



Autores: Regina Célia Tamaso Miotto, Keli Regina Dal Prá

SERVIÇOS SOCIAIS E RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA: CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA

Regina Célia Tamaso Miotto^[1]

Keli Regina Dal Prá^[2]

RESUMO

O trabalho discute a relação família e serviços sociais no contexto da política social brasileira, tomando como foco os programas Brasil Carinhoso e Melhor em Casa. Através deles demarca-se a tendência familista da política social considerando três aspectos. Primeiro o objeto dos programas que são os serviços, marcando uma inflexão nos rumos da política social. Segundo que, ao reforçar a família no cuidado em saúde e focalizar o acesso aos serviços educacionais infantis à pobreza extrema, indica o distanciamento da universalidade dos direitos sociais. Terceiro evidencia a privatização da provisão de bem estar através de dois atores, mercado e família.

Palavras-chave: Famílias, Serviços Sociais, Processos de Responsabilização, Política Social.

SOCIAL SERVICES AND FAMILY RESPONSIBILITY: CONTRADICTIONS OF BRAZILIAN SOCIAL POLICY

ABSTRACT

This paper discusses the relationship between families and social services in the context of Brazilian social policy, focusing on the

programs Brasil Carinhoso [Caring Brazil] and Melhor em Casa [Better at Home]. These programs indicate the family emphasis of social policy, considering three factors. The first is the object of the service programs, which indicate a change in the direction of social policy. Second are measures that reinforce the role of the family in healthcare and focus access to early childhood educational services on those in extreme poverty, creating a distancing from the universalization of social rights. The third reveals the privatization of the provision of well-being through two actors, the market and the family.

Keywords: Families, Social Services, Processes to create Responsibility, Social Policy.

I – INTRODUÇÃO

O redesenho da política social brasileira efetuado especialmente a partir da contra-reforma do Estado nos anos de 1990 não só colocou em cheque as conquistas efetuadas com a Constituição Federal de 1988, como veio reforçar processos altamente naturalizados no contexto da sociedade brasileira referentes a proteção social. Ao engendrar orientações e mecanismos que dessem materialidade às premissas do pluralismo de bem-estar social encaminhou/reforçou o amplo processo de privatização da seguridade social brasileira. Privatização que se realiza tanto através do setor comercial (mercado), como dos setores voluntário (organizações sociais não governamentais) e informal. De acordo com Pereira (2004), o pluralismo de bem-estar consiste na quebra da centralidade do Estado na provisão de bem-estar, típica do Estado de Bem-Estar Social, em favor do mercado e dos setores não governamentais e não mercantis, como atores fundamentais nas decisões e na prática da política social. Nessa perspectiva, a autora insiste que o pluralismo de bem-estar não é uma “mera alteração na forma de satisfazer necessidades sociais. Ele é indubitavelmente ideológico e representa uma mudança de fundo [...] usado como eufemismo das políticas sociais de corte neo-liberal” (PEREIRA, 2004, p.145). Nessa configuração o setor informal é constituído pelas “*redes primárias e informais, de apoio desinteressado e espontâneo, constituída da família, da vizinhança e dos grupos de amigos próximos*” (PEREIRA, 2004, p. 145), particularmente as famílias vêm sendo que cada vez mais chamadas para responder pela provisão de bem estar. Nesse contexto é que se instaura o debate sobre os processos de responsabilização da família no campo da política social, que vem sendo analisados a partir das formas como a família é incorporada pela política social, bem como do caráter instrumental que assume no seu interior (SARACENO, 1997; CAMPOS, MIOTO, 2003; CAMPOS, TEIXEIRA, 2010; CARLOTO, MARIANO, 2010; BARCELOS, 2011).

