

3

Ações complementares entre público e privado: fortalecimento de garantia e acesso a direitos sociais?!

3.1

Uma experiência de ações complementares entre público e privado nas áreas de saúde e assistência social: assegurando acesso a direitos

Sobre a ONG estudo de caso²²:

Trabalhando há anos na pediatria do um hospital público do Rio de Janeiro, a equipe médica presenciava cotidianamente a reinternação, muitas vezes seguida de morte, de um grupo de crianças. Essa situação era ocasionada pela pobreza em que viviam as famílias, não conseguindo manter em casa as orientações necessárias para o restabelecimento infantil.

Essa realidade desanimava os médicos que não sabiam o que fazer para reverter esse quadro e viam seus esforços profissionais, assim como o dinheiro público empregado para aquela recuperação “se esvaírem” sem que o objetivo de restabelecimento da saúde fosse atingido.

Eram casas precárias, famílias monoparentais, em que a única fonte de renda, vinda do trabalho materno era inviabilizada pelo adoecimento de um dos filhos.

Mas a situação mudou, como relatou em entrevista para essa dissertação, o chefe da pediatria do hospital em questão desde 1991, “alguém resolveu lutar, alguém não agüentou, foi sofrimento demais, foi um sofrimento além da capacidade de ir pra casa tomar um antidepressivo... e ir levando a vida. Alguém disse que não e parecia que esse grito, esse clamor estava sendo esperado. Ninguém sabia direito o que fazer, ou talvez soubesse, mas não sabia exatamente como, até que alguém chegou e gritou: gente isso não tem nenhum significado da maneira como está sendo feito! O trabalho que é desenvolvido aqui não serve pra nada, é cavar um buraco na areia da praia perto das ondas, não adianta, não vai adiantar! Então esse clamor, isso teve uma repercussão muito grande porque parecia que todos estavam – aqui na pediatria pelo menos – todos estavam

²² Vamos usar ONG estudo de caso, Associação e por vezes somente ONG (com um artigo definido ou pronome essa, antecedendo) sempre que nos referirmos a ONG estudo de caso. Os nomes dos médicos e da fundadora foram suprimidos, inclusive nos depoimentos, para preservar a identidade dos entrevistados.

esperando por alguma coisa nesse sentido, tanto que foi um rastilho de pólvora, a coisa foi rápida se espalhou”.

Tem destaque nesta “revolta médica” uma médica, então fundadora e responsável pelo setor de Psicossomática desse hospital. Foi ela quem liderou o grupo de médicos que trabalhava na pediatria e pessoas da sociedade civil para a fundação da ONG.

Em entrevista a Martha Moreira - então doutoranda em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), em junho de 2003 - a fundadora comenta os últimos acontecimentos para “tomar uma atitude na vida”:

“(...) vi uma mãe de Juiz de Fora que tinha a minha idade, mas parecia uma senhora de 80 anos e que eu fui lá para ajudar porque um médico que passava quimioterapia para a criança disse ‘Doutora ajude essa criança a aceitar a quimioterapia’, era uma criança que tinha câncer renal. Ajuda a criança e a mãe. Conversando com a mãe e com a criança eu entendi que eles aceitavam muito mais fácil do que eu, quem tava desesperada ali era eu. Com toda terapia, curso de psicossomática, medicina, nada me preparou para aquela situação. Porque ela virou para mim e disse ‘Doutora eu já passei uns pedacinhos nessa vida: meu filho foi atropelado por um trator, a gente mora no campo e esse meu filho está com câncer. mas sabe o que eu queria mesmo? Um lençol usado, porque eu sou de Juiz de Fora, sou muito pobre, to na casa de uma comadre em São João de Meriti e não tenho casaco pra ele e se ele gripar o médico suspende a quimioterapia’ Aí eu...nesse mesmo dia outra mãe disse ‘meu filho tem uma síndrome absortiva, eu já fui no Programa da Xuxa, umas duas, três vezes, consegui o Alfarre, mas é um leite muito caro (custa em média R\$ 100,00, atualmente) ele vai morrer. Doutora leva ele pra casa e a senhora cria’. Aí eu falei assim, bom numa semana: uma mãe que a criança teve que amputar a mão queria uma prótese e um emprego, a outra queria um casaco e a outra me dar o filho. Isso é com quem”.

Então durante seis meses do ano de 1991 a fundadora escreveu um projeto e conversou com profissionais do hospital com o intuito de mobilizá-los para apoiarem o projeto, mas teve que superar algumas resistências como: o setor de

Serviço Social²³ do hospital foi contra a idéia de criar a ONG, por achar a idéia muito audaciosa, uma proposta de governo, como aparece abaixo no trecho da entrevista à Martha Moreira (2003:5):

“Ó Doutora isso é programa de governo, você tá pensando em dar moradia, em dar remédio, pensando em profissionalizar, tá pensando em... isso é um programa de governo, você ficou louca?”.

Acreditamos que essa resistência era fundamentada por um lado pelo receio de que essa ação se tornasse assistencialista, o que também era e ainda é a preocupação de alguns médicos, como vimos na entrevista com um dos médicos : “[...] eu acho que o Renascer tem dado certo todos esses anos porque é transparente, tem que ter muito cuidado para não se tornar, não ter como base um plano assistencialista”, por outro pela resistência ao processo de privatização pelo qual vinha passando a saúde.

Enfermagem e médicos da pediatria têm destaque no grupo que apoiou de início a Associação.

Segundo a fundadora o nome da ONG era proibido em alguns setores no hospital. Esse mesmo setor chegou a ir à direção indagando sobre o absurdo dessa proposta de trabalho. Então o chefe da Pediatria, até então “apoiador anônimo” do projeto solicitou da direção uma alternativa para as crianças da pediatria e como não havia, a Associação conseguiu implementar-se, embora proibida de usar qualquer espaço físico do hospital.

Conforme depoimento do chefe da pediatria, *“o hospital tinha uma quantidade imensa de salas vazias e poder-se-ia começar alguma coisa aqui, mas não, ele colocou pra fora [...] Na realidade ele pensou que dessa forma ele ia acabar com aquela aventura quixotesca, mas não, sem querer ele proporcionou algo que foi muito difícil no princípio mas depois se revelou fundamental, que é a ONG não ter absolutamente nenhuma conexão física ou estatutária com o hospital, a não ser o fato de que ajuda as crianças que tem alta do desse hospital, ponto. Quer dizer, é algo que a ONG faz, que beneficia o hospital, beneficia as crianças desse hospital, mas não tem absolutamente nenhuma ligação administrativa, física com o hospital. Afetiva, total”*.

²³ Tempos mais tarde esse setor torna-se grande aliado da Associação, participando inclusive da equipe de triagem, como diz em entrevista para essa dissertação o um dos médicos, em 30/09/2006 e o chefe da pediatria em 19/09/06.

Outra questão levantada pela fundadora como motivo de incômodo de alguns setores é o fato de que a existência da Associação mexia com o *status quo* dos funcionários.

A proposta de uma nova forma de atuação em saúde deixava clara algumas deficiências do sistema de saúde. Essa questão embora não específica desse hospital, não diminuiu a tensão de algumas áreas que percebiam a nova idéia como ameaçadora, *“porque a ONG veio mostrar naquela época uma forma muito incipiente ainda, ele pouco tinha a dar, mas o pouco que tinha a dar naquela época já era muito em relação ao que era dado [...] a presença dessa ONG demonstrava de forma insofismável a inexistência da eficácia de um trabalho aqui dentro do hospital e também a ineficácia em qualquer outro hospital e em qualquer outro setor da vida pública”* (O chefe da Pediatria).

A fundadora sempre valorizou a participação do voluntariado na ONG. Estes desenvolveriam, mesmo que informalmente a função de “auditor social”, questionando situações, inibindo a burocracia, a corrupção, contribuindo assim para um atendimento de maior qualidade e sugerindo transparência de ações porque “nenhum voluntário vai ficar trabalhando onde ele não confia”.

Mas superados todos os obstáculos iniciais, a loucura começou e com a rifa de um lençol no play de seu prédio, em 25 de outubro de 1991 foi fundada ONG, tendo como missão *“auxiliar, em conjunto com setores da sociedade civil, crianças e suas famílias, oriundas do Hospital da Lagoa, quebrando o ciclo vicioso miséria – doença – internação – reinternação – morte, criando bases para a melhoria biopsicossocial e auto-sustentação das mesmas”*²⁴

Ao Longo desses 15 anos já foram atendidas mais de 2.000 famílias, cerca de 8.000 pessoas. Abaixo seguem alguns dados de atendimento nesse período.

