



Universidades Lusíada

Lagunilla, Ana Mercedes Pelosi

Coelho, Renata Baptista

Siqueira, Luana de Souza

Quem e como cuidam das crianças e adolescentes cardiopatas? : uma pesquisa no Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras

<http://hdl.handle.net/11067/6267>

<https://doi.org/10.34628/t3v7-9533>

Metadados

Data de Publicação

2019

Resumo

A pesquisa que sustenta este trabalho realizou-se no Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro—Brasil, especificamente no sector de Pediatria cardiológica e insere-se na temática das políticas públicas sociais, especificamente nas políticas de saúde, assistência e previdência, que formam o tripé da Seguridade Social brasileira. Os direitos sociais, principalmente os voltados para as crianças e adolescentes e para as mulheres, tem sofrido nos últimos anos um intenso ataque, observável n...

Tipo

article

Revisão de Pares

yes

Coleções

[ULL-ISSSL] IS, n. 53-54 (2019)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:28:14Z com informação proveniente do Repositório

**QUEM E COMO CUIDAM DAS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES
CARDIOPATAS?
UMA PESQUISA NO INSTITUTO
NACIONAL DE CARDIOLOGIA DE
LARANJEIRAS**

Ana Mercedes Pelosi Lagunilla

Assistente Social, Mestranda em Sociologia pela Universidade do Porto

Renata Baptista Coelho

Assistente Social do Instituto Nacional de Cardiologia, Mestre em Saúde Pública

Luana de Souza Siqueira

*Assistente Social, Mestre e Doutora em Serviço Social
Docente do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Resumo: A pesquisa que sustenta este trabalho realizou-se no Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro – Brasil, especificamente no sector de Pediatria cardiológica e insere-se na temática das políticas públicas sociais, especificamente nas políticas de saúde, assistência e previdência, que formam o tripé da Seguridade Social brasileira. Os direitos sociais, principalmente os voltados para as crianças e adolescentes e para as mulheres, tem sofrido nos últimos anos um intenso ataque, observável no avanço de políticas de carácter neoliberal, especialmente no Brasil. O objeto de investigação é o perfil dos cuidadores dos pacientes (crianças e adolescentes) atendidos pelo já referido Instituto. Nosso objetivo foi compreender como as políticas públicas atendem e respondem às necessidades destas famílias. O perfil dos cuidadores, que em sua maioria são mulheres, demonstram a divisão sexual do trabalho particular ao sistema capitalista, em que a mão de obra feminina incide, sem custo para o capital, a reprodução da força de trabalho. E é no trabalho doméstico que esta reprodução se dará. Nogueira (2010) e Cisne (2013) apontam que o trabalho doméstico enquanto trabalho, é que se apresenta como o sustentáculo da divisão sexual do trabalho, permitindo cada vez mais a produção e reprodução da força de trabalho para o capital. Neste sentido, verificamos com este estudo, que a partir da introdução dos benefícios dos programas de transferência de renda nas famílias, as condições materiais das famílias tiveram alguma melhora, tendo em vista as precárias condições financeiras e materiais das famílias. Desta forma, percebe-se a importância do profissional do Serviço Social na viabilização do acesso aos direitos destinados a este público, de forma que pacientes e cuidadores tenham suas necessidades minimamente atendidas, considerando-se que a maioria dos usuários possuem condições precárias de subsistência e os benefícios e políticas sociais incidem

na eficácia do tratamento dos pacientes desta unidade.

Palavras-chave: Gênero; Família; Trabalho; Políticas Sociais.

Introdução

A pesquisa que sustenta este trabalho insere-se na temática das políticas públicas sociais, especificamente nas políticas de saúde, assistência e previdência, que formam o tripé da Seguridade Social. Teve como mote inicial, as experiências no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e no Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INC), onde empiricamente observou-se, a partir do contato com as mães acompanhantes, as quais representam quase a totalidade dos responsáveis e que ao iniciar o tratamento de seus filhos, enfrentam dificuldades de se manterem em seus trabalhos e precisam pausar suas atividades profissionais, a fim de possibilitar o acompanhamento integral dessas crianças e adolescentes. As experiências possibilitaram, a partir do acompanhamento dos atendimentos executados, na elaboração da pergunta desta pesquisa, que procuraremos respondê-la ao longo deste trabalho. Desta forma, pretendemos responder às seguintes perguntas: quem são os acompanhantes/cuidadores de crianças e adolescentes com cardiopatias e de que forma as medidas/políticas públicas de proteção social atendem estas famílias?