Particularmente nesse trabalho, o foco recai sobre a interrelação família e serviços sociais^[3] considerando, por um lado, que os serviços são as instâncias de materialização das políticas sociais e, portanto, de garantia de direitos sociais e por outro, a importância que os mesmos têm para a sustentação da vida das famílias. A proposta de analisar os procesos de responsabilização das famílias a partir dos serviços sociais está originalmente ancorada na proposição de Saraceno (1997) que, considerando a complexidade e as contradições existentes no debate sobre família e política social propõe três níveis analíticos. O primeiro refere-se aos mecanismos redistributivos efetuados pela política social, onde destaca a distribuição dos serviços sociais (educacionais, sanitários e sociais) nos territórios, além das transferências de recursos monetários, como fator fundamental na produção e reprodução das desigualdades. No segundo nível a autora considera o

sistema família-serviços, enfatizando as formas como as famílias usufruem dos serviços tendo em vista que são essenciais para o bem-estar e organização das famílias. Por último, indica um terceiro nível analítico que é a interferência da política social especialmente através dos serviços, no âmbito do trabalho familiar, considerando que os tempos e os modos de alocação do trabalho familiar não dependem somente do mercado de trabalho, mas também das requisições dos serviços. Dessa forma, o trabalho familiar, pode ser utilizado como recurso da política social e funcionar como um mecanismo importante para reforçar a divisão sexual do trabalho dentro das famílias e também manter a invisibilidade do próprio trabalho. A autora entende o trabalho familiar como o conjunto de atividades relacionadas às tarefas domésticas; ao cuidado de seus membros, especialmente os dependentes; e também os investimentos que as famílias têm de fazer no campo das relações com outras instituições que lhe exigem tempo e habilidades (MIOTO, 2010).

Partindo dessas considerações o objetivo desse trabalho é, através da análise dos recém lançados programas do governo federal - Brasil Carinhoso e Melhor em Casa, levantar alguns aspectos que demonstram a indução de processos de responsabilização das famílias na provisão de bem-estar, tendo como eixo os serviços sociais [\[4\]](#). Para tanto, no desenvolvimento do trabalho realiza-se uma breve apresentação dos referidos programas e a partir dela expõe-se um primeiro esboço analítico. Em seguida, algumas conclusões provisórias.

II- OS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS, OS SERVIÇOS SOCIAIS E OS PROCESSOS DE RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Considerando a proposta encaminhada buscamos, nesse item, esboçar o debate sobre a centralidade do papel dos serviços sociais na responsabilização das famílias pela provisão de bem-estar social pautada em dois itens: os programas governamentais e as evidências sobre a intensificação da responsabilidade familiar na provisão de bem-estar: descaminho da lógica dos direitos sociais. Do primeiro item constam informações buscadas nos documentos e falas oficiais sobre os Programas Brasil Carinhoso e Melhor em Casa. Do segundo, a composição de um esboço analítico efetuado a partir dos marcos teóricos que sustentam o debate crítico em torno da família no campo da política social.

1 - Os programas governamentais Brasil Carinhoso e Melhor em Casa

A Agenda de Atenção Básica à Primeira Infância – Brasil Carinhoso, que compõe o Plano Brasil Sem Miséria tem como foco principal retirar da “miséria absoluta todas as famílias brasileiras que tenham pelo menos uma criança de zero a seis anos de idade” (ROUSSEFF, 2012), através da integração de ações de três ministérios: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde. Prioritariamente a Agenda se concentra em três eixos: o pagamento de R\$ 70,00 a cada membro das famílias com crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, a ampliação do acesso dessas crianças a creches e ao atendimento de saúde específico para a primeira infância.

De modo mais detalhado as ações nas três áreas de atuação destes ministérios compreendem (BRASIL, 2012):

Educação - ampliação do acesso a creches e pré-escolas a partir do aumento do número de vagas nas instituições públicas e conveniadas. A previsão é construir mais de 1.500 creches em todo o país por meio de repasses realizados aos municípios pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC-2). Está previsto o repasse aos municípios de 50% a mais no valor pago pelo

governo federal (o valor de R\$ 2.725,00 aluno/ano será complementado com mais R\$ 1.362,00 aluno/ano) para cada criança matriculada na creche ou pré-escola cuja família esteja cadastrada no Programa Bolsa Família (PBF) e também o aumento em aproximadamente 70% do valor dos repasses destinados aos municípios para reforçar a alimentação nas creches.

