complexa, histórica e mutável. É uma categoria relacional que só se explica entendendo o movimento da totalidade social (SOTO, 2003).

O pauperismo é a forma dramática da pobreza (STOTZ, 2005) e, pelo estado de dependência que expressa, chama mais atenção que os processos que produzem o empobrecimento de bilhões de pessoas em todo o mundo.

O pauperismo tornou-se objeto de discussão nos primórdios da fase industrial do capitalismo, quando questionava-se se o aumento da pobreza e o seu próprio aumento (do pauperismo) eram herança da sociedade anterior ou se eram decorrência da nova sociedade, que se organizava com base no capitalismo. Isto porque atingiu pessoas que, embora fossem aptas ao trabalho (ultrapassando a categoria de pessoas que podiam ser aceitas como miseráveis, como viúvas e órfãos), não conseguiam assegurar por si mesmas os meios de sobrevivência.

Iamamoto (2001a) define o pauperismo como o segmento formado por miseráveis aptos ao trabalho, mas desempregados, crianças e adolescentes e segmentos indigentes, incapacitados para o trabalho, cuja sobrevivência depende da renda de todas as classes, e, em maior medida, do conjunto dos trabalhadores.

O pauperismo como resultado do trabalho – do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social – é uma especificidade da produção fundada no capital. A pobreza não é compreendida como resultado da distribuição de renda, mas referida à própria produção (IAMAMOTO, 2001a:15).

Isto se dá porque o objetivo do sistema capitalista é obter cada vez mais excedente (mais-valia), utilizando para tal um número cada vez menor de trabalhadores e com custos também menores, o que representa não só a saída de grande parcela de trabalhadores do mercado formal de trabalho, bem como propicia que os trabalhadores empregados submetam-se mais facilmente à precarização do trabalho. Desta forma, a pobreza passa a atingir o exército industrial de reserva – que se vê obrigado a aceitar qualquer forma de trabalho – e aproxima-se dos trabalhadores formalmente empregados que, diante da ameaça do desemprego, acabam por aceitar as perdas salariais e a flexibilização de direitos, passando a viver em condições precarizadas.

Deste modo, pode-se observar que a pobreza dificulta a própria chance de sua superação. O desemprego provocado por inovações tecnológicas pode servir de exemplo: um trabalhador substituído pelo uso de uma nova tecnologia encontrará cada vez menos oportunidades de trabalho na mesma área ou setor. Muitas vezes, o trabalhador demitido precisa se requalificar profissionalmente para que, adquirindo novas habilidades, possa conseguir um novo emprego. Enfrentando dificuldades de tempo e dinheiro, entrará na disputa por um novo posto no mercado de trabalho em desvantagem.

Ainda é preciso considerar o desemprego estrutural, que é aquele em que, com a demissão do trabalhador há, também, a extinção da vaga de trabalho (VALLA, 2005).

O aumento do desemprego nos países periféricos, como o Brasil, está vinculado a diversos fatores associados à globalização, como as inovações tecnológicas, os custos trabalhistas, dentre outros. Desta forma,

às parcelas da população historicamente marginalizadas econômica e socialmente, soma-se um novo contingente de trabalhadores empobrecidos, em situação de grande vulnerabilidade social, já que a perda do emprego está representando, para muitos, a necessidade de aceitação de relações de trabalho instáveis (VALLA, 2005: 49).

É por isso que uma das principais características do empobrecimento diz respeito à precarização das relações de trabalho, isto é, a redução das condições de seguridade, vinculadas ao trabalho formal.

As pessoas submetidas às formas precarizadas de trabalho (contratos temporários, por tarefa, trabalho familiar sem remuneração etc)

tornam-se mais vulneráveis socialmente porque seu ritmo de trabalho tende a ser mais intenso, seu descanso, menos regular e qualquer acontecimento

que impeça a pessoa de trabalhar implica a suspensão de sua renda. A sobrecarga de trabalho, numa situação de instabilidade permanente e de impossibilidade de previsibilidade e organização da vida em projetos de médio e longo prazos, torna frágil a saúde do trabalhador e as suas condições morais no controle da própria vida (VALLA, 2005:50).

A reprodução da pobreza expressa a ausência de projetos de desenvolvimento econômico, social e de distribuição de renda. Tal ausência é responsável por fragilizar a sociedade civil, estimulando a despolitização da questão social e, conseqüentemente, contribuindo para o fortalecimento da hegemonia e exploração capitalistas.

No Brasil, nos últimos vinte anos, ocorreu a ampliação da pobreza, sob as duas formas (pobreza e pauperismo). Isso se deu, em boa medida, como resultado da abertura comercial e do ajuste macroeconômico, que acarretaram transformações regressivas nas relações de trabalho e na estruturação da distribuição de renda (VALLA, 2005). O Brasil é um dos campeões de concentração de renda e riqueza; o salário mínimo é um dos mais baixos do mundo.

Segundo Ribeiro (2005), não há como entender o aumento da pobreza na experiência brasileira sem compreender o capitalismo, a dinâmica de classes e os interesses que conduzem a ação do Estado. A autora analisa que a ampliação da desigualdade social encontra-se associada à configuração de forças políticas responsáveis por mudanças no uso dos recursos públicos e pela submissão do governo aos desígnios dos interesses dominantes. Deste modo, os atuais comandos do capitalismo, em escala mundial, são os responsáveis pela difusão da pobreza.

Em sua discussão, Valla (2005), cita matéria do jornal *Brasil de Fato*, no qual se apontou que, até maio de 2003, o governo federal brasileiro gastou com a dívida pública (interna e externa) quatro vezes mais do que investiu em saúde e nove vezes mais do que enviou à educação. Em habitação não investiu nada. Embora os dados sejam do ano de 2003, o objetivo é apenas exemplificar o quanto o governo destina para pagamento da dívida externa, em prejuízo aos necessários investimentos internos que, ao faltarem, contribuem para o acirramento da pobreza: de janeiro a maio do referido ano, o Brasil pagou US\$46 bilhões apenas de juros, aos seus credores. A soma dos orçamentos da saúde e da educação não chegaram a US\$17 bilhões.

Como já mencionado, a forma como se compreende e concebe a pobreza determina a forma de enfrentá-la. Há diferentes compreensões da pobreza, embasadas em distintas correntes teóricas e ancoradas em perspectivas ideológicas diversas. Analisar a forma

de compreensão da pobreza possibilita, portanto, identificar sob qual perspectiva a mesma será tratada. Afinal, pode-se buscar disfarçá-la, contê-la, amenizá-la ou superá-la.

Bustelo (apud LÓPEZ PARDO, 2007) também entende que, dependendo da concepção de pobreza que se tem, as formas de seu enfrentamento serão distintas. Se a pobreza for entendida apenas como a dificuldade de atendimento de um conjunto de necessidades materiais mínimas, sua erradicação pode ser vislumbrada com o alcance de um crescimento da riqueza material, como sustenta o paradigma neoconservador. No entanto, quanto mais se expande o conceito de pobreza para incluir não só o atendimento a necessidades básicas, mas, fundamentalmente, àquelas necessidades que advêm do trabalho, das obrigações da família, da participação política, da cidadania e de maiores níveis de igualdade social, melhor se admite que a erradicação da pobreza requer uma combinação de medidas que incluem crescimento econômico, redistribuição de renda e da riqueza e maior eficiência e participação das instituições democráticas.

Segundo Ugá (2004), o conceito de pobreza ganhou centralidade desde o início dos anos 90, sendo amplamente utilizado em relatórios de organismos internacionais – como o Banco Mundial - e documentos de formulação e avaliação de políticas públicas, principalmente de países seguidores das recomendações destas agências.

Para este autor (2004), analisando as recomendações do Banco Mundial para combate à pobreza (expressas nos relatórios dos anos de 1990 e 2000-2001), é possível identificar uma “teoria” social implícita nestes relatórios.

A partir destes documentos, verifica-se que são considerados pobres os incapazes de integrar-se ao mercado – entendido como mecanismo mais eficiente de funcionamento da sociedade – dos quais o Estado deve cuidar através das políticas sociais residuais e focalizadas.

Segundo o Banco Mundial (UGÁ, 2004:58), a definição de pobreza consiste na “incapacidade de atingir um padrão de vida mínimo”. Assim, pode-se questionar: o que vem a ser um padrão de vida mínimo? E o que se entende por “incapacidade”?

O Banco Mundial considera que o padrão de vida mínimo deve ser avaliado pelo consumo, isto é, a despesa necessária para que se adquira um padrão mínimo de nutrição e outras necessidades básicas e, ainda, uma quantia que permita a participação da pessoa na vida cotidiana da sociedade. Trata-se de calcular um valor mínimo para cada país (ou região) e, em seguida, comparar esse valor encontrado com a renda dos indivíduos. Aqueles que tiverem a renda inferior a esse valor poderão ser considerados pobres e, portanto, sem condições de viver minimamente bem.

Já o termo “incapacidade”, no discurso do Banco Mundial, remete a duas questões: oportunidades econômicas e prestação de serviços sociais. Assim, para combater a situação de pobreza de um indivíduo, devem ser implementadas políticas sociais nesses dois campos.

A partir desta compreensão, o Relatório do Banco Mundial de 1990 propõe que sejam realizados investimentos no capital humano (que são as habilidades e competências do indivíduo que o auxiliam a obter melhorias em sua renda, como, por exemplo, saúde e educação), como forma de reduzir a pobreza. Isto porque considera que o principal bem dos pobres é o tempo para trabalhar e, assim, a educação aumentaria a produtividade deste bem, resultando numa renda mais alta, no nível individual. Ainda de acordo com o relatório, o indivíduo integrado ao mercado define-se pelo fato de possuir capital humano. Aqueles que não possuem este tipo de capital são incapazes de atuar no mercado, não conseguindo ser autônomos para competir com os outros, enquadrando-se na condição de pobres. Com eles o Estado deve preocupar-se compensando-os com suas políticas sociais focalizadas de aumento de capital humano.

Já no relatório do Banco Mundial de 2000-2001, o tema da pobreza foi retomado para que novas estratégias de combatê-la fossem elaboradas. Neste documento, a pobreza foi conceituada, não tomando-se como referência apenas a variável renda (como em 1990). A pobreza foi considerada um fenômeno multifacetado, decorrente de múltiplas privações produzidas por processos econômicos, políticos e sociais que se relacionam entre si. Além da forma monetária da pobreza, ela é considerada como ausência de capacidades, acompanhada da vulnerabilidade do indivíduo e de sua exposição ao risco.

Neste relatório, estão presentes as idéias de Amartya Sen (apud UGÁ, 2004), que entende que a pobreza deve ser encarada pela idéia de privação de capacidades básicas de realizar (ou seja, de cada um alcançar os seus objetivos de vida) e não como uma carência de determinadas necessidades. Assim, o tema da pobreza passou a ser visto como algo multidimensional e passou a ser definida como privação de capacidades, que faz com que o potencial do indivíduo em auferir renda seja diminuído. A estratégia proposta pelo relatório de 2000-2001 tem como tema central a expansão das capacidades humanas das pessoas pobres.

O que foi avaliado por Ugá (2004) é que, embora o conceito de capacidade humana seja mais abrangente que o de capital humano, ela também não pressupõe a existência de um Estado que garanta os direitos sociais, mas simplesmente a necessidade de um Estado caridoso, que tem deveres a cumprir apenas com os pobres. A presença do Estado só seria necessária, portanto, em um primeiro momento, no sentido de aumentar as capacidades dos

pobres, para, num segundo momento, quando esses indivíduos já estivessem capacitados, o Estado já se tornaria desnecessário, passando a deixar que eles procurassem seu desenvolvimento pessoal no mercado.

As políticas prescritas pelo Banco Mundial, portanto, voltam-se, exclusivamente, para a compensação, cujo alvo – a pobreza – é conceitualmente construído e faz parte de um modelo de sociedade específico. Segundo Ugá (2004:57), “os relatórios do Banco Mundial preconizam e pressupõe um certo tipo de ordem social. É um modelo de sociedade próprio da atual configuração social hegemônica”.

O pobre é visto como o indivíduo incapaz, que não consegue – ou não garante – seu emprego nem mesmo sua subsistência. Conseqüentemente, a pobreza acaba sendo vista como um fracasso individual daquele que não consegue ser competitivo. As políticas de combate à pobreza resumem-se em transformar o indivíduo incapaz (pobre) em indivíduo capaz e competitivo, por meio do aumento do capital humano (conforme o relatório de 1990) ou da capacidade humana (segundo relatório de 2000-2001).

Este tipo de política reforça a atomização e competitividade entre os indivíduos e legitima a existência de um Estado mínimo no campo social, esvaziando a idéia de cidadania social. Esta sempre esteve vinculada à garantia de direitos e não a programas compensatórios.

Assim como se deu com os relatórios do Banco Mundial, também é possível avaliar como a pobreza é concebida e quais são as propostas do Estado brasileiro para seu enfrentamento. Sposati (2000:46) elaborou uma análise acerca do Relatório Final da Comissão Mista Especial da Câmara e do Senado brasileiros, criada com a tarefa de analisar a pobreza no país. O objetivo da Comissão foi o de “estudar as causas estruturais e conjunturais das desigualdades sociais, apresentar soluções legislativas para erradicar a pobreza e marginalização, e ainda reduzir as desigualdades sociais e regionais”.

Este relatório foi entregue em 1999 e contou com políticos de diversos partidos, representantes do governo e da oposição. Segundo Sposati (2000:46),

a introdução do tema “erradicação da pobreza” na agenda do Congresso Nacional pelos representantes do pensamento conservador brasileiro é um reconhecimento tardio desta questão crucial à realidade brasileira: as superações das desigualdades sociais. Este reconhecimento tardio também precisa ser examinado criticamente, a fim de detectar o quanto de superação dessas desigualdades está sendo incorporada como responsabilidade pública pelos representantes conservadores e neoliberais.

É impossível, em nossa realidade, discutir a pobreza fora dos marcos da desigualdade social, sob pena de se estar adotando um olhar residual que quase nada move a questão. Tratar pobremente a pobreza já é, em si, um vício e um obstáculo a superá-la.

Sposati (2000) descreve que, neste relatório, para conceituar a pobreza, foi feito um fracionamento desta, uma vez que foi dado enfoque apenas à miserabilidade/indigência, isto é, o estado de extrema pobreza. Os estudos da Comissão admitiram que 35% dos brasileiros viviam, à época, com até R\$80,00 (oitenta reais) mensais, o que estaria abaixo da linha da pobreza. Todavia, optaram por considerar os R\$80,00 como corte da pobreza e reduzi-lo à metade (R\$40,00) para a linha de indigência. Por esta razão, a autora analisa que a posição do Relatório final quanto à caracterização da pobreza no Brasil foi restritiva. Os parlamentares consideraram como pobres somente aqueles que, de acordo com os padrões universais, são apontados como indigentes. A linha de indigência (que é a linha da fome) é o valor da renda mensal que cada indivíduo necessita para alimentar-se, com base no mínimo calórico imprescindível para a sobrevivência. Já a linha da pobreza não considera só o mínimo imprescindível para a alimentação, mas também o mínimo para todas as outras necessidades pessoais básicas. Em geral, o cálculo é o de duas vezes superior à linha de indigência. Assim, os indigentes são pobres, mas os pobres não chegam a ser considerados indigentes.

Ocorreu um rebaixamento da linha de pobreza, fazendo com que o documento servisse estrategicamente, como instrumento de ocultamento dos pobres e não como seu reconhecimento universal (SPOSATI, 2000).

Os parlamentares das oposições que compuseram a Comissão elaboraram um relatório em separado, no qual explicitaram um conceito de pobreza distinto, reconhecendo-a como expressão da desigualdade na distribuição de renda. Neste relatório, um novo sistema tributário nacional, ao lado de uma política de recuperação salarial e da reforma agrária são apresentados como fundamentais ao efetivo combate à pobreza. Estes parlamentares aliaram o enfrentamento da pobreza ao avanço ao direito à cidadania. Para tanto, concluíram que, junto às reformas básicas, é necessário o direito à renda mínima, por meio de programas de transferência de renda e orçamento social com controle social.

No ano de 2006, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou uma nota técnica sobre a queda da desigualdade de renda familiar *per capita* constatada no Brasil – a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁸ – entre os anos de

⁸ A PNAD é realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo a principal fonte de informação acerca da concentração de renda no país (IPEA, 2006).

2001 e 2004. Segundo a nota, esta queda⁹ levou o país a alcançar seu menor nível de desigualdade de renda dos últimos trinta anos e significou, também, redução da pobreza e da extrema pobreza. Segundo o IPEA (2006), são considerados pobres e extremamente pobres todas as pessoas que vivem em domicílios com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, respectivamente.

O percentual da queda das desigualdades de renda familiar *per capita* observado na pesquisa foi de 4%, valor aparentemente modesto. O documento do IPEA (2006), entretanto, aponta que, embora pareça pouco, trata-se de uma redução substancial, que gera impactos sobre a redução da pobreza e da extrema pobreza, significando que cinco milhões de brasileiros saíram da condição de extremamente pobres.

Foram considerados como determinantes imediatos da queda, os seguintes fatores: características demográficas das famílias; transferência de renda; remuneração de ativos; acesso a trabalho e participação no mercado de trabalho; distribuição dos rendimentos do trabalho.

É importante ressaltar que a pesquisa considerou apenas a variável renda, não abordando outros aspectos relevantes, como educação, saúde, acesso à cultura e oportunidades. Mesmo com a ocorrência desta queda, o Brasil ainda se encontra entre os países mais desiguais do mundo, segundo o próprio IPEA (2006).

Embora significativa e importante, a queda observada na desigualdade de renda não foi suficiente para colocar o Brasil em uma posição equiparável a dos demais países com nível de desenvolvimento semelhante, sendo necessários muitos anos de queda sustentada para que tal aconteça (IPEA, 2006:9).

Por esta razão, há a necessidade de se criar meios capazes de alterar a desigualdade social. Algumas estratégias acerca dos rumos a serem seguidos pelas políticas públicas, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais foram sugeridas na nota técnica do IPEA (2006): a equalização de oportunidades para a aquisição de capacidades; a equalização de oportunidades para o uso produtivo das capacidades adquiridas (principalmente pelo acesso ao trabalho); redução da desigualdade de tratamento dos trabalhadores no mercado de trabalho; tornar o sistema tributário e o gasto público mais eficientes e progressivos.

⁹ A queda observada na desigualdade de renda familiar *per capita* foi medida pelo Coeficiente de Gini, que é uma forma de mensurar desigualdade, obtida através da ordenação das pessoas segundo seu nível de renda. É a medida de desigualdade de renda mais comumente utilizada (IPEA).

1.2 – A determinação social da saúde

Embora a saúde (ou a doença) se manifeste num corpo que é físico, ela não se restringe meramente ao aspecto biológico. Acima do fato de se refletir num corpo, a saúde é “a saúde de alguém” e a forma como esse alguém se encontra inserido no mundo social vai contribuir para seu quadro de saúde/doença e, conseqüentemente, para sua qualidade de vida.

A saúde, a doença e a morte apresentam uma dimensão individual e coletiva. Não sendo um acontecer estritamente biológico também apresentam relação com fatores sócio-econômicos, culturais, ambientais e subjetivos. Além disso, indivíduos e grupos populacionais estão desigualmente submetidos a fatores protetores e de risco. Há, também, desigualdade na produção e no consumo de recursos sociais como determinantes da saúde e doença (PRATA, 1994).

As desigualdades geralmente são classificadas como naturais quando ocorrem como diferenças entre os indivíduos, como no caso de sexo, raça e idade; ou como sociais, quando sua ocorrência é associada com a estrutura da sociedade onde estão inseridas.

As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que são sistemáticas e relevantes, mas também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD apud CNDSS, 2006) são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil.

Os principais determinantes das iniquidades em saúde relacionam-se às formas de organização da vida social. As desigualdades sociais se originam na ocupação de posições diferentes no que diz respeito à organização social do processo de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa (SZWARCWALD, 1999).

As condições de vida expressam as condições materiais de existência dos grupos humanos de determinada sociedade. Dependem da inserção de cada grupo na estrutura de produção e, por conseguinte, da sua vinculação a uma determinada classe social. Portanto, as condições de vida são resultantes da forma como esse grupo se insere também no processo de reprodução da sociedade, em um momento histórico e em determinadas condições naturais (CASTELLANOS, 1997: 12).

O estudo da determinação social da saúde não é recente. Já em meados do século XIX, Virchow entendia que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social” (CNDSS, 2006:1), que as condições econômicas e sociais exercem um efeito

importante sobre a saúde e a doença e que o termo saúde pública expressa seu caráter político, devendo sua prática conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social, para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.

O consenso acerca da importância dos determinantes sociais em saúde foi historicamente construído, passando por diversos estágios na trajetória da saúde pública. Esta se constituiu com a medicina moderna no final do século XVIII, como polícia médica e com a medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades.

Em meados do século XIX, entre os diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde predominava a teoria miasmática, que conseguia responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas nos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico.

Um dos conhecimentos elementares da Saúde Pública, desde suas origens, é que os problemas de saúde não se distribuem ao acaso e, muito menos, têm frequência e gravidade similares em todos os grupos humanos.

Contudo, é inegável que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando a cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social. Combater as epidemias e as endemias, esquadrinhando o espaço urbano com dispositivos sanitários, constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública (BIRMAN, 1991).

As descobertas biológicas passam a multiplicar o poder da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica ou histórica.

As descobertas bacteriológicas de Pasteur, que representaram um avanço fundamental no conhecimento biológico das infecções, contribuíram para apagar qualquer diferenciação dos corpos. A leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando com sua universalidade as práticas de medicalização. Assim, a saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide.

Entretanto, muitas foram as críticas feitas à História Natural da Saúde-Doença, tentando introduzir modificações, contextualizando a história natural, envolvendo-a no contexto social, econômico e cultural. A maior crítica ao modelo foi que, ao tornar-se natural,

o paradigma deixou de ser histórico, “metamorfoseando-se em mito” (AROUCA apud NUNES, 2000).

Já em 1972 ocorreu em Quito, no Equador, o Seminário de Cuenca, patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que teve um cunho de formação profissional. Este seminário contou com a participação de um grupo de cientistas sociais e médicos e seu objetivo foi discutir sobre a necessidade de um modelo de atenção à saúde que levasse em conta as contradições internas da sociedade, os níveis estruturais e as relações entre eles (NUNES, 2005). Este modelo deveria estar ancorado numa concepção de saúde que superasse a até então predominante, baseada no paradigma Flexneriano. Tal paradigma consolidou-se no período de 1910 a 1930, a partir das recomendações do Relatório Flexner, dando ênfase à pesquisa biológica para superar a era empírica do ensino médico. Tal paradigma é marcado, entre outros aspectos, pelo mecanicismo (analogia do corpo humano a uma máquina); biologismo: peso dado, exclusivamente, à natureza biológica das doenças, suas causas e conseqüências; individualismo, que significa a exclusão dos aspectos coletivos e sociais da vida dos indivíduos; especialização; tecnificação e curativismo (privilegiando o aspecto curativo; o diagnóstico).

No ano de 1978, a Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, deu continuidade ao processo de destaque dos determinantes sociais da saúde, tendo, como ponto central, a proposição de uma nova agenda para a saúde. Esta Conferência é considerada um marco na saúde pública moderna e a declaração produzida na mesma apontava como meta “a saúde para todos no ano 2000” e determinava que a atenção primária à saúde era o meio para se alcançá-la. A adoção desta estratégia marcou o ressurgimento da força dos determinantes sociais na saúde pública.

A Declaração de Alma-Ata apresentou a atenção primária à saúde, sob duas perspectivas diferentes. Por um lado a atenção primária à saúde seria o nível mais básico de atenção à saúde dentro de um sistema de saúde reconfigurado para enfatizar as necessidades básicas de saúde da maioria, e, assim, seria o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Mas a atenção primária à saúde também seria uma filosofia de trabalho considerada somente parte do desenvolvimento social e econômico geral da sociedade (CDSS/OMS, 2005).

Um dos pilares da atenção primária à saúde era a ação intersetorial de combate aos determinantes sociais e ambientais da saúde. A Declaração de Alma-Ata especificou que a atenção primária à saúde envolve não só o setor de saúde, como também todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento nacional e da comunidade, especialmente

agricultura, criação de animais, alimentação, indústria, educação, habitação, serviço público, comunicação, dentre outros setores.