Fevereiro de 1991 a Novembro de 2006	
Famílias atendidas	2.348
crianças/ adolescentes atendidos	8.073
instrumentos de trabalho	1.449
cursos profissionalizantes	1.938

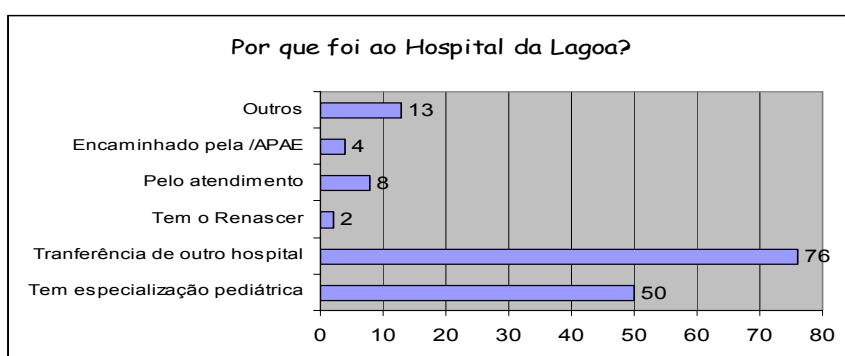
Fonte: www.criancarenascer.org.br/resultados

²⁴ In: www.criancarenascer.org.br

²⁴ Dados de Janeiro 2007.

Atualmente, a Associação funciona com 120 voluntários e 37 funcionários no atendimento a cerca de 250 famílias²⁵. Essas famílias são oriundas de diferentes locais do Estado do Rio de Janeiro, sendo a maior concentração de famílias da: Baixada Fluminense, Zona Oeste e Zona Norte. Chegam a esse hospital por encaminhamento das unidades de atendimento primário (postos de saúde) ou através de transferências entre hospitais por ser este um hospital de referência em pediatria.

Tabela V – Valores em número absoluto



Em pesquisa realizada em 2004 com 150 beneficiários da ONG, identificou-se que 50% das crianças chegavam

Fonte: Pesquisa institucional em 2004. Universo: 150 pessoas

ao hospital transferidas por outro hospital.

As famílias são encaminhadas para a ONG por uma equipe de médicos, enfermeiras e assistentes sociais do hospital. Chegando à Associação, passam por uma entrevista que valida ou não esse encaminhamento.

Ao chegarem na ONG os responsáveis esperavam receber: remédios (25%), medicamentos e cesta básica (10%), leite (10%). 13% informam que não conheciam, não tinham idéia do que poderiam receber.

Essas famílias têm como perfil uma baixa renda, menos de 1,5 salários mínimos. São compostas por em média 4,7 pessoas, tendo baixa escolaridade e morando em áreas de maior concentração de pobreza do Rio de Janeiro, Zona Oeste e Baixada Fluminense.²⁶

²⁶ Fonte: Banco de Dados da Associação, 2006.

Metodologia de trabalho da Associação:

Como dito anteriormente, faz parte da proposta de atuação da Associação o foco em aspectos bio-psico-sociais que influenciam a estruturação familiar²⁷ e o processo de restabelecimento da criança. Dessa forma o acompanhamento das famílias tem como atenção principal cinco áreas consideradas fundamentais para a realização da missão institucional. São elas: *saúde, renda, moradia, cidadania e escolaridade*. Para o acompanhamento dessas áreas junto às famílias a Associação conta com um grupo de trabalho composto por profissionais de serviço social, psicologia, nutrição, direito, pedagogia e entrevistadoras (voluntárias). O grupo tem como meta de trabalho a realização da missão institucional.

O principal instrumento de acompanhamento das famílias é o **Plano de Ação Familiar – PAF**. O PAF é uma lista de necessidades/ações (ex. identidade, cartão de vacina; avaliação profissional; avaliação médica; reconhecimento de paternidade; auxílio moradia, psicologia, nutrição, entre outras) relacionadas às cinco áreas de acompanhamento, que são organizadas de acordo com a demanda de cada família.

Essas demandas são identificadas pela equipe técnica, a partir de entrevistas e uma visita domiciliar inicial. Então são definidas ações a serem desenvolvidas pelas famílias ou pela Associação (ex. avaliação da reforma da casa; auxílio moradia). Essas propostas são apresentadas ao responsável (geralmente a mãe, que é quem vem à Associação) para as modificações necessárias. Em seguida define-se o plano de ação dessa família.

Planejar o tipo de ação que será desenvolvida deixa claro desde o início aonde se quer chegar. Ao Longo do processo ficam claras as dificuldades encontradas, possibilitando um replanejamento, um redirecionamento do plano sempre que necessário.

Um planejamento não é estático, assim como a vida não o é. Dessa forma, o planejamento deverá representar também as novas necessidades daquele momento.

²⁷ Em fevereiro de 2004 foi realizada uma pesquisa na ONG com a população atendida, a fim de aproximar o conceito de reestruturação familiar da Associação, que está relacionado com o alcance das metas propostas (saúde, renda, moradia, escolaridade e cidadania), com o das famílias em atendimento. Para os entrevistados, família estruturada é aquela em que os pais estão trabalhando, e há união, amor e amizade entre os componentes familiares.

As entrevistadoras (voluntárias)²⁸ são responsáveis pelo acompanhamento dessas ações, encaminhando para o apoio técnico sempre que há dificuldades na realização de alguma ação, demanda de uma nova ação ou quando solicitado no próprio PAF. As ações do PAF, assim como todas as informações coletadas desde o início do atendimento à família são registradas em um Banco de Dados.

O objetivo é registrar o perfil da família no momento inicial do atendimento e compará-lo com o registro no momento do encerramento do atendimento, fazendo uma avaliação da efetividade da ação institucional. Para avaliar essa efetividade, foram desenvolvidos indicadores para cada uma das áreas de acompanhamento, conforme descreveremos a seguir.

Esses indicadores foram construídos pela equipe do atendimento (gerência, equipe técnica, voluntários), coordenados por uma empresa de consultoria²⁹, que contribuiu para a definição e implementação do uso dos indicadores, assim como do Plano de Ação Familiar (PAF).

Seguem as metas e indicadores:

Saúde: avaliação do estado clínico da saúde da criança que estava internada, que deve ser ao menos regular e sem (previsão de) tratamento cirúrgico; a criança deve estar nutrida e com a carteira de vacinação em dia;

Cidadania: mãe, pai e filhos com documentação básica completa (Certidão Nascimento, Identidade, CPF e Carteira de Vacinação) e Benefício de Prestação Continuada (INSS) ou Passe Livre, quando de direito.

Escolaridade: todas as crianças e adolescentes de 6 a 17 anos em escola.

Moradia: em condições salubres, entendidas como: (1) casa de alvenaria emboçada; (2) casa com piso no mínimo cimentado; (3) teto e parede em boas condições; (4) esgoto ou sumidouro/fossa; (5) banheiro com no mínimo vaso e chuveiro; (6) instalações hidráulicas e elétricas em boas condições. A moradia deve ficar boa ou regular.

²⁸ Mais de 90% dos 120 voluntários são do sexo feminino. A presença marcante do feminino na área social tem relação histórica com o papel de cuidadora, sempre delegado a ela na sociedade. Segundo pesquisa realizada pela ONG Instituto de Estudos da Religião (ISER), se, em 1995, cerca de 60% da população ocupada no Brasil é masculina e 40% feminina, no caso do setor sem fins lucrativos a coisa se inverte: temos apenas 38,7% de homens e 61,3% de mulheres em atividades remuneradas (Landim, 1999:36-37). Revelam ainda que 16% da população Brasileira acima de 18 anos doam algum tempo voluntariamente (Idem: 23)

²⁹ Essa empresa doou mais de 5.000 horas de consultoria pro bono para a Associação, contribuindo para a profissionalização de importantes áreas, como atendimento e captação de recursos.

Renda : considerar o Benefício de Prestação Continuada (INSS), se houver; se até 5 membros na família, o mínimo de 1 salário mínimo; se mais de 5 membros, no mínimo 1/5 do salário mínimo para cada membro; ou componente da família fez curso interno ou externo; ou componente da família recebeu Instrumento de Trabalho.