Saúde – expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) às creches e às pré-escolas, com o objetivo de ampliar a promoção e a prevenção à saúde na primeira infância. O PSE, desenvolvido nas escolas com o apoio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atendia estudantes com idade entre 5 e 19 anos. Outras duas medidas se concentram na expansão da distribuição de doses de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando a suplementação nutricional e a distribuição gratuita de medicamentos para asma nas unidades do Aqui Tem Farmácia Popular.

Assistência Social – ampliação do PBF visando garantir às famílias que tenham pelo menos uma criança com até 6 anos e 11 meses de idade renda mínima por pessoa superior a R\$ 70,00 mensais. Esta iniciativa reduz, de imediato, em 40% a miséria se considerados os valores repassados a todas as faixas etárias e 62% entre as crianças até 6 anos. Segundo dados do Governo Federal, o Brasil Carinhoso vai beneficiar inicialmente 2,7 milhões de crianças e 2 milhões de famílias que vivem na extrema pobreza (BRASIL, 2012). Esta ampliação do PBF será viabilizada com o Benefício para a Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância, cujos critérios para as famílias serem contempladas são: 1) ter em sua composição familiar crianças de 0 a 6 anos de idade e 2) apresentarem renda familiar mensal igual ou inferior a R\$ 70,00 por pessoa, mesmo após o recebimento dos benefícios do PBF (MDS, 2012).

O Programa Brasil Carinhoso é considerado pela Presidente Dilma Rousseff como a principal iniciativa de combate a pobreza extrema na faixa etária da primeira infância. No discurso de lançamento do programa indicou que a meta é retirar da pobreza extrema as famílias destas crianças, por meio da garantia de uma renda mínima.

E por que [...] damos essa contribuição a todas as pessoas da família que tenha pelo menos uma criança de zero a seis anos? É porque quando a gente garante a renda mínima a cada membro de uma família em condição de extrema pobreza, nós estamos reconhecendo que somente é possível retirar uma criança da miséria se retirarmos, junto com ela, toda a sua família (ROUSSEFF, 2012, s/p).

Na continuidade do discurso a Presidente reafirmou que o investimento em retirar, não somente a criança da condição de pobreza, mas toda sua família se deve em função desta ser a unidade de proteção para as crianças e os jovens. Saliou que os esforços se concentrarão em garantir a instalação das creches em todo o país, mas especialmente nas regiões mais pobres como no Nordeste e no Norte, pois nessas regiões está concentrada a maior parte das crianças carentes, já que 78% das crianças brasileiras em situação de pobreza absoluta vivem nessas duas regiões, sendo 60% delas no Nordeste (ROUSSEFF, 2012).

No entanto, não estão previstas no Programa ações diretas de atenção aos membros da família fora da faixa etária de 0 a 6 anos, apenas a indicação de que para os adultos ou para os jovens é necessário garantir oportunidades de emprego e de melhoria na educação (ROUSSEFF, 2012).

Na outra ponta da atenção, voltado para a redefinição^[5] da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), foi lançado em outubro de 2011 o Programa Melhor em Casa. O Programa é voltado para o atendimento de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica que terão assistência

multiprofissional gratuita em seus lares, com cuidados mais próximos da família (MS, 2012a).

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa trará como principal benefício a melhora e a ampliação da assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família. Além da redução dos riscos de contaminação e infecções hospitalares, o atendimento na casa do paciente favorece o “carinho e a atenção familiar aliados à adequada assistência em saúde” (MS, 2012a, s/p).

Também são enfatizadas, com a implantação do Programa Melhor em Casa, a redução na ocupação de leitos hospitalares, a economia de até 80% nos custos de um paciente, se comparado ao custo desse mesmo paciente quando internado na unidade hospitalar e a redução nas filas das urgências e emergências já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família (MS, 2012a).

A assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar, considerando as relações familiares estabelecidas, que se diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, segundo o Ministério da Saúde (2012b, s/p), “tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de *sujeito* do processo e menos de *objeto* de intervenção”.

A casa possibilita um novo ‘espaço de cuidado’ que ‘pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar’. Este novo local permite um leque de opções na produção do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário (MS, 2012b, s/p).

O Programa Melhor em Casa compõe a redefinição da atenção domiciliar no SUS regulada pela Portaria n. 2.527 de 2011. Esta legislação define os elementos essenciais ao funcionamento dessa nova proposta como: 1) o *Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)*, 2) a *atenção domiciliar* - como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às que já existem, caracterizando-a como um “conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” – e 3) a *figura do cuidador* que é a “pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (BRASIL, 2011, s/p).

O cuidador a que se refere a Portaria n. 2.527 de 2011 é o foco central das atribuições da equipe multiprofissional que irá oferecer assistência aos pacientes inseridos no Programa. Esta equipe deverá:

[...] II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários (BRASIL, 2011, s/p).

Das nove atribuições previstas pela Portaria para a equipe multiprofissional seis delas se referem diretamente ao preparo/capacitação do cuidador, que pode ou não ser um membro da família.

A inserção dos usuários nas modalidades de Atenção Domiciliar 2 e 3 previstas para situações que exigem maior complexidade nos cuidados devido ao agravamento das condições de saúde do usuário depende da indicação do cuidador por parte da família. Os gestores também devem incluir no Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar como requisito um programa de

qualificação destes cuidadores.

2 - Evidências sobre a intensificação da responsabilidade familiar na provisão de bem-estar: descaminho da lógica dos direitos sociais

Partindo das informações oficiais sobre os Programas discutidos anteriormente o primeiro ponto a ser destacado e que justifica a sua análise no debate sobre a relação família e serviços sociais é justamente porque os serviços se constituem em objeto desses Programas. Um que prevê a criação de serviços/creches e a articulação entre serviços de diferentes ministérios, visando famílias com crianças de 0 a 6 anos em condição de miséria. O outro que indica, incentiva e normatiza a presença das famílias no cuidado em saúde, especialmente dos idosos e doentes crônicos.

Um segundo ponto a ser considerado é que ambos marcam uma inflexão importante nos rumos da política social brasileira. O Programa Brasil Carinhoso que, para além de ser altamente focalizado na pobreza, “re-inaugura” a prática de critérios sócio-econômicos para acesso a serviços também governamentais no campo da educação (creches), ao incentivar os repasses de verbas aos municípios que atenderem a famílias cadastradas no PBF. Isso é impactante à medida que até então parecia haver consenso sobre a necessidade de se avançar em direção a garantia de um direito universal de cidadania, mesmo nos debates no interior dos programas de transferência de renda. Nesse sentido observa-se o espraiamento da lógica da focalização, até então focada fundamentalmente na provisão de recursos monetários através do PBF, para o acesso a serviços. Além disso, o Programa ao direcionar-se às famílias com crianças de 0 a 6 anos, também para a transferência de recursos monetários, tende a dificultar ou mesmo excluir do acesso à renda famílias que não preencham esse perfil. Ou seja, não apenas focaliza na família pobre, como duplica essa focalização ao se fixar em famílias com crianças de 0 a 6 anos. Nessa perspectiva, implica reconhecer que a política social ao eleger a família como foco na destinação de recursos e serviços, sempre está elegendo também um determinado tipo de família e, conseqüentemente, ferindo o princípio da universalidade de direitos. Por isso é que se tem insistido na inconveniência de se ter a família como destinatária da política social. Por mais que ela seja abrangente em relação às formas familiares, ela jamais conseguirá abranger todos os tipos de famílias (BARROS, 1995; CAMPOS; MIOTO, 2003; CARLOTO, MARIANO, 2010)

No Programa Melhor em Casa essa inflexão acontece ao explicitar oficialmente a incorporação das famílias na gestão do cuidado em saúde, atribuição precípua dos serviços de saúde. Expressão clara de tal incorporação é o número de atribuições previstas pela Portaria emitida pelo Ministério da Saúde para o preparo/capacitação do cuidador (que pode ou não ser um membro da família) pela equipe multiprofissional e a exigência da indicação de um cuidador, por parte da família, nos casos de maior complexidade, conforme previsto na modalidade Atenção Domiciliar 2 e 3.