Na década de 80, observou-se novamente o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado, reforçando a assistência médica individual. Na década seguinte, porém, volta a ganhar ênfase a questão dos determinantes sociais, impulsionada pela discussão das Metas do Milênio, definidas durante Reunião de Cúpula dos países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em 2000, na cidade de Nova York. As Metas do Milênio são oito e se dividem em dezoito objetivos específicos. São elas: acabar com a fome e com a miséria; educação básica e de qualidade para todos; igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças infecto-contagiosas; qualidade de vida e respeito ao meio-ambiente; desenvolver uma parceria mundial para o desenvolvimento (PANHOCA, L.; DA SILVA, O.M.P.; FIGUEIRA, F., 2007). O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) coordena as metas, acompanhando os progressos no sentido de atingir os compromissos assumidos.

De acordo com Buss e Filho (2007), vem ocorrendo em âmbitos nacional e internacional, nas últimas décadas, um avanço nos estudos das relações entre a maneira como se organiza e desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Este avanço – que tem sido marcante no estudo das iniquidades em saúde - se justifica pelo fortalecimento da constatação de que esta é produzida socialmente.

Há três gerações de estudos sobre iniquidades em saúde. A primeira geração descreveu as relações entre pobreza e saúde; a segunda descreveu os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual dedica-se, principalmente, aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades (BUSS e FILHO, 2007).

Muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. O fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. A desigualdade na distribuição de renda não é, portanto, prejudicial somente à saúde dos pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. “Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda possuem uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais eqüitativa” (CNDSS, 2006:2).

A preocupação com a questão da pobreza e seus rebatimentos nos diversos aspectos da vida humana, como a saúde, por exemplo, tem mobilizado debates em nível mundial, direcionados a propor formas diferenciadas e inovadoras de combatê-la, bem como diminuir o nível de desigualdades sociais.

Atualmente, esta discussão tem ocupado lugar de destaque no setor saúde. Prova disto foi a recomendação feita durante a realização da Assembléia Mundial de Saúde, em 2004, pelo Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Lee Jong-Wook – de criação de uma comissão para propor políticas públicas de saúde e externas a este setor, assim como intervenções que visem à melhoria das condições de saúde e a diminuição das iniquidades. Desta recomendação surgiu a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da OMS (CDSS/OMS), em março de 2005, que se constitui num “fórum estratégico mundial formado por lideranças políticas, científicas e da sociedade civil organizada” (CNDSS, 2006:3). Esta comissão tem como meta global a busca de equidade em saúde e lidera um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais em saúde, com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde.

Em julho de 2005, a Organização Pan-americana da Saúde reuniu em Washington os países da região das Américas, para apresentar a proposta da CDSS-OMS, o que despertou o interesse dos países sobre a temática. Após este evento, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde começaram a definir uma agenda de atividades no Brasil, buscando “respostas sociais organizadas para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde no país” (CNDSS, 2006:3).

Seguindo um movimento mundial em torno deste tema, o Brasil lançou, em março de 2006 – um ano após a criação da Comissão da OMS – a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Tendo o conhecimento de que grandes parcelas da população brasileira sofrem de problemas geradores de importantes iniquidades em saúde, a Comissão Nacional destacou, como seus principais desafios, o aumento na produção de conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações e a incorporação destes conhecimentos na definição e implantação de políticas públicas (CNDSS, 2006).

Mostra-se fundamental, portanto, conceituar os determinantes sociais de saúde. Solar e Irwin (2005:4) os definem como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre”. Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que

afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem este impacto sobre a saúde.

Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais em saúde são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e FILHO, 2007:78).

Este conceito também está ligado aos “fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes” (SOLAR e IRWIN, 2005:4).

Quando se trata de determinantes sociais, o que se busca compreender é como as causas dos casos individuais estão relacionadas às causas da incidência nas populações.

Segundo Solar e Irwin (2005), o conceito de equidade na saúde apresenta-se como fundamento para a reflexão sobre os determinantes sociais. A equidade na saúde é definida por estes autores como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.

Solar e Irwin (2005) adotam o argumento construído por Stronks e Gunnins-Schepers em 1993, o qual justifica a necessidade de ações governamentais para tratar as iniquidades na saúde, baseado na idéia de justiça social. Alegam que uma sociedade justa caracteriza-se por fornecer alto grau de liberdade a todos os seus membros, principalmente a liberdade de escolher um plano de vida que se adapte melhor ao seu conceito de ‘vida boa’. Assim, um bom governo é obrigado a realizar ações sobre os determinantes sociais para garantir a igualdade de possibilidades de saúde, evitando as condições sociais que limitam a capacidade de saúde de algumas pessoas em uma sociedade e criam desigualdades na oportunidade dessas pessoas exercerem sua liberdade. O destaque deste argumento consiste no fato de que o conceito de justiça no qual ele se baseia não exige que todos tenham o mesmo nível de saúde, mas sim uma tal distribuição dos determinantes de saúde, até onde podem ser controlados, para que cada indivíduo tenha as mesmas possibilidades de levar uma vida longa e saudável.

Anand (apud SOLAR e IRWIN, 2005) afirma que a saúde é um bem especial cuja distribuição justa merece a preocupação particular das autoridades políticas. Indica que há duas razões principais para que a saúde seja concebida como um bem especial: (1) a saúde é uma parte constituinte direta do bem-estar de uma pessoa; e (2) a saúde permite a uma pessoa funcionar como um agente. Portanto, as desigualdades na saúde são reconhecidas como

desigualdades na capacidade de funcionamento das pessoas. A autora conclui que, quando tais desigualdades surgem como consequência das diferenças de posições sociais dos indivíduos, fica clara a existência de uma grave falha no princípio político da igualdade de oportunidade.

Nos últimos quinze anos, vêm sendo desenvolvidos diversos modelos que tentam demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, para deixar claras as conexões entre diferentes tipos de determinantes de saúde; e para localizar pontos estratégicos para as ações de políticas. Segundo Solar e Irwin (2005), cada um destes modelos traz importantes contribuições, embora nenhum dê conta de cumprir todos os requisitos por si mesmo. A combinação de elementos dos vários modelos, portanto, é vista por estes autores como um passo significativo, capaz de aguçar o debate.

Solar e Irwin (2005) construíram um Modelo de Determinantes da Equipe de Equidade da OMS. Este modelo identifica dois principais grupos de determinantes: estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais são aqueles que geram estratificação social; eles incluem fatores tradicionalmente ligados à renda e à educação. Os autores afirmam ser vital reconhecer, atualmente, gênero, etnicidade e sexualidade como estratificadores sociais. Os determinantes intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social e determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde. Nesta categoria são incluídos: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos e barreiras para adoção de um estilo de vida saudável. O sistema de saúde em si também deve ser compreendido como determinante intermediário, uma vez que seu papel torna-se relevante no que se refere ao acesso ao sistema, fator que engloba as diferenças de exposição e vulnerabilidade. “O sistema de saúde pode tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados médicos, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o status de saúde” (SOLAR e IRWIN, 2005:17).

Os autores concluem que é preciso

localizar a causa das desigualdades na saúde, não somente em circunstâncias de desvantagem e em comportamentos prejudiciais à saúde de grupos mais pobres, mas também as diferenças sistemáticas das oportunidades na vida, dos padrões de vida e dos estilos de vida associados com as posições desiguais das pessoas na hierarquia sócio-econômica (SOLAR e IRWIN, 2005:30).

Com o objetivo de problematizar tais diferenças de oportunidades, padrões e estilos de vida, Victora (2006) apontou – durante a primeira reunião da Comissão Nacional

sobre Determinantes Sociais em Saúde, realizada em Brasília, em março de 2006 – que os pobres morrem mais cedo, o que ocorre por razões como: maior exposição a doenças e agravos; menor cobertura com intervenções preventivas; maior probabilidade de adoecer; menor resistência às doenças; menor acesso a serviços de saúde; pior qualidade da atenção recebida em serviços de atenção primária; menor probabilidade de receber tratamentos essenciais; menor acesso a serviços de nível secundário e terciário.

É necessário tratar as desigualdades sociais, uma vez que são elas que criam as iniquidades de saúde. A equidade na saúde não se refere somente a bons ou maus resultados de saúde. Ela trata principalmente de oportunidades na saúde.

1.2.1 - A determinação social da saúde da criança

A partir do reconhecimento da relação direta entre a inserção social e a saúde, pode-se analisar o rebatimento de tal relação na vida da criança, que é, essencialmente, um ser em formação, um ser em desenvolvimento¹⁰. O desenvolvimento pode ser definido como “o processo de construção da identidade humana, que inicia-se no momento da concepção e não se detém até a morte do indivíduo” (RESEGUE, 2005:1).

Para que haja desenvolvimento infantil – seja ele afetivo, motor, da linguagem, cognitivo, social etc. – é essencial que haja saúde, enquanto um recurso para a vida diária, e não, como objetivo a ser alcançado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2002)¹¹, em seu artigo 7, aponta a vida e a saúde como direitos fundamentais que devem ser protegidos e assegurados por políticas públicas, de modo a garantir que o desenvolvimento se dê em condições dignas de existência. O estatuto enfatiza, ainda, que a criança tem direito ao respeito e à dignidade, como pessoa humana em processo de desenvolvimento e como sujeito de direitos civis, humanos e sociais (ECA, 2002, artigo 15).

A influência dos aspectos sociais na saúde da criança é objeto de diversos estudos, nos quais se reafirma o papel determinante das condições de vida. Caldeira et al (2005), ao pesquisar a evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, em Belo Horizonte, constatou que a mortalidade do tipo pós-neonatal (isto é, quando o óbito ocorre entre o 28º dia de vida e o final do primeiro ano de vida) está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente. As principais causas destes óbitos são também consideradas evitáveis e de fácil intervenção por estarem mais associadas a condições precárias de saneamento básico e de acesso aos cuidados de saúde.

Ainda neste estudo, os autores apontaram que “é notória a elevada participação de óbitos do grupamento diarreia-pneumonia-desnutrição”, levando a concluir a influência do modelo econômico na continuidade das desigualdades sociais, que contribuem na manutenção dos eventos que levam a óbitos por causas banais (CALDEIRA et al, 2005:8).

Bezerra Filho et al (2007), ao discutir a distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e seus principais determinantes, no estado do Ceará, concluiu que as

¹⁰ De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (2002), considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos.

¹¹ A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é a norma legal que trata da proteção integral à criança e ao adolescente no Brasil, seja no âmbito familiar, na comunidade ou em instituições públicas.

condições de assistência à gravidez, ao parto e ao recém-nascido somadas a uma melhor distribuição de renda são decisivas para a sobrevivência no primeiro mês de vida, enquanto que a má alimentação, imunização, saneamento, educação e situação econômica são possíveis determinantes da mortalidade pós-neonatal.

Ao pesquisar os fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, Caetano et al (2002) observou que uma das causas mais frequentes de adoecimento e internação nesta faixa etária são as infecções respiratórias agudas. Além disso, pôde-se constatar que o impacto desta patologia sobre as taxas de hospitalização e os óbitos sofre diferenciações significativas, relacionadas às desigualdades existentes no desenvolvimento econômico dos diversos países e regiões. Segundo o estudo, a pneumonia é a principal infecção respiratória responsável por internações hospitalares e “nos países desenvolvidos, o efeito letal da pneumonia afeta menos de 2% das crianças na faixa etária de zero a cinco anos, enquanto nos países em desenvolvimento a estimativa atinge 10% a 20%” (CAETANO et al, 2002: 286). Estes dados permitem concluir que as taxas de hospitalização por infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas são desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais, afetando, principalmente, as crianças de famílias de menor poder aquisitivo que, por terem menos acesso a serviços de saúde, retardam a procura por atendimento adequado, favorecendo, assim, o agravamento das doenças e os conseqüentes riscos maiores de hospitalização.

A pesquisa desenvolvida por Pilz e Shermann (2007), buscou avaliar a associação entre fatores biológicos e sociais para o desenvolvimento e saúde da criança. Os autores ressaltam que a pobreza é considerada um tipo de ameaça constante, que aumenta a vulnerabilidade da criança, uma vez que pode causar subnutrição, privação social e desvantagem educacional, além de limitar as oportunidades de desenvolvimento da criança.

Bezerra Filho et al (2007), ao estudar a distribuição espacial da mortalidade infantil brasileira, apontou que esta apresenta diferenciais, tanto entre estratos sociais, entre regiões e estados, como em áreas da mesma cidade, possibilitando identificar territórios constituídos de grupos populacionais sob altos riscos de morte infantil ou correlacionar os riscos desta mortalidade com variáveis sócio-econômicas e de assistência à saúde.

No estudo do processo de determinação social da saúde, Reis (2005), tomando como base a vivência profissional na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário de Juiz de Fora, elencou alguns determinantes sociais da saúde da criança. Tais determinantes foram destacados não só devido à sua importância, mas, principalmente, por sua incidência nos casos atendidos São eles: as relações familiares, as condições de moradia, a escolaridade dos

pais ou responsáveis, a alimentação da criança e de sua família, falta de trabalho dos pais e, conseqüentemente a falta de renda.

O significado da família para a saúde da criança (saúde física e mental) pode ser considerado singular, uma vez que é na família que ela “aprende a reconhecer-se como única (identidade) e como parte de um grupo (sentido de pertencer, o sentido do nós)” (MIOTO, 1997: 120). A família desempenha ainda o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil.

Segundo Andrade, S.A. (et al, 2005), na primeira infância, os principais vínculos, bem como os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, são fornecidos pela família. A qualidade do cuidado, nos aspectos físico e afetivo-social, decorre de condições estáveis de vida, tanto socioeconômicas quanto psicossociais.

A interação da criança com o adulto ou com outras crianças é um dos principais elementos para uma adequada estimulação no espaço familiar. Os processos proximais são mecanismos constituintes dessa interação, contribuindo para que a criança desenvolva sua percepção, dirija e controle seu comportamento. Além disso, permite adquirir conhecimentos e habilidades, estabelecendo relações e construindo seu próprio ambiente físico e social (ANDRADE, S.A. et al, 2005: 607).

O papel da família para a saúde da criança adquire peso fundamental, uma vez que, por ser um indivíduo que necessita de outros para sobreviver, é na família que a criança encontrará (ou não) carinho, amor, educação e o cuidado propriamente dito, de alimentá-la, medicá-la quando necessário, cuidar de sua higiene, de sua segurança etc. Quanto maior for a capacidade da família em cuidar bem de uma criança, maior será também o potencial de saúde da mesma.

No que se refere à habitação, Cohen et al (2007:192) aponta que, do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, esta se constitui em um espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde visto que a família tem na habitação seu principal espaço de sociabilidade, transformando-a num espaço essencial para o desenvolvimento de sua saúde. A habitação é entendida como “a ação do *habitat* em um espaço que envolve o elemento físico da moradia (e/ou qualquer ambiente físico construído), a qualidade ambiental neste espaço construído, no seu entorno e nas suas inter-relações”.

As condições de moradia exercem influência na saúde da criança, principalmente se pensarmos que, na maior parte do tempo, é em casa que a mesma se encontra. Pode-se começar uma análise pela própria construção da casa. É fato que muitas famílias conseguem apenas lugares para se abrigar com suas crianças e estes nem se constituem como casas. Muitas vezes são moradias improvisadas, que até mesmo colocam em risco a saúde da família. A estrutura da “casa” em que a mesma reside pode colaborar ou não para a garantia da saúde. Viver num local construído com estrutura sólida, que possua janelas para ventilação, que tenha um piso adequado assim como luz elétrica, água tratada, saneamento básico, que seja livre de insetos e animais nocivos, certamente propicia maior qualidade de vida do que quando se vive em locais precários.

A escolaridade dos pais – ou responsáveis – apresenta-se também como influenciadora da saúde da criança, uma vez que um maior nível de instrução e conhecimento possibilita uma forma de cuidar mais adequada. É necessário ressaltar que irão existir pais ou cuidadores com baixo grau de escolaridade, mas que cuidam melhor de suas crianças do que outros com maior grau. Contudo, o que se objetiva refletir aqui é que, de maneira geral, um maior nível de estudo garante maiores chances de cuidado adequado à criança.

Andrade, S.A. (et al, 2005) desenvolveu uma pesquisa, na qual buscou identificar a correlação entre grau de escolaridade da mãe e desenvolvimento cognitivo infantil. Os resultados do estudo indicaram que, quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental disponível para a criança, melhor o seu desempenho cognitivo. Além disso, o nível de escolaridade materna, medida em anos, apresenta associação positiva com a qualidade da estimulação ambiental recebida pela criança. A escolaridade materna, acima de cinco anos, se associou positivamente à melhor organização do ambiente físico e temporal, à maior oportunidade de variação na estimulação diária, com disponibilidade de materiais e jogos apropriados para a criança e maior envolvimento emocional e verbal da mãe com a criança.

Na pesquisa desenvolvida por Pilz e Shermann (2007) – mencionada anteriormente – também foi constatada uma associação entre a escolaridade da mãe e o desenvolvimento neuropsicomotor. Crianças filhas de mães com até três anos de estudo mostraram seis vezes mais chances de apresentar suspeita de atraso no desenvolvimento quando comparadas com crianças de mães com nove ou mais anos de estudo.

Outro determinante social diz respeito à questão alimentar. “No cuidado da saúde da criança a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde” (ROTENBERG e DE VARGAS, 2004: 86).

Nos primeiros anos de vida, é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, pois ela proporciona ao organismo a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde. As práticas alimentares são adquiridas durante toda a vida, destacando-se os primeiros anos como um período muito importante para o estabelecimento de hábitos alimentares que promovam a saúde dos indivíduos (PHILIPPI et al, 2003).

Dentre os diversos determinantes sociais da saúde da criança, um deles atinge contorno central na presente discussão, por se caracterizar como um fator social intimamente vinculado a vários outros. Não se quer dizer, entretanto, que os aspectos sociais acima analisados encontrem-se em posição isolada na vida da criança; ao contrário, todos estão em constante interação. Mas o determinante social “trabalho” adquire posição central porque dele dependem vários outros determinantes sociais.

Quando os pais ou responsáveis por uma criança trabalham, pode-se considerar que eles terão, mesmo que minimamente, condições de ter acesso à alimentação, a uma moradia mais adequada (saneamento, luz elétrica, água tratada), a meios de transporte, dentre outros recursos básicos para a vida infantil saudável. O trabalho desencadeia a presença de outros fatores. Ter trabalho, e conseqüentemente, uma renda, é o mínimo necessário para se obter condições dignas de vida e de saúde. Assim, o que se pode observar sobre o papel do trabalho na saúde da criança é que, mesmo não a influenciando diretamente, ele tem relevância central por provocar rebatimentos nos outros determinantes sociais.

No que se refere à renda familiar, a pesquisa de Pilz e Shermann (2007) aponta que crianças de famílias com renda de um salário mínimo mensal mostraram quinze vezes mais chance de apresentar suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor quando comparadas com crianças de famílias com renda maior do que três salários mínimos. O estudo concluiu que a renda familiar é determinante para a qualidade de vida das famílias quanto ao acesso à saúde, educação, alimentação e habitação, entre outros.

Todo este quadro expressa a complexidade que envolve a determinação social da saúde. É com esta complexidade que o profissional de Serviço Social inserido na área da saúde – assim como os demais profissionais – se depara em seu cotidiano. Por esta razão, mostra-se necessário ao mesmo conhecer e lançar mão dos recursos e possibilidades de intervenção disponíveis, assim como trabalhar e propor novas alternativas, a fim de qualificar o atendimento prestado, para que o mesmo tenha o potencial de responder às necessidades dos usuários.

CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: BUSCA PELA INTERSETORIALIDADE COMO FORMA DE INTERVENÇÃO NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA CRIANÇA

2.1 – Breves notas sobre Serviço Social e política de saúde: encontros e desencontros

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura (IAMAMOTO, 2001b:27).

De acordo com Netto (2001b:17), a questão social relaciona-se ao “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista e que está fundamentalmente vinculado ao conflito entre capital e trabalho”.

No estágio monopolista do capitalismo - iniciado no último quartel do século XIX (NETTO, 2001b) -, o Estado burguês se viu obrigado a se redimensionar, exercendo funções sociais, para conseguir executar sua função de “comitê executivo da burguesia” na esfera econômica. A percepção de que apenas a coerção já não era mais suficiente para garantir o controle da classe trabalhadora, fez com que o Estado se ampliasse, buscando o consenso do proletariado, através da criação da política social.

A política social tem como função amenizar as seqüelas da questão social e possui uma dupla função: a econômica – garantir a sobrevivência do trabalhador deixando-o apto a ter sua força de trabalho explorada – e a função ideológica ou social – reproduzir o sistema capitalista, na medida em que se alcança o consenso e se enfraquece o potencial de conscientização, organização e luta da classe trabalhadora.

Para trabalhar sobre as manifestações mais variadas da questão social e executar as políticas sociais do Estado, é criado o Serviço Social, enquanto especialização do trabalho coletivo, profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho, partícipe do processo de produção e reprodução das relações sociais (IAMAMOTO, 2001b).

De acordo com Iamamoto (2005), o Serviço Social foi institucionalizado como profissão, no Brasil, em 1936¹² e sua emergência encontra-se intrinsecamente relacionada à

¹² No ano de 1936 foi criada, em São Paulo, a primeira Escola de Serviço Social. Esta escola foi fundada pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), ligado e controlado pela Igreja Católica. Contudo, a

forma como o capitalismo se desenvolveu no país. A partir da década de 1930, chegou ao fim o período denominado República Velha (marcado pela produção de café, centro da economia, e pela condução do aparelho de Estado pela burguesia cafeeira), devido à decadência da produção de café, mesmo após sucessivas tentativas de seu incremento, por parte do governo. Assumiu o aparelho de Estado um bloco heterogêneo – constituído por militares, setores da burguesia não ligados ao café e parcela da classe média – que enfrentou uma crise de legitimidade. Este bloco de poder iniciou um processo de incentivo à industrialização, o que gerou a urbanização acelerada, a migração de trabalhadores do campo para a cidade e a conformação de um novo perfil de trabalhadores. O processo de industrialização provocou o acirramento da questão social e, conseqüentemente, a organização progressiva da classe trabalhadora. Este quadro agravou ainda mais a crise de legitimidade pela qual o bloco de poder vinha passando e, para superá-la, o Estado progressivamente assumiu uma organização corporativa, isto é, adotou, como estratégia de dominação, a postura de dar respostas às demandas da sociedade trazendo para sua órbita a responsabilidade pelas mesmas, desde que os trabalhadores se submetessem ao seu controle. O Estado revisou e ampliou a legislação social existente até então e adotou a política social como meio de garantir o consenso da sociedade.

O Estado necessitava de trabalhadores especializados que executassem as políticas e programas e encontrou na Igreja Católica a aliada que lhe forneceria tal mão-de-obra, uma vez que, desde a década de 1920, a Igreja era a principal organizadora da assistência (ainda com caráter de caridade) no país. Este trabalho sistemático da Igreja Católica visava mobilizar seus fiéis em torno da recatolização da nação, como forma de garantir sua hegemonia. A Igreja reconheceu no Estado um potencial aliado – que poderia lhe garantir a retomada de alguns privilégios – e o Estado, por sua vez, necessitava da força disciplinadora que a Igreja possuía.

O Serviço Social brasileiro nasceu como um “departamento especializado da Igreja” (IAMAMOTO, 2005:215), enquanto profissão do controle, responsável por reajustar os indivíduos disfuncionais ao sistema. A profissão foi criada pelo capital, para atender a seus interesses, contribuindo para a desmobilização política da classe trabalhadora.

criação desta escola não pode ser considerada como fruto de uma iniciativa exclusiva do Movimento Católico, uma vez que já se observava, neste momento, uma demanda do Estado por profissionais da assistência (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005).

A questão social, enquanto fundamento da profissão, é trabalhada nas suas mais variadas expressões, tais como os indivíduos as experimentam: no trabalho, na família, na educação, saúde, área habitacional, na assistência social pública etc.

A inserção do assistente social na área da saúde se deu desde o início da intervenção do Estado na mesma, na década de 1930, e a atuação deste profissional sofreu as influências sócio-históricas da época, como apontam Bravo e Matos (2006).

Nos anos 30, ocorreu a formulação da política de saúde, com caráter nacional, sendo organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como características as campanhas sanitárias, as ações para combate de epidemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. Na medicina previdenciária, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1936, que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas em 1923.