As famílias ficam em acompanhamento em média por 18 meses. A saída da família da Associação se dá a partir de um processo de encerramento que é iniciado pela coordenadora do atendimento (voluntária) e passa por toda a equipe técnica, que validará ou não a indicação de término.

O encerramento é subdividido em cinco classificações, a saber:

ONG: Quando a iniciativa parte da Associação porque ela atingiu as metas de encerramento ou porque se entende que está há muito tempo no programa, sem grandes melhorias. Para que a família tenha o atendimento encerrado é feito um processo de encerramento.

Esse processo é iniciado pela coordenadora e passa pela avaliação de todos os setores. Se todos concordarem com o encerramento ele é feito, caso contrário o processo vai para a gerência, que decide.

Família: Quando a família decide interromper o auxílio ou deixa de comparecer a Associação sem justificativa. Os motivos são os mais variados: melhorou em alguma área e entende a ajuda desnecessária a partir de então; mudou de cidade; mora muito longe, etc.

Desligamento: Quando a família comete alguma infração na ONG. ex.: adulteração de receita médica.

Óbito da Criança Assistida:

Caso Especial: Quando a família entra no programa para receber um benefício pontual. Ex: Cadeira de rodas.

Demonstramos de que forma a ONG se organizou com critérios e processos para realizar a missão a que se propôs. Esses critérios e processos construídos conjuntamente com a equipe de trabalho, buscam motivar aspectos relevantes para que essas famílias tenham acesso a um mínimo social.

A seguir refletiremos, a partir da análise de resultados dos indicadores de cada uma das cinco áreas, quais as respostas obtidas. Essa é uma das funções do Banco de Dados, mostrar resultados que sirvam como instrumentos de avaliação e acompanhamento do trabalho. Para isso, periodicamente são gerados relatórios para avaliação de resultados.

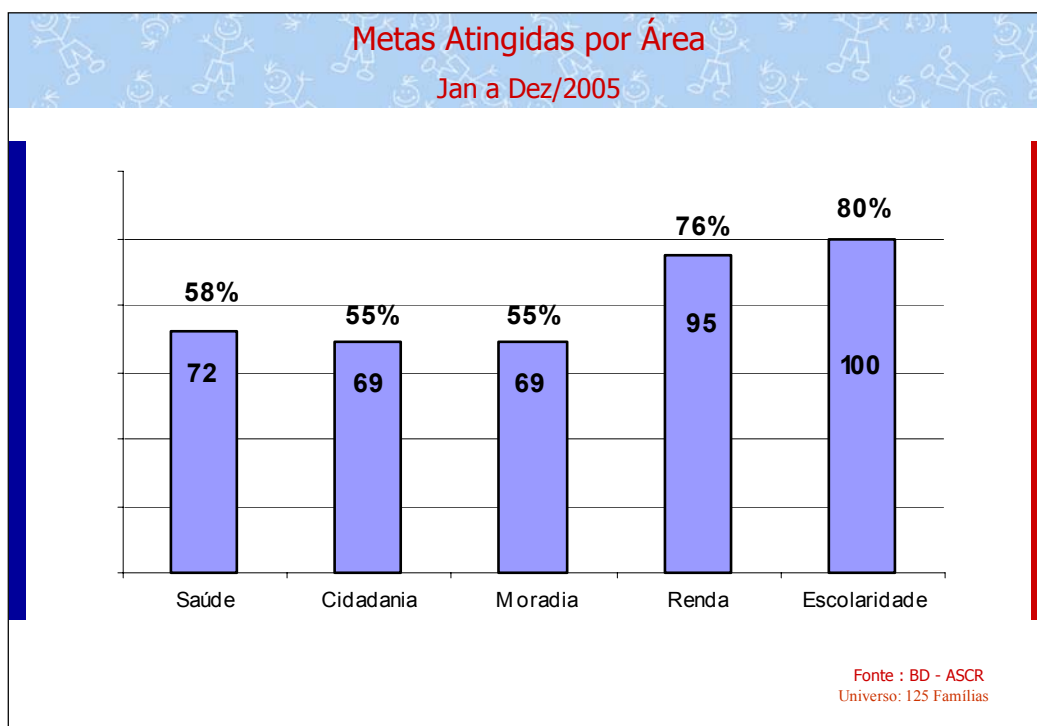
A preocupação com a medição tem sido bastante comum na realização do trabalho da Associação, tanto por ser uma forma de avaliação das atividades realizadas quanto por uma demanda dos patrocinadores sobre os resultados alcançados com o patrocínio.

Em 2005 foram extraídos os primeiros relatórios que demonstram alguns resultados do trabalho. Seguem abaixo alguns deles.

Podemos observar no primeiro gráfico o desempenho das 125 famílias com encerramento entre janeiro e dezembro de 2005, em relação às áreas de acompanhamento.

As áreas abaixo representam os indicadores citados na página anterior desta.

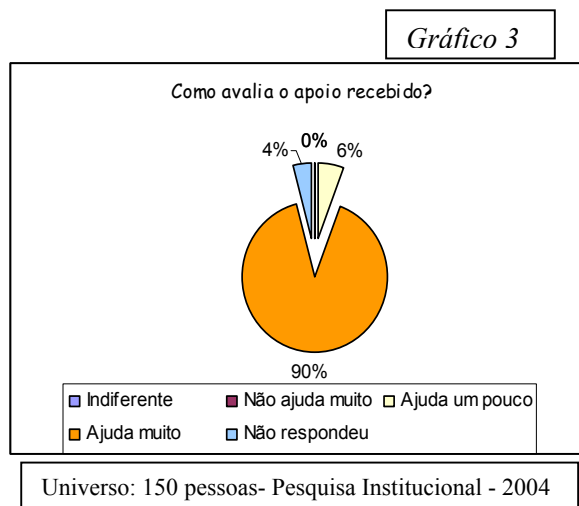
Gráfico 2



Esse gráfico representa o resultado do trabalho com as famílias no momento em que elas saem do ONG.

No caso da saúde, 58% atingiram a meta, ou seja, tem seu estado clínico bom ou regular, está com a vacina em dia, não tem tratamento cirúrgico, nem está desnutrido.

Desse grupo que atingiu a meta (58%), 34% melhorou o estado de saúde e 62% manteve seu estado clínico. Sendo que imaginamos que o grupo que manteve o estado de saúde teria piorado sem a ajuda da associação. Sugerimos isso em decorrência da resposta à questão “Como avalia o apoio recebido?” da pesquisa institucional realizada em 2004, onde 90% afirma que ajudou muito, assim como pelo depoimento do chefe da pediatria onde afirma que “as reinternações de cunho social caíram para zero no hospital depois da atuação da ONG”.



Para os 42% restantes faltam alguns desses indicadores e por isso não atingiram a meta. Ex: se uma família atingiu todas as outras metas (cidadania, renda, moradia e escolaridade), conseguiu devido ao apoio recebido manter a saúde da criança - mesmo que em estado reservado-, mas não atualizou a carteira de vacina, ela não atinge a meta.

Nesse mesmo período, observa-se que essas crianças, no ano anterior a sua entrada na associação ficavam internadas em média 17,29 dias e que ao final de um período de atendimento, ficavam internadas em média 8,62 dias. (Fonte: Banco de Dados – 2005).

Neste período as dificuldades mais significativas com a meta Cidadania referem-se aos indicadores Benefício de Prestação Continuada (INSS) e/ou Passe Livre. Sendo esses indicadores diretamente ligados a ação de órgãos públicos, a greve do INSS, assim como as modificações administrativas para a concessão do Passe Livre neste ano, influenciaram os resultados, já que as famílias não conseguiam sequer dar entrada nos benefícios.