Com base nos documentos oficiais que demarcam esse Programa, é importante resaltar que ele é parte de um movimento já instaurado no campo da política de saúde e cujas bases podem ser rastreadas nas recomendações do Banco Mundial nos anos de 1990. De acordo com Nogueira (2002, p.212-213), o Banco mundial recomenda explicitamente o fomento de um ambiente que propicie a melhoria da saúde das famílias. Segundo a autora, essa recomendação vai em direção à “[...] adoção das políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político e

econômico da mulher”. Ilustra tal orientação no campo discursivo do Ministério da Saúde do Brasil, ainda nos anos 1990, através de um comentário do então Ministro José Serra, ao fechar uma clínica de idosos “[...] quem eram os idosos que estavam lá? Doentes? A maioria não. A maioria era de rejeitados pelas famílias, que crescentemente jogam para cima do Governo o que no passado era seu encargo, sua responsabilidade”.

Esse movimento foi se reforçando sob a égide da Política de Humanização do Ministério da Saúde (2004) que ofereceu guarida para a inclusão, cada vez maior, da família na gestão do cuidado. Tanto através de requisições nos domicílios, como através da participação nos serviços (MIOTO, 2010).

A família, no cenário dos serviços de saúde, passa a ser invocada e evocada como sujeito fundamental no processo de cuidado tanto no sentido de sua responsabilidade do cuidado, como de ser objeto de cuidado. Nesse sentido, uma rápida visita à literatura demonstra essa assertiva. Os grupos de familiares têm sido uma tônica nos serviços de saúde e eles aparecem segundo Bieleman et al. (2009, p.137), “[...] como uma forma de inserção da família e uma estratégia utilizada pelo serviço para contribuir no processo terapêutico do usuário, incluindo a família no serviço e instrumentalizando-a para o cuidado”. Também no enfrentamento de problemas como a desnutrição, a qual é reconhecida como consequência de causas sociais amplas, a solução também passa “[...] pela valorização das mães como sujeitos da ação de recuperação das crianças e oferta de ações complementares, com vistas à promoção e emancipação das famílias” (PINHEIRO et al., 2004, p.4).

Dessa forma a assistência domiciliar foi sendo incorporada por prefeituras, hospitais públicos e privados, seguradoras de saúde, medicina de grupo como estratégica para o processo de desospitalização no Brasil. Além de ser uma solução frente ao aumento dos custos, evita a exposição de pacientes aos riscos (MENDES JUNIOR, 2000; FABRÍCIO et al., 2004).

Portanto, nesse movimento que atinge seu ápice no lançamento do Programa Melhor em Casa o que se confirma é a ascensão da categoria – cuidado – no contexto do debate da humanização^[6]. Segundo Mioto (2010) é justamente através do campo do cuidado que ocorrem, na prática, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem estar. Na tônica do cuidado são articuladas diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado às famílias. Custos de natureza financeira, emocional e principalmente do trabalho do cuidado.

Finalmente um terceiro aspecto merece atenção nesse debate. Ambos os Programas ao focarem os serviços sociais colocam em movimento, de forma coordenada, os atores principais para a efetivação do processo de privatização da provisão de bem estar, que são o mercado e a família. O Programa Brasil Carinhoso abre um nicho de relações com o setor privado e público não estatal ao afirmar a possibilidade da prestação de serviços de educação infantil através de convênios. Esse recurso, já utilizado em escala crescente na política de saúde, vem reforçar a seletividade e a focalização num processo de crescente mercantilização no atedimento às necessidades humanas (SIMIONATTO; LUZA, 2011; IAMAMOTO, 2007).