A política de saúde elaborada na década de 30 foi consolidada no período de 1945 a 1964 (BRAVO e MATOS, 2006), havendo um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. A partir de 1966, a medicina previdenciária se sobrepõe às ações de saúde pública.

Em 1964, instaura-se no país a ditadura militar, período em que o Estado intervém na questão social utilizando-se do binômio repressão-assistência, “burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime” (BRAVO e MATOS, 2006:27). A política de saúde, no período de 1964 a 1974 privilegiou o setor privado e teve como principais características a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase no curativismo médico e a criação do complexo médico-industrial.

Contudo, a partir de 1974, com a constatação de que não havia conseguido alcançar a hegemonia após dez anos de ditadura, o bloco de poder que ocupava o aparelho de Estado iniciou um processo de modificação gradual de sua relação com a sociedade civil. Havia, neste momento, uma tensão na política de saúde, a qual se dava entre os interesses do setor estatal e empresarial e a emergência do Movimento Sanitário¹³.

¹³ O Movimento Sanitário iniciou-se em meados da década de 1970 e foi composto por trabalhadores da saúde, intelectuais e militantes de partidos de esquerda. Tinha como bandeira de luta a efetivação da Reforma Sanitária, que consistia em promover a mudança na concepção de saúde que orientava o modelo de atenção, bem como a forma de estruturação dos serviços, os quais deveriam ser universais, equânimes e de qualidade, garantidos pelo Estado.

O Serviço Social – que havia sido criado na década de 30 – carregou uma forte influência européia e, em seu início, a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, mesmo tendo surgido algumas escolas motivadas pela demanda desta área.

A profissão se expandiu, a partir de 1945, devido “às exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo” (BRAVO e MATOS, 2006:28). Ampliou-se também, nesta década, a ação profissional na saúde, que se tornou a maior área de concentração dos assistentes sociais. A influência norte-americana substituiu a européia e o julgamento moral da população cliente deu lugar à análise de cunho psicológico.

Segundo Bravo e Matos (2006), a área da saúde se tornou o principal campo de absorção de assistentes sociais porque, além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional, o novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 – saúde como bem-estar bio-psico-social – estimulou que outros profissionais fossem requisitados para a área. Outro fator responsável pelo aumento destes profissionais foi a consolidação da Política Nacional de Saúde, que ampliou gastos com a assistência médica, pela previdência social. “O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2006:29).

A partir da década de 50, emergiram propostas racionalizadoras, como a “medicina integral” e a “medicina preventiva” e, na década de 60, surgiu a “medicina comunitária”. Nenhuma delas teve repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil, uma vez que os profissionais priorizaram suas ações no nível curativo e hospitalar, sendo absorvidos nos centros de saúde somente em 1975. Isto se deu porque, naquele momento, era a ampliação da assistência médica hospitalar que concentrava a exigência de assistentes sociais para lidar com a contradição entre a grande demanda e o caráter excludente e seletivo destes serviços (BRAVO e MATOS, 2006).

Contudo, o Serviço Social sofreu profundas transformações, no pós-1964, que rebateram no trabalho dos assistentes sociais na saúde. A profissão não havia enfrentado, até a década de 1960, “polêmicas de relevo que ameaçassem o bloco hegemônico conservador, que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional” (BRAVO e MATOS, 2006:30). Nos anos 60, este quadro se alterou e emergiu na profissão um debate questionando seu conservadorismo. Este processo de crítica foi

enfraquecido pelo golpe militar de 64, neutralizando os protagonistas do debate, comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática (BRAVO e MATOS, 206:31).

A profissão precisava adequar-se às novas exigências postas pelo pós-64 e a perspectiva de “modernização conservadora”¹⁴, difundida pelo principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, o CBCISS (Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais), buscava que a profissão fosse integradora no processo de desenvolvimento do país, tendo como base o estrutural-funcionalismo norte-americano, sem o objetivo de questionar a ordem sócio-política, mas sim inserir a profissão num determinado parâmetro teórico e metodológico.

Na distensão política (1974-1979), o Serviço Social na saúde não demonstrou alterações, apesar de haver uma maior organização da categoria, bem como outras direções para a profissão.

Na década de 80, observou-se o aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. O movimento sanitário avançou na elaboração de propostas que fortalecessem o setor público e, em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na trajetória da política de saúde no país. Nela foi aprovada a bandeira da Reforma Sanitária e o relatório da Conferência serviu de base para a negociação na reformulação da Constituição Federal.

Segundo Bravo e Matos (2006), o Serviço Social recebeu influências desta conjuntura, de crise do Estado, falência da atenção à saúde, ruptura com a política de saúde vigente e construção da Reforma Sanitária. Contudo, a profissão, neste momento, passava por um processo interno de revisão, negando seu tradicionalismo, configurando uma disputa intensa pela nova direção hegemônica a ser dada ao Serviço Social.

¹⁴ Na renovação do Serviço Social brasileiro, que se dá a partir de meados dos anos 70, são identificadas três tendências em disputa: a modernização conservadora, com influência do funcionalismo, a de reatualização do conservadorismo, baseada na fenomenologia, e a de intenção de ruptura, que realiza interlocução com o marxismo (NETTO apud BRAVO e MATOS, 2006).

Este momento da profissão, de “repensar a si mesma”, se deu incentivado pelo contexto de redemocratização brasileiro e pelo Movimento de Reconceituação¹⁵, iniciado na década de 60, na América Latina. Como resultado deste processo, o Serviço Social assumiu, de maneira hegemônica, a postura de compromisso radical com os interesses da classe trabalhadora, em busca da democracia, da cidadania e da justiça social, fortalecendo o caráter político do exercício profissional.

Por ter sido um movimento de revisão interna – embora articulado à realidade da época – não houve um

nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária, caracterizando um descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO e MATOS, 2006:34).

Contudo, os anos 80 foram de extrema relevância para o Serviço Social, pois marcaram o início da tendência atualmente hegemônica na profissão: a intenção de ruptura, alicerçada pela interlocução com o marxismo (mesmo que a maioria dos profissionais desta vertente se encontrasse inserida no meio acadêmico, interferindo pouco no que se refere à intervenção nos serviços).

Apesar das lacunas existentes, o Serviço Social na saúde apresentou alguns avanços na década de 80: a postura crítica de trabalhos apresentados em congressos, a apresentação de trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, a proposta de intervenção da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a articulação do CFAS com outros Conselhos Federais da área da saúde. Contudo, tais avanços são considerados insuficientes e a profissão, na década de 90, apresentou alterações incipientes da prática institucional, além de permanecer desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO e MATOS, 2006).

A prática profissional do assistente social encontra-se profundamente condicionada pelas relações entre as classes na sociedade. Por isso, articular a profissão à

¹⁵ O Movimento de Reconceituação do Serviço Social iniciou-se na década de 60, na América Latina, caracterizando-se por ser um processo de rompimento com a subalternidade e o conservadorismo profissional, que se expressavam tanto na formação acadêmica, quanto na intervenção dos assistentes sociais. A partir deste movimento, o Serviço Social recusou, de maneira hegemônica, a perspectiva de neutralidade e a formal assepsia de participação político-partidária, assumindo o compromisso com os interesses da classe trabalhadora, visando colaborar para a consolidação de um projeto societário embasado na justiça social (NETTO, 2002).

realidade é um dos maiores desafios, uma vez que o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade. Isto quer dizer que a conjuntura social não pode ser apenas um “pano de fundo” sobre o qual se dá o exercício profissional. Ao contrário, esta conjuntura é que configura o trabalho do assistente social. É necessário, portanto, que seja rompida qualquer relação de exterioridade entre profissão e realidade, uma vez que esta deve ter centralidade no exercício profissional (IAMAMOTO, 2001b).

O Serviço Social caracteriza-se como uma profissão de natureza interventiva, que atua na relação direta com a população usuária, enquanto “um executor terminal de políticas sociais” (NETTO, 2001b:93). Contudo, o exercício da profissão é “mais que isso, uma vez que o sujeito profissional tem competência para propor, para negociar com a instituição seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais” (IAMAMOTO, 2001b:21).

Para tanto, o exercício profissional do assistente social deve basear-se no projeto ético-político da profissão, concebido como um conjunto de valores sobre os quais o Serviço Social (de modo hegemônico) se sustenta. Estes valores encontram-se explicitamente ligados ao compromisso com a defesa da classe trabalhadora e se expressam – dentre outras fontes – nos princípios da profissão, presentes em seu Código de Ética¹⁶: a liberdade como valor ético central, a defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, busca pela equidade e justiça social, compromisso com a qualidade dos serviços prestados, dentre outros (CEFESS, 1997).

É nessa perspectiva que se inquire a realidade buscando, pelo seu deciframento, o desenvolvimento de um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos, na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária (IAMAMOTO, 2001b: 19).

Ao considerar as propostas do Projeto de Reforma Sanitária e os valores do Projeto Ético-político do Serviço Social, o que se observa é a existência de uma afinidade extrema entre os mesmos, uma vez que ambos pautam-se na defesa do direito, da equidade, da qualidade na prestação dos serviços, da participação crítica e democrática.

¹⁶ O Código de Ética Profissional do Assistente Social lançado em 1993 não se constitui o primeiro instrumento de normatização da profissão. Outros códigos anteriores nortearam a profissão e suas novas elaborações correspondem aos estágios pelos quais o Serviço Social brasileiro passou, desde sua institucionalização. O Código de 1993 resulta de um esforço coletivo que visa redimensionar valores e compromissos éticos profissionais. Traduz a identidade profissional articulada a um projeto societário mais justo e democrático (BONETTI et al, 1996).

O assistente social inserido na área da saúde deve, portanto, ter suas ações pautadas no fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS¹⁷: a universalidade (direito a todo cidadão de ter acesso aos serviços de saúde); equidade (significa que todo cidadão tem que ser atendido com qualidade, o que supõe, inclusive, considerar as diferenças entre estes); a integralidade das ações (ênfase não só na cura, mas também na prevenção e promoção da saúde); participação popular (o direito do usuário em fiscalizar e deliberar sobre a política de saúde, exercendo o controle social); descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; direito à informação (o usuário dos serviços de saúde deve ser orientado acerca de todos os seus direitos, deve receber informação sobre diagnóstico, possíveis formas de tratamento, procedimentos a serem realizados, seu efeitos etc), dentre outros.

Bravo e Matos (2006) reforçam que cabe ao Serviço Social - numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS - formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem esse direito social, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde, que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

¹⁷ Para o aprofundamento da discussão acerca da política de saúde no Brasil, ver Carvalho e Santos (2001), Gerschaman (2004), Eibenschutz (1995), dentre outros.

2.2 – O trabalho do assistente social na saúde

Para discutir sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social na área da saúde, é preciso demarcar que o mesmo encontra-se na esfera dos serviços, o que o caracteriza como um “trabalho improdutivo”, isto é, aquele que contribui indiretamente para o processo de acumulação do capital. Segundo Antunes (2005:44), “o trabalho produtivo é aquele que gera valor e um sobrevalor às mercadorias. No caso do trabalho improdutivo, o produto não é separável do ato da produção”.

Costa (2000) reafirma que o trabalho em saúde enquadra-se na esfera dos serviços, mas reporta-se a Nogueira (1991) para salientar que ele é marcado por uma singularidade: a natureza e modalidade dos processos de cooperação (vertical e horizontal). A “cooperação vertical” se dá através das diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia. Já a “cooperação horizontal” consiste nas diversas subunidades que participam do cuidado em saúde.

A saúde pública é uma política social que se materializa como um serviço e Costa (2000:39) enfatiza que “o serviço exprime o valor de uso particular do trabalho útil como atividade e não como ‘objeto’”.

Costa (2000) destaca algumas singularidades do trabalho na saúde pública, as quais credita às particularidades do trabalho no setor de serviços. A primeira delas refere-se ao fato de que a força de trabalho, nos serviços de saúde, é consumida para uso dos consumidores, não gerando imediatamente mais-valia, apesar de ser objeto de mercantilização (o assalariamento dos trabalhadores e o consumo de medicamentos podem ser citados como exemplo). Outra singularidade é a relação direta que se estabelece entre trabalhador e usuário, isto é, entre quem produz e quem consome, fazendo com que o usuário seja um co-participante do processo. A co-participação do usuário se realiza através de seu encontro direto e imediato com o trabalhador de saúde e desta interseção depende todo o desenvolvimento do processo de prestação do serviço/atendimento da necessidade de saúde apresentada. Os resultados do trabalho em saúde constituem-se outra singularidade, uma vez que, como este trabalho não se dá sobre coisas, mas sobre situações concretas, tais resultados são de difícil previsão e o que se consome “é o efeito presumido de uma ação”. Singular também é a forma de produção e consumo dos serviços de saúde, os quais se dão a partir de momentos instituintes, que, por sua vez, dependem do tipo de demanda, do nível de resolutividade dos serviços, dos recursos humanos, financeiros, dentre outros.

No que se refere aos processo de trabalho dos serviços, Costa (2000:39) salienta que o mesmo baseia-se numa inter-relação pessoal, constituindo-se em um processo de “intersecção partilhada”, uma vez que, quando um trabalhador encontra-se com o usuário, no interior do processo de trabalho, estabelece-se entre eles um “espaço interseçor” (MERHY, 2002). Tal intersecção é do tipo compartilhada, porque o usuário não é apenas um consumidor do trabalho, mas é um co-participante do mesmo, já que dele dependem o fornecimento de informações e o cumprimento das prescrições elaboradas pelo profissional.

No trabalho em saúde, em função da relação direta que estabelece com o usuário, o profissional precisa imprimir uma direção ao seu trabalho (COSTA, 2000), o que requer uma capacidade para auto-governar sua ação. De acordo com Merhy (2002:79), o profissional auto-governa sua ação, não tendo que prestar conta do que e do como está atuando. “Isso tem a ver tanto com a dimensão ético-política do processo institucional, quanto individual”.

O “auto-governo” do trabalhador é muito amplo, podendo exercê-lo sob um processo intensamente privatizado e fragmentário, ou não, dependendo centralmente do modelo de atenção, entre várias outras intencionalidades” (MERHY, 2002:79).

É preciso salientar, contudo, que o profissional tem a sua atuação condicionada por fatores como a política de saúde que rege o funcionamento dos serviços e os objetivos da instituição em que trabalha, sendo, portanto o auto-governo uma característica mais relacionada ao contato direto com o usuário, no qual o profissional direciona sua ação.

O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho que permite a produção de um determinado produto; é o trabalho criador, instituinte, que está em ação fazendo uso do que está dado (MERHY, 2002). Para o autor, o trabalho vivo pode tanto fazer uso do que está dado, quanto, em certa medida, exercer com alguma autonomia este uso do que já está dado. “O auto-governo é marcado pela ação do trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades perseguidas” (MERHY, 2002:84).

O trabalho morto é o trabalho passado, cristalizado; são os produtos-meios envolvidos no processo de trabalho e que são resultado de um trabalho anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho anteriormente realizado (por exemplo, um martelo no processo de produção de uma cadeira). O trabalho morto, apesar de ser produto de um trabalho vivo, é chamado de morto por ser uma ‘cristalização’ deste trabalho vivo. O trabalho morto é o trabalho já instituído, dado e é

ofertado como um conjunto de situações que entra comandando uma parte da atividade produtiva e criativa (MERHY, 2002).

O processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes, como qualquer processo de trabalho, aliás. Mas nele, em particular, o jogo de produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão de seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera” (MERHY, 2002:98).

Quanto ao Serviço Social, é preciso destacar que o mesmo não possui um processo de trabalho próprio. Ao contrário, existem processos de trabalho nos quais o assistente social se insere e o processo coletivo de trabalho em saúde é um deles. Segundo Iamamoto (2001b:106),

o processo de trabalho em que se insere o assistente social não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social, ainda que nele participe de forma peculiar e com autonomia ética e técnica.

Os processos de trabalho nos quais se inscreve o assistente social se organizam conforme as exigências econômicas e sócio-políticas do processo de acumulação, moldando-se em função das condições e relações sociais específicas em que se realiza, e não em função do Serviço Social. É esta compreensão que permite que não se caia no risco de tratar a profissão como algo invariável no tempo e no espaço. Coloca-se, portanto, como um desafio para decifrar o exercício profissional, a apreensão das particularidades dos processos de trabalho que, em circunstâncias diversas, vão ganhando feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão, ainda que esta não perca sua identidade (IAMAMOTO, 2001b).

No que se refere ao trabalho do assistente social na área da saúde, os estudos de Costa (2000) e Vasconcelos (2002) são referência para a profissão. Costa (2000) realizou uma pesquisa nos serviços públicos de saúde em Natal, Rio Grande do Norte, na qual analisou a participação e inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Vasconcelos (2002, 2006) estudou a realidade do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde na cidade do Rio de Janeiro.

O estudo de Costa (2000) apontou que, enquanto os assistentes sociais passavam por inquietações acerca do conteúdo de sua prática, alegando que a imprecisão da mesma

estivesse gerando sua desqualificação, ampliava-se cada vez mais o número de contratações destes profissionais nos serviços de saúde, demonstrando haver um conjunto de demandas que revelavam a utilidade da profissão.

A ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sócio-técnica do trabalho. Este quadro é explicativo do crescimento quantitativo de profissionais de Serviço Social na área da saúde (COSTA, 2000:39).

A autora ressalta que esta tensão entre os ‘valores da profissão’ e os ‘papéis que objetivamente lhe foram alocados’ derivam de uma certa desconsideração das “condições objetivas sob as quais se desenvolve a prática profissional, quais sejam: o caráter subsidiário da prática em relação às atividades-fins das organizações de saúde e às relações de subordinação inerentes à condição de trabalhador assalariado” (COSTA, 2000:37).

Mostra-se necessário não só reconhecer o conjunto de determinações sociais que cercam o trabalho do Serviço Social, implicando em algumas formas de subordinação - o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos da instituição empregadora -, como também desvelar as particularidades do trabalho deste profissional nos serviços de saúde (COSTA, 2000).

A mesma autora compreende que a inserção do assistente social no trabalho em saúde deve-se ao reconhecimento social da profissão e ao conjunto de necessidades advindas dos momentos históricos através dos quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

A implementação do SUS trouxe mudanças de várias ordens, que exigiram novas formas de organização do trabalho em saúde, afetando tanto a cooperação entre as diversas atividades, como o conteúdo de algumas tarefas. Embora o SUS tenha atendido algumas reivindicações do movimento sanitário, o conjunto das mudanças não superou o modelo médico-hegemônico (pautado na doença e no curativismo, tendo o hospital como principal espaço de atendimento e o médico como centro do modelo de atenção à saúde) e, assim, Costa (2000) salienta que, na nova sistemática de operacionalização do SUS, persistem algumas dificuldades históricas, ao mesmo tempo em que emergem novas problemáticas.

Neste contexto, surgem necessidades resultantes da tensão entre ações tradicionais e as novas proposições do SUS, que também determinam o âmbito de atuação dos assistentes sociais, inclusive, ampliando seu mercado de trabalho. Tais requisições podem ser reunidas em três grupos: as que derivam do déficit de oferta de serviços, bem

como da ênfase na medicina curativa; as que estão vinculadas às inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas implementadas no sistema; as que derivam da necessidade de adaptação de usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa do SUS (COSTA, 2000).

Diante destas novas requisições, Vasconcelos (2002:416) afirma que, para realizar práticas que garantam a efetivação dos interesses históricos dos segmentos da classe trabalhadora, os profissionais de Serviço Social precisam

compreender a realidade no seu movimento, captar nela possibilidades de ação, priorizar, planejar, executar e avaliar, num movimento permanente, contínuo e conjunto não só com seus pares, mas articulado aos profissionais da saúde como um todo.

A ação profissional é a categoria básica da prática profissional e se estrutura sustentada no conhecimento da realidade e dos sujeitos para a qual está voltada, na definição de objetivos, na escolha de abordagens adequadas e compatíveis com tais objetivos. Implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e de recursos auxiliares para sua implementação (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

Costa (2000), ao apresentar, como constatação primordial de sua pesquisa, que as atuais contradições do SUS, em seu processo de racionalização/reorganização, constituem-se na principal fonte de demandas para o Serviço Social e que as tensões do sistema implicaram na ampliação e redimensionamento das atividades dos assistentes sociais, aponta que tais atividades concentram-se em alguns eixos específicos. Tais eixos são: as ações de caráter emergencial, as atividades de informação em saúde, as ações de planejamento e assessoria e a mobilização da comunidade.

As ações de caráter emergencial são as que respondem por situações consideradas excepcionais, nas quais o profissional precisa mobilizar recursos dentro e fora do sistema de saúde, de modo a “resolver” alguma situação do usuário ou de seu familiar e/ou acompanhante, buscando garantir que a necessidade central de saúde seja atendida (como exemplo pode-se citar: a obtenção de transporte, abrigo, roupas, alimentos etc). Tais ações encontram-se sempre relacionadas às condições de vida da população e ao déficit de serviços para atender a demanda.

As atividades de educação e informação em saúde consistem em orientações individuais ou coletivas que esclareçam e informem usuário, família ou comunidade, de modo a buscar soluções para os problemas apresentados.

Vasconcelos (2002) também discute a importância deste tipo de ação, argumentando que a educação em saúde é um dos espaços mais ricos na saúde, devido à possibilidade de sua conexão com a questão social. Ela atende a um interesse social – de saúde coletiva – e a um interesse individual, na construção, manutenção, proteção da vida da pessoa. Uma educação em saúde articulada aos interesses dos envolvidos, que contribua no desenvolvimento concomitante de cidadãos saudáveis política e fisicamente, deve se pautar na proteção e recuperação de uma vida saudável que, ao mesmo tempo que dê conta dos saberes necessários a uma coletividade saudável – saúde na vida pessoal, no trabalho e na sociedade – não se restrinja à saúde física individual, mas objetive a saúde política, econômica e cultural dos envolvidos. Segundo a autora, a saúde é um dos espaços que mais permite a totalização destes processos. O campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética. Assim, a educação em saúde envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças que os usuários já portam, mas da cobrança e controle social das ações que, extrapolando a saúde, determinam as suas possibilidades, como a infra-estrutura – água, esgoto, iluminação, habitação etc. É uma educação em saúde com estas características que pode se articular aos interesses dos segmentos que utilizam o Serviço Social em contraposição a uma educação em saúde instrumental que repassa mecanicamente informações.

O planejamento e a assessoria consistem, principalmente, em realizar ações voltadas à reorganização do trabalho no SUS, que podem ser: o planejamento local de unidades de saúde, instrumentalização da avaliação e controle dos serviços, treinamento e preparação de recursos humanos, dentre outros. Costa (2000:45) descreve tais atividades como “mediadoras da cooperação e constituição dos diversos processos de trabalho, envolvendo gestores, funcionários, profissionais e usuários dos serviços de saúde”.

As ações de mobilização da comunidade consistem basicamente em ações educativas voltadas para sensibilizar a comunidade, seja em torno da instalação de um Conselho de Saúde ou de trabalhos voltados para a prevenção de doenças, por exemplo. Costa (2000:46) as define como “atividades de cunho político-organizativo e instrumental”.

Estes eixos de atividades são operacionalizados segundo alguns núcleos apontados por Costa (2000): o levantamento de dados – através dos quais pode-se caracterizar e identificar as condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários; a interpretação de normas e rotinas (e também sua elaboração), além de procedimentos

educativos, como orientações e encaminhamentos; agenciamento de medidas de caráter emergencial e atividades de apoio pedagógico e técnico-político.

A autora salienta que as mudanças operacionalizadas no SUS apresentam novas requisições para o trabalho do assistente social, exigindo que o profissional tenha capacidade e habilidade para explicar as mudanças em curso, conheça a realidade econômica, social, cultural, bem como o nível de organização política dos usuários e tenha capacidade para mobilizar a população para se engajar no processo de efetivação do SUS.

Diante desta sistematização do trabalho dos assistentes sociais nos serviços de saúde, Costa (2000) afirma que o trabalho nesta área apresenta grande diversidade e volume de demandas, o que evidencia a capacidade do profissional de Serviço Social para lidar com as mesmas, seja as que resultam do modo de organização do trabalho em saúde, seja aquelas que derivam das contradições do sistema.