Inicialmente, foi elaborado estudo exploratório a fim de conhecer o público-alvo e as demandas apresentadas por este, além de delimitar a amostra a ser estudada. Foram, a priori, selecionadas todas as entrevistas realizadas mensalmente no período de 6 meses, onde destas extraiu-se a média mensal de entrevistas executadas, chegando ao número médio de 50 entrevistas sociais realizadas pelas Assistentes Sociais do setor de pediatria do INC.

A seguridade social, em seu tripé, está prevista na Constituição Federal de 1988, onde busca de tal forma, efetivar o estado democrático de direito. Ao longo da década de 1990, marcos legais foram

criados, a fim de dar conta de cada ponta deste tripé. Instituíram-se a LOS (Lei nº 8080 de 1990) e LOAS (Lei nº 8742 de 1993), por exemplo. Anteriormente, nas décadas de 1970 e 1980, os institutos de previdência foram unificados, ficando na época a cargo do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), que posteriormente veio a ser compreendido e nomeado de forma mais ampla, como Instituto Nacional do Seguro Social.

Os direitos sociais, principalmente os voltados para as crianças e adolescentes e para as mulheres, tem sofrido nos últimos anos um intenso ataque, tendo em vista o avanço das políticas de caráter neoliberal desde a década de 1990, de forma mais incisiva. Nos anos 2000, observamos um período de avanço novamente na criação de políticas voltadas para os mais pobres, em busca de minimizar os efeitos causados na década anterior. Porém, como a história recente nos mostra, essas políticas vêm sofrendo ataques, de forma a favorecer o grande capital, oprimindo ainda mais o pobre, o colocando em situação novamente de vulnerabilidade.

No âmbito deste trabalho, buscaremos identificar e traçar o perfil dos cuidadores dos pacientes (crianças e adolescentes) atendidos pelo setor de pediatria do Instituto Nacional de Cardiologia. Pretendemos, a partir deste perfil, compreender como as políticas públicas atendem a estas famílias e de que forma respondem às necessidades das mesmas.

Mulher e a reprodução material da classe trabalhadora

Ao longo das décadas, vimos o intenso aumento nas lutas pelos direitos das mulheres, inclusive na esfera do trabalho. Nogueira (2010, p. 59) irá apontar para este fator, onde na década de 1990, com os efeitos da globalização atingindo o mercado de trabalho, o número de mulheres empregadas remuneradas amplia-se. Porém esta ampliação não se dá de forma equânime.

[...] mesmo ampliando a participação feminina no mundo produtivo as tarefas domésticas continuavam reservadas exclusivamente à mulher, ou seja, a or-

ganização da família patriarcal pouco é alterada, o marido se mantém provedor e a esposa a provedora complementar e dona de casa, confirmando a divisão sexual desigual do trabalho (Nogueira, 2010, p. 59)

Ainda de acordo com Nogueira (2010, p. 60), a relação capital/trabalho apresenta hierarquia de gêneros, onde o capital ao longo da história não a ignorou e vem reforçando através da subordinação e dominação de gênero. Nogueira (2011, p. 189) reflete que, com base em Engels no livro *A Origem da família, da propriedade privada e do Estado* (2010, p. 19), este já apontava para um movimento contraditório na inserção da mulher no mundo do trabalho. A mulher ao mesmo tempo em que se emancipava (no sentido de suplantar o capital, livrando-se da dominação patriarcal), encontrava-se neste mesmo mercado de forma precarizada, levando a uma maior exploração desta pelo capital.

Outro fator apontado ainda por Nogueira (2011, p. 190) diz respeito à questão salarial, onde a mulher por ter seu papel de cuidadora do lar e dos filhos, tem em seu trabalho uma complementação de renda familiar, ou seja, ela “ajuda” a compor a renda da família, visto que a renda principal da família é o salário do cônjuge.