Além disso, salienta-se que o Estado ao focalizar o acesso a serviços sociais às famílias mais pobres deixa em descoberto a maioria das famílias e com isso abre um grande flanco para o aumento de serviços privados. Ou seja, as famílias que não se enquadram nos critérios de acesso às creches tendem a buscar no mercado serviços dessa natureza, cuja qualidade vai depender dos recursos disponíveis da família para pagamento. Como já assinalou Braverman (1974, p.238) a

grande maioria das famílias continua sendo forçada a “arrojar-se na ação para sobreviver e ‘ter êxito’ na sociedade de mercado”.

Esse flanco mercadológico abre-se também quando a ordem é “Melhor em Casa”, pois a família ao ser incorporada na gestão do cuidado passa a ser “oficialmente” requisitada para tal. Nessa condição, ela tem basicamente duas alternativas. Uma é a contratação de cuidadores, que agora podem ser indicados como os responsáveis pelo cuidado de acordo com a portaria ministerial. Outra alternativa, continua sendo a utilização do trabalho familiar, não pago e invisível, e que continua recaindo majoritariamente sobre as mulheres.

III – CONCLUSÃO

As orientações emanadas dos programas governamentais recém-lançados parecem indicar, por um lado, o aprofundamento do caráter familista que marca historicamente a política social brasileira. Familismo entendido como a perspectiva “em que a política pública considera - na verdade insiste - que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (Esping-Andersen (1991, p.05). Isso corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado e uma forte presença do mercado. Por isso a insistência em se concordar com a afirmação de Esping-Andersen (2000) que a forma de gerir e distribuir os riscos entre o Estado, o mercado e a família, faz grande diferença nas condições de vida da população. Martinez-Franzoni (2008) acrescenta que o bem-estar depende das possibilidades de manejo que as famílias têm dos recursos provenientes dos outros setores que podem ser sinérgicas ou não. Segundo a autora, na América Latina na maioria das vezes não são.

Por outro lado, considerando a centralidade que a categoria cuidado vem assumindo no contexto da política social, aqui expressa no Programa Melhor em Casa, há de se convir que tal orientação tem levado a uma intensificação do trabalho familiar. Dessa forma é necessário considerar que o cuidado enquanto trabalho de reprodução desenvolvido na família conforma um campo de problemas referentes tanto a investigação como a intervenção social situado intercessão entre famílias e políticas sociais (AGUIRRE, 2005; PAUTASSI et al.; 2005). Por isso, nesse momento deve merecer atenção redobrada.

Para concluir é importante lembrar que a clareza em relação aos processos de responsabilização da família ocorridos nos mais diversos níveis da política social, é essencial para o exercício profissional dos assistentes sociais. Considerando que os serviços sociais são os espaços privilegiados da atuação profissional, o conhecimento apurado desses processos torna possível realizar o tensionamento dessa perspectiva que se presentifica no cotidiano profissional. De acordo com March (2011, p.179) ”os trabalhadores do serviço público são um componente crítico das reformas a serem implementadas no setor público, podendo atuar como indutores da mudança ou importantes elementos de resistência à mesma”.

REFERENCIAS

AGUIRRE, R. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. **Lineamientos de acción y propuestas de políticas hacia las familias**. Serie Seminarios y Conferencias, Chile, n. 46, CEPAL, p.291-300, 2005.

ALVES, F.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde**. UNICAMP: Campinas, n. 6, 2007, p. 35-52.

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

BARROS, N. A. El análisis de las políticas sociales desde una perspectiva familiar. **Serviço Social e Sociedade.** n. 49, 1995, p.78-95.

BIELEMAN, V. L. M.; KANTORSK, L. P.; BORGES L. R. et al. A inserção da família nos centros de atenção psico-social sob a ótica dos atores sociais. **Texto e Contexto Enfermagem.** UFSC: Florianópolis, 2009, p.131-139.