Vasconcelos (2006:258) também afirma que o trabalho em saúde exige uma série de requisitos que, “implicando assistentes sociais e demais profissionais em equipes multiprofissionais, possam resultar em planejamento, realização e avaliação de uma prática na saúde que contribua para ampliar, facilitar e realizar / radicalizar o acesso aos direitos”. Tais requisitos são: o planejamento – enquanto instrumento de luta, negociação e registro da prática; a organização e realização da atenção aos direitos e acesso ao Serviço Social, a partir da demanda dos usuários e não da oferta das instituições; a realização e publicização de estudos socioeconômicos, não só de quem solicita e acessa os recursos disponibilizados pelas políticas sociais, mas dos que não conseguem acesso, para que sejam analisados, divulgados e conhecidos, pelos usuários, planejadores e gestores, Conselhos; identificação e priorização das necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas sem, contudo, desvalorizá-las; priorização das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, independente do tipo de unidade, sem prejuízo do tratamento e da reabilitação.

Segundo Vasconcelos (2006), cabe ao assistente social fazer com que a passagem pelo Serviço Social capacite o usuário, incentivando e contribuindo para sua mobilização e organização na luta por seus direitos – individuais e coletivos – em todas as áreas, o que é mais amplo do que o simples acesso a um recurso.

As conclusões apontadas pela pesquisa de Costa (2000) deixam claro que o assistente social inserido no trabalho em saúde, seja em qual for o nível de complexidade, precisa conhecer bem não só o funcionamento da instituição em que está inserido, mas também a política de saúde que orienta todo o sistema, a lógica de funcionamento do SUS, os

outros serviços que o compõem e as formas de inserção dos usuários nos mesmos, além dos serviços referentes às outras políticas sociais setoriais, já que as necessidades dos usuários extrapolam o setor saúde. Para que o modelo médico-hegemônico possa ser superado, o sistema de saúde deve centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, saneamento, condições de trabalho, educação, assistência, previdência etc.

Sobre esta questão, Vasconcelos (2006) também afirma a importância das ações integradas entre as políticas que asseguram os direitos sociais, destacando que a intervenção do assistente social deve contribuir para ampliar estas ações, trazendo ganhos para os usuários.

Costa (2000) explicita, também, que o assistente social, no interior do processo de trabalho em saúde funciona como um agente de interação entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais, apontando que o principal papel deste profissional é assegurar a integralidade das ações. A autora observa, também, o fato de que muitas das práticas que possibilitaram a ampliação do espaço ocupacional do Serviço Social na saúde são fruto de uma refuncionalização de práticas tradicionais na área (como as emergências sociais, as triagens socioeconômicas e os encaminhamentos). Contudo, enfatiza que tais atividades adquiriram um novo caráter, não sendo mais mediadas pela filosofia da ajuda.

Outra conclusão da pesquisa é a de que são os que não têm suas necessidades atendidas pelo sistema os que constituem a população usuária do Serviço Social na saúde e, assim, a legitimidade da profissão nesta área se dá, segundo Costa (2000:65), “pelo avesso, uma vez que sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais do SUS”, tornando particularizada a inserção do Serviço Social na saúde. Sobre esta questão, Vasconcelos (2002: 413) aponta que o real apresenta uma contraditoriedade que possibilita a implementação de alternativas profissionais. Estas, contudo, supõe “um sujeito profissional capacitado teórica, técnica e politicamente”.

Para garantir a saúde como direito e alcançar respostas positivas às demandas dos usuários, de modo a atender suas reais necessidades, buscar a integralidade das ações mostra-se como uma possibilidade na qual o assistente social, juntamente com os outros profissionais de saúde, deve investir.

2.3- Integralidade e intersetorialidade: dimensões da prática do assistente social frente à determinação social da saúde da criança

Mesmo tendo-se clareza de que o assistente social não atua de forma isolada e que há limites para sua ação (o próprio corte focalizado das políticas sociais, bem como a progressiva diminuição do papel do Estado no trato da questão social), algumas respostas ou possibilidades de intervenção podem ser apontadas. Neste estudo, parte-se da compreensão de que a busca pela integralidade das ações – e, de modo mais específico, da intersetorialidade, enquanto um de seus pilares - se apresenta como um caminho adequado para que se possa ter uma intervenção potencialmente mais qualificada e efetiva.

Segundo Mattos (2001), a integralidade possui três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro deles refere-se a atributos da prática profissional, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática (uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos). Uma boa prática significa, desta forma, discernir as necessidades dos usuários buscando gerar e aproveitar oportunidades de aplicação de técnicas de prevenção e levar em conta as necessidades que não se reduzem ao controle e à prevenção de doenças. Significa compreender o usuário enquanto ser dotado de aspectos sociais, biológicos, psíquicos, culturais, religiosos, dentre outros, os quais influenciam na sua saúde e precisam não só ser considerados, mas trabalhados no atendimento profissional.

O segundo conjunto de significados refere-se a atributos da organização dos serviços e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Como o foco deste estudo concentra-se nas ações profissionais – especificamente, as ações do assistente social – é o primeiro conjunto de significados da integralidade apontado por Mattos (2001) que se mostra mais relevante para os objetivos do mesmo. O assistente social que visa orientar sua prática pelo princípio da integralidade deve buscar sistematicamente escapar a qualquer tipo de reducionismo. Isto significa, dentre outras posturas, a de estar atento para trabalhar não só a demanda imediata apresentada pelos usuários, mas ter a capacidade de visualizar as necessidades latentes ou implícitas dos mesmos, assim como compreender que as concepções e comportamentos dos usuários refletem a forma pela qual estão inseridos na sociedade.

Mioto e Nogueira (2006) compreendem que a construção da integralidade, pelo Serviço Social, está atrelada a três processos:

- os político-organizativos, que correspondem à articulação de um conjunto de ações, dentre as quais se destacam a mobilização e assessoria, através da promoção de

discussões entre o espaço sócio-ocupacional do assistente social, a comunidade e as mais diferentes instituições, visando universalização, ampliação e efetivação de direitos. Neste tipo de ação, privilegia-se espaços de controle social, como Conselhos de Direitos, Conferências e instituições como o Ministério Público.

- os processos de planejamento e gestão: se dão no nível da gestão do sistema de saúde e se caracterizam por serem ações voltadas à efetivação da intersetorialidade, bem como à capacitação de recursos humanos.

- os processos sócio-assistenciais: conjunto de ações desenvolvidas, pelo profissional, diretamente aos usuários, nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Sua lógica consiste em atender o usuário como sujeito, visando responder às suas demandas e necessidades, numa perspectiva de construção de sua autonomia, no âmbito das relações institucionais e sociais.

Se são os atributos da prática profissional o conjunto de significados da integralidade que este estudo irá abordar, são, portanto, os processos sócio-assistenciais que estarão em foco, ao se analisar a atuação profissional do assistente social na saúde.

Segundo Nogueira e Miotto (2006), a integralidade tem como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade e possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico. Neste modelo, como o foco é o aspecto biológico da saúde, a profissão médica tem importância central, sendo os demais aspectos da vida dos usuários - e, conseqüentemente, as profissões que têm como especificidade cuidar destes aspectos - relegados a segundo plano.

De acordo com Minayo (apud GOMES e DESLANDES, 1994), a interdisciplinaridade pode ser conceituada como a busca de totalidade do conhecimento, como uma crítica veemente à sua fragmentação; à institucionalização e aprisionamento do saber nas academias e à crescente valorização "per si" do saber técnico. Ela pode ser vista como uma necessidade interna da ciência, a fim de resgatar a unidade de seu objeto e os vínculos de significação humana. Mas coloca-se também como uma necessidade imposta pelos complexos problemas que são colocados para a ciência e que não são respondidos por enfoque unidisciplinar ou pela justaposição de várias disciplinas.

Camargo Jr. (2003) aponta que é imperativo reconhecer que profissionais isolados, ou mesmo categorias inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos, o que coloca o trabalho interdisciplinar como necessidade fundamental. "É uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de

criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas” (2003:39).

A busca pela integralidade pode se dar a partir de caminhos diversos. A opção por estudar a intersectorialidade – enquanto um componente ou pilar da integralidade – baseia-se no entendimento de que “a integralidade do cuidado de que cada pessoa precisa freqüentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede (CECÍLIO e MERHY, 2003:199).

Cecílio (2001:117) argumenta que as dimensões da integralidade devem ser definidas a partir das necessidades de saúde e explicita que uma destas dimensões diz respeito à “articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do ‘setor’ saúde”. Esta articulação caracteriza o que o autor denomina como ‘integralidade mais ampliada’ ou ‘integralidade macro’, que

não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersectorial (CECÍLIO, 2001:117).

Magalhães et al (2007), ao discutir sobre desigualdades sociais e saúde, afirma que, no que se refere à saúde da população, as demandas passam a ser, cada vez mais, compatibilizadas e combinadas às exigências de trabalho, renda, alimentação, transporte, educação, lazer e cultura. Neste cenário, dispositivos intersectoriais capazes de garantir maior inserção e responsabilização de gestores e cidadãos tendem a alcançar maior impacto na melhoria dos níveis de bem-estar, como na redução das desigualdades sociais.

Junqueira (2000) analisa que há uma busca para estruturar os serviços de saúde na direção de um modelo de atenção mais equânime. Por isso, busca-se dividir, com outros setores que mantêm relações com o setor saúde, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças que se mostrem necessárias.

Esta articulação é que caracteriza a intersectorialidade, a qual

transcende um único setor social: é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar um efeito

sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social (JUNQUEIRA, 2000: 42).

Feix (apud DE PAULA et al, 2004:334) define a intersectorialidade como “um mecanismo que visa aproximar as instituições que lidam com fatores relacionados à saúde e que podem colaborar dentro das suas atribuições para elevar o nível de saúde da população”. O mesmo autor compreende a intersectorialidade como a

capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

De Paula (et al, 2004) complementa que a intersectorialidade, além de estar em consonância com a amplitude do objeto saúde, tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos problemas encontrados no dia-a-dia.

A intersectorialidade é uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais, para produzir efeitos significativos na saúde da população. Exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos para enfrentar problemas complexos (JUNQUEIRA, 2004). A intersectorialidade atende à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia da qualidade de vida incorporada à concepção de promoção da saúde¹⁸.

¹⁸ Mioto e Nogueira (2006:278) apontam, em sua discussão, que existem, atualmente, diferentes concepções de promoção à saúde, que remetem aos paradigmas em disputa, sendo um deles vinculado ao denominado conceito moderno de promoção à saúde e o outro referenciado no modelo da história natural da doença. O conceito moderno de promoção à saúde é decorrente das grandes conferências internacionais de promoção à saúde, e compreende que esta é um fator essencial para o desenvolvimento humano. Este conceito se caracteriza pela constatação “do protagonismo dos determinantes gerais nas condições de saúde da população e tem como objetivo contínuo um nível ótimo de vida e de saúde, em que a ausência de doenças não é suficiente”. Trata-se de uma concepção que perpassa os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde – prevenção, promoção e cura -, não entendendo a promoção da saúde como uma etapa anterior à prevenção ou à cura. Envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de saúde, vinculando-os ao conjunto das políticas sociais, possibilitando concretizar a diretriz constitucional que preconiza a atenção integral à saúde.

De acordo com Teixeira e Paim (apud NOBRE, 2003:965), a intersetorialidade tem sido definida como “um processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias atividades e recursos dos demais setores”.

Um dos objetivos da intersetorialidade é a formação de uma rede. Segundo Junqueira (2000), as redes articulam pessoas e instituições na superação de problemas sociais e, por isso, devem ser orientadas na sua ação, respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro participante. A formação de redes oferece potencialidades na operacionalização concreta de práticas eficazes.

A rede de organizações produz cooperação e reciprocidade entre vários setores, conformando uma construção coletiva que se define enquanto é realizada, mediante acordos e parcerias em prol de objetivos comuns (JUNQUEIRA, 2000).

A rede social é entendida como

o campo estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações, construídos ao longo do tempo, podendo esses vínculos serem de natureza intencional ou não, mantendo-se em constante interação e modificação, demonstrando a característica dinâmica das redes e relações, tanto como das políticas sociais (DE PAULA et al, 2004:345).

De Paula (et al, 2004) compreende que a intersetorialidade contém uma potência que confere, aos profissionais da saúde, novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e de forma resolutiva. Contudo, a ausência de uma política mais abrangente que preconize uma integração entre vários setores é um dificultador da intersetorialidade, fazendo com que a efetivação da mesma permaneça como uma tarefa individual dos profissionais, na maior parte das vezes.

Para Feuerwerker e Costa (2000), a consciência da ação setorial está mais clara no setor saúde, uma vez que

a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde – tais como saneamento básico e urbanização – e da impotência setorial diante de problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado para propor a ação e a articulação intersetorial.

De Paula (et al, 2004) também aponta que a intersectorialidade constitui-se uma inovação para a assistência à saúde e, sobre esta questão, Feuerwerker e Costa (2000) afirmam: “os caminhos da construção da intersectorialidade são tortuosos, pois o novo é novo, mas também é incompleto, cheio de imperfeições e desafios, vem sempre carregado do velho e precisa sempre ser reinventado outra vez”. A intersectorialidade é um processo complexo e, por isso, envolve o enfrentamento de contradições, restrições e resistências.

De Paula (et al, 2004) salienta que, embora inovadora para o setor saúde, a intersectorialidade, deve fazer parte da agenda e da cultura das organizações e políticas sociais, superando a perspectiva intra-setorial, pautada na dimensão assistencial com pouca dimensão intersectorial.

De acordo com Mendes (1996:252), a necessidade de ações intersectoriais se dá não somente devido à complexidade dos problemas. Trata-se da busca de uma “unidade do fazer e está associada à vinculação, à reciprocidade e complementaridade na ação humana”. O desenvolvimento da intersectorialidade não significa a anulação das singularidades do fazer setorial “pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, ela reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”.

As discussões em torno da intersectorialidade estão presentes nos debates da área da saúde, afirmando a necessidade de sua implementação, no sentido de qualificar as práticas de atenção às necessidades dos usuários. Recuperando alguns marcos deste processo, observa-se que, nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, definiu a intersectorialidade como uma estratégia para atingir Saúde para todos no Ano 2000 (Nobre, 2003).

No ano de 1997, durante a 3ª Conferência Internacional sobre Equidade em Saúde, promovida pela OMS, foi proposto que

a ação intersectorial para a saúde compreenda uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (NOBRE, 2003:965).

Mais recentemente, no Brasil, durante a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, definiu-se, como principal ponto da agenda para a efetivação do SUS e do controle social, a melhoria das condições de saúde e a existência

efetiva de políticas sociais intersetoriais e do compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Westphal e Mendes (2000:60) destacam a liderança do setor saúde neste processo e sugerem que seja seguida a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS):

a ação intersetorial demanda da área de saúde não somente iniciativa, mas sobretudo receptividade. É necessário responder às convocatórias de outros setores e/ou contribuir na ação de instâncias de ação intersetorial, onde se abordem os problemas da população através de ações que sejam baseadas em um *pensamento intersetorial* e se obtenha uma *coordenação intersetorial* para concretizar *projetos intersetoriais*.

Em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, o tema também foi debatido e o seu relatório final (2008) expressa o quanto a concepção de intersetorialidade está incorporada ao discurso da área. No item referente aos desafios para a efetivação do direito à saúde, diversos temas são mencionados enquanto eixos que necessitam da ação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de políticas e ações intersetoriais: os programas de prevenção e tratamento da dependência química, o combate e redução do uso de agrotóxicos, a redução da morbimortalidade decorrente da violência, a proteção e recuperação do meio ambiente, a educação em saúde, a educação em direitos humanos para respeito à diversidade, dentre outros.

A incorporação do conceito de intersetorialidade como forma de se alcançar melhor atenção à saúde é fundamental. Contudo, tal conceito deve fazer parte não apenas dos documentos da área da saúde, mas, principalmente, precisa ser efetivado, apesar dos desafios impostos.

Andrade, L.M.O. (2006:34) propõe um debate sobre a intersetorialidade, resgatando a discussão em torno da determinação social da saúde e analisando como, historicamente, foi sendo desenvolvida e fortalecida a compreensão da relação direta entre esta e as condições de vida. Analisa como a ampliação do conceito de saúde trouxe novas exigências e, ao mesmo tempo, fez emergir propostas de se trabalhar a saúde da população. Segundo o autor “o conceito de saúde foi sendo relido e alargado, transbordando o espaço de uma política setorial e vinculando a possibilidade de sua atualização à construção de políticas intersetoriais”.

O cerne da discussão de Andrade (2006:170) encontra-se no que este denomina como “o dilema da interseorialidade”. Isto porque, embora o conceito de saúde consolidado pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro e legitimado na Constituição Federal de 1988 tenha sido definido de forma intersetorial – ao reconhecer, como fatores condicionantes e determinantes, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, dentre outros – “atribui a uma política setorial o papel de divulgar esses determinantes e condicionantes bem como de formular políticas de saúde destinadas a promover nos campos econômico e social a observância de ser a saúde um dever do Estado”.

Deste modo, o autor observa que, sobre a interseorialidade, há

um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menos conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006: 280).

Há um nível de complexidade embutido na operacionalização da interseorialidade, visto que sua aplicação implica a superação do modelo hegemônico de constituição do Estado, no século XX.

Outra conclusão de Andrade (2006) é a de que, em um país federativo como o Brasil, é necessário que a construção de práticas e saberes interseoriais seja feita também na esfera nacional, permitindo, contudo, condições de diálogo na esferas estadual e municipal.

No que se refere ao trabalho cotidiano em saúde, o assistente social inserido na Enfermaria Pediátrica do hospital tem como foco a criança, que é um ser integral. Para dar respostas às suas necessidades, o profissional deve lançar mão da rede de políticas e serviços, o que exige do mesmo um conhecimento não só do setor saúde (a política que o rege, como está organizado, quais são os direitos da criança dentro desta política etc) e das outras políticas sociais (educação, assistência social, previdência etc), como também do funcionamento destes outros serviços, isto é, não basta ao assistente social conhecer a legislação que trata da assistência social, por exemplo; ele precisa conhecer, na sua realidade local, quais são os serviços existentes, como funcionam, quais são os critérios para inserção dos usuários, as formas de encaminhar o mesmo, dentre outros. Mesmo que não seja, portanto, o assistente social inserido no nível hospitalar aquele que irá “resolver” as demandas (apresentadas e latentes) que influenciam a saúde/qualidade de vida da criança, este profissional pode encaminhar, de forma qualificada, esta criança a outros serviços

estabelecendo, inclusive, contatos com os profissionais dos mesmos, o que possibilita até o acompanhamento das situações.

A atuação intersetorial do assistente social frente à determinação social da saúde da criança busca atender a esta e sua família da forma mais qualificada possível, mesmo que haja a clareza de que este profissional não tem a capacidade de transformar as condições de vida da criança e de sua família – uma vez que, embora tenha a questão social como objeto de trabalho, trabalha no âmbito de suas manifestações, além do fato de que superar a questão social constitui-se numa tarefa do conjunto da sociedade.

Dado que a atuação do assistente social se dá dentro de uma ordem social estabelecida e determinada (a sociedade capitalista), seu papel profissional deve ser o de possibilitar o acesso aos bens e serviços existentes, democratizar as relações institucionais, estimular a consciência crítica e capacitar os usuários no sentido de potencializar sua autonomia, defender seus direitos de cidadania, enfim: pautar sua intervenção no compromisso com a classe trabalhadora, bem como ter como perspectiva a essência e a totalidade dos processos vividos pelos usuários, de modo a visualizar nas demandas por eles apresentadas seqüelas da questão social e, a partir de então, atuar sobre as mesmas de modo crítico e politizante.

CAPÍTULO 3 – O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA CRIANÇA

3.1 – Percurso metodológico

A pesquisa objetiva gerar conhecimentos acerca de um objeto de estudo delimitado e, através dela, propõe-se construir uma reflexão crítica sobre a realidade que se deseja conhecer. É preciso, porém, ter consciência de que os produtos da pesquisa sempre são aproximações sucessivas e provisórias dessa realidade.

O método é o meio geral de condução científica da pesquisa. Significa um caminho através do qual se procura chegar a algo ou um modo de fazer algo. O método é “um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo” (TURATO, 2008:153).

De acordo com Pires (2008), a função do método não consiste em ditar regras absolutas de saber-fazer, mas principalmente, em ajudar o pesquisador a refletir para adaptar o mais possível suas técnicas, as modalidades de amostragem e a natureza dos dados, ao objeto de sua pesquisa, em via de construção.

Na definição do método a ser utilizado para a realização deste estudo, optei pela abordagem qualitativa, que se mostrou mais adequada para se trabalhar o objeto em questão. Isto porque a pesquisa qualitativa “ênfatiza os atores e o contato direto com o campo de pesquisa. Ela possibilita mostrar como as marcas da estrutura social se encontram nas situações mais circunscritas e mais particulares” (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2008:136).

A pesquisa qualitativa tem, como um de seus traços mais característicos, a vinculação à interpretação que os autores fazem dos fenômenos que se inscrevem em seu meio, baseando-se no cotidiano e na experiência das relações sociais. Os dados colhidos na pesquisa qualitativa apresentam-se resistentes à conformação estatística porque são dados da experiência, as representações, as opiniões, as palavras, o sentido da ação. São dados que escapam à padronização estabelecida, mas, ainda assim, é importante que as ciências sociais possam analisá-los, já que eles descrevem uma grande parte da vida social (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2008:147).

A pesquisa qualitativa enfatiza o campo, não apenas como um reservatório de dados, mas também como uma fonte de novas questões. O pesquisador

qualitativo não vai a campo somente para encontrar respostas para suas perguntas, mas também para descobrir questões, surpreendentes sob alguns aspectos, mas, geralmente, mais pertinentes e mais adequadas do que aquelas que ele se colocava no início (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2008:148).

Ao considerar os diferentes desenhos metodológicos da pesquisa qualitativa, optei pelo estudo de caso, como forma de me aproximar empiricamente do objeto de estudo. É necessário ressaltar que, na pesquisa social, o caso costuma ser uma organização, uma prática social ou uma comunidade, geralmente estudadas a partir de observação participante e entrevistas (BECKER apud DESLANDES e GOMES, 2004).

Chizzotti (2006) aponta que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa bastante utilizada na clínica médica, na atividade educacional, jurídica, sanitária, dentre outras, nas quais, em geral, o caso é dado ao profissional para que reúna informações sobre um determinado produto, evento, fato ou fenômeno social contemporâneo complexo, situado em seu contexto específico.

Objetiva reunir dados relevantes sobre o objeto de estudo e, deste modo, alcançar um conhecimento mais amplo sobre este objeto, dissipando as dúvidas, esclarecendo questões pertinentes, e, sobretudo, instruindo ações posteriores (CHIZZOTTI, 2006:135).

O estudo de caso, nas ciências sociais, possui um duplo objetivo, segundo os apontamentos de Becker (apud DESLANDES e GOMES, 2004). O primeiro deles consiste na tentativa de compreender, da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização de estudo. O segundo objetivo refere-se à tentativa de desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais.

Geertz (apud DESLANDES e GOMES, 2004:105) enfatiza o perigo de considerar que o caso seja uma “fotografia em miniatura da realidade”, isto é, não se pode supor que, ao estudar, por exemplo, as relações de um serviço de saúde, seja possível captar o conjunto das relações do Sistema de Saúde. O estudo de caso é um desenho de pesquisa voltado para as possibilidades de se construir o conhecimento a partir da singularidade de um caso. Assim, analisando as singularidades das relações de um serviço de saúde, como citado no exemplo, pode-se dialogar de forma densa com a lógica do Sistema de Saúde da qual o mesmo faz parte.

Cada estudo é uma aproximação da realidade do caso e, deste modo, quando se busca compreender o que está sendo focalizado num estudo, lida-se com “as principais marcas identitárias do caso, caracterizando-as, estabelecendo relações entre elas, identificando modelos que as estruturam e as suas relações com seu contexto” (DESLANDES e GOMES, 2004:106).

Para analisar o trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança, considere que seria necessário realizar um levantamento documental e a entrevista.