No contexto atual, as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, sem que isso signifique uma transformação na sua relação com o trabalho doméstico. Temos aí uma contradição entre autonomia financeira e sobrecarga de trabalho e de tempo de trabalho em decorrência de uma jornada que compreende trabalho assalariado e trabalho doméstico não assalariado. Para as mulheres que estão exclusivamente no trabalho doméstico não remunerado, a contradição se coloca em outros termos, pois, nesse caso, a falta de uma renda própria é um impedimento à autonomia das mulheres. (Avila & Ferreira, 2014, p. 18)

É nesse sentido, que vamos observar que o trabalho doméstico enquanto trabalho, é que se apresenta como o sustentáculo da divisão sexual do trabalho, permitindo cada vez mais a produção e reprodução da força de trabalho para o capital. Tudo isso, vemos

perpassar as questões de classe, tendo em vista que independentemente da posição que esta mulher se encontre na sociedade a esfera doméstica estará destinada à mulher.

Nogueira (2011, p. 195) aponta que para além da questão salarial, entende-se que a mulher está afeita ao serviço em tempo parcial, visto que o homem está afeito ao trabalho em tempo integral. Este fator se deve a decorrência do trabalho feminino ser não somente ligado ao mundo do trabalho formal, mas também está intrinsecamente ligado à esfera doméstica, de reprodução da força de trabalho para o capital.

Sobre a produção e a reprodução da força de trabalho para o capital, esta se dá sem custos extras para o capital, tendo em vista que a mulher é a responsável direta pela manutenção desta. Ricardo Antunes (1999, p. 86) vai refletir que quando o trabalho em tempo parcial está reservado principalmente para a mulher, entende-se que isto se dá porque o próprio capital necessita da mulher, o tempo de trabalho na esfera reprodutiva, visto que para o capital seria impossível para este se realizar no ciclo produtivo sem que a mulher execute o trabalho na esfera doméstica.

Seguridade Social e marco legal

O conceito de seguridade apresenta a noção de proteção social do indivíduo na sua totalidade e também sua inserção nos direitos providos pelo Estado, vinculados ou não a sua inserção no mundo do trabalho. Conforme relata Lobato (2016, p. 89), temos como início da consolidação do sentido de seguridade social, principalmente na Europa, no período pós II Guerra Mundial. Deste modo, vê-se que o predomínio do liberalismo como norteador do capitalismo, não apresentava mais os mesmos efeitos, tendo em vista os conflitos políticos, além da necessidade iminente de recuperação dos países neste período e passa-se então a se observar avanços da orientação social democrata. Acreditava-se que era possível unir justiça social com o desenvolvimento da economia capitalista. O Estado, a partir de então passa a ter atributos, além dos anteriores

como manutenção da ordem e das questões de mercado, de mediador das desigualdades sociais que se apresentavam. Nos anos que se seguem desse pós-guerra, pode-se perceber um grande avanço no que diz respeito a seguridade social. A esse fenômeno deu-se o nome de “os 30 anos gloriosos”. Seguiram-se até a década de 1970, onde o capitalismo entra em colapso com a crise do petróleo em 1973, encaminhando-se para o rompimento deste período de glória.

Com relação ao Brasil, este *welfarestate* europeu se deu de forma híbrida, porém tardiamente. Vemos que a partir da Carta Magna de 1988 esta política de bem-estar social tenta ser implementada.

Boschetti (2006, p. 63) reflete que no Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente, e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família. É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social.

Temos como fundante da seguridade social no Brasil, três políticas: Saúde, Assistência e Previdência. Até a década de 1970, previdência e saúde estavam atreladas ao mesmo sistema. Já a assistência neste período, tinha caráter clientelista e pontual.

Como resultado do movimento de redemocratização do país na década de 1980, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ao menos do ponto de vista normativo, ultrapassa a perspectiva de seguro social e inaugura a concepção de seguridade social. Esta é entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da Seguridade Social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social.

Caminho realizado pela pesquisa

A pesquisa realizada no Instituto Nacional de Cardiologia tem seu início como já citado, na observação empírica da prevalência de mulheres nos cuidados de crianças com cardiopatias atendidas pelo já citado instituto. A partir desta observação, foi realizado um estudo exploratório inicial, a fim de verificar o quantitativo de crianças e adolescentes atendidos mensalmente pelo setor de Serviço Social da Cardiopediatria do Instituto e a prevalência ou não efetiva de mulheres no acompanhamento e nos cuidados das crianças atendidas pela unidade. O estudo exploratório apontou que eram realizadas em média 50 entrevistas sociais mensalmente e que a maioria dos indivíduos que executavam os cuidados das crianças e adolescentes atendidos (internados ou não) era realizada por mulheres.