BRASIL. **Governo lança o Brasil Carinhoso.** Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/imprensa/releases/presidenta-dilma-lanca-o-brasil-carinhoso-que-vai-combater-a-pobreza-extrema-na-primeira-infancia/view>. Acesso em: 21 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 21 de maio de 2012.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974.

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

CAMPOS, M. S; TEIXEIRA, S. M. Gênero, Família e proteção social. **Katálysis.** UFSC:Florianópolis v. 13, n. 1, 2010, p. 20-28.

CARLOTO, C. M; MARIANO, S. M. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel da mulher na política de assistência social. **Estudos Feministas.** UFSC:Florianópolis, 2010, p.451-471.

ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales.** Barcelona: Ariel, 2000.

FABRÍCIO, S. C. C; WEHBE, G.; NASSUR, F. B.; ANDRADE, J. I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2004, p.721-726.

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

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva.** UnB: Brasília, 2011, p. 175-186.

MARTINEZ-FRANZONI, J. **¿Arañando bienestar?** Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Chile: CLACSO, 2008.

MDS. Bolsa Família Informa. **Programa Bolsa Família tem novo benefício financeiro para famílias com crianças de zero a seis anos.** Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/informes/informe-gestores>. Acesso em: 21 de maio de 2012.

MENDES JUNIOR, W. V. **Assistência domiciliar; uma modalidade de assistência para o Brasil?** Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.

MIOTO, R. C. T. Família e Política Social: uma introdução ao debate sobre os processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos. **XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social/ENPESS**. 2010.

MS. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em Casa**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 20 de maio de 2012a.

MS. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar. Manual Instrutivo**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/instrutivo_atencao_domiciliar.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2012b.

MS. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsns.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004. Acesso em: 10 de maio de 2010.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na Reforma do Estado Brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

PAUTASSI, FAUR, E; GHERARDI, N. **Legislacion laboral e género en America Latina. Avances e Omissões**. Políticas Transversales hacia las familias. Serie Seminários y Conferencias. Chile: CEPAL, n.46, 2005, p.11-129.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (org.). **Política social, família e juventude**. São Paulo: Cortez Editora/UERJ, 2004.

PINHEIRO, E; DAMASCENO, M. A; FRIAÇA, M. D. **A concepção da desnutrição no olhar da família**: possibilidades de intervenção. In: I Mostra de Atenção Primária à Saúde - Juiz de Fora e Região. Juiz de Fora, 2004.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004, p.1342-1353.

RIBEIRO, C. A. C. Classe e gênero no Brasil contemporâneo: mobilidade social, casamento e divisão de trabalho doméstico. In: ARAUJO, C.; SCALON, C. (Org.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV Ed., 2005.

ROUSSEFF, Dilma. **Discursos**. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/imprensa/discursos/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-cerimonia-de-lancamento-da-agenda-de-atencao-basica-a-primeira-infancia-e-de-assinatura-de-termos-de-compromisso-para-construcao-de-creches-do-programa-proinfancia-pac2>. Acesso em: 21 de maio de 2012.

SARACENO, C. **Sociologia della famiglia**. Bologna: Il Mulino, 1997.

SIMIONATTO, I; LUZA, E. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Revista Textos e Contextos**. PUCRS: Porto Alegre, n. 2, 2011, p. 215-226.

SCHUTZ, F. **A intersetorialidade no campo da política pública**: indagações para o Serviço Social. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Florianópolis, UFSC 82p. 2009.

- [1] Professora Associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
- [2] Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
- [3] Algumas considerações sobre serviços sociais públicos podem ser encontradas em Miotto (2010) e Schutz (2009).
- [4] As análises apresentadas resultam da investigação que vem se realizando no NESPP/UFSC sobre o tema Família e Política Social: relações entre famílias e serviços, com apoio do CNPq/Processo:304932/2009-4
- [5] O Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS vem substituir a modalidade de Internação Domiciliar.
- [6] Para uma discussão crítica sobre humanização consultar Puccini e Cecílio (2004) e Alves, Miotto e Gerber (2007).