O levantamento documental foi realizado a partir das fichas de abordagem do Serviço Social¹⁹. Para selecionar as fichas que pudessem contribuir com o debate proposto, estabeleci alguns critérios. Primeiramente, defini que trabalharia somente com as fichas das crianças que foram internadas nos meses de março, abril e maio de 2008. A escolha deste período se deu por duas razões (que têm correspondência com o fato das fichas também se constituírem no principal instrumento de identificação das famílias que seriam entrevistadas): em primeiro lugar, para facilitar a recordação dos pais/responsáveis pelas crianças acerca dos fatos ocorridos durante a internação. Se fossem definidos períodos muito distantes, considero que poderia haver um comprometimento das informações prestadas. Em segundo lugar, era necessário definir um período tal que, quando fossem ocorrer as entrevistas com os pais (mês de agosto de 2008), os mesmos já tivessem tido um tempo suficiente para ter seguido as orientações e buscado os serviços e/ou benefícios encaminhados pelo assistente social do hospital. Ao utilizar este primeiro critério – período em que se deu a internação - pude constatar que, nos meses em questão (março, abril e maio de 2008), 160 crianças foram internadas na Enfermaria Pediátrica.

O segundo critério utilizado para selecionar as fichas foi o registro do diagnóstico médico que levou a criança à internação. Assim, das 160 fichas, excluí as que não constavam registro do diagnóstico, o que correspondeu a 15 fichas.

Com as 145 fichas restantes em mãos, o próximo critério utilizado foi selecionar fichas de crianças que foram internadas por doenças evitáveis. Foram obtidas 89 fichas.

¹⁹ A ficha de abordagem social é um instrumento utilizado pelo Assistente Social para o registro de todos os dados da criança internada necessários ao conhecimento adequado de sua realidade (orgânica, social, familiar etc). São fichas individuais nas quais o profissional registra também os atendimentos realizados junto à família da criança, bem como os encaminhamentos feitos, as orientações prestadas, a evolução do caso. No prontuário da criança (de uso comum a todos os profissionais da Pediatria), o profissional registra todas as informações que são relevantes para o conhecimento de toda a equipe profissional. A ficha de abordagem social, contudo, é um documento exclusivo do assistente social e é arquivado na sala do Serviço Social.

Destas 89 fichas encontradas, selecionei aquelas que tinham registrada a abordagem do Serviço Social²⁰. A partir deste critério, pude obter 54 fichas.

Outro critério utilizado foi, a partir destas 54 fichas, excluir: as das crianças que não são da cidade de Juiz de Fora (6 fichas); as que o acompanhante abordado pelo assistente social não era pai/mãe ou responsável pela criança (3 fichas); as que considerei insuficientes para o estudo (19 fichas), seja porque tinham somente o registro de alguma providência tomada pelo assistente social, referente à internação, ou porque o profissional conversou com a mãe, mas não foi apresentada nenhuma demanda, não tendo sido realizada nenhuma orientação, encaminhamento ou acompanhamento. Ao final deste processo, fiquei com 26 fichas para realizar as entrevistas. Ao chegar nestas 26 fichas, iniciei a primeira etapa do processo de coleta de dados: a análise documental.

Com a análise das fichas pude conhecer, ainda que preliminarmente, as famílias que poderiam contribuir com meu estudo. Neta análise enfatizei aspectos como: composição familiar, condições de vida, demandas apresentadas ao Serviço Social (ou mesmo as necessidades não apresentadas ao profissional, mas percebidas por este como demandas a serem respondidas) e orientações e encaminhamentos dados pelo assistente social.

De posse destes dados, parti para realização do contato telefônico com as famílias, a fim de solicitar a realização das entrevistas.

Segundo Turato (2008), a entrevista é um encontro interpessoal estabelecido para obtenção de informações verbais ou escritas, sendo instrumento para conhecimento, assistência ou pesquisa.

O tipo de entrevista adotado neste estudo é o semi-estruturado. Este tipo de entrevista tem o formato mais apropriado como instrumento utilizado na pesquisa qualitativa (TURATO, 2008). Nela, “o entrevistador introduz o tópico e então guia a discussão para perguntar questões específicas” (RUBIN e RUBIN apud TURATO, 2008:314). Tal modelo “constitui-se um terreno completamente seguro para o profissional de saúde, e habitualmente proporciona aos leitores um relatório de atividades coerente e investido de autoridade” (MAY apud TURATO 2008:314).

A entrevista semi-estruturada é usada quando o pesquisador conhece as questões a perguntar, mas não pode prever as respostas. É útil porque “sua técnica garante que o

²⁰ Estou chamando de abordagem qualquer atendimento do Serviço Social, seja para dar orientações específicas referentes à internação, seja para a tomada de alguma providência, ou para conhecer a realidade social da família e dar orientações e encaminhamentos diversos.

pesquisador obterá todas as informações requeridas, enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos (TURATO, 2008).

Este tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS apud TURATO, 2008: 314).

Relembro que, após o processo de seleção das fichas, obtive 26 com as quais poderia trabalhar, isto é, havia 26 famílias que poderiam contribuir com o estudo. Deste total de famílias, foi realizada entrevista com 7 (sete) delas, tendo, como sujeitos da investigação, as mães das crianças internadas. Embora em duas entrevistas os pais tivessem estado presentes, durante a discussão, será sempre feita referência às mães das crianças porque, em todos os 7 casos, estas foram as acompanhantes dos filhos no hospital, permanecendo o tempo todo com os mesmos e, por isso, tendo melhores condições de prestar as informações.

O critério para definição do número de sujeitos a serem entrevistados foi da saturação. Segundo Fontanella et al (2008), o critério da saturação é freqüentemente empregado nas investigações qualitativas em diferentes áreas do campo da saúde, entre outras, sendo usado para delimitar o número de participantes da investigação. Ele possibilita suspender a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição. Nos estudos qualitativos, a questão “quantos entrevistar” tem importância relativamente secundária em relação à questão “quem entrevistar”. Isto porque é mais significativa a representatividade dos indivíduos entrevistados e a qualidade das informações deles obtidas.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro previamente testado e aprovado. Este roteiro foi orientado no sentido de trazer à tona reflexões que pudessem informar ao pesquisador questões como: contexto familiar e social (composição familiar, situação ocupacional dos membros da família, condições de moradia, renda familiar etc); conhecimento acerca das razões que levaram a criança à internação e compreensão sobre influência das condições de vida na doença; apreensão acerca do trabalho do assistente social, orientações recebidas do profissional e encaminhamento das mesmas; o acesso ou não aos benefícios e/ou serviços orientados e encaminhados pelo assistente social; avaliação acerca do trabalho realizado pelo profissional e suas contribuições nas condições de vidas da família.

Os dados colhidos a partir da realização do levantamento documental e das entrevistas foram tratados a partir da análise de conteúdo. Esta técnica é, como aponta Turato (2008:442), “talvez a mais usual abordagem analítica de dados em investigações com métodos qualitativos”. Bardin (apud TURATO, 2008:442) afirma que “tratar um material é codificá-lo, transformando-o de um estado bruto para se atingir uma possível representação do conteúdo”.

A partir da leitura minuciosa do produto obtido com a realização das entrevistas, o conteúdo das mesmas foi analisado e agrupado em categorias/itens, através dos quais foi possível não só organizar os dados, mas analisá-los a fim de conhecer e discutir sobre o trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança.

Legitimando o uso das técnicas de agrupamento, pode-se considerar que, embora todas as situações humanas sejam sempre originais e únicas, isso não impede a identificação de elementos que guardem um grau de homogeneidade entre si e que se repetem com mais frequência, pois o individual não exclui o geral, nem a possibilidade de introduzir categorias de análise (TURATO, 2008).

Como a pesquisa qualitativa baseia-se na interpretação do pesquisador à interpretação que os sujeitos fazem da realidade, Deslandes e Gomes (2004), apontam que é importante considerar que a interpretação qualitativa, por mais cuidadosa e realmente voltada para construir um conhecimento que possua validade, nunca incluirá tudo que é expresso (e oculto) nas falas e práticas.

Esta interpretação opera por recortes e suas leituras da realidade são orientadas a partir de aportes teóricos determinados, além de serem geradas a partir de uma desigual relação de poder interpretativo entre pesquisador e sujeitos pesquisados (DESLANDES e GOMES, 2004:109).

A interpretação não é, portanto, uma reprodução, mas a construção negociada do sentido dado pelo autor e pelo intérprete, preterindo a idéia de descoberta ou tradução mais ou menos literal dos significados atribuídos pelos sujeitos. Este exercício necessita fundamentalmente do “labor criativo do pesquisador para conectar situações concretas, falas e práticas a uma certa perspectiva explicativa, que situe estas manifestações singulares a uma determinada estrutura, práxis ou lógica social” (DESLANDES e GOMES, 2004:110).

No processo de descrição e análise do conteúdo das entrevistas, a fim de resguardar as identidades dos membros das famílias, seus nomes foram representados apenas

por suas iniciais. As famílias foram tratadas por números apenas como forma de facilitar a identificação e compreensão do leitor, já que os nomes não serão expressos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou a realização deste estudo, no ano de 2007, após avaliação do Projeto de Pesquisa, conforme anexo

3.2 – Contexto social das famílias entrevistadas: breve apresentação de suas condições de vida

Apresentar as famílias que contribuíram com a construção deste estudo não tem um objetivo apenas introdutório. Ao contrário, conhecer estas famílias mostra-se fundamental para compreender a forma como percebem e respondem às situações vivenciadas no cotidiano, abordadas na entrevista.

Todas as famílias entrevistadas residem em bairros da periferia da cidade de Juiz de Fora. Embora apresentem algumas semelhanças, cada família é única em sua história e experiências. O fato de terem permitido o acesso às suas casas e suas vidas possibilitou que este estudo se concretizasse e forneceu um rico material de análise e reflexão.

A descrição das condições de vida das famílias é realizada de forma panorâmica, mas, ao mesmo tempo, são descritos alguns detalhes para que o leitor possa ter mais subsídios para se aproximar de sua realidade. Esta descrição não teve a pretensão de ser “neutra”, principalmente porque não há possibilidade de não se impactar no contato direto com a precarização da vida humana. Embora o assistente social seja um profissional que estuda, discute e trabalha com a pobreza – enquanto manifestação da questão social – vê-la particularizada e manifesta de maneiras diferentes em cada família, continua sendo e precisa ser impactante, para não deixar esquecida a necessidade de mudança.

Família 1

Criança **L**, sexo feminino, nascida em março de 2004. Foi internada no Hospital Universitário em março de 2008, tendo, como diagnóstico, pneumonia.

Na casa da família, residem quatro pessoas – sua mãe, **A**, de 19 anos, sua avó materna, de 54 anos e sua irmã, de 1 ano de idade.

A família reside no Bairro Ipiranga, numa área de invasão. A rua onde se localiza sua casa é de terra e, segundo a mãe da criança, não há rede de esgoto, nem abastecimento de água. A luz e a água utilizadas pela família são “emprestadas”, como relata **A**. Foi feito um desvio na rede elétrica (conhecido como “gato”) para utilizar a luz instalada em casas “da rua de baixo”. No que se refere ao saneamento, a residência possui uma fossa. A mãe da criança

relatou que “já veio vereador ver esta situação, os moradores da rua já fizeram abaixo assinado e nada foi resolvido”.

A casa da família é cercada com arame farpado. A entrada é de terra e, para se ter acesso ao interior da residência, foi colocada uma barra de cimento, que serve como uma ponte. A casa não possui laje e também não tem acabamento, encontrando-se apenas no tijolo. É dividida em quatro cômodos: sala, cozinha, quarto e banheiro. A família reside há quatro anos neste endereço.

O pai de **L** foi namorado de **A** e trabalha como chefe de cozinha. Foi determinado judicialmente que ele desse R\$75,00 mensais de pensão para a filha. No entanto, a mãe relata que ele paga apenas R\$60,00 mensais. A irmã de **L** é fruto de uma outra relação de sua mãe. O pai dela trabalha como mecânico e paga R\$137,00 mensais de pensão, conforme decidido judicialmente. A avó materna de **L** aposentou-se por invalidez e tem uma renda de um salário mínimo mensal. A mãe de **L** não trabalha e não estuda. A renda mensal total da família é de R\$612,00.

Família 2

Criança **G**, sexo masculino, nascido em março de 2008. Internado no Hospital Universitário em maio de 2008, com diagnóstico de pneumonia e escabiose (sarna). A família da criança é composta por seus pais, **N** (mãe) e **F** (pai), além de seus dois irmãos, de 9 e 4 anos. Seus irmãos são filhos apenas de sua mãe. A família reside numa casa alugada, nos fundos de um prédio, no bairro Democrata.

O pai de **G** trabalha como porteiro, tem carteira assinada e recebe um salário de R\$457,00, que é a única renda da família. A mãe está desempregada há mais de cinco anos e procura um novo emprego.

Os dois irmãos mais velhos de **G** são filhos de pais diferentes e não recebem pensão alimentícia dos mesmos. A mãe afirma que os pais “ajudam no que podem, mas é muito de vez em quando”. Ela sabe que poderia ter solicitado a pensão judicialmente, mas optou por não fazer isso, porque tem receio de que, pagando pensão, os pais “exijam ficar muito tempo com os filhos”. Ela afirma que contato com os filhos eles têm, mas que não

gostaria que os pais começassem a levar os meninos para “passar a semana, por exemplo”. Por essa razão, preferiu não exigir pensão.

O casal não pretende ter mais filhos e **N** relatou que “fez ligadura pelo SUS, mas teve que pagar”. Segundo **N**, um médico do SUS ofereceu-se para fazer a cirurgia no momento do parto, se ela lhe pagasse. Ela não informou o valor pago e sabe que esta conduta do médico não é permitida. Porém, **N** afirmou que “fez porque não quer ter mais filhos e porque não podia ainda fazer sem pagar, devido à sua idade (29 anos)”. O que **N** não sabia é que os critérios do SUS para realização de laqueadura são: ter, no mínimo, 25 anos e dois filhos vivos, além de participar do Grupo de Direitos Reprodutivos (Informação do Instituto de Saúde da Mulher, da Prefeitura de Juiz de Fora). Ou seja, dentro do próprio sistema de saúde, além dela não ter recebido as orientações devidas em relação à sua demanda, ainda foi levada a pagar por um serviço que lhe é de direito.

Família 3

Criança **GB**, sexo masculino, nascido em setembro de 2001. Internado no Hospital Universitário em março de 2008, devido à semi-obstrução intestinal por ascaris. **V** não é a mãe biológica da criança, mas cria **GB** desde quando o mesmo tinha 15 dias de vida.

A mãe biológica de **GB** era vizinha de **V** e morava numa garagem perto de sua casa. Ela teve um casal de gêmeos, ambos com “problema de coração”. **V** começou a cuidar de **GB** temporariamente, mas a criança acabou ficando com ela porque sua mãe biológica “não tem condições de criar os filhos e, além disso, ela bebe muito. Já tem nove filhos e está grávida de mais um”. **V** afirma que “não tem interesse em ter a guarda de **GB** porque os seus filhos já são adultos e já estão criados”. **V** gostaria que a mãe biológica de **GB** “mudasse de vida e cuidasse do filho mas, como ela não faz isso, ela continua criando **GB**”. **V** tem um documento da Vara da Infância e Juventude, no qual consta que ela cria a criança e é responsável pela mesma. Este documento é apresentado em caso de viagens e, até mesmo, na escola e nos serviços de saúde.

V trabalha como empregada doméstica, com carteira assinada e recebe um salário mínimo. A casa onde reside, no bairro Vila Esperança II, é própria. Possui luz elétrica e rede

de esgoto, mas não possui laje, encontrando-se apenas no tijolo. O chão é de cimento grosso e o quintal é de terra. A casa é dividida em duas partes; numa delas, residem **V** e **GB** e, na outra, mora **L**, ex-companheiro de **V**, que ajuda financeiramente na criação de **GB**.

A criança faz controle com cardiologista, pelo SUS, periodicamente, devido ao seu problema cardíaco. Com dois anos, a criança passou por uma cirurgia, mas **V** não soube especificar o que era o problema dele. A criança tomava remédios continuamente e **V** chegou a mostrar um encaminhamento do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)²¹ do bairro Benfica, para a Vara da Infância e Juventude, solicitando uma determinação do juiz para que o SUS fornecesse a medicação a **GB**. **V** não levou o encaminhamento à Vara da Infância, porque a médica que acompanha a criança suspendeu o uso das medicações.

GB estuda numa escola municipal e está na 1ª série. **V** paga uma vizinha de 13 anos para tomar conta de **GB**. Ela o leva para a escola, dá comida e toma conta dele.

Família 4

Criança **A**, sexo feminino, nascida em dezembro de 2007. Internada no Hospital Universitário em março de 2008, devido à pneumonia.

A é filha de **MQ** e seu pai faleceu um dia antes da realização da entrevista, devido a enfizema pulmonar. Mesmo assim, **MQ** quis realizar a entrevista.

A residência da família é própria e trata-se de uma pequena “roça”, situada dentro do bairro Nova Era. Eles possuem algumas vacas e um cavalo, além de galinhas. A casa da família é, visivelmente, muito precária. A construção é antiga, os cômodos são pequenos e estão num estado muito ruim de conservação.

Seis pessoas compunham a família: a criança, **A**, seu pai – que veio a falecer - sua mãe (**MQ**) e três irmãos, de 11, 8 e 4 anos.

²¹ O Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) é uma unidade pública estatal situada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. É o lugar que possibilita, em geral, o primeiro acesso das famílias aos direitos socioassistenciais e, portanto, à proteção social. O CRAS é a unidade local do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte, 2008).

MQ não trabalha e a renda da família era a de 1 salário mínimo mensal (R\$415,00), proveniente do BPC²² recebido pelo pai de **A**, além de R\$60,00 da Bolsa Família²³. Embora a mãe da criança tenha dito que o marido recebia auxílio-doença, informou que “este dinheiro dele não dá direito à pensão, no caso de falecimento”. Outra informação de **MQ** foi a de que o marido “começou a pagar ‘INPS’, mas não continuou; parou pela metade”. Por essas falas, foi possível constatar que a renda do pai de **A** era referente ao BPC, e não a auxílio-doença. Desta forma, com seu falecimento, a família deixaria de ter sua única renda mensal. Por esta razão, **MQ** afirmou que pretende vender a casa e os animais, para ir morar no Paraná, na casa de **E**, filha de seu marido, que é auxiliar de Enfermagem e mora com o esposo e três filhos. **E** estava na casa, no momento da entrevista, e afirmou que “eles indo para lá, fica mais fácil poder ajudar. E lá, **MQ** vai dar um jeito de estudar e trabalhar também”.

MQ é analfabeta e relatou ter estudado apenas até a 1ª série primária. Seus dois filhos mais velhos estudam em escola pública.

Família 5

Criança **R**, sexo feminino, nascida em setembro de 2000. Internada no Hospital Universitário de 02 a 11 de abril de 2008. Retornou para nova internação em 20 de abril e permaneceu no hospital até 28 de abril. Em maio de 2008, nova internação, tendo permanecido do dia 19 ao dia 21. Segundo a mãe da criança, após a alta do dia 21 de maio, a criança já foi reinternada no Hospital Universitário diversas vezes. O motivo de suas internações é desidratação.

²² O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício assistencial previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº8742/93), que consiste no repasse de 1 salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência, que comprovem não ter meios para suprir sua subsistência ou de tê-la suprida por sua família. Esse benefício compõe o nível de proteção social básica, sendo seu repasse efetuado diretamente ao beneficiário (Brasília, NOB/SUAS, 2005). Uma condição para recebimento do BPC é não possuir vínculo previdenciário. Em caso de falecimento do beneficiário, seus dependentes não possuem direito à pensão. O benefício é gerenciado pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

²³ O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00), de acordo com a Lei 10.836/2004 e o Decreto nº5.749, de abril de 2006. O PBF integra o FOME ZERO, que visa assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome (BRASIL, 2008).

Segundo a mãe, **W**, quando ela estava grávida de **R**, esteve várias vezes em hospitais, para que seu parto fosse realizado, mas “sempre me diziam que ainda não estava na hora do parto. No dia em que **R** nasceu, já não tinha mais líquido, porque minha bolsa já tinha rompido há vários dias. Ela nasceu roxinha e a médica me falou: ‘ela vai viver, mas vai ser uma criança especial, porque faltou oxigênio e isso pode causar paralisia cerebral’”. A criança ficou internada em UTI neonatal e sua mãe permaneceu 1 mês no hospital, internada por hipertensão e problemas cardíacos.

R não ficou com nenhuma seqüela grave e, aparentemente, é uma criança normal. Segundo seus pais, suas dificuldades são de aprendizado.

A família da criança é composta por seus pais, **W** e **RU**, além de dois irmãos: um menino de 9 anos e uma moça de 16. Os pais têm, ainda, mais dois filhos, mais velhos, que já se casaram e não moram mais lá.

A família reside no bairro Santa Cruz e a casa em que moram foi comprada, através da EMCASA²⁴. Segundo os pais de **R**, há várias prestações da casa atrasadas, porque a família não está tendo condições de pagá-las. A casa possui luz elétrica, água e rede de esgoto. É constituída por pequenos cômodos, divididos em sala, cozinha, banheiro e dois quartos. O quintal da casa é de terra.

A mãe de **R** é aposentada por invalidez, devido a problemas cardíacos e síndrome do pânico. Ela recebe R\$559,00 mensais, dos quais são descontados R\$260,00 referentes a dois empréstimos que tiveram que fazer. O pai de **R**, o **Sr. RU**, “está fazendo ‘biscate’ numa firma metalúrgica e recebe por dia. Costuma dar R\$500,00 por mês, mas, se a firma não tem serviço, ele é dispensado. Não é uma coisa certa; ele só trabalha quando tem serviço”, relata **W**. “Ele não está contribuindo com o INSS, mas trabalhou 25 anos com carteira assinada”.

O pai de **R** tem diabetes, varizes e colesterol alto. Segundo a esposa, “é muito nervoso e a psiquiatra passou uns remédios para ele, mas ele parou de tomar por conta própria”. Atualmente, **RU** só usa medicação para diabetes. **W** faz acompanhamento com psiquiatra e cardiologista e toma medicação para hipertensão, através do SUS.

R também faz acompanhamento médico. Usa medicação para tratamento de convulsões e para alergia e sinusite. Além disso é acompanhada pela APAE²⁵.

Estuda em escola pública e está na 1ª série. Segundo seus pais, “ela ainda não sabe ler nem escrever. Ela tem dificuldade”.

²⁴ A EMCASA é a Empresa Regional de Habitação de Juiz de Fora, que planeja, produz e comercializa unidades habitacionais, em especial destinadas à população de baixa renda, além de realizar o repasse de financiamento para aquisição de habitação ou materiais destinados à sua construção.

²⁵ APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Família 6

Criança **C**, sexo feminino, nascida em dezembro de 2007. Internada no Hospital Universitário em maio de 2008, devido à pneumonia. Não era a primeira internação, pois a criança já havia sido internada no HU, por bronquite.

A criança reside com sua mãe, **L**, e seu pai, **R**.

A mãe e o pai da criança estão desempregados e não têm nenhuma renda fixa. Ao ser indagada sobre como têm se mantido, **L** explicou que “não paga conta de luz nem água porque, como moram numa área de invasão, quando chegaram lá, o pessoal já tinha corrido atrás e já tinha conseguido água e luz”. A família reside no bairro Ponte Preta. A casa é de madeira, mas tem luz elétrica e água. Quanto ao saneamento, a mãe de **C** explicou que “tem um cano que leva tudo para o rio que tem aqui perto”. Na casa da família, há cães e galinhas que entram na casa, ficam próximos da criança e sobem na cama de seus pais.

A mãe da criança tem 31 anos e é analfabeta. **L** relata: “*a minha mãe me tirava do colégio. Ela ia lá no colégio e me tirava da sala de aula para eu olhar meus irmãos*”. **L** nunca teve documentos, como carteira de identidade e CPF. Seu único documento é a carteira de trabalho. Ela já trabalhou como ajudante, num restaurante, e teve a carteira assinada. Contudo, não teve direito a receber o salário maternidade, porque só trabalhou 8 meses (para receber o salário maternidade, a trabalhadora tem que ter, no mínimo, 12 contribuições junto ao INSS). O pai de **C** já trabalhou como servente, mas nunca teve a carteira assinada.

Família 7

Criança **B**, sexo masculino, nascido em março de 2002. Internado no Hospital Universitário em abril de 2008, devido à intoxicação/envenenamento por exposição.

A mãe da criança, **J**, tem 28 anos e está grávida (5 meses de gestação, na época da entrevista).