A partir destes dados, foi definida a amostra para análise pormenorizada das entrevistas sociais, a fim de poder traçar o perfil socioeconômico destas famílias, a justificativa para o cuidado ser exclusivo feminino e se são e de que forma são atendidas pelas políticas públicas estas famílias. O projeto de pesquisa foi então submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (CEP/INC), sendo aprovado e executado no final do ano de 2017.

A pesquisa portanto, teve por objetivo identificar os cuidadores, suas condições materiais e seu acesso aos direitos sociais. Assim especificamente nos ativemos a avaliar se as políticas públicas existentes em nosso país atendem de forma integral as demandas apresentadas pelas mães de crianças com cardiopatias acompanhadas no Instituto Nacional de Cardiologia.

Neste sentido, utilizou-se como metodologia desta pesquisa a análise documental onde foram examinadas 50 entrevistas sociais executadas no período de setembro e outubro de 2017 pelo setor de Serviço Social no Serviço de Cardiologia da Criança e Adolescente do Instituto Nacional de Cardiologia. Ao buscar realizar uma análise documental, temos que, como cita Cellard (2008, p. 295), observar que

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (Cellard, 2008, p. 295).

Para tanto, reflete ainda que o uso de documentos em pesquisa é importante, pois permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. As entrevistas sociais contêm dados pessoais, sociais, econômicos e de saúde da família em questão. Destas, os dados analisados dizem respeito a criança, ao responsável (situação empregatícia, socioeconômica, atendimento de demandas sociais por parte das políticas públicas) e situação de moradia. Para tal análise de conteúdo, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) *apud* Minayo (1993, p. 86), que aponta para um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Assim, esta pesquisa buscou mapear os cuidadores das crianças atendidas no serviço de cardiopediatria do INC, partindo da hipótese que essas cuidadoras são mulheres e mães destas crianças.

Análise dos resultados

Os resultados aqui apresentados partem de uma amostra de 50 entrevistas sociais realizadas pelas Assistentes Sociais, onde apresentaremos os dados referentes às famílias atendidas pela unidade de pediatria do Instituto Nacional de Cardiologia. Inicialmente, apresentamos os dados acerca das crianças e adolescentes atendidos pela unidade, que se encontravam internados no já referido período.

Observamos a prevalência, nesta amostra, de pacientes do sexo feminino, com idade entre 1 e 5 anos e que a totalidade pos-

sui os documentos básicos (Certidão de nascimento, CPF). É possível analisar o sexo dos pacientes, agregado aos dados de idade. Analisamos, portanto, que entre as crianças apontadas acima com idade entre 01 e 05 anos, o quantitativo se encontra em equilíbrio. Observa-se que as idades e sexo que apresentam um quantitativo maior são: meninos entre 0 e 1 ano e meninas entre 06 e 11 anos. Quando analisado dado onde pergunta-se se o paciente encontra-se inserido no sistema educacional, observou-se maioria de crianças fora do sistema formal de educação. Observamos também na coleta de dados que o quantitativo maior de pacientes atendidos encontra-se na faixa de escolaridade entre o pré-escolar e ensino fundamental I. A idade orientada pelo sistema educacional brasileiro para a faixa de pré-escolares tem variação entre os 02 e os 06 anos, quando a criança passa para a faixa do ensino fundamental I, que compreende crianças com idade entre 06 e 11 anos. Já o ensino fundamental I que compreende do 1º ao 5º ano de escolaridade, e o ensino fundamental II que abrange do 6º ao 9º ano de escolaridade. Nesta etapa escolar, segundo Brasil (2017e), a criança terá seu primeiro contato com o mundo intelectual e pretende-se desenvolver a capacidade de aprendizagem, visando a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores, bem como o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social. Já o ensino médio, que abrange do 1º ao 3º, tem por finalidade consolidar e aprimorar os conhecimentos adquiridos ao longo do ensino fundamental, bem como preparar o estudante para o mundo do trabalho e para o exercício de sua cidadania. (BRASIL, 2017e)

Quando perguntados sobre o local de moradia, verifica-se que a maioria reside nas localidades da zona norte e oeste do município do Rio de Janeiro e também na Baixada Fluminense. As citadas regiões encontram-se em localidades com baixa infraestrutura, pouco investimento no que diz respeito a segurança pública e sistema de saúde por exemplo. É importante destacar o que sinaliza Silva (2010) acerca da questão segurança pública, no que diz respeito principalmente ao Rio de Janeiro.