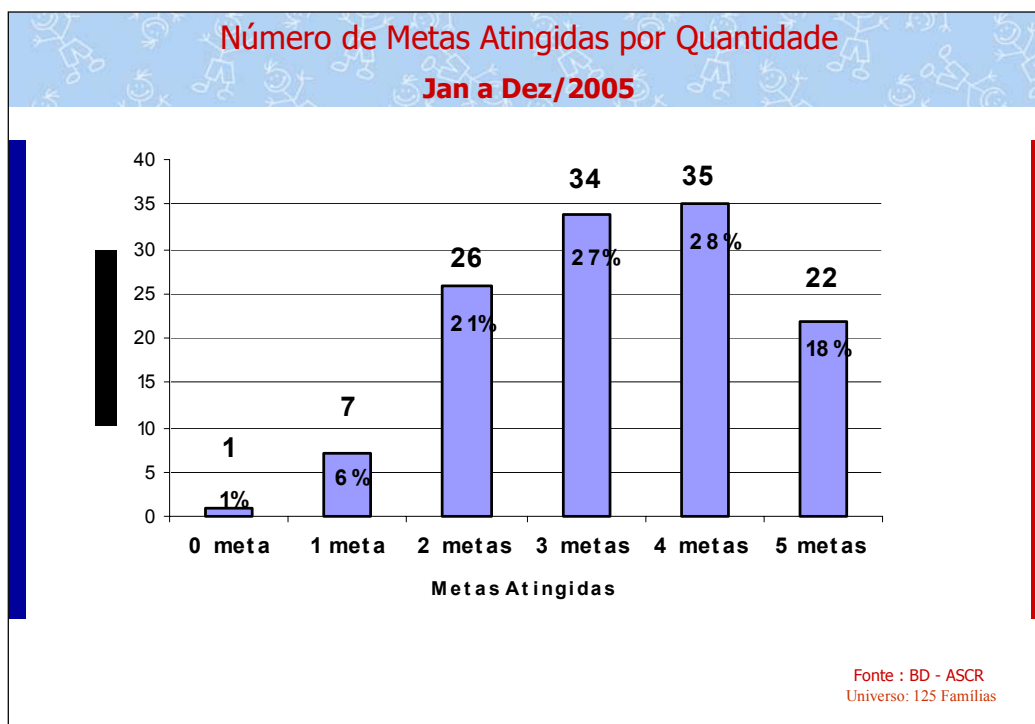
No caso da moradia, as dificuldades são as casas emprestadas ou em área de risco, situações de não ingresso ao Projeto Moradia (mais detalhes na página

62). A situação é agravada, pois não há retorno dos projetos públicos de habitação.

Para a meta Escolaridade, há um incentivo do Governo Federal através das Prefeituras, o Programa *Bolsa Família* que tem como contrapartida a permanência das crianças na escola, por isso resultados tão próximos a 100%.

No gráfico abaixo podemos observar o número de metas atingidas pelas famílias

Gráfico 4



Considerável percentual de famílias alcança metade ou mais das metas propostas, 72% (soma dos percentuais das metas 3 a 5). Para os 28% que não atingem, temos os casos de famílias que não permanecem no projeto (encerramento pela família), as situações acima citadas de interferências externas ou ainda, casos de famílias que não conseguem acompanhar a proposta do trabalho.

Esses são alguns exemplos de modelos de gráficos utilizados para a medição de resultados. Para cada uma das metas há um conjunto de indicadores que também são transformados em gráficos para análises mais detalhadas.

Os dados para a medição de resultados são coletados mensalmente, a cada entrevista com as famílias, desde a entrevista inicial até a entrevista final, tanto pelas entrevistadoras quanto pela equipe técnica.

Medição de resultados é uma experiência bastante nova na área social. Surgiu motivada pelas agências financiadoras internacionais a fim de saber o real impacto de seus investimentos, gerando a princípio uma resistência das Organizações Não-Governamentais. Atualmente, cada vez mais organizações percebem a importância da medição como forma avaliarem em que medida os objetivos propostos estão sendo realizados.

A seguir apresentaremos cada um dos projetos/programas desenvolvidos na ONG e a participação de técnicos e/ou voluntários em sua gestão.

Sobre os projetos desenvolvidos, atividades e seus responsáveis:

Grupo de recepção (Psicologia):

Trabalho de acolhida às famílias novas, coordenado pelo setor de Psicologia e realizado por equipe multidisciplinar composta por psicologia, serviço social e nutrição. Tem como objetivo explicar o objetivo do trabalho da Associação e esclarecer as expectativas do novo grupo. Realizado por funcionários.

Plano de Ação Familiar (toda a equipe técnica): é um plano de atendimento para a família, que corresponde às demandas apresentadas e que vai se modificando ao longo do atendimento. Essas ações são desdobramentos das cinco áreas (saúde, profissão, moradia, renda e educação). Para cada componente familiar, de acordo com suas necessidades, tais como: identidade, CPF, atendimento psicológico, atendimento nutricional, orientação jurídica, auxílio moradia, orientação jurídica entre outros é planejado um conjunto de ações que discutidos com a família serão acompanhados mensalmente. Elaborado por funcionários e utilizado por voluntários e funcionários para o acompanhamento das famílias.

Projeto Aconchego (Serviço Social): palestras informativas e educativas para os responsáveis, que tem como objetivo discutir temas ligados a prevenção à saúde e cidadania. Coordenado por funcionária e executado por voluntários.

Projeto Aconchego_ adolescentes (Serviço Social): discussão de temas ligados à adolescência através de palestras, oficinas e atividades culturais. Realizado por funcionária e estagiária.

Projeto Moradia (Serviço Social): as habitações próprias (que tem documentação da associação de moradores) que apresentam precariedade e que não estejam em área de risco (ex. área em risco de desabamento), não sejam emprestadas e nem

alugadas, passam por reformas, quando necessário, com material e mão-de-obra fornecidos pela Associação. O foco está na salubridade e o objetivo é fazer com que a moradia tenha condições mínimas essenciais de habitabilidade. Com a elevação dos padrões de qualidade de vida, pretendemos contribuir para a melhora da auto-estima familiar. Realizado por funcionários e voluntários.

Recreação (Pedagogia): atividades lúdicas com crianças e responsáveis durante o período de internação. Coordenado por funcionária e executado por voluntários.

Orientação Jurídica (Advogados): orientação quanto aos direitos das famílias, as principais orientações são sobre: pensão alimentícia, INSS, questões trabalhistas, solicitação de medicamentos, leites especiais e fraldas à Defensoria Pública. Realizado por voluntários.

Profissionalização:

Curso interno de longa duração: profissionalização na área de beleza, com cursos de cabeleireiro, colorimetria, manicure, maquiagem e depilação. As aulas são realizadas no Salão Escola da associação.³⁰ Além da área técnica, são trabalhadas competências pessoais com programações adequadas às exigências do mercado - tais como; postura profissional e apresentação.

Curso interno de curta duração: O foco está em promover conhecimento e domínio das competências necessárias à capacitação para produção de artigos artesanais. Cada mês é oferecido um curso diferente, para mães com aptidão para artesanato e que necessitem de rápida geração de renda. As mulheres que participam desta frente de profissionalização, em comum, têm filhos com doenças graves por isso, maior dificuldade em participar dos cursos de longa duração.

Curso externo: esta frente é mais aproveitada pelos pais e indicada àqueles que já têm algum tipo de qualificação profissional e experiência de trabalho na área. Esses alunos realizam seus cursos em outras escolas profissionalizantes como, por exemplo, Senac e Senai. Realizado por funcionários (professores e coordenadora) e voluntários (que auxiliam na parte administrativa do projeto: entrega de transporte às famílias para a realização do curso, solicitação de lanche, para depois da aula, no caso dos cursos internos, etc.).

³⁰ A ONG tem três espaços de atuação: Parque Lage – atendimento às famílias e medição de resultados; Hospital da Lagoa – sala de recreação e Jardim Botânico 86 – cursos internos, salão escola, administração e captação de recursos.

Grupo de reflexão (Psicologia): trabalho de grupo dinamizado pelo serviço social, nutrição e psicologia. Realizado com as famílias que estão há um ano em atendimento, tem como objetivo prepará-las para o futuro término do atendimento e refletir sobre as modificações ocorridas até o momento. Realizado por funcionários.

Medição de resultados Informática (Banco de Dados): Um conjunto de informações quantitativas e qualitativas das famílias que possibilitam a constante reflexão sobre o trabalho desenvolvido e a geração de relatórios de resultados. O sistema de monitoramento e avaliação permite alterar procedimentos e garantir melhores resultados no atendimento às famílias. Realizado por funcionários e voluntários.

Além desta Associação, existem hoje mais 14 outras instituições que realizam trabalho seguindo a mesma proposta, cada uma ligada a um diferente hospital público. Essas associações estão em estágios diferenciados de trabalho e são autônomas quanto ao gerenciamento e atividades desenvolvidas. Essas organizações fazem parte de uma rede, denominada *Rede Saúde Criança*³¹.