A família é composta apenas por mãe e criança, que residem no bairro Três Moinhos. A residência da família é como uma garagem. Trata-se de um cômodo apenas, de tamanho pequeno, no qual há uma pia com os utensílios de cozinha, uma cama e uma cômoda. Dentro deste cômodo, a mãe da criança está construindo um banheiro. No momento da entrevista, havia um amigo da família fazendo uma parede para fechar este banheiro. A

casa não tem laje, está apenas no tijolo, não tem piso (o chão é de terra e pedra). No dia da entrevista, havia chovido e, por isso, o chão da casa estava molhado. O lugar também é frio e úmido. Apesar deste quadro de precariedade, **J** afirmou estar bem mais tranqüila ali porque não teria mais que pagar aluguel. Eles se mudaram para esta casa há pouco tempo. Antes, moravam na mesma rua, numa casa alugada. Além disso, **J** afirmou que “*é muito bom ter um lugar que é seu. Aos poucos, vou arrumando, melhorando. Eu penso em fazer um quarto em cima...*”. A casa possui água, luz elétrica e rede de esgoto.

O pai de **B** registrou a criança, mas não paga pensão alimentícia. **J** relatou que, há quatro anos, tenta receber a pensão. Pagou um advogado, mas, segundo este, o pai da criança nunca é encontrado pelo oficial de justiça.

O pai do bebê que **J** está esperando pretende registrar a criança e ajudar financeiramente. Segundo **J**, “*ele diz que vai ajudar, né?*”

J estudou até a 8ª série e trabalha num depósito de reciclagem, sem carteira de trabalho assinada. Recebe R\$280,00 mensais, única renda da família. Só recebe vale-transporte para voltar do trabalho para casa. Na ida, vai a pé.

B estuda em escola municipal e está na 1ª série. Sua mãe paga uma vizinha para tomar conta dele, no horário em que não está na escola.

3.3 – Análises e reflexões suscitadas pela aproximação à realidade social das famílias de crianças internadas no Hospital Universitário da UFJF, por doenças evitáveis

3.3.1 – Questões preliminares

No processo de realização das entrevistas, foram abordadas algumas questões que, embora não façam referência direta ao trabalho do assistente social do hospital, possuem grande relevância, por terem rebatimento no resultado deste trabalho (não podendo, portanto, jamais serem desconsideradas pelo profissional, no atendimento) e por se tornarem, elas próprias, necessidades dos usuários a serem trabalhadas pelo assistente social.

Compreensão acerca do diagnóstico da criança

A primeira questão discutida com as mães das crianças foi a causa da internação. Conhecer a compreensão acerca da causa exata da internação teve como objetivo analisar em que medida foram esclarecidas pelos profissionais do hospital e, conseqüentemente, se o entendimento foi suficiente para cuidar da criança após a internação e adotar as possíveis medidas de prevenção.

Diante dos esclarecimentos (ou falta deles), por parte dos profissionais de saúde, acerca do diagnóstico da criança, pôde-se observar nas mães:

- posturas de aceitação a esclarecimentos insuficientes, expressos pelas situações em que as mães, embora tenham mencionado o diagnóstico correto, demonstraram não ter exata clareza do que vem a ser a patologia e/ou desconhecem suas causas e efeitos;

- pouca clareza acerca do diagnóstico, que pôde ser constatada na família em que a mãe, embora tenha relatado qual foi o diagnóstico informado pela equipe profissional, não concordou com o mesmo, considerando a internação desnecessária.

Contudo, também foi possível encontrar uma mãe bastante esclarecida, entre as que souberam especificar o diagnóstico dos filhos: as mães das famílias 1, 5 e 6. O que chamou atenção foi que a mãe que demonstrou compreender bem a causa da internação foi a da criança que apresentava internações recorrentes (criança da família 5, **R**).

Esta mãe, **W**, demonstrou ter familiaridade com a rotina hospitalar, já sabendo o que ocorre com a criança e mostrando, inclusive, certa tranquilidade em lidar com a situação.

Sua fala revelou que o seu entendimento acerca do diagnóstico da filha não se refere a uma mera reprodução do discurso dos profissionais. Ela relacionou o que a filha tem (“episódios de vômitos em série, de fundo emocional, que levam à desidratação”) a situações da vida familiar e, a partir desta compreensão, adotou uma postura de comprometimento com o seu próprio tratamento e o da criança. Isto porque **W** tem síndrome do pânico e relatou ter ficado um longo período sem nenhum tipo de tratamento, o que, segundo ela, refletia em todo o grupo familiar, uma vez que ela “tinha crises, ficava nervosa, não tendo condições de cuidar da família”. Para **W**, o fato dela “não estar bem” afetou a filha **R**.

A decisão da mãe em buscar cuidar de sua saúde para poder cuidar bem de sua filha, iniciando, inclusive, os tratamentos indicados para a mesma é que pode levar à afirmação de que a mãe realmente compreendeu o diagnóstico da criança. Sua fala aponta, inclusive que, após ter iniciado seu tratamento e o da filha, a menina não chegou a passar por mais nenhuma internação.

*“A **R**, depois destas três vezes que você falou aí, já internou mais de umas cinco vezes neste ano. Agora que os médicos já sabem o que ela tem, eles nem deixam ela muitos dias lá. Antes, ela ficava mais de uma semana. Agora, em dois dias ela já vem embora. O negócio dela é emocional. Ela fica nervosa e começa a vomitar. Ela vomita tanto, que ela desidrata. Por isso que ela interna: pra poder tomar soro e reidratar. Depois que a gente começou a fazer o tratamento mesmo, ela parou de internar. Tem um mês mais ou menos que ela não interna ”.*

Entre as mães que mencionaram o diagnóstico correto, mas demonstraram não saber exatamente o que o mesmo significa, pode-se citar a mãe da família 2, **N**, que relatou sobre a escabiose do filho:

*“O que o **G** teve, além da pneumonia, foi escabiose. Eu acho que isso é uma alergia. Acho que é porque eu agasalhava muito ele”.*

Já a mãe da família 4, **MQ**, demonstrou, por sua fala, não ter compreendido o real quadro de sua filha, internada por pneumonia:

“Diz eles (referindo-se aos médicos) que era pneumonia, mas eu posso ser sincera? Eu acho que não era pneumonia porque eles não deram remédio para ela. Devia ser uma gripezinha ou uma bronquite que dá em qualquer criança. Ela nem estava sentindo dor... Ela só

estava com febre. Eles não deixavam a gente ir embora. Eu fiquei boba”.

Outra fala de **MQ** também expressa a ausência de uma compreensão mais clara sobre a saúde da criança. A mãe recebeu orientação médica para não alimentar a criança com leite de vaca, uma vez que a mesma apresentou intolerância a este leite (segundo informações colhidas na ficha do Serviço Social). A este respeito, **MQ** afirmou:

“A gente tem vaca em casa e ela não se dava com leite de vaca, mas aí eu fui dando e ela acabou acostumando. E o leite de vaca é melhor; é mais forte”.

Estas situações remetem à discussão acerca da qualidade das informações prestadas pelos profissionais de saúde. Embora a explicação acerca do diagnóstico seja uma tarefa atribuída ao médico, toda a equipe profissional deve estar atenta a esta questão fundamental para a eficácia do tratamento, para que se evite um novo episódio da doença e para que se promova condições de saúde.

As mães foram informadas, mencionaram a causa da internação. Contudo, é preciso avaliar de que forma as informações foram repassadas, visto que precisam garantir a compreensão efetiva do usuário. O profissional deve não só informar, mas certificar-se sobre a compreensão do usuário, esclarecendo as possíveis dúvidas, não se valendo apenas de termos técnicos, mas explicando o que significam, em linguagem acessível ao usuário, independente do nível de instrução do mesmo.

No que se refere ao diagnóstico da criança **A**, da família 4, pode-se perceber que o fato de sua mãe, **MQ**, não ter concordado com o mesmo, inclusive considerando desnecessária a internação, se deveu a não compreensão deste diagnóstico.

Em relação à orientação de suspensão do uso do leite de vaca, dada a esta mesma mãe, houve não só uma orientação insuficiente, como também ausência de uma escuta profissional mais atenta, a partir de uma visão integral, que considerasse não apenas a necessidade do leite em pó para a criança, mas que também visualizasse seu contexto social: o modo de vida da família, suas condições sociais etc. Isto porque, para a mãe, o leite de vaca, além de ser melhor e mais forte, é o que a família tem condições de oferecer à criança. Estas duas questões – cultural e econômica - parecem não ter sido consideradas.

Há ainda que se considerar que as concepções e comportamentos do usuário refletem sua forma de inserção social e, se ele é um co-participante do trabalho (COSTA, 2000), o profissional não pode apenas lhe prescrever condutas; precisa ouvir este usuário, para compreender o que ele demanda e, até mesmo, se terá como seguir as orientações prestadas. O atendimento precisa estar baseado no diálogo, no qual o profissional precisa ouvir para ter uma intervenção qualificada.

Um usuário não segue orientações que não compreende, não concorda ou que não lhe são possíveis. Daí a importância não só da informação qualificada, mas também da escuta cuidadosa, comprometida em ultrapassar apenas o que está colocado na demanda imediata.

A informação superficial, sem a certificação da compreensão do usuário, ou numa linguagem não acessível, impede que o atendimento alcance todo seu potencial, como no caso da família 2, em que a mãe sabe que o filho teve escabiose, mas não sabe o que isto significa e, provavelmente, não saberá adotar medidas (talvez simples), para evitar o retorno da doença.

A mãe que demonstrou conhecimento acerca do diagnóstico da criança (mãe da família 5) já acompanhou a filha em diversos episódios de internação. Certamente, este fato não é uma coincidência. Neste processo de internações recorrentes, esta mãe passou a ter uma maior proximidade com o serviço, com os diversos profissionais e com as suas condutas. É necessário garantir, contudo, que não sejam necessárias diversas internações para que as mães consigam obter informações e conhecimentos necessários para compreender e cuidar da saúde dos filhos. Não se quer dizer que apenas a compreensão da mãe seja suficiente para impedir uma nova internação (embora, em alguns casos, possa até ser), mas ela é fundamental na determinação social da saúde da criança.

Percepção das mães acerca da influência do ambiente na saúde da criança

A percepção das mães acerca da influência do ambiente na saúde de seus filhos nem sempre significa que elas poderão alterar os possíveis fatores de risco, isto é, aquelas condições presentes no ambiente que afetam negativamente a saúde das crianças. Entretanto, há algumas ações que encontram-se ao alcance das famílias e que, sendo realizadas, têm um potencial preventivo capaz de minimizar ou evitar a ocorrência de doenças. Além das ações individuais de prevenção, as famílias também podem buscar, junto a órgãos públicos competentes, que direitos básicos, como saneamento, asfaltamento de ruas, dentre outros que influenciam diretamente a qualidade de vida, sejam efetivados.

Para tanto, o conhecimento e a percepção quanto à influência do ambiente são pré-condições para que as possíveis atitudes e providências possam ser tomadas. A fim de perceber a compreensão das mães é que esta questão foi abordada.

Pôde-se constatar que a maioria das mães correlaciona o problema de saúde apresentado pelos filhos com as condições do ambiente em que vivem. Algumas falas demonstram esta associação:

“Aqui tem poeira demais, pela rua não ser asfaltada. A L tem bronquite e, por isso, a gente tem que ficar jogando água direto, para ver se abaixa a poeira. Isso ataca a bronquite dela direto. Aí, tem que ficar fazendo nebulização” (A, mãe da família 1. Sua filha foi internada por pneumonia).

“Aqui em casa é muito frio e, por ser fundos, só tem, praticamente, esta janela. Quer dizer, quase não corre ar dentro de casa. Eu deixo a janela sempre aberta, pra ver se entra ar”. (N, mãe da família 2. O filho foi internado por pneumonia e escabiose).

“O problema que eu acho aqui é que ele fica aí na rua e fica brincando na terra e eu já falei com ele que não pode. Eu não tô deixando ele ficar brincando sozinho na rua”. (V, mãe da família 3. Criança internada com semi-obstrução intestinal por ascaris).

Os relatos das mães também permitem visualizar algumas alternativas – como jogar água no chão da casa para abaixar a poeira ou não deixar o filho brincar na terra – utilizadas para amenizar o que o ambiente tem de prejudicial. Essas medidas, no entanto, são

paliativas e, embora possam dar algum resultado, expressam a precariedade das condições de vida das famílias.

Uma das mães entrevistadas afirmou considerar o ambiente onde mora adequado, mas referiu-se a um hábito dela como fator de risco para a criança:

“Aqui em casa eu acho bom, acho que não tem nada que prejudica ela não. Eu é que fumo e eu sei que isso afeta ela” (L, mãe da família 6. Filha internada por pneumonia).

Este é um fator que pode ser alterado, principalmente porque a própria mãe o considera prejudicial à criança. No entanto, as condições gerais do ambiente citadas pelas mães como prejudiciais à saúde referem-se a necessidades fundamentais não atendidas, como uma moradia adequada. Tais fatores - sócio-econômicos e ambientais – relacionam-se à saúde e doença, colocando indivíduos e grupos desigualmente submetidos a fatores protetores e de risco (PRATA, 1994).

Condição social da família e acesso a recursos, benefícios e programas sociais

A existência ou não de condições, em particular econômicas, de suprir as necessidades básicas também foi abordada nas entrevistas. O objetivo foi conhecer mais sobre a realidade das famílias e averiguar quais são as necessidades que consideram não atendidas, as quais constituem-se potenciais demandas para o Serviço Social.

Os relatos de todas as mães foram bastante semelhantes, o que já podia ser esperado devido às condições sociais apresentadas por elas. Todas as mães afirmaram que sua família tem dificuldades em atender às necessidades consideradas básicas, como alimentação, moradia, saúde, vestuário, transporte.

“Não passamos fome, mas também não temos tudo. Só que, se não fosse a ajuda que a gente recebe, não sei como ia ser, porque a gente pega remédio no SUS, ganha leite, fruta e roupa para os meninos lá na ONG, eles tomam café da manhã e almoçam lá... É isso que ajuda a gente” (N, mãe da família 2).

“Eu recebo R\$280,00. Pago água, luz, pagava aluguel até pouco tempo. Aí eu passo dificuldade, né?” (J, mãe da família 7).

“Ah, não dá não. Ainda mais que a gente não pode contar com ele (referindo-se ao marido), porque, ele só trabalha se lá na firma tiver serviço. Aí, ele trabalha e recebe. Se não tiver, aí não ganha” (W, mãe da família 6).

“Eu e meu marido estamos sem renda, desempregados. Eu faço umas faxinas, de vez em quando. O pessoal aqui dos Vicentinos ajuda, dando alimento, mas é só isso” (L, mãe da família 6).

Ao falarem sobre suas condições de vida e as dificuldades que enfrentam para atender às suas necessidades básicas, as mães fizeram referência à questão do trabalho, enquanto fonte de subsistência. Suas falas permitem visualizar o quanto a precarização do trabalho – sub-emprego, trabalho temporário, trabalho informal e desemprego - gera impactos negativos nas condições de vida. Numa sociedade em que o trabalhador só possui sua força de trabalho e não consegue inserir-se no mercado, a pobreza e as carências diversas são algumas das conseqüências que se tornam campo de ação para o profissional de Serviço Social.

As famílias passam a buscar meios de garantir sua sobrevivência e, nesta busca, o assistente social tem papel relevante, visto que instrumentaliza os usuários a alcançarem respostas às suas necessidades, seja através da socialização de informações, de orientações, encaminhamentos etc. Como ressalta Vasconcelos (2006), o assistente social deve captar as necessidades sociais dos usuários e realizar ações integradas entre as políticas sociais, a fim de assegurar seus direitos.

No que se refere ao acesso a recursos, benefícios e programas sociais, mostrou-se necessário conhecer a inserção das famílias nas políticas sociais. A partir desta identificação é que seria possível avaliar o que o assistente social do HU deveria trabalhar, no sentido de informar, orientar e encaminhar para o acesso aos possíveis direitos ainda não atendidos.

A política social é produto da luta da classe trabalhadora, junto ao Estado, como aponta Netto (2001b), constituindo-se num direito social que deve ser garantido aos que dele necessitam. A política social é uma das principais esferas de trabalho do assistente social, que atua na promoção do acesso aos direitos sociais. Embora estes estejam sendo, cada vez mais, atendidos por políticas focalizadas e seletivas, não podem ser desconsiderados. Ao contrário, precisam ser fortalecidos, visto que a organização dos trabalhadores, pressionando o Estado, é que possibilita que este amplie sua resposta às manifestações da questão social, como forma de obter consenso e garantir sua hegemonia.

Na família 1, o único benefício recebido é a cesta básica Amac²⁶. A família 2 utiliza a creche municipal, embora a mesma não atenda plenamente à necessidade da família devido à distância de sua residência. A creche do bairro mais próximo não tem vaga disponível para a criança. **N**, mãe da família 2, relata:

*“Eu saio aqui do Democrata e vou lá no bairro Cerâmica a pé, duas vezes por dia, para levar e buscar o **G** na creche. Eu queria é que ele ficasse na creche do (bairro) Manoel Honório, que é muito mais perto pra mim. É muito difícil levar ele lá a pé, às vezes tá aquele sol quente, eu tenho que deixar meus outros dois filhos aqui em casa, sozinhos, pra levar ele lá. Eu até peço à vizinha pra olhar os meninos pra mim”.*

O relato de **N** evidencia a questão do acesso e, mais especificamente, das dificuldades em obtê-lo. Um programa como o de creches tem como objetivo dar suporte às famílias. Apenas conseguir uma vaga não significa que há atendimento de suas necessidades. No caso da família de **N**, por exemplo, para que a criança possa freqüentar a creche, várias dificuldades precisam ser enfrentadas, como a distância e a impossibilidade de transporte. Desta forma, mostra-se fundamental uma maior adequação dos Programas, como o de creches, às necessidades e à realidade das famílias, a fim de superar um atendimento parcial ou precário. Neste sentido, a qualidade e as formas de acesso também precisam ser discutidas e trabalhadas.

Esta situação relatada pela mãe, **N**, também possibilita discutir sobre o fato de que, diante das diversas dificuldades encontradas na rede formal de serviços e políticas sociais, são criadas redes informais de mútua ajuda, para atender às mais diversas necessidades sociais. No caso de **N**, a ajuda da vizinha para tomar conta de seus outros filhos, enquanto leva **G** para a creche, foi a alternativa encontrada para o atendimento de sua necessidade. Como apontam Junqueira (2000) e De Paula et al (2004), as redes são um campo de vínculos que articulam pessoas e instituições na superação de problemas sociais. As redes informais, compostas por vizinhos, familiares, amigos e comunidade constituem-se num dos meios (em muitos casos, o único meio) de dar suporte às mais diversas necessidades sociais.

²⁶ AMAC: Associação Municipal de Apoio Comunitário, uma organização civil, sem fins lucrativos, criada em 1984 e implantada em 1985. Sua atuação no município consiste em executar a política municipal de assistência social. Segue as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Política Nacional de Assistência Social e a Norma Operacional Básica da Assistência Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2008).

Na família 3, a mãe biológica da criança é quem recebe o Bolsa-Família. Contudo, como a criança reside com **V**, não chega a ter acesso ao benefício. A família 4 recebe Bolsa-Família, no valor de R\$60,00. A família 5 perdeu o Bolsa-Família porque, devido às internações recorrentes da criança, esta se ausentou muitas vezes na escola. Suas faltas, contudo, não foram justificadas pela família, que não apresentava os atestados médicos, levando o benefício a ser suspenso. A família 6 recebe apenas a cesta básica da Amac e, embora se enquadre no critério de renda para recebimento do Bolsa-Família, não é cadastrada no Programa porque a mãe da criança não possui documentos necessários, como identidade e CPF. A família 7 também recebe a cesta básica da Amac. Em todas as famílias, as crianças que estudam estão em escolas públicas, geralmente, municipais.

Estes dados permitem visualizar que, embora tenham o direito a benefícios, como o Bolsa-Família, a maioria das famílias não o recebem. Na família 5, há uma situação especial, porque a criança recebia o benefício, mas não foi cumprida uma de suas condicionalidades, que é a presença da criança na escola. Nas outras famílias, entretanto, o não recebimento está mais relacionado a dificuldades no processo de cadastramento (como será mencionado posteriormente), indicando que o mesmo pode estar atuando como fator dificultador, contrariando o principal objetivo do Programa, que é o acesso ao valor mensal transferido pelo Governo.

Necessidades não atendidas pelos serviços públicos são, por vezes, absorvidas por organizações da sociedade civil, como organizações não governamentais (ONG's), movimentos vinculados à Igreja, como a Sociedade São Vicente de Paulo, que realiza um trabalho de doações materiais a famílias carentes.

A mãe da família 6 relatou receber ajuda dos Vicentinos de seu bairro, através de doação de alimentos. A mãe da família 2 relatou que seus dois filhos mais velhos são atendidos por uma ONG que lhes fornece café da manhã e almoço e fica com as crianças no horário em que não estão na escola. Esta ONG também faz doações de alimentos e roupas para a família.

Este movimento de diminuição da intervenção social do Estado, impulsionado pelo neoliberalismo, provoca a ampliação do chamado Terceiro Setor, isto é, aquele que não faz parte do Estado nem do mercado, sendo constituído pela sociedade civil. Trata-se de um setor privado que exerce funções públicas. Este processo contribui para a chamada refilantropização da questão social (IAMAMOTO, 2001a), na qual os serviços realizados por estas instituições apresentam-se descontínuos, desprofissionalizados, sem o caráter de direito.

Ainda no que diz respeito ao acesso a serviços e programas, conhecer e compreender como é a relação das famílias com os serviços de saúde – e, de modo especial, a atenção básica - mostrou-se relevante porque é na sua localidade, no seu bairro, que a família deve ter um serviço de referência. O vínculo das famílias com o serviço local de saúde facilita a interlocução do assistente social inserido no hospital com tais serviços, possibilitando a realização da referência e contra-referência, principalmente, considerando que o hospital é um serviço em que os usuários encontram-se apenas de passagem. Assim, é na atenção básica que a família pode ter acompanhamento contínuo e potencialmente resolutivo.

No que diz respeito ao vínculo das famílias com os serviços de saúde, foram observadas três situações distintas: a dos locais onde não há Unidade Básica de Saúde (UBS) e que a família passa a ter, como referência de atendimento, outros serviços; a dos locais em que há UBS, mas esta é pouco utilizada ou não utilizada pela família; e as situações em que há UBS e a mesma é referência para a família. Esta última situação, que é a desejada, ocorre somente com uma das famílias entrevistadas.

As famílias 2, 4 e 6, respectivamente dos bairros Democrata, Nova Era e Ponte Preta relataram não contar com UBS em seus bairros. A mãe N, que reside no bairro Democrata, ao ser indagada se há realização de um controle contínuo das crianças, pelo serviço de saúde, afirmou:

“Aqui no bairro não tem posto e faz muita falta. Eu não faço um controle dos meninos não. Como eu vou lá na Rua Espírito Santo (referindo-se ao serviço de saúde situado nesta rua do centro da cidade), eu levo só quando ficam doentes”

Este quadro mostra que a falta de serviços de atenção básica atua como fator que impede a inversão do modelo hegemônico de saúde. Quando o serviço de saúde existente não se situa na comunidade, não havendo, portanto, atenção contínua de profissionais de saúde, que atuem na sua prevenção e promoção, que criem vínculo com as famílias, estas permanecem utilizando os serviços existentes apenas nos casos de doença.

As famílias situadas na zona norte da cidade – nos bairros Nova Era e Ponte Preta – afirmaram que têm como referência a Policlínica do Bairro Benfica, também levando os filhos a este serviço apenas em caso de doença.

Embora estas famílias tenham, na região onde moram, a Policlínica como referência, esta não se constituiu numa unidade de atenção básica. Trata-se de um serviço de

atenção especializada, com ações voltadas para o tratamento de doenças. Embora em qualquer serviço de saúde seja possível – e necessário – que se trabalhe a prevenção e a promoção, o serviço de referência precisa ser aquele que garanta o conhecimento e acompanhamento das condições de vida dos usuários, a criação de vínculo com os profissionais, ações sistemáticas de educação em saúde, enfim: um serviço que não tenha o caráter predominantemente curativo, como é o caso das Policlínicas.