O crescimento de episódios de violência e seu desborde para áreas antes razoavelmente protegidas, que vêm se acumulando há décadas, transformou-o em um dos principais problemas da agenda pública, construído a partir da identificação de ameaças reiteradas à integridade pessoal e patrimonial que passou a dominar as preocupações de amplas camadas da população carioca. (Silva, 2010)

Desta forma, vemos que nas regiões de maior concentração que residem os entrevistados os índices de violência apresentam-se muito altos. Vê-se também que nos últimos 2 anos no Estado do Rio de Janeiro, com o agravamento da crise financeira deste mesmo estado, houve a redução exponencial dos serviços públicos ofertados a população, e quando ofertados, o são de forma precária e inconsistente. Diuturnamente, nos noticiários local e nacional são apresentadas as deficiências no atendimento ao público que busca atendimento nos setores de saúde e educação, por exemplo.

E desta forma, apresentamos, a seguir, o eixo principal desta pesquisa, onde buscamos conhecer quem são os cuidadores das crianças atendidas pelo INC. Observamos que a prevalência então, nos cuidados, se deu por parte das mães, quase na totalidade, com 98% das entrevistas analisadas. Isso é reforçado pelo fato da mulher ainda ocupar na sociedade, o lugar de “força-motriz” da reprodução da força de trabalho para o capital.

O espaço reprodutivo é uma espécie de imitação “caricata” do mundo produtivo. O trabalho doméstico compreende uma enorme porção da produção socialmente necessária. Isto é, no processo de acumulação de capital, o quantum de mercadoria/força de trabalho é imprescindível, uma vez que é pela exploração do dispêndio de energia socialmente necessária para a produção de mercadoria que se gera a mais-valia. Portanto, o espaço doméstico familiar é fundamental para que o capital garanta a reprodução e a manutenção da classe trabalhadora. (Nogueira, 2010, p. 60)

Nogueira (2010, p.61) aponta ainda que a família patriarcal para a sociedade capitalista é fundamental para sua dinâmica ocor-

rer. O “cuidar” da família é atividade reprodutiva essencial. Desta forma, nesta ótica, vemos essencialidade dos cuidados com os membros das famílias, em todos os aspectos humanos, a fim de que esses membros, inclusive o cuidador, possibilitem a dinâmica do capital acontecer.

No entanto, as famílias aqui estudadas, apresentam não somente como perfil de cuidador, a mulher, mãe, desempregada ou em trabalho precário de forma aleatória. É a mulher, quem historicamente, na sociedade capitalista de base patriarcal possui o papel de cuidadora.

Essa totalidade de mulheres (mães e avós) vem corroborar com o apresentado por Neves e Cabral (2008, p. 558), onde a partir do olhar da Enfermagem, visualizou-se a totalidade de cuidadoras mulheres de crianças e adolescentes doentes. Conforme apontam em seu estudo, no contexto da família, à mulher está determinado socialmente que ela é a provedora dos cuidados às crianças, idosos e doentes.

Essas mulheres, mães e cuidadoras, apresentam perfil socioeconômico bastante característico. São mulheres com idade entre 31 e 45 anos, com escolaridade baixa, onde 46% possui o ensino fundamental incompleto. Essas mães têm como situação conjugal a união estável (50%), onde vivem com seus companheiros que podem ou não ser o pai da criança atendida. Possuem uma média de 01 a 03 filhos. A média de filhos por mulher desta pesquisa é corroborada com o que foi apresentado pelo IBGE na última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2014), que aponta que em 2013 a taxa de filhos por mulher era de 1,77. A PNAD aponta ainda para a formalização das uniões, onde cerca de 36% dos casais encontra-se em união estável não formalizada.

No que diz respeito a situação de trabalho destas mulheres, cerca de 56% encontra-se desempregada ou está em situação de dependência de algum familiar. Esta situação é reforçada a partir do que foi observado nas anotações em cada entrevista realizada, onde algumas mulheres citavam que necessitaram deixar seus empregos formais para poder executar os cuidados de seus filhos, pois

seu contrato de trabalho não permitia afastamento para cuidado dos mesmos. Este item vai de encontro ao já debatido auxílio-doença parental, projeto de lei que tramita na Câmara dos Deputados (Projeto de Lei n.º 1.876, de 2015), que prevê extensão da licença remunerada para cuidado de parentes diretos. Atualmente, somente é concedido ao trabalhador que se encontra com registro em CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) licença remunerada para cuidados próprios de acordo com as doenças e incapacidades elencadas pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