Essa expansão vai ao encontro da visão institucional da Associação, que é *“transformar-se em um modelo de referência que estimule a reprodução da metodologia, no Brasil e no mundo, em locais onde a necessidade seja premente. Ter uma instituição semelhante próxima dos hospitais públicos. Oferecer serviços que, além da saúde, englobem áreas básicas que ofereçam condições de resgate da cidadania e promovam o auto-sustento das famílias atendidas*³²”, deixando clara a relevância desse tipo de trabalho e sua importância para inúmeras famílias pobres que são atendidas.

3.2

Um exemplo de olhar integrado para saúde: resultados da pesquisa

Utilizar-se do trabalho complementar de uma instituição não-estatal, no caso uma ONG, foi a forma encontrada pela equipe da pediatria de um hospital público do Rio de Janeiro para dar resposta a uma problemática inquietante que

³¹ A **Rede Saúde Criança** é um espaço de relacionamento cooperativo entre Associações autônomas. O modelo de atuação foi desenvolvido pela ONG estudo de caso e inspirou a criação de outras Associações que seguem a mesma metodologia. Todas têm como objetivo comum prestar assistência à criança carente em tratamento e/ou alta hospitalar encaminhada por unidades do sistema público de saúde.

³² In: www.criancarenascer.org.br

fazia parte do seu cotidiano de trabalho e que não tinha uma atenção pública que conseguisse dar conta, ou mesmo olhasse para essa questão.

Os resultados da Associação apresentados anteriormente indicam que a missão institucional e sua proposta de um olhar integrado para a saúde têm sido cumprida com relevante êxito. Vamos agora analisar as entrevistas realizadas com três médicos que encaminham as famílias para a ONG, a fundadora da ONG, o resultado da pesquisa institucional realizada em 2004 e da entrevista com sete mulheres, mães de crianças em atendimento na ONG estudo de caso

Nossa hipótese é que para estreitar a distância entre garantia e acesso a direitos sociais serão necessárias ações de complementaridade entre diferentes atores sociais: ONGs, Estado, empresas, voluntários, funcionários públicos, entre outros, e que a ONG estudo de caso tem uma experiência que pode contribuir como exemplo para novas tentativas de ações complementares.

Sobre a entrevista com os médicos e a fundadora:

Para preservar a identidade dos médicos, vamos chamá-los de: médico A, médico B e médico C.

A primeira pergunta é: *Como você vê/percebe a missão da ONG?*

Nessas entrevistas ficou evidente o entendimento deles de que a ação realizada pela ONG deveria ser realizada pelo Estado, como demonstra o depoimento do chefe da pediatria, abaixo:

“[...] na realidade a ONG, ela toma um lugar que deveria ser do Estado [...] Então, o que acontece é que fica um vazio e esse vazio tem que ser preenchido. E ele pode ser preenchido ou não, pode ser bem preenchido ou mal preenchido, é... o fato é que a ONG entrou nesse vazio, nesse vazio de política de saúde, gerenciada ou patrocinada pelo Estado. Ele entrou nesse vazio e entrou bem, ele ocupou esse espaço, ocupou bem, cresceu dentro desse espaço, ocupou outros espaços também e hoje eu diria o seguinte eu não consigo ver a pediatria funcionando sem a parceria com a ONG”. (médico A)

O médico B lembrou as resistências iniciais que a ONG sofreu, considerando-se que seu trabalho seria “bem assistencialista” e continua, “e essa continua sendo uma preocupação minha, e uma das coisas que eu chamei a atenção desde o início, na criação da ONG é a transparência e o não vínculo a

entidades políticas porque nós temos exemplos de outras entidades não governamentais que não deram certo por vinculação política ou por não ter transparência , então eu acho que a ONG tem dado certo nesses anos todos porque é transparente, tem que ter muito cuidado para não se tornar...não ter como base um plano assistencialista”.

Considera ainda que “essa parceria entre a ONG e a pediatria do hospital [...] para mim foi um marco no atendimento a criança nesse hospital, a gente tinha um alto índice de reinternação e além do mais com projetos dentro da ONG, a gente vem propiciando mães fazerem reciclagem ou aprendizado de profissões.”

O médico C, expõe que “essa ONG veio preencher um vácuo que o Estado deixou. Algumas vezes atuando dentro da esfera que uma ONG como essa deveria atuar, algumas extrapolando até o que essa ONG deveria fazer”.

Ao ser solicitado a explicar melhor essa questão, ele diz que a ONG deveria contribuir para a profissionalização da família, para a geração de renda, o auto-sustento familiar, pois o Estado tem dificuldades para fazer isso. “Deveria ser uma ponte entre o Estado e a família”, dando alimentação num primeiro momento, mas prioritariamente orientando sobre direitos e como consegui-los”. E continua “[...] e às vezes a ONG é a salvadora pra gente conseguir dar alta a essa criança e ela continuar o tratamento fora do hospital, acho que às vezes os medicamentos³³ são caros demais pra ONG e aí o ele fica sem dinheiro para outras coisas que deveriam ser a função básica dela [...].”

Esse depoimento é bastante relevante, pois o que está por traz dele é a ausência da atuação do Serviço Social na pediatria do hospital. Embora esse médico esteja a 10 anos (os outros estão há 30 anos) no hospital está somente há 6 anos na pediatria. Não chegou a contar com o Serviço Social funcionando na pediatria. Essas orientações para acesso a direitos que ele sugere ser ação da ONG, na verdade fazem parte do trabalho do Serviço Social do hospital. Hoje o hospital que 10 assistentes sociais!

Semanalmente chegam a ONG famílias encaminhadas pelo hospital que não se enquadram no critério de acesso³⁴, entretanto há uma demanda que poderia ter sido orientada no próprio hospital, caso houvesse assistente social no setor e

³³ O gasto mensal médio da ONG estudo de caso com medicamentos é de R\$ 15.000,00.

³⁴ vide Critério de Entrada no anexo 1

que por essa falta vêm pra a ONG. Na verdade essa é a ação “extra” desenvolvida pela ONG, prestar orientações que são de responsabilidade do hospital.

As questões da fundadora sobre a questão 1, que é *Como se deu a parceria entre a ONG o hospital? (histórico sobre quais dificuldades, quais argumentos utilizados para a implementação, etc.)* já foi citada na parte 1.4.1 – sobre a ONG estudo de caso.

A segunda pergunta é: *Com relação a missão você se diria: responsável, co-responsável, contribuinte ou participante distante.* O objetivo era entender como entrevistado via sua participação na missão institucional.

O médico A preferiu não se autodenominar, justificando “eu não sei o que sou”. Os médicos B e C denominaram-se co-responsáveis, já que as famílias chegam à associação por intermédio de seus encaminhamentos e que eles também são responsáveis pela avaliação médica da criança³⁵.

O médico C aprofunda a questão da participação médica com a seguinte reflexão: “o médico como co-responsável é muito importante não onerar a ONG, eu acho que as vezes fazer as coisas rápidas demais, ou sem pensar [...] nós também somos responsáveis pelos gastos [...]”.

Essa colocação sugere que por contar com a parceria os médicos recorrem rapidamente à ONG, gerando gastos que poderiam ser evitados.

Essa questão surgiu em duas das três entrevistas, e embora não estivesse prevista anteriormente, e foi formulada da seguinte forma: *Será que a ação da ONG traz uma certa acomodação aos médicos?*

O médico B argumenta que não, informando que os médicos têm lutado muito para que o hospital tenha o medicamento. Embora em seguida diga que a ONG contribui até com exames que o hospital não dispõe, “mesmo não sendo sua função”.

O médico C, no entanto, reflete sobre a necessidade de pleitearem mais no hospital para que as crianças tenham o medicamento. E dá um exemplo de um medicamento “caríssimo” que a ONG não comprou num primeiro momento e feita pressão à farmácia do hospital, o medicamento foi fornecido.

“Eu acho que a gente tem que todo dia se questionar um pouco na hora de encaminhar, de solicitar alguma coisa a ONG, porque eu acho que cria uma

³⁵ Quadrimestralmente as mães tem que levar à ONG a avaliação médica da criança cadastrada (a que ficou internada e “levou” a família para o atendimento).

comodidade, 'manda lá pra ONG. Tem que brigar um pouco mais aqui dentro pro Estado e o hospital fazerem a parte deles que é direito dessas pessoas [...]'