As famílias 3 e 5, residentes dos bairros Vila Esperança II e Santa Cruz, embora também situados na zona norte da cidade, contam com Unidades de Saúde, ambas com o Programa de Saúde da Família. Apesar disto, estas foram as famílias que relataram utilizar pouco os serviços. A mãe da família 5, **W**, afirmou que:

*“A gente usa muito pouco. Eu até vou lá no dia do controle da minha pressão, mas eu vou lá, eles medem a pressão e pronto. Quando a **R** passa mal, eu já sei que eu tenho que levar ela é lá na Policlínica de Benfica, porque ela tem que ficar no soro, em observação, pra ver se vai internar ou não. A agente de saúde é que já veio aqui falar que eu tenho que levar a **R** lá pra pesar, porque ela é do Bolsa Família. Mas eu não to recebendo. Aí eu não levo nada. Pra quê que eu vou levar ela lá, se ela não ta recebendo?”*

V, mãe da família 3, relatou:

*“eu não vou lá não. O **GB** é que fica me pedindo para eu deixar ele ir lá pesar, só pra mãe dele poder receber o Bolsa-Família. Aí, tem vez que eu não deixo não, porque ela não passa o dinheiro para ele. Então eu só deixo ele ir lá pesar de vez em quando”.*

Os relatos destas duas famílias possibilitam incorporar outros elementos à análise. Além de haver serviços de atenção básica disponíveis, os mesmos precisam avançar no trabalho de sensibilização e mudança de cultura da população, para que esta visualize na unidade básica um espaço de promoção da saúde e qualidade de vida; um espaço que tem bons serviços a oferecer. Essa mudança é processual e necessária. Para tanto, também faz-se necessário que os serviços sejam estruturados de forma adequada, a fim de possibilitar a efetivação de um trabalho de qualidade. No caso da família 1, o relato da mãe **A** expressou a insatisfação com o serviço existente, justificando a não utilização do mesmo:

“O posto daqui é muito precário: não tem remédio, não tem médico. A minha mãe tem pressão alta e todas as vezes que ela foi lá, não tinha o remédio. Aqui não tem o pessoal que visita a gente em casa, igual em outros bairros. É por isso que eu não faço controle das meninas. Quando precisa, eu levo elas lá no PAI (pronto-atendimento infantil)”

Já nos locais em que o serviço mostra-se mais estruturado, há maior possibilidade de atender às famílias e tornar-se sua unidade de referência. Este é o caso da família 7. A mãe, **J**, tem a Unidade Básica de Saúde como referência e a utiliza para fins diversos, como pode explicitar seu relato:

“O posto aqui é bom; eu estou fazendo o meu pré-natal lá. Faço tratamento odontológico lá. A assistente social de lá foi que me encaminhou para eu receber a cesta básica da AMAC... É muito bom”.

Os serviços de atenção básica constituem-se em espaços privilegiados para atuação nos determinantes sociais da saúde da criança, visto que, possibilitam o acompanhamento estreito e contínuo dos usuários – suas condições de vida, seu contexto familiar e cultural – possuindo ação centrada na prevenção, educação e promoção da saúde (o que não quer dizer que estas dimensões não possam ser trabalhadas nos outros níveis de complexidade).

3.3.2 – O trabalho do assistente social: análises e reflexões

Compreensão acerca do papel do assistente social

Abordar com as mães das crianças a sua compreensão acerca do papel e/ou função do assistente social mostra-se relevante uma vez que, quanto mais conhecerem sobre o trabalho do assistente social, melhor poderão se utilizar da ação deste profissional.

Como aponta Costa (2000), o trabalho nos serviços de saúde apresenta grande diversidade de demandas para o assistente social, evidenciando sua capacidade profissional em lidar com as mesmas. Para que os usuários possam lançar mão de todas as possibilidades do atendimento do assistente social, eles precisam conhecer e compreender o que é e para que serve a atuação do profissional.

Nas enfermarias do Hospital Universitário, o assistente social vai até os usuários para abordá-los, não ficando à espera de que demandem o atendimento. Principalmente por esta razão, é fundamental que o profissional não só se apresente, como também esclareça sobre o que é seu trabalho, a fim de garantir que o usuário não seja um objeto da ação, mas atue como sujeito do processo.

Ao serem indagadas se o assistente social havia lhes explicado, no momento do atendimento, sobre em que consiste seu trabalho ou qual era o objetivo do atendimento, duas mães relataram que não houve este tipo de esclarecimento por parte do profissional.

“Ela não me explicou qual que era a função não. Ela só me falou que era assistente social e queria fazer uma entrevista” (A, mãe da família 1).

As outras mães afirmaram que o assistente social explicou qual era seu papel. As falas de todas foram muito semelhantes, revelando uma compreensão superficial a respeito do trabalho do assistente social.

Dentre as mães que mencionaram terem sido esclarecidas pelo assistente social quanto ao seu papel/função, observa-se uma compreensão da profissão vinculada à ajuda. Esta é uma forma histórica de reconhecimento do assistente social e relaciona-se à origem da profissão, vinculada à Igreja e às damas da caridade. Alguns relatos a seguir podem ilustrar esta afirmação:

“Ela me explicou que, se eu precisasse de alguma coisa, eu podia procurar ela” (V, mãe da família 3).

“Ela disse que, se eu precisasse de alguma coisa, ela ia me ajudar. E ela ia lá direto” (L, mãe da família 6).

Nesta perspectiva, é importante salientar que cabe ao profissional contribuir para uma compreensão mais clara dos usuários acerca do conteúdo de seu trabalho, devendo estar atento na forma como conduz sua ação, para que o usuário não entenda o direito como ajuda (Vasconcelos 2006).

Contudo, embora as mães tenham expressado um entendimento aparentemente superficial acerca do que vem a ser o trabalho do assistente social – seja por dificuldade de elaborar ou expressar sua compreensão, seja pela falta de um esclarecimento mais completo por parte do profissional -, mostra-se relevante o fato de terem considerado o assistente social um profissional de referência, como expressa o seguinte relato:

“Ela falou que, se eu precisasse de alguma coisa, podia falar com ela, que ela me encaminhava. Ela me deu até o telefone dela quando o GB teve alta, para caso eu precisasse dela. Ela só não me ajudou mais porque eu não tive como dar encaminhamento nas coisas que ela falou. Senão ela tinha me ajudado mais. Ela foi bacana, me atendeu muito bem” (V, mãe da família 3).

A abordagem desta questão permitiu constatar que, embora as mães não tenham demonstrado uma compreensão mais clara acerca do trabalho do assistente social, elas sabem apresentar a este profissional demandas vinculadas às suas necessidades, principalmente, no que se refere à carência de recursos materiais:

“Quando me falaram que a bebezinha não podia tomar o leite de vaca, eu pedi pra assistente social o leite em pó e ela me falou que era para eu ir num endereço lá” (MQ, mãe da família 4).

Esta questão deixa clara uma necessidade: a de que o assistente social tenha a preocupação e a atenção de esclarecer ao usuário, primeiramente, sobre o seu papel e sobre em que atua e qual é o objetivo de seu atendimento. O acolhimento e o atendimento de qualidade passam também por este momento, de situar o usuário, lhe esclarecer sobre o

porquê do atendimento. Aliada à preocupação em dar respostas às necessidades dos usuários, o esclarecimento possibilita que sejam melhor atendidos porque, conhecendo o papel do profissional, poderão utilizar de maneira mais proveitosa seus serviços.

Orientações e encaminhamentos do Serviço Social

Ao realizar a análise das fichas de abordagem do assistente social junto às mães das crianças, no Hospital Universitário, foram identificadas as orientações e encaminhamentos dados pelo profissional. Abordar esta questão com as mães teve como objetivo verificar em que medida estas conseguiram compreender e incorporar tais orientações.

Um ponto desta discussão, contudo, deve ser considerado: quando o profissional conhece a realidade social de uma família, ele visualiza nesta realidade algumas necessidades. Porém, é imperioso compreender se o que foi percebido pelo profissional também representa uma necessidade para a família. Perdendo-se isto de vista, corre-se o risco do profissional trabalhar aquilo que ele considera ser importante e, deste modo, as orientações dadas podem, simplesmente ser ignoradas. Esta questão deve estar clara para os profissionais, para que a autonomia dos usuários seja respeitada e para que a intervenção possa se dar no sentido de atender o que é significativo para a família.

Todas as famílias relataram ter recebido orientações do assistente social, durante a internação da criança no Hospital Universitário.

Observou-se que as orientações do assistente social passaram tanto pela questão da inserção em programas e benefícios sociais, como abordaram direitos das crianças e as providências a serem tomadas para garanti-los, além de ter havido orientações quanto à prevenção de doenças e cuidados com a saúde. Esta diversidade de orientações deve-se ao fato de que, como aponta Vasconcelos (2006:269), “cabe ao Serviço Social apreender, explicitar e dar respostas às diferentes expressões da questão social presentes na área da saúde, para além do sofrimento físico e psíquico”.

Tais orientações e encaminhamentos realizados pelo profissional – seja para outros serviços de saúde ou para as demais políticas sociais – conformam o trabalho intersetorial, visto que a “integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede” (CECÍLIO e MERHY, 2003:199).

Como destaca Magalhães et al (2007), dispositivos intersetoriais tendem a alcançar maior impacto nos níveis de bem-estar. Na mesma direção, Junqueira (2000) afirma que a formação de redes oferece potencialidades na operacionalização concreta de práticas eficazes, conformando uma construção coletiva.

No sentido de explicitar a diversidade de orientações dadas pelo assistente social, estas serão descritas por família entrevistada.

Na ficha de abordagem do Serviço Social, consta que a mãe da família 1 foi orientada a verificar, junto à Vara da Infância e Juventude, a possibilidade de solicitar o fornecimento do leite de soja para a criança, pelo SUS.

A família 2 foi orientada a se cadastrar no Programa Bolsa Família, assim como a família 3. A particularidade da família 3 consiste em que a mãe biológica da criança já recebe o benefício. A orientação dada pelo assistente social foi a de que **V**, que cria a criança, tente colocar o benefício em seu nome, já que a mãe da criança não lhe repassa o valor do mesmo. Para tanto, a assistente social também orientou sobre a regularização da guarda da criança, já que **V** não a possui. O profissional também realizou contato com a AMAC para verificar a possibilidade e os procedimentos necessários para inserir a criança no Curumim - programa estadual, no qual as crianças realizam, no horário em que não estão na escola, atividades de reforço escolar, atividades físicas e culturais.

A mãe da família 4 foi orientada a tentar o recebimento do leite em pó para a filha que apresentava intolerância ao leite de vaca. A família 5 recebeu como orientações: inserção da criança na APAE, obtenção do passe-livre, busca da medicação utilizada, pelo SUS. Uma orientação, em especial, foi dada à mãe da criança, que sofre de problemas cardíacos e síndrome do pânico: **W** foi orientada acerca da importância de cuidar da sua saúde, não só para melhorar sua qualidade de vida, mas também para poder cuidar melhor de sua filha. A criança só realizava acompanhamento com neurologista. **R** tem dificuldades de aprendizado, faltava muito às aulas devido às constantes internações, perdeu o Bolsa-Família por não justificar as faltas na escola. Segundo **W**:

*“Tinha muito tempo que eu não fazia o meu controle de hipertensão e os outros acompanhamentos também, né? Aí, a assistente social me viu lá no hospital chateada, aborrecida e veio, junto com a psicóloga, conversar comigo pra eu voltar a fazer o acompanhamento direitinho, até pra eu poder cuidar melhor da **R** também, que ela precisa de mim”.*

A mãe da família 6 foi orientada quanto ao recebimento de cesta básica da Amac e sobre os males causados pelo tabagismo, para a sua saúde e para a saúde da criança, que foi internada devido à pneumonia. A assistente social também explicou para a mãe que existe, pelo SUS, tratamento para o tabagismo.

A mãe da família 7 recebeu orientações sobre o Programa Bolsa-Família e sobre o Serviço Social da UBS do bairro onde mora.

Considerando que as orientações, contatos e encaminhamentos para a rede intersetorial de serviços foi a forma pela qual optei para analisar o trabalho do assistente social na determinação social da saúde da criança, discutir sobre estas orientações mostra-se tarefa fundamental.

Diante das condições sociais das famílias entrevistadas – marcadas pela precarização – pode-se observar que outras orientações importantes poderiam ter sido dadas pelo profissional.

A família 1, que vive numa área de invasão e não conta com água tratada, luz elétrica e saneamento básico adequado, poderia ter recebido orientações quanto a estas questões. No caso da família 2, em que a mãe da criança explicita suas dificuldades para levar a mesma para a creche, poderia ter sido feito contato com o Programa de Creches, para discutir sobre a questão, ou poderia ter sido dada à mãe a orientação para que ela fosse até o Programa solicitar a transferência do filho para a creche mais próxima, diante de suas dificuldades de acesso. Estas duas situações servem como exemplos, mas levantar estas questões não tem como objetivo desqualificar a intervenção do profissional; ao contrário, visa instigar a discussão acerca da necessidade de que a prática do assistente social seja cada vez mais aprimorada, a partir de uma visão integral dos usuários, a fim de “identificar e priorizar as demandas de fundo, na maioria das vezes implícitas nas queixas dirigidas aos assistentes sociais” (Vasconcelos, 2006: 253).

Repercussões do trabalho do assistente social

Como aponta Costa (2000), no trabalho em serviços de saúde, os resultados da ação profissional podem ser presumidos, uma vez que não se sabe se as orientações dadas serão ou não seguidas pelos usuários. Além disso, o fato do usuário buscar os recursos orientados não é garantia automática de obtenção dos mesmos.

Para compreender as implicações do trabalho do assistente social – especialmente no que se refere à ação intersetorial - nas condições de vida da família, considerou-se fundamental analisar não só se as orientações foram seguidas pelos pais e responsáveis pelas crianças, mas, principalmente, verificar se estes conseguiram obter o que buscaram, sejam serviços, benefícios, inclusão em programas, mudança de comportamentos etc.

Buscou-se compreender, portanto: as orientações foram seguidas? Nos casos de terem sido seguidas, foi possível alcançar o que se buscava? Em caso negativo, por que não conseguiram? Em caso positivo, de que forma este serviço ou benefício repercutiu na vida da família?

Uma diversidade de situações foi apresentada, suscitando várias discussões. Duas mães não buscaram dar andamento nas orientações fornecidas pelo profissional de Serviço Social e isto ocorreu por razões diferentes.

A mãe da família 4, que foi orientada a buscar o leite em pó para a filha – devido à sua intolerância ao leite de vaca – afirmou que não buscou o leite porque não considerou necessário. **MQ** afirmou:

“a gente tem vaca em casa e ela não se dava com leite de vaca, mas aí eu fui dando e ela acabou acostumando. E o leite de vaca é melhor; é mais forte. Aí não precisou do leite em pó não”.

Embora tenha sido uma recomendação médica a suspensão do leite de vaca da dieta da criança – também abordada pelo assistente social -, esta mãe não compreendeu o porquê da necessidade do leite em pó. Ela permaneceu dando o leite de vaca até a filha se acostumar e considerou desnecessário tentar o fornecimento do outro leite. Além disto, a mãe acredita que o leite de vaca é melhor, além do fato de que o leite de vaca se encontra disponível para a família.

O fato desta mãe não ter concordado com a orientação recebida (assim como também não concordou com o diagnóstico de pneumonia da filha) pode não se relacionar somente às questões cultural/de valores da mãe (em achar que bom é o leite de vaca) e econômica (o leite de vaca é o que ela tem em casa). Pode referir-se, também, à sua não compreensão acerca desta orientação. Como já apontado anteriormente, a compreensão do usuário é como um “pré-requisito” para que as orientações dadas sejam seguidas.

Já a mãe da família 3 recebeu orientações sobre a regularização da guarda da criança e sobre os procedimentos necessários para a inserção da mesma no Programa

Curumim. **V** não iniciou o processo de requisição da guarda porque afirmou não estar certa sobre esta decisão. Ela relatou ter dúvidas quanto à oficialização da situação visto que seu objetivo inicial era apenas ajudar a mãe de **GB** até que a mesma tivesse condições de criá-lo.

Nesta situação, pode-se questionar: por que orientar à mãe adotiva da criança a regularizar a guarda se esta não manifesta tal interesse? A mãe não deu encaminhamento a esta orientação porque não sabe se realmente quer ficar definitivamente com a criança. O que se pode inferir neste caso é que, diante de uma mãe adotiva que cria o filho sem ter a guarda do mesmo, o assistente social se deteve no que se mostrou aparente, dando a orientação acerca da regularização. Uma escuta atenta da mãe poderia mostrar que a regularização da guarda não é desejo da mesma. O profissional, muitas vezes, na intenção de “dar respostas”, pode não se atentar para quais são as reais necessidades dos usuários, orientando aquilo que ele, profissional, considera ser bom ou necessário. Deve-se ter atenção a este aspecto, a fim de se respeitar e estimular a autonomia dos usuários.

No que se refere ao Programa Curumim, **V** relatou:

“Não tive como ir lá onde a assistente social me mandou. Eu tava tão nervosa que eu tava sem serviço que, depois que eu arrumei esse, eu não posso dar bobeira não. Patrão não gosta que a gente fica faltando. E se eu perder este emprego, nem sei como é que vai ser. Por isso que eu não fui lá, não dá tempo. Eu vou quando eu entrar de férias”.

O relato de **V** explicita a impossibilidade que alguns usuários enfrentam de realizar o processo de busca por serviços e benefícios. Embora tenha sido uma demanda da mãe da criança a informação acerca dos procedimentos para inclusão no programa, a mesma teme se ausentar do emprego, principalmente porque ela é a responsável pelo sustento da casa. Desta forma, precisam priorizar quais necessidades buscarão atender.

Outra situação observada foi a da mãe da família 1 que, embora tenha tentado seguir as orientações dadas pelo assistente social, dirigiu-se a outro serviço (e não ao que o profissional lhe indicou), o que acabou impedindo a resolução de sua demanda. Na ficha de abordagem do Serviço Social foi feito registro da orientação para que a mãe buscasse a Vara da Infância e Juventude, para solicitar judicialmente o fornecimento do leite de soja para sua filha. Na entrevista, a mãe relatou:

“Eu fui lá na Prefeitura, lá naquele prédio que eles atendem a gente, ali no Parque Halfeld (pela descrição, a mãe se referia ao CAC – Centro de Atenção ao Cidadão), pra ver o negócio do leite de soja. Eles me atenderam e falaram que eu ia ter que passar por uma audiência, mas não me explicaram como seria a audiência”.

A fala desta mãe explicita que não houve um entendimento suficiente acerca da orientação dada pelo assistente social, visto que ela não foi ao serviço que havia sido indicado pelo profissional. Não se pode precisar em que momento ocorreu esta “falha” no processo de comunicação entre profissional e mãe. O assistente social pode não ter sido claro o suficiente ou pode ter havido uma dificuldade da mãe em compreender a orientação de forma mais consistente.

O que esta situação aponta, contudo, é a importância do profissional buscar minimizar estes possíveis ruídos na comunicação com o usuário, a fim de garantir a compreensão adequada do mesmo. Medidas simples podem ser adotadas com este objetivo, como, por exemplo, anotar o nome e o endereço do local que o usuário deve buscar. O importante é que o profissional se certifique de que sua orientação tenha sido compreendida.

Também surgiram situações em que as mães seguiram as orientações que receberam do assistente social, mas não conseguiram ter suas demandas atendidas. Isto ocorreu por duas razões: numa delas, houve a impossibilidade da família em dar seguimento ao processo e, na outra, ocorreu erro por parte da instituição responsável pela operacionalização de um benefício.

A primeira situação é a da mãe **A**, da família 1. Ao ser indagada sobre a continuidade do processo de requerimento do leite de soja para a filha, a mesma relatou:

“Eu não pude voltar lá porque eu ia ter que ir num outro dia e eu não tinha o dinheiro da passagem de ônibus”.

O quadro de pobreza impede, muitas vezes, que se consiga buscar os próprios meios de amenizá-la. Assim, muitos usuários são barrados antes mesmo de pleitear seus direitos.

Já a segunda situação ocorreu com a mãe da família 2. Conforme seu relato:

“Eu fui lá e fiz o cadastro do Bolsa-Família direitinho. Levei tudo que eles pediram: os documentos as cópias. Aí, nada de receber. Depois de um tempo, eu voltei lá e a moça consultou a minha ficha e me disse que eu não recebi porque eu não tinha direito não. Sabe o

que eles tinham feito? Pegaram na minha carteira de trabalho o salário de quando eu trabalhava. Já tem cinco anos que eu parei de trabalhar. Colocaram lá que eu tinha aquela renda de R\$300,00. Aí, somando com o salário do meu marido, a renda era alta pra eu receber. Por isso que eu não recebia”.

Estas duas situações permitem retomar uma questão que, embora pareça clara, é preciso ser levada em conta: o trabalho do assistente social está vinculado ao das demais instituições e serviços. Por esta razão, a efetividade no acesso do usuário aos diversos benefícios e serviços não depende apenas do trabalho deste profissional. Ao buscar acionar a rede de serviços, fortalecendo a prática da intersetorialidade, o atendimento da demanda do usuário é compartilhado e, não só encontra limites (como a própria condição social do usuário, relatada na primeira situação), como depende do bom atendimento do conjunto de demais serviços.

Finalmente, houve situações em que a família seguiu as orientações do profissional, obteve êxito em suas demandas ou aguarda a conclusão do processo para a obtenção, conforme pôde ser observado nas famílias 5 e 7.

A família 5 recebeu diversas orientações, já indicadas anteriormente: inserção na APAE, retomada do tratamento médico para a mãe, busca de medicação pelo SUS, solicitação do passe-livre para a criança. A mãe **W** sentiu-se motivada a retomar seu tratamento e está, atualmente, sendo acompanhada por psiquiatra e está tomando medicação para a síndrome do pânico, a qual tem recebido pelo SUS. Ao se sentir melhor, **W** procurou a APAE e conseguiu uma vaga nesta instituição para a filha (no dia da entrevista, a mãe relatou que já tinha levado a criança duas vezes e que a mesma seria acompanhada pelo mesmo médico que a avaliou quando ela nasceu). No que se refere ao passe-livre, a mãe já providenciou o cadastro da filha no setor responsável da Prefeitura. Recebeu a informação de que o caso da criança só dá direito ao recebimento do vale-transporte em número necessário para a realização do tratamento na APAE. A mãe considerou que estes procedimentos promoveram melhora significativa na qualidade de vida de toda a família, principalmente, devido à sua melhora pessoal:

*“Eu estando boa, melhora um monte de coisas: eu não fico nervosa dentro de casa, eu mesma levo a **R** pra fazer os tratamentos e, com isso, o meu marido não precisa ficar saindo do trabalho para levar. E como eu acho que o que ela tem é emocional, desde que a gente começou a fazer o tratamento direitinho, ela ainda não internou. Isso deve ter um mês mais ou menos”.*

A situação da família 5 possibilita analisar o quanto uma visão integral do profissional tem o potencial de garantir um trabalho mais efetivo. Isto porque o que se apresentava de forma imediata era a internação recorrente da criança por desidratação, devido a quadros de vômitos contínuos, sem causa orgânica evidenciada. No momento em que se ampliou o olhar, não apenas sobre a criança, mas sobre toda a família, foi possível perceber que sua mãe também estava doente e que seu quadro tinha rebatimentos diretos sobre a forma de viver da família. Quando assistente social e psicóloga voltaram-se para o atendimento à mãe, trabalhando com a mesma suas angústias e esclarecendo-a acerca da importância de cuidar de si mesma, além de orientá-la e encaminhá-la, informando sobre os recursos disponíveis, **W** assumiu não só o seu tratamento, como também passou a comprometer-se com o tratamento da filha. De acordo com o relato mencionado, a própria mãe considera que houve melhoria significativa na qualidade de vida de toda família. Na data de realização da entrevista, a criança já encontrava-se cerca de 1 mês sem passar por internação.

Quando a mãe encontrava-se doente física e emocionalmente, a criança apresentava de forma recorrente os episódios de vômitos contínuos, que culminavam em quadros de desidratação, levando-a à internação hospitalar. No momento em que a mãe começou a se cuidar, iniciando acompanhamentos profissionais para tratar seus problemas de saúde e começou a sentir-se bem, a criança apresentou melhora de seu quadro. Neste caso, em que uma das respostas para o problema de saúde da criança parece estar em sua mãe, uma visão profissional restrita não alcançaria efetividade.

Outro ponto que merece destaque é a articulação do assistente social com o profissional de Psicologia, visto que, se a saúde é o resultado de diversos aspectos da vida, uma categoria profissional isolada não consegue abranger todos estes, impondo-se, deste modo, a necessidade do trabalho em equipe.