Ao analisarmos a situação habitacional destas famílias, verificamos que a maioria reside em casa própria. É importante destacar que conforme verificado nas entrevistas quando se referem a residência em casa própria, esta casa pode ter sido também recebida por herança ou que a família entrevistada reside em casa com parentes que já possuíam casa própria (pais e avós por exemplo), visto que isso não interfere diretamente na renda dessas famílias. As políticas de habitação existentes em nosso País sofreram desmonte principalmente nos últimos dois anos, onde uma política de força neoliberal assumiu o controle, levando ao desmonte de diversos serviços públicos essenciais à sociedade, onde foram reduzidos os investimentos nessa área, como a retirada de crédito imobiliário e os cortes nos gastos de infraestrutura habitacional. Até o ano de 2015, o principal programa do governo federal na área habitacional a estar em pleno funcionamento era o programa “Minha Casa, Minha Vida” que tinha por princípio subsidiar moradias àquelas pessoas inscritas no programa que atendessem aos critérios de renda elencados. Desta forma entendemos conforme aponta Rolnik (2015, p. 313-314) apud Silva et al (2017, p. 189)

A construção de grandes conjuntos habitacionais em áreas específicas onde a terra é mais barata – forma de provisão habitacional predominante ao longo de décadas – contribuiu substancialmente para impulsionar o espraiamento urbano, a proliferação de um padrão urbanístico monofuncional e o estabelecimento de uma divisão territorial entre ricos e pobres. Apesar dos bilhões de reais em subsídios públicos, o programa Minha Casa Minha Vida não impacta na segregação urbana existente. Pelo contrário, ape-

nas reforça, produzindo novas manchas urbanas monofuncionais ou aumentando a densidade populacional de zonas guetificadas já existentes. A intensa produção de moradia sem cidade ao longo de décadas de urbanização intensa acabou por gerar ampla segregação e uma série de problemas sociais que trouxeram ônus significativos para o poder público nas décadas seguintes, fenômeno que está se repetindo novamente. (Rolnik, 2015, p. 313-314 *apud* Silva et al, 2017, p. 189)

No que se refere a composição familiar e sua relação com a renda, identificamos em 56% das entrevistas, famílias compostas de 4 a 5 membros. Ao realizar a análise da renda familiar, vemos que 46% possui renda de até 2 salários mínimos (salário mínimo nacional em 2018 tem valor de R\$ 954,00). Estes dados se apresentam um pouco acima do ditado pela PNAD (IBGE, 2014), onde 26,6% das famílias possuem a renda citada. No que diz respeito a composição familiar, ainda segundo IBGE (2014), temos a composição de casal com filhos, com média de aproximadamente 2 filhos. A PNAD aponta ainda para o aumento da prevalência de mulheres como chefes de família.

A partir da compreensão da composição familiar e de renda, buscamos analisar de que forma são atendidas pelas políticas públicas as famílias dos pacientes deste estudo, que possuem tal perfil – baixa renda per capita, residentes em áreas de infraestrutura precária, pouco acesso aos serviços públicos básicos. Verificamos que em 44% das entrevistas analisadas, as famílias apontaram não receber nenhum benefício social. Este dado aponta para dois fatores: o desconhecimento do direito e de seu acesso; e o não enquadramento nas regras para cada benefício. Quando apontamos para o desconhecimento do direito por parte do usuário, sinalizamos para as ações socioeducativas em todas as áreas que visem maiores informações aos usuários, bem como a promoção da autonomia do mesmo. Com relação ao não enquadramento nos critérios de acesso aos benefícios, vemos que para acessar cada benefício os critérios de renda e composição familiar se fazem presentes, onde famílias com renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e com

crianças e adolescentes em sua composição podem ser enquadradas nos critérios de seleção, onde nos referimos ao Cadastro Único (CADUNICO) do Governo Federal e posterior acesso ao Programa Bolsa-Família (PBF).

Verificamos no presente estudo que dos 56% dos pacientes que recebem algum benefício social – cabe destacar que um mesmo paciente pode ser beneficiário de mais de um programa, devido aos critérios de acesso e política inserida – observamos número significativo de pacientes que acessam o programa bolsa-família (PBF) e o transporte fora de domicílio (TFD).