Essa era exatamente uma das hipóteses que tínhamos. De que a agilidade da associação em dar respostas às demandas apresentadas, importante diferencial com o Estado (inábil para respostas rápidas), poderia influir de modo contraproducente para solução das demandas hospitalares *in loco*. Contribuindo para uma intervenção menos politizada dos médicos, já que não precisariam se indispor, ou se indisporiam em menor intensidade, com a chefia imediata, com outros setores e/ou com a direção do hospital devido, por exemplo, à ausência de medicamentos e/ou de exames, já que podem recorrer a ONG. Porém, não defendendo o fornecimento do medicamento pelo hospital, como sugere o médico, vemos enfraquecido o direito dos pequenos pacientes.

Essa defesa também poderia ser função da ONG, mas a relação entre o hospital e a associação (passado o primeiro momento) é fundamentada por acordos verbais e/ou afetivos³⁶. Entendemos que esse tipo de acordo diminui a possibilidade de discordância entre as instituições, enfraquecendo a garantia de direitos dos beneficiários em detrimento dos acordos fragilmente estabelecidos. Acreditamos ainda que essa deva ser uma questão a ser repensada a fim de que, resguardada a parceria, os direitos das famílias possam ser mais defendidos.

A Segunda pergunta para a fundadora foi: *O que a missão da ONG quer dizer com sociedade civil?*

“Naquela época só pessoas físicas. Era o auge do movimento voluntário, Betinho teve enorme influência nesse movimento. Com o crescimento da ONG, sociedade civil foi considerada também empresas. Então são pessoas físicas e empresas”

A pergunta 3 também cita a sociedade civil, perguntando: *A missão fala de uma ação conjunta e destaca três atores: a ONG, sociedade civil e hospital. Como entende o papel de cada um deles para a realização da missão?*

³⁶ Essa questão do contrato afetivo surgiu na entrevista com o médico A. Ele não vê qualquer problema no fato de não haver um contrato formal entre as duas instituições, justificando que a ONG é maior do que qualquer direção que possa entrar, passível inclusive de destituir qualquer diretor que se oponha a seu trabalho, devido à força política que representa atualmente.

Ao definir do papel da sociedade civil na ONG, a fundadora diz “*que a classe média participando da ONG³⁷ deixa de ser tão alienada quando se encontra com outra realidade. Sente que elas sentem-se cidadãs com consciência mais ampla. Levam para casa uma realidade que é incorporada em sua vida. Isso traz um levante da sociedade civil.*”

Ao pedir que explique o que seria esse “levante da sociedade civil” responde:

- ☒ *“ações em qualquer nível, municipal, estadual ou federal, em conjunto;*
- ☒ *rede como empresas mais sociedade civil organizadas e buscando mudar a realidade social local;*
- ☒ *cada vez mais pessoas engajadas em projetos sociais; multiplicando o modelo da ONG.*

Isso pode pressionar o governo, Ex.: nós sem imposto, sem nada conseguimos fazer isso e vocês? Quanto mais ética for a rede, mais poder de pressão teremos. A Associação como forma de inclusão social.”

Vemos uma visão reduzida do conceito de sociedade civil, influência de um conceito orientado pela ideologia de minimização do Estado que se difundiu, como veremos no próximo capítulo. Esse uso reduzido do conceito é muito comum e divulgado por diferentes espaços de comunicação. A fala da entrevistada sugere, ainda uma superação da situação social a partir da classe média e de empresas, desconsiderando os interesses de classe existentes na ação de cada um desses atores.

Para a questão 3. Como entende a participação do hospital na realização da missão da ONG?

O médico A entende a participação do hospital é na superação da doença, deixando claro que esse é apenas um dos “elos da corrente” e que se o hospital fechar os olhos para todo o restante estará, devolvendo a criança para sua realidade de ausências. Ela, então, possivelmente voltará a ficar internada.

O médico B relembra que a participação do hospital no início foi “repudiando o Renascer, depois aceitando e em alguns momentos até cooperando, mas a impressão que tenho é que o hospital poderia participar mais”. Para ele uma forma de participação poderia ser os profissionais se associando (os sócios

³⁷ A fundadora não gosta da palavra ONG, prefere usar Setor Cidadão. Neste caso mantivemos ONG porque refere-se a ONG estudo de caso.

contribuem financeiramente com a associação, sendo livre a quantia e a periodicidade da ajuda) e finaliza “na verdade os profissionais querem mais as benesses da ONG do que mergulhar a fundo no projeto, participando, ajudando”.

O médico C diz não ter muita idéia dessa parceria e como isso se dá, “o que eu vejo é que as vezes a direção facilita o local para atendimento da ONG aqui dentro, a sala da recreação”.

Voltando a terceira questão da entrevista com a fundadora, que trata do papel dos atores citados na missão, o que se espera do hospital é que *“cumpra seu papel de cuidar da saúde, dar medicamentos, conforme garantido no SUS. Quando o Estado cumprir seu papel não precisará da ONG. Nesse momento o voluntário poderá servir de supervisor”*.

A quarta questão refere-se a *Quais as dificuldades para a realização dessa missão?*

O médico A diz que diferenças são pontuais e sempre vão existir, mas que é necessário “procurar integrar essa coisa toda”.

O médico B diz que “as direções do hospital tem que se integrar do papel da ONG, inclusive das limitações da ONG porque não é papel dela, por exemplo, executar exames”. Outra dificuldade apontada por ele é o tempo de permanência dos diretores do hospital “a gente fez um cálculo recente e a média de permanência de um diretor no hospital foi de um ano e meio então isso dificulta”.

O médico C aponta como dificuldades a comunicação entre a ONG e os médicos, “às vezes acho que poderia haver um pouco mais de diálogo entre as pessoas da ONG e os médicos aqui”.

Para a fundadora, as dificuldades estão relacionadas a falta de recursos próprios *“o setor cidadão está se organizando, não tem recursos. É preciso aprender como fidelizar patrocínio, casar conosco. Poder aumentar o lucro social gerado que possa ser reinvestido no projeto”*.

A quinta pergunta é: De que maneira a parceria ONG - hospital contribui para a recuperação da saúde dos pacientes da pediatria?

Essa pergunta mostrou-se desnecessária já que ao longo das outras perguntas essa questão foi respondida. Somente o médico B acrescentou a importância de se rever a redistribuição dos papéis do hospital e da ONG, da importância da ONG rever inclusive a distribuição da cesta básica, já que muitas famílias já recebem do governo.

Para a fundadora a pergunta foi: *O que o hospital ganha e o que a ONG ganha com a parceria?* O hospital ganha significado para a ação médica e a ONG ganha a honra de ser prestadora de serviço para o Estado e a sociedade (que economiza em Prozac). A fundadora ressalta que inúmeras voluntárias que antes precisavam se medicar com antidepressivos (Ex. Prozac) depois de realizarem um trabalho voluntário vêm sentido em suas vidas, e esse passa a ser seu medicamento.

O ganho para o hospital citado pela fundadora foi o mesmo ressaltado pelos médicos ao longo das entrevistas.

Finalizando o roteiro das entrevistas, a sexta pergunta é: *A parceria com a ONG influenciou de alguma forma o “olhar médico” para o tratamento da saúde? Como?*

Todos concordaram que há uma alteração do olhar médico a partir da atuação da ONG.

O médico A diz, *“na faculdade você aprende muito a lidar com a doença. A doença ganha pro médico uma amplitude, um tamanho que esmaga a pessoa. A parte social, essa nem é tocada. E pelo que eu vejo, recebemos muitos alunos aqui, muitos residentes, jovens recém saídos da universidade, cada ano eu recebo uma nova leva, parece que isso não mudou não. A doença continua esmagando o indivíduo e o social, atuação dos outros elos dessa corrente infernal nem é tocada”*.

Para os outros médicos:

- ☒ “A ONG sensibiliza o olhar médico para a situação social da família [...]”.
- ☒ “O médico tem a obrigação de olhar outros aspectos que não a doença só, tem que ver o aspecto social, o aspecto psicológico, moradia.”
- ☒ Para a fundadora, “o olhar médico se modificou para aqueles que estavam pré-dispostos [...] a anamnese médica é técnica. Anamnese hospitalar é compartimentada. Não há um olhar integrado, multidisciplinar do paciente. O compromisso do profissional não é com o paciente, é com o que aprendeu na faculdade”.