Embora a intervenção conjunta dos profissionais, por si só, não configure um trabalho interdisciplinar – visto que este envolve, necessariamente, a produção e troca de saberes -, sua iniciativa de abordarem a mãe da criança juntos expressa a existência de “um olhar ampliado das especificidades que, ao se conjugarem, potencializam a construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde” (MIOTO e NOGUEIRA, 2006:279).

Outro relato de resultados positivos pôde ser observado na família 7. A mãe seguiu a orientação de buscar o Serviço Social da UBS do bairro. Na UBS, foi encaminhada para a

Amac, cadastrada no programa de cesta básica, a qual já está recebendo. Também se cadastrou no Programa Bolsa-Família e começará a receber o benefício. **J** relatou:

“Pra mim que ganho 280 reais esse dinheiro vai ajudar, principalmente agora que vem mais um neném. E elas me explicaram que, quando o neném nascer, é pra eu cadastrar ele também, que aí eu ganho um pouco mais”.

Avaliação das mães sobre o trabalho do assistente social e seus resultados

Embora as reflexões produzidas anteriormente possibilitem visualizar mudanças nas condições de vida das famílias, a partir das orientações do assistente social, ouvir a avaliação das próprias mães mostrou-se relevante porque são elas, com seus demais familiares, que vivenciam tal realidade. Foi com esta perspectiva que foi solicitado às mães que avaliassem os atendimentos do Serviço Social, em especial no que diz respeito às possíveis mudanças provocadas nas condições de vida de suas famílias.

Nesta direção, apenas uma das mães afirmou que “não lhe trouxe nenhum benefício ter passado pelo atendimento com o assistente social”. Trata-se da mãe da família 1 que, embora tenha recebido orientações, não pôde segui-las devido à sua dificuldade financeira. Esta mãe relatou:

“Ela me deu orientação, mas não adiantou nada. Eu não pude continuar fazendo o negócio.”

As outras seis mães tiveram avaliações positivas acerca do atendimento, seja pela forma como foram atendidas, seja pelas informações prestadas e pelos encaminhamentos e orientações dados, os quais consideraram positivos para suas vidas. Alguns relatos explicitam a avaliação das mães:

“Ela me atendeu muito bem, me explicou sobre o Bolsa-Família. Eu só não consegui ainda porque eles colocaram uma renda que eu não tinha lá no cadastro. Mas, eu começando a receber, esse dinheiro, pra mim, vai ajudar muito. É uma fruta que eu vou poder comprar, um calçado pros meninos. Então eu penso que foi bom pra mim sim o atendimento dela” (N, mãe da família 2).

“Olha, se ela não me ajudou mais, foi porque eu não procurei” (V, mãe da família 3).

“Eu achei que a assistente social me ajudou muito. Depois que ela me falou, eu fui lá no CRAS, passei a noite toda na fila, mas vou consegui o Bolsa-Família. Só que eu tenho que tirar os documentos primeiro. Mas a outra assistente social, a que fica lá no CRAS, falou que eu vou poder receber sim” (L, mãe da família 6).

“Ela me ajudou. Não foi assim... diretamente, mas foi ela que me explicou que era pra eu ir no posto, pra poder conversar com a assistente social de lá, pra receber a cesta e o Bolsa-Família. Então, me beneficiou sim” (J, mãe da família 7).

“Foi ótimo. Eu achei ótimo. Teve uma fase que a R internou lá, que eu acho que eu é que estava precisando de internar. Eu tava nervosa, não estava bem. Foi quando ela sentou, bateu um papo comigo, perguntou o que estava acontecendo e me falou, né, que eu precisava me cuidar, que eu tinha que ver a minha saúde e que isso estava interferindo na saúde da R também” (W, mãe da família 5).

As falas das mães revelam que a atuação do assistente social pode contribuir positivamente nas condições de vida dos usuários, seja através da atuação direta do profissional, seja a partir de encaminhamentos qualificados a outros serviços, seja através da socialização de informações. O atendimento às necessidades dos usuários não depende exclusivamente do trabalho do assistente social, mas, no que se refere às suas atribuições e competências, observa-se que um trabalho não só comprometido com os interesses dos usuários, mas, principalmente, competente, pode colaborar neste processo.

Uma questão expressa na fala de duas mães chamou especial atenção: elas afirmaram ter mudado a visão que tinham do profissional de Serviço Social, após terem sido atendidas no Hospital Universitário:

“Ela me atendeu muito bem. Eu nem gostava de assistente social porque eu acho que, se é uma pessoa pra ajudar, ela tem que tratar a gente com educação. Uma vez, uma assistente social lá da (instituição X) me atendeu tão mal, que eu fiquei com raiva de assistente social. Foi esta lá do Hospital que fez eu pensar diferente” (N, mãe da família 2).

“Ela foi tão bacana comigo. Eu, pra te falar a verdade, tinha trauma de assistente social porque, teve uma vez, que eu fui na (instituição X) e o jeito que ela me atendeu me deu até uma crise de choro. Eu segurei, mas, quando chegou lá fora eu comecei a chorar)” (W, mãe da família 5).

Os relatos das mães apontam sobre uma séria questão, que envolve, inclusive, um dever do assistente social (assim como dos outros profissionais), que é o de atender bem os usuários. Estas falas precisam ser incluídas nesta discussão visto que, embora a conduta de cada profissional seja individual, é ela que forma a imagem da profissão junto ao usuário.

Uma imagem negativa da profissão pode resultar, tanto na não procura por este profissional, como até mesmo na recusa de seu atendimento. A resistência ao profissional limita o atendimento às demandas dos usuários, constituindo-se numa barreira que não pode existir.

É preciso considerar também que as ações de apoio, escuta e respeito aos usuários são fundamentais, mas não podem ter um fim em si mesmas. O assistente social deve ter uma ação de mobilização, organização e ampliação de direitos (VASCONCELOS, 2006). Isto é, o profissional precisa trabalhar as demandas dos usuários, de modo a viabilizar que suas necessidades sejam atendidas, garantindo a efetividade da intervenção.

Para que seu trabalho possa alcançar maior efetividade, mostra-se necessário que o assistente social busque:

- esclarecer ao usuário sobre suas atribuições, objetivos e possibilidades do atendimento, a fim de que este seja sujeito do processo, e não um objeto sobre o qual incide a ação profissional;
- uma comunicação clara com o usuário, numa linguagem acessível que garanta sua compreensão acerca das orientações recebidas;
- escuta qualificada do usuário, a partir de uma visão integral do mesmo, o que permite ir além da demanda imediata apresentada;
- a atuação em equipe com os profissionais de outras áreas, ampliando a forma de compreender e atuar;
- o respeito e o bom atendimento ao usuário;
- o conhecimento adequado da rede intersetorial de serviços, a fim de potencializar o acesso e o atendimento das necessidades sociais;

Uma questão que merece destaque ao se discutir sobre o trabalho do assistente social, na perspectiva da intersetorialidade, é a da interlocução direta do profissional com os

demais serviços. Isto porque acionar a rede de serviços, através de informações, orientações e indicações aos usuários, embora seja importante, nem sempre garante efetividade de resultados. Desta forma, quando o assistente social interage diretamente com os profissionais de outros serviços, seja estabelecendo um contato telefônico para apresentar a demanda do usuário e discutir sua situação, seja elaborando um encaminhamento por escrito, justificando a necessidade do atendimento à demanda, está qualificando seu encaminhamento e potencializando o atendimento às necessidades dos usuários.

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

A concepção ampliada de saúde parte do entendimento de que esta é produto das condições de vida, isto é, tem como fatores condicionantes e determinantes: o trabalho, a renda, a educação, a alimentação, as condições de moradia, lazer e cultura, dentre outros aspectos.

O estudo do processo de determinação social da saúde, isto é, a análise acerca de como a forma de inserção social a influencia, chama a atenção para a questão das iniquidades em saúde, que são as desigualdades de saúde sistemáticas e relevantes, mas também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD apud CNDSS, 2006). As iniquidades em saúde são consequência das desigualdades sociais existentes na sociedade burguesa, estruturalmente antagônica.

É neste modelo de sociedade que o assistente social – enquanto profissional inserido na divisão sócio-técnica do trabalho – atua, trabalhando junto a sujeitos sociais que guardam, na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social. Questão social cujas expressões históricas e contemporâneas personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista brasileira (VASCONCELOS, 2006).

Diante deste quadro sócio-histórico - que, como afirma Yamamoto (2006), não se reduz a um pano de fundo, mas atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do assistente social, afetando suas condições e as relações em que realiza o exercício profissional -, a profissão de Serviço Social tem uma direção hegemônica bem definida, que é a do compromisso com os interesses da classe trabalhadora.

Embora não seja objeto de preocupação exclusivo do Serviço Social, a questão social é a base da intervenção do assistente social, tal como os indivíduos as experimentam. Na área da saúde, o profissional trabalha “nos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento destas questões” (BRAVO e MATOS, 2006:212).

A atuação profissional comprometida com os direitos dos usuários deve pautar-se na integralidade das ações, que se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, e implica na não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas a promoção da saúde (NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

A integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão ou serviço, mas compreende distintas práticas profissionais que se articulam no campo da promoção da saúde. Tem, como pilares básicos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, e possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típica do modelo biomédico (NOGUEIRA E MIOTO, 2006).

Tendo em vista a determinação social da saúde da criança e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, o assistente social – a fim de ter uma prática capaz de gerar melhoria nas condições de vida da criança e de sua família – deve, no processo sócio-assistencial, buscar a intersetorialidade, também compreendida como “integralidade macro”, conforme aponta Cecílio (2001). Segundo Nogueira e Miotto (2006:238), a ação profissional do assistente social na área da saúde “se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade”.

A intersetorialidade atende à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia da qualidade de vida incorporada à concepção de promoção da saúde (JUNQUEIRA, 2004). Contudo, a intersetorialidade é permeada por alguns dilemas, como discute Andrade, L.O.M. (2006), visto que, embora o Sistema Único de Saúde esteja pautado no conceito ampliado de saúde, vinculado à construção de políticas intersetoriais, atribui a uma política setorial o papel de garantir a saúde.

O estudo do trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança – tendo como ênfase a ação intersetorial - permitiu constatar que este gera melhoria nas condições de vida das famílias das crianças internadas por doenças evitáveis. Contudo, ainda há muito que se avançar e investir no potencial deste trabalho, que pode e necessita ser mais explorado, a fim de que, superando as dificuldades existentes, alcance maior efetividade de resultados. Nesta direção, a discussão acerca de alguns pontos (que, embora não sejam novos) mostra-se relevante.

No atendimento aos usuários, o assistente social precisa trabalhar com estes o esclarecimento acerca de seu papel profissional, fundamentalmente, por duas razões. Em primeiro lugar, porque isto capacita e instrumentaliza o usuário a utilizar melhor o trabalho do profissional, na medida em que compreende seus objetivos. Em segundo lugar, para que o usuário possa ter a clareza de que a ação do assistente social não significa uma “ajuda”, mas sim um direito.

Outro aspecto que apresenta rebatimento direto nos resultados do trabalho do assistente social e que, por esta razão, precisa ser buscado, é a qualidade dos esclarecimentos prestados aos usuários. Sua clareza é condição para que estes, ao compreenderem o discurso

do profissional, sejam sujeitos do processo de atendimento. Se o usuário não possuir tal clareza, estará “sendo conduzido” pelo profissional – como objeto sobre o qual incide a ação – o que se configura num obstáculo para sua autonomia. Outra razão para a exigência da qualidade dos esclarecimentos refere-se ao fato de que, somente através dela, os usuários – neste estudo, em particular, as mães das crianças – terão a compreensão necessária para tomar as providências orientadas, no sentido de obter recursos, benefícios e direitos que possam contribuir positivamente em suas condições de vida. Além disto, observa-se que muitos usuários têm uma postura de aceitação perante um esclarecimento insuficiente, não questionando o profissional. Este tipo de comportamento, por parte do usuário, deve-se ao fato deste se colocar numa posição de inferioridade diante daquele que é “o detentor do saber”. Deste modo, muitas orientações e esclarecimentos “se perdem”, não se revertendo em resultados concretos. Por esta razão, o esclarecimento claro e compreensível precisa ser uma preocupação do assistente social, principalmente porque seu principal instrumento de trabalho é a linguagem.

Para que seu trabalho possa gerar melhoria nas condições de vida, o assistente social também deve investir na escuta qualificada dos usuários. Somente esta escuta atenta possibilita a percepção do profissional acerca de suas reais necessidades, nem sempre explícitas na demanda apresentada. Esta escuta é o “ponto de partida” do trabalho, fornecendo os subsídios necessários para a atuação profissional. Sem ela, o assistente social corre o risco de trabalhar com o usuário aquilo que ele, profissional, julga ser importante e que, não necessariamente, é importante para o usuário, o que também é uma forma de torná-lo objeto da ação.

Estreitamente vinculada à escuta qualificada, encontra-se a visão integral do usuário. O assistente social deve buscar reconhecer os diversos aspectos de sua realidade – seu contexto social, seu modo de vida, cultura, valores etc – para que sua intervenção não seja “desconectada” dela e para que aspectos relevantes não sejam ignorados. Quanto melhor o profissional conhecer a realidade social do usuário, melhor será o serviço a ele prestado.

A forma de encaminhamento do usuário a outros profissionais e serviços também deve ser destacada. É preciso que os encaminhamentos sejam qualificados, de modo a garantir que o usuário possa buscar os serviços e/ou benefícios de forma correta e para potencializar o seu acesso aos mesmos. A qualidade do encaminhamento pode fazer a diferença na obtenção daquilo que o usuário busca e, para isso, o profissional pode adotar medidas simples, como elaborar um encaminhamento por escrito, identificando a instituição da qual faz parte, justificando a necessidade do usuário e deixando formas de contato para os casos de maiores

esclarecimentos ou estabelecer contato com os profissionais dos demais serviços para discutir a situação do usuário. Estes “cuidados” podem determinar a resposta a uma necessidade do usuário.

A obtenção de um benefício, o acesso a um serviço ou a efetivação de um direito são resultados que o assistente social espera que os usuários alcancem, a partir de seu atendimento. Embora a obtenção destes resultados não dependa exclusivamente do profissional de Serviço Social, no que lhe compete – sejam orientações, esclarecimentos, informações, encaminhamentos etc – este profissional deve garantir qualidade, enquanto compromisso expresso como um dos princípios fundamentais da ação profissional (CEFESS, 1997).

As possibilidades da prática estão contidas na realidade e só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da mesma, que resulta da conexão sistemática entre prática profissional e debate teórico (Vasconcelos, 2006). É essa capacidade crítica que permite ao profissional visualizar o caráter coletivo de muitas demandas que se apresentam individualmente, concebendo-as como produto das relações sociais contraditórias, o que amplia e potencializa a efetividade de sua intervenção.

A intersetorialidade constitui-se num “caminho” através do qual o assistente social pode trabalhar as demandas dos usuários, no sentido de que estes alcancem e efetivem direitos sociais. A ação intersetorial representa a superação de uma visão restrita da saúde, na medida em que expressa a necessidade de integração de práticas e saberes situados em diferentes setores que se complementam e interagem para uma abordagem mais complexa do processo saúde/doença. É preciso que haja articulação entre as políticas sociais, uma vez que somente a existência de serviços não garante uma ação integral. Além de haver serviços capazes de atender com qualidade às demandas dos usuários, é preciso que se supere o somatório de ações paralelas e desconexas, uma vez que, diante da realidade de precarização e fragmentação das políticas sociais, a ação intersetorial apresenta-se, muitas vezes, mais como um esforço individual dos profissionais, visto que não há uma organização governamental das políticas sociais no sentido de estabelecer mecanismos oficiais para sua interlocução. Deste modo, a intersetorialidade permanece sendo

um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menos conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006: 280).

Para que o trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança tenha o potencial de gerar melhoria em suas condições de vida, o profissional deve ter uma prática, denominada por Vasconcelos (2006) como prática reflexiva, que é aquela que politiza as demandas dirigidas ao Serviço Social, ao democratizar informações necessárias e fundamentais, quando do acesso dos usuários a serviços e recursos – como direitos sociais – na busca da superação da práxis cotidiana, a partir de sua análise e desvendamento, o que contribui para o fortalecimento dos envolvidos no processo, enquanto sujeitos políticos coletivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, S.A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39 n4, 2005.
- ANDRADE, L.O.M. **A saúde e os dilemas da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005, 8ed.
- BARATA, R.B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- BEZERRA FILHO, J.G. et al. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período de 2000-2002. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, 2007.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, 1991.
- BONETTI, D. A. et al (orgs). **Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à saúde, com Controle Social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.
-
- Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde - Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRAVO, M.I.S. e MATOS, M.C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al (Orgs.) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. 2ed.
-
- _____. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E. et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho em saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.5 n.1, 2000.
- BUSS, P.M. e FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. In: **Physis Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, 2007.

CAETANO, J.R.M. et al. Fatores associados à internação de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.36 n.3, 2002.

CALDEIRA, A.P. et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39 n.1, 2005.

CAMARGO JR. K.R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. As armadilhas da exclusão. In: **Desigualdade e a questão social**. BÓGUS, L. et al (orgs.). São Paulo: Educ, 1997.

_____. As transformações da questão social. In: **Desigualdade e a questão social**. BÓGUS, L. et al (orgs.). São Paulo: Educ, 1997.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (Org). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CARVALHO, G.I. e SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. Campinas: Editora UNICAMP, 2001.

CASTRO, M.M.C. **O Serviço Social e o cuidado em saúde: uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais do Hospital Universitário/UFJF**. Monografia (Pós-Graduação “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva”, UFJF). Juiz de Fora, 2006.

CDSS/OMS. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores**. 2005. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em 09 de outubro de 2007.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (orgs.), **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECILIO, L.C.O. e MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CEFESS. **Código de Ética do Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997, 3 ed. rer. e atual.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et all. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

COHEN, S.C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 12 n.1, 2007.

COSTA, M.C.L. Teorias médicas e gestão urbana: a seca de 1877-79 em Fortaleza. In: **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.11 n.1, 2004.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** n.62. São Paulo: Cortez, 2000.

DE PAULA, K.A., et all. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? In: **Revista Interface - Comunicação, saúde, educação**. v.8 n.15, 2004.

DESLANDES, S.F. e GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSSI, M.L.M. e MERCADO, F.J. (org.). **Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**. Petrópolis RJ: Vozes, 2004.

DESLAURIERS, J.P. e KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

FEUERWERKER, L.C.M.; COSTA, H. intersetorialidade na Rede Unida. In: **Divulgação Saúde para Debate** n.22, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br>. Acesso em 18 de agosto de 2008.

FLEURY, S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 12, 2007.

FONTANELLA, B.J. et all. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.24 v. 1, 2008.

GERSCHAMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2004, 2 ed.

GOMES, R. e DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.2 n.2, 1994.

GUERRA, Y. et al. O debate contemporâneo da questão social. In: **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro: UFRJ/PPGESS, n. 12, 2005.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. In: **Revista Temporalis**. Brasília: ABEPSS, Grafiline, n.3, 2001a.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2001b, 5ed.

_____. 20 anos do livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: uma leitura retrospectiva*. In: **Revista Temporalis**. Brasília: ABEPSS, Grafiline, 2002.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M.V. & CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2005, 17 ed.

IPEA. NOTA TÉCNICA. Sobre a recente queda na desigualdade de renda no Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 13 de setembro de 2008.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, 2000.

_____. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo: USP, v.13, n.1, 2004.

LÓPEZ PARDO, C.M. Concepto y medición de La pobreza. **Revista Cubana de Salud Pública**. La Habana, v.33, n.4, 2007.

MAGALHÃES, R. et al. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.6, 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E.E. Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em saúde: um desafio para o público**. MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.). São Paulo: Hucitec, 2002, 2 ed.

MIOTO, R.C.T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XVIII, n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

MIOTO, R.C.T. e NOGUEIRA, V.M.R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A.E. et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NETTO, J.P. Cinco Notas a propósito da questão social. In: **Revista Temporalis**. ABEPSS. Rio de Janeiro: Graflina, 2001a.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001b. 3ed. ampliada.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2002. 6ed.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.4, 2003.

NOGUEIRA, V.M.R. e MIOTO, R.C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A.E. et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NORONHA, K. & ANDRADE, M.V. **Aspectos teóricos e metodológicos da relação entre o estado de saúde e a desigualdade de renda**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2006.

NUNES, E.D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências Sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.40, 2005.

PANHOCA, L.; SILA, O.M.P.; FIGUEIRA, F. As metas do milênio e gestão social. In: **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v.3, n.1, 2007.

PASTORINI, A. **A categoria questão social em debate**. São Paulo: Cortez, 2007 (Coleção questões da nossa época, v. 109), 2 ed.

PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. In: **Revista de Nutrição**. Campinas, s/n, 2003.

PILZ, E.M.L e SHERMANN, L.B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas / RS. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v12 n.1, Rio de Janeiro, 2007.

PINHO, L.M. (org.). **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90**. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et all. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias**. Belo

Horizonte, 2007. Disponível em <http://www.pucminas.br/biblioteca>. Acesso em 13 de setembro de 2008.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et all. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PRATA, P.R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. In: **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. O que é e o que faz a AMAC. Disponível em: <http://www.amac.pjf.gov.br>. Acesso em 17 de agosto de 2008.

RESEGUE, R. Entendendo o desenvolvimento da criança. In: **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 21 de abril 2005.

REIS, R.S. **A influência dos determinantes sociais na saúde da criança**. Monografia (Pós-Graduação “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva” – UFJF), Juiz de Fora, 2005.

RIBEIRO, A.C.T. A resistência do compromisso. In: VALLA, V.V., STOTZ, E.N., ALGEBAIL, E.B. (orgs.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

ROSANVALLON, P. **La nueva cuestión social – repensando el Estado providencia**. Buenos Aires: Manantial, 1995.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. In: **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, p.85-94, 2004. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 21 de abril de 2005.

SOLAR, O. e IRWIN, A. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Texto preparado para a segunda reunião da CDSS/OMS. Genebra, 2005. Disponível em www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em 07 de março de 2007.

SOTO, S.F. El concepto de pobreza en la teoría marxista. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** n.73. São Paulo: Cortez, 2003.

SPOSATI, A. Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo: um comentário do relatório da Comissão Mista Especial da Câmara e do Senado. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n.63. São Paulo: Cortez, 2000.

STEPHAN-SOUZA, A.I.; MOURÃO, A.M.A.; LIMA, A.M.C.A. Residência em Serviço Social: um projeto de formação profissional. In: **Revista Libertas**. Juiz de Fora: Editora UFJF, v.1 n.1, 2001.

STOTZ, E.N. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, V.V., STOTZ, E.N., ALGEBAIL, E.B. (orgs.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

SZWARCWALD, C.L. et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. In: **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, 1999.

TELLES, V.S. Questão social: afinal, do que se trata? In: **São Paulo em perspectiva**. v. 10, n.4, 1996.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 3ed.

UGÁ, V.D. A categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. In: **Revista de Sociologia Política**. Curitiba, n.23, 2004.

VALLA, V.V. Globalização, a questão social e a nova pobreza. In: VALLA, V.V., STOTZ, E.N., ALGEBAILLE, E.B. (orgs.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: Mota, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

VICTORA, C. **Avanços no conhecimento sobre determinantes sociais da saúde no Brasil**. Brasília, 2006. (Apresentação realizada na 1ª Reunião da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, em 15 de março de 2006). Disponível em www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em 26 de setembro de 2007.

WESTPHAL, M.F. e MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.34, n. 6, 2000.

YASBEK, M.C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: **Revista Temporalis**. Brasília: ABEPSS, Grafiline, ano II, n3, 2001.

ANEXOS

Roteiro da Entrevista

Contexto social da família:

- Composição familiar
- Situação ocupacional de seus membros
- Renda
- Condições de moradia
- Situação de saúde
- Inserção em Programas Sociais

Internação da criança no HU e o trabalho do assistente social:

- Motivo da internação
- Correlações entre a doença que levou à internação e o ambiente
- Compreensão acerca do trabalho do assistente social
- Atendimento do assistente social e o trabalho desenvolvido junto à família
- Orientações realizadas pelo profissional
- Busca pela efetivação de direitos
- Repercussões do trabalho do assistente social
- Avaliação das mães sobre o trabalho do profissional