O PBF atualmente é programa social com maior abrangência e capilaridade atendendo parcela significativa da população. No ano de 2006, foi realizada PNAD para avaliação dos programas de transferência de renda. Foi demonstrado neste estudo do IBGE que cerca de 15% da população brasileira acessava o programa bolsa-família. (IBGE, 2006) Silva (2015, p. 83) vai sinalizar num comparativo de 2001 a 2013 sobre a saída das famílias da extrema pobreza, onde a taxa de pobreza passou dos 22% para os 7% ao longo dos anos citados com a efetiva implementação do programa bolsa-família. Cabe ressaltar aqui que nos programas de transferência de renda, a mulher possui papel central. É na centralidade da mulher que os programas buscam responsabilizá-la pelos cuidados com a família. Este fato reforça toda uma lógica patriarcal, que visa colocar a mulher nos cuidados com os filhos, a casa e o homem, onde o homem nesta situação se coloca como receptor desses cuidados e ainda é reforçada a imagem de que este é provedor financeiro principal daquela unidade familiar. Porém, essa posição revela a possibilidade de emancipação desta mulher, onde a ela compete a administração dos recursos da família. No entanto, este papel que lhe é atribuído vem reforçar o lugar que socialmente lhe é destinado: o de cuidadora, responsável pela reprodução da força de trabalho.

Quando apontamos para o programa de tratamento fora de domicílio (TFD¹), verificamos que os pacientes que possuem perfil

1 O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria n.º 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir,

para este programa o estão acessando. A Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 dispõe sobre as atribuições do TFD e determina alguns critérios de acesso: não dispor no seu município de origem de tratamento de saúde orientado pelo médico assistente; residir a pelo menos 50 km de distância do local de tratamento. Os pacientes que acessarem esse benefício terão direito ao transporte para deslocamento até o local de tratamento, ajuda de custo para o paciente e seu acompanhante, quando houver necessidade. Estes custos são de responsabilidade dos municípios, quando o deslocamento se der de um município a outro dentro do mesmo Estado da Federação ou de responsabilidade do Estado, quando o deslocamento se der de um Estado para outro da Federação.

No caso da presente pesquisa, dos 50 pacientes entrevistados, 15 residem em municípios que distam mais de 50 km do INC, especificamente aqueles pacientes que residem nas regiões norte/noroeste e sul fluminense. Cabe destacar que após observações tanto nas entrevistas analisadas, como em campo na rotina do INC, os pacientes contemplados pelo TFD somente tem o transporte terrestre atendido, não sendo designadas as diárias para alimentação dos pacientes. A rotina dos pacientes usuários do TFD tem início nas primeiras horas da manhã, estendendo-se invariavelmente até o fim da tarde, devido a grande quantidade de pacientes atendidos pelos municípios e que se deslocam para hospitais diversos da capital. Este fato para os pacientes, que se encontram acometidos por alguma cardiopatia é extenuante e onde estes mesmos devem arcar com suas despesas de alimentação, pois não lhes é pago as diárias já referidas. Este fato não se enquadra para aqueles pacientes que estão em processo de hospitalização ou de alta médica.

De forma geral, finalmente, observamos que estas famílias estão desprovidas de proteção social, tendo em vista a vulnerabilidade observada neste estudo. A falta de assistência não atinge somente a questão material destas famílias, mas as vulnerabiliza nas demais áreas do bem-estar humano: nas questões concernentes a habitação,

através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento.

educação, saúde, previdência, trabalho, as quais podemos citar algumas. Encontramo-nos atualmente, em processo de acirramento da pobreza e avanço do ideário neoliberal. Observamos isto quando analisamos a questão da pesquisa, onde as famílias pesquisadas possuem baixos rendimentos e condições hipossuficientes de manutenção de seus membros. Desta forma, vê-se a necessidade de uma ampliação ainda mais efetiva das políticas públicas voltadas para a seguridade social, a fim de buscar a superação das questões que são apresentadas por todos que as acessam.