Vemos nas respostas acima que embora, como colocado por um dos médicos, seja obrigação o olhar médico para o indivíduo em toda a sua dimensão, no dia-a-dia isso não acontece. A doença ainda tem grande destaque para os médicos e o paciente é visto de maneira compartimentada. A ação da ONG, então, contribui para que o médico esteja atento para outros aspectos que

interferem na saúde, como diz um dos médicos, para os ‘outros elos da corrente’ que garante a saúde. E esse olhar integral certamente também é um dos fatores que colabora para a recuperação do paciente.

E, poderíamos dizer que esse olhar integral (sócio-biológico) é uma outra contribuição da parceria ONG/hospital.

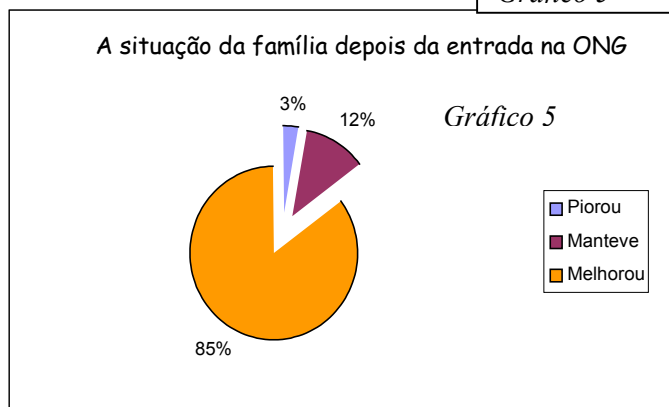
Resumindo essa etapa da pesquisa, vemos que:

- * A missão da ONG é relevante e que seus resultados trouxeram benefícios para a ação médica do hospital, para as crianças e suas famílias. Arriscamos dizer, com base o depoimento da fundadora, que também há benefícios para as voluntárias que lá trabalham e por isso sentem-se mais úteis na sociedade;
- * Os médicos sentem-se participantes da missão institucional, mas que a força dessa parceria está na pediatria, sendo necessária uma ampliação da relação com todo hospital, independente da relação afetiva que se tenha. No entanto, a relação com a pediatria pode ser ainda mais fortalecida, sendo importante para isso a clareza dos papéis de cada um, assim como uma melhor comunicação entre os atores;
- * Avançar para um contrato além do afetivo, em que na ausência do cumprimento dos papéis definidos para cada ator, o outro possa alertar para seu cumprimento, caso a não realização desse interfira no acesso do paciente a algum de seus direitos;
- * É necessário um entendimento mais amplo e mais político de sociedade civil e do papel que se quer desempenhar enquanto ONG, que possa contribuir para a construção de estratégias de fortalecimento e integração com outros atores, intra instituições e com a população alvo a quem se direciona, qualificando as ações complementares entre diferentes instituições e atores da sociedade civil (num conceito mais amplo);
- * Um a proposta complementar apresenta resultados para além dos planejados que podem potencializar os objetivos iniciais da parceria, como vemos no caso da influência no olhar médico.

Sobre a pesquisa com 150 beneficiários da ONG estudo de caso:

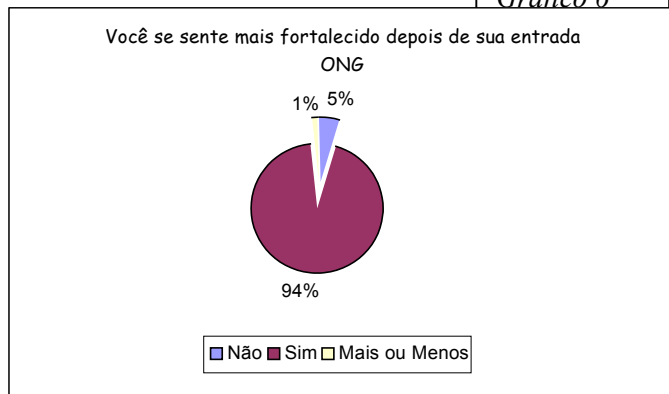
Ao serem perguntados sobre *a situação da família*, 85% respondem que a situação melhorou, relacionando o recebimento de alimentação (18%) e remédio/cesta básica e leite (17%) com essa melhora.

Gráfico 5



Para a pergunta *Você se sente mais fortalecido depois de ter entrado para a ONG*, 94% respondem que sim e neste caso a ajuda (21%), o apoio psicológico (18%) e o incentivo (18%) são os principais itens atribuídos à esse fortalecimento.

Gráfico 6



Ao serem perguntados sobre *Como avaliam o apoio recebido*, 6% diz que ajuda um pouco, 4% não respondeu e 90% avalia que ajudou muito. Podemos sugerir, pelo gráfico X, que essa ajuda se dá inclusive no relacionamento familiar, já que a ajuda recebida minimiza a preocupação familiar.

Gráfico 7



Retomando a missão institucional que se propõe a reestruturar as famílias, vemos que é bem próximo o número de famílias que se sentem estruturadas (42%) das que não se sentem (46%), como vemos no gráfico Y. No primeiro caso, a justificativa da estruturação desde um aspecto objetivo, que é o

trabalho, a geração de renda (47%) e saúde (9%), à aspectos subjetivos relacionados a afetividade familiar, como união (22%), a amor/amizade (17%). No segundo caso, a não estruturação está relacionada ao desemprego (32%), não ter casa própria (11%) e brigas familiares (10%). Para as famílias, reestruturação tem relação também com um relacionamento familiar harmonioso. Esse aspecto não está contemplado na missão, que propõe aspectos mais objetivos.

Sobre o relacionamento familiar, 87% dizem que perceberam alguma diferença no relacionamento familiar depois de entrada na ONG. Desses, 17% alega essa diferença por estarem mais tranquilos, felizes e em paz.

Com relação a entrevista com as 7 responsáveis, todas as mães das crianças atendidas, vamos considerar aqui

somente a última pergunta. O roteiro foi composto por 6 perguntas, mas ao longo da construção dessa dissertação, após alguma alterações dos objetivos, consideramos que as questões da pesquisa 2004 eram mais relevantes para os objetivos aqui propostos. Sendo assim, analisaremos a questão: *O que você acha da parceria entre a ONG e o hospital? Por quê?*

Todas acham a parceria importante (boa, ótima, excelente), justificando da seguinte maneira:

- “Muito bom. Ajudam as mães, crianças não só com o financeiro, mas também com o psicológico, as voluntárias são muito amigas. O Renascer

Gráfico 8

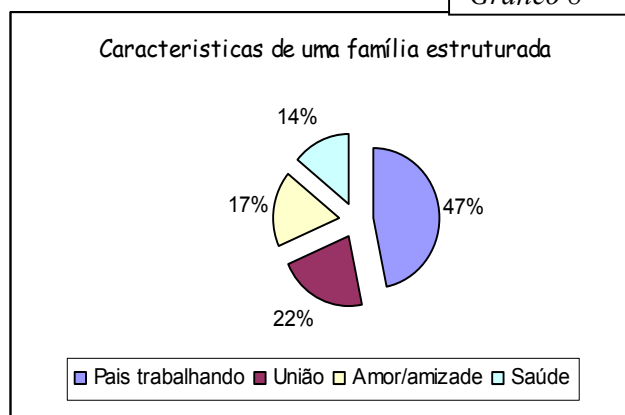
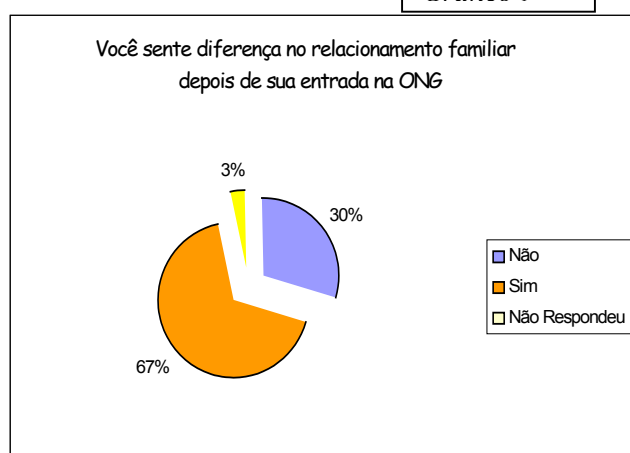


Gráfico 9



pra mim é praticamente uma mãe porque nas piores horas de minha vida sempre me ajudaram”.