Considerações Finais

É importante destacar, finalmente que toda a família se encontrava dependente financeiramente deste membro adoentado, pois na maioria das vezes (quando este era receptor de algum benefício social) era o benefício recebido que custeava a manutenção desta família. O que por consequência vulnerabilizava ainda mais esta família, onde em caso de agravamento da doença e possibilidade de óbito do paciente, esta família se vê de forma totalmente desprotegida, a fim de dar sequência em suas vidas. As mães, neste caso, que deixam seus trabalhos ou os tem de forma precária, informal, por consequência, por exemplo, não contribuem com a previdência social, ampliando o espaço-tempo de contribuição desta pessoa e reduzindo as possibilidades mais imediatas de recebimento de benefícios previdenciários. Ainda, as coloca em condições desvantajosas na “concorrência” no mercado de trabalho, devido a alguns fatores: tempo fora do mercado, baixa experiência, baixa escolaridade. Todas essas questões foram agravadas com o cuidado dedicado ao filho doente no caso e que o suporte ofertado pelo Estado não foi suficiente para suprir essas necessidades.

Desta forma, percebe-se a importância do profissional do Serviço Social na viabilização de direitos destinados a este público, de forma que pacientes e cuidadores tenham suas necessidades supridas, tendo em vista as precárias condições que possuem a fim viabilizar um melhor tratamento para os pacientes desta unidade.

Neste sentido, como uma profissão de natureza interventiva, o Serviço Social se afirma na defesa dos direitos permitindo uma maior emancipação dos sujeitos. Raichelis (2009) vai indicar que o Serviço Social atuará com base na sua “relação com os segmentos sociais mais vulnerabilizados pelas sequelas da questão social e que buscam, nas políticas públicas especialmente nas políticas sociais, em seus programas e serviços, respostas às suas necessidades mais imediatas e prementes” (Raichelis, 2009, p. 3).

Na saúde, o Assistente Social atua numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, onde em contato com os demais profissionais envolvidos, no caso deste estudo, com médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros profissionais, visando compreender o sujeito em sua integralidade, como forma de intervir não somente no seu processo saúde-doença, mas na sua vida como um todo. Buss & Filho (2009, p. 78) assinalam que os determinantes sociais em saúde são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Observando esta definição, vemos que as condições de vida dos indivíduos interferem diretamente na saúde dos mesmos e desta forma, atuando junto a melhoria das condições de vida destas pessoas, existe a possibilidade de melhora nos quadros de saúde, quer seja por meio preventivo, com ações de educação em saúde, quer seja com medidas de intervenção clínica direta. Aos profissionais de Serviço Social, cabe a atuação frente a melhores condições de vida, via políticas públicas sociais.

Com relação ao estudo realizado e observado ao longo do acompanhamento das atividades de estágio supervisionado, verificamos que a intervenção executada pelas profissionais do Serviço Social daquela unidade, tem por base a intersectorialidade, que visa a interação entre a rede socioassistencial.

Assim sendo, destaca-se que partir da introdução dos benefícios dos programas de transferência de renda nas famílias, quando observadas as anotações realizadas pelas Assistentes Sociais nas entrevistas, as condições materiais das famílias tiveram alguma

melhora, tendo em vista as precárias condições financeiras e materiais das famílias. Com os programas de transferência de renda, as condicionalidades imputadas aos beneficiários de certa forma permitem também melhora das condições para os membros da mesma. Melhoras na educação, viabilizando as crianças e adolescentes um maior incremento e ampliação dos anos de escolaridade. Este aumento da escolaridade proporciona aos indivíduos na idade adulta maiores e melhores oportunidades de vida.

Referências Bibliográficas

- Antunes, R. (1999). *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, Thaís Sena Mombach, et al. (2016). Vivência de pais de crianças com cardiopatia congênita: sentimentos e obstáculos. *Rev Rene*. 17(1), 128-36.
- Beauvoir, Simone de. (1980). *O Segundo Sexo, v.I, II*. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Behring, Elaine Rossetti & Boschetti, Ivanete. (2009). *Política Social: fundamentos e história*. 6ª ed. Bibliografia Básica de Serviço Social, v.2, São Paulo: Cortez.
- Behring, Elaine Rossetti. (2008). *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.
- Boschetti, Ivanete. (2006). *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil*. LetrasLivres: Brasília.
- Cellard, A. (2008). A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico.
- Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *Pro-*

Projeto Promoção da Saúde: As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Nogueira, Claudia M. (2004). *A feminização no mundo do trabalho*. Campinas: Autores Associados.

Nogueira, V. M. R.; Mioto, R. C. T. (2006). Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: Mota, A. E. et al (Org). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS.

Nogueira, Claudia M. (2010). As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Revista Aurora*, ano IV, 6.