- “Muito boa, pois dá um grande apoio num momento em que a família necessita muito, porém seria melhor que o governo oferecesse todo o apoio”. A mãe teme como será o futuro dos filhos após sua saída do programa.
- “Seria muito bom que todos os hospitais tivessem esse trabalho porque uma doença desestrutura uma família.”
- “O Renascer me fortaleceu e eu procuro fazer tudo que me pedem como agradecimento. É como se fosse um recomeçar.”

Resumindo essa parte da pesquisa:

- * Bem mais que a metade dos entrevistados informa que depois da entrada na ONG a situação da família melhorou e que sentem-se mais fortalecidos;
- * Enquanto para a ONG reestruturação está ligada às cinco áreas de acompanhamento (saúde, renda, moradia, escolaridade e cidadania), para as famílias reestruturação tem relação com aspectos objetivos (renda) e subjetivos (relacionamento familiar), sendo a união entre os familiares citada com destaque para os casos de estruturação;
- * A ONG também interfere, segundo a pesquisa, positivamente no relacionamento familiar, contribuindo para o fortalecimento da auto-estima da família.

Essas reflexões serviram de pano de fundo para a partir do estudo de caso mostrar que as ações intersetoriais propostas no SUS, na LOAS e no SUAS são de possível realização, trazendo inovação e eficácia ao trabalho, como vimos na análise dos resultados do trabalho da ONG estudo de caso.

Consideramos que essa é mais uma contribuição da ONG, mostrar que ações intersetoriais (Estado, ONG, empresa, voluntários), interdisciplinares e a existência de um instrumento de acompanhamento em que a família seja o foco do processo são fundamentais para se atingir os objetivos propostos.

Esse estudo de caso representa um exemplo de que a intersetorialidade é possível. E ser possível não significa que é fácil, que não haja tensões ou mesmo que com isso tudo esteja resolvido. Significa apenas que é possível. Mas para começar é preciso que se esteja interessado e se supere a imobilização que traz a

desconfiança no outro, assim como a crença de que sozinhos daremos conta da questão.

Entendemos que os serviços oferecidos pelas Organizações Não-Governamentais devem ser organizados e avaliados por uma instituição capaz de garantir equidade e em tese, o Estado é esta instituição. Essa avaliação teria como objetivo entender quais contribuições são passíveis de se tornarem políticas sociais públicas, sendo ampliadas e quais precisam ser revistas ou mesmo excluídas, entendendo que há organizações com outros interesses que não a produção de bem-estar.

Esse é um dos papéis do Estado. O nosso, enquanto cidadão, é fortalecê-lo para que ele possa desenvolver adequadamente sua função, e fortalecendo-o nos fortalecemos simultaneamente. As questões negativas que presenciamos cotidianamente com relação ao Estado e que reforçam o sentimento de descrédito nele devem nos motivar a tomar participação mais dos espaços públicos inibindo a permanência dessas atitudes, e não a negar sua importância.

A afirmação de Nogueira mostra-se bastante adequada nesse momento, pois resgata a importância dessa instituição: “sem Estado (sem uma ligação com o Estado e sem uma perspectiva de Estado), não há sociedade civil digna de atenção: sem Estado não pode haver hegemonia” (2005:103). Acreditar nessa afirmação e defendê-la deve ser um esforço cotidiano de todos nós, principalmente na área social, pois é basicamente nesta área que presenciamos discursos de negação do Estado. Não recordamos de algo assim na área econômica, por exemplo.

Para além de a missão institucional ser ou não realizada a contento, há inúmeras outras situações que interferem nessa relação público-privado. Entendê-las e superá-las é o caminho para tornar a relação mais eficaz possível. Como vimos, essa relação de complementaridade também tem acertos a serem feitos, mas os resultados alcançados nesses 15 anos mostram que a superação desses desafios só fortalecera o trabalho.

Essa experiência demonstra um exemplo tanto de complementaridade entre público e privado para uma atenção mais completa ao indivíduo, quanto de ações integradas entre diferentes áreas (saúde, renda, moradia, educação e cidadania) e diferentes formações (serviço social, psicologia, direito), visando uma ação holística, focada na saúde, não na doença. Mostra na prática que ações

conjuntas têm maiores chances de dar certo, gerando resultados positivos e produzindo bem-estar mais duradouro.

Uma ação integrada entre áreas, entre público e privado, entre técnicos e voluntários, mas mantendo a primazia da responsabilidade do Estado é uma possibilidade de intervenção no social. Mas é preciso que estejamos abertos para essa possibilidade, pois não há certezas. As teorias e conhecimentos adquiridos precisam ser colocados em xeque e estarem passivos de remodelação sempre que for possível com isso recriar formas de intervenção mais validas.

O SUAS já privilegia o diálogo entre as políticas, o governo e as Organizações Não-Governamentais, na busca de melhores respostas às demandas da população como vemos na frase:

“A proposta de planejamento e intervenções intersetoriais envolve mudanças nas instituições sociais e suas práticas”. Significa alterar a forma de articulação, de ações segmentadas, privilegiando a integração em prejuízo da setorialização e da autonomização nos processos de trabalho. Implica, também, em mudanças na cultura e nos valores da rede de proteção social, das organizações gestoras das políticas sociais e das instâncias de participação. Torna-se necessário, construir uma forma organizacional mais flexível, articulando diversas instituições (governamentais e Organizações Não-Governamentais), assim como secretarias (assistência social, trabalho e renda, habitação, por exemplo) Menicucci (2002, apud PNAS 7-8).

Esse também é o caminho que acreditamos! O da integração. Integração das potencialidades de cada ator capaz de contribuir para uma melhor proteção social. Mas para isso é preciso repensar alguns valores (construídos ao longo de anos e fundamentais para que hoje possamos estar aqui sugerindo essas reflexões), algumas regras, alguns acordos, que se mantendo inflexíveis pouco terão a contribuir para a qualificação da prestação da assistência.

Na ONG estudo de caso, algumas pessoas defendem que sua ação poderia se tornar uma política pública. Para esse grupo seria uma cópia do modelo mantendo à autonomia institucional. Como vemos no texto abaixo:

“eu vejo com muito bons olhos, desde que aqueles que são momentaneamente detentores de cargos dentro dos ministérios, venham não dizer o que nós temos que fazer, mas venham aprender com a gente aquilo que tem que fazer. Eu não sei se eles sabem o que tem que ser feito. Nós sabemos o que tem que ser feito porque

nós fizemos e fazemos. Então se houver a percepção de que estão querendo transformar em política pública, mas dizendo o que fazer, aí não tem nada a ver uma coisa com a outra. Que eles venham, mas venham para aprender” (Chefe da pediatria).

O desejo intrínseco é que o modelo da ONG torne-se política pública exatamente como funciona hoje. É a replicação do modelo em escala nacional, como explícito na visão institucional (uma instituição semelhante em cada hospital público do Brasil).

Supomos que o receio presente na fala do Chefe da pediatria seja decorrente do descrédito no Estado, principalmente no que se refere à: transparência, efetividade e qualidade, continuidade das ações, entre outras questões vivenciadas em anos de trabalho em hospital público que tiveram e tem pessoas da diretoria e conselho da associação. Mas ultrapassar esse receio deve ser um exercício contínuo.

Essa replicação é importante, no entanto, embora seja válida mantêm-se o caráter privado da atuação institucional. Uma possibilidade de ação pública do modelo da ONG é o projeto denominado “Política Pública” em desenvolvimento na associação. Ele tem como objetivo fazer um piloto com a prefeitura de Belo Horizonte e o Estado de São Paulo a partir da essência do trabalho da ONG, criando um modelo que seja fruto do que realmente funciona nessas instâncias governamentais, somado ao diferencial apresentado pela ONG (Ex. forma de acompanhamento familiar, integração das ações, das áreas e dos setores através do PAF, voluntariado, parceria com empresas). Essa é uma tentativa de universalizar as ações, numa perspectiva de aproximar garantia e acesso a direitos.

Seguiremos analisando quais ações realizadas pela ONG estudo de caso já são regulamentadas e, portanto, são oferecidas publicamente. Essa análise servirá como pano de fundo para aprofundarmos a reflexão sobre garantia e acesso a direitos.

3.3

Uma reflexão entre as ações da ONG estudo de caso e as regulamentações públicas dessas ações³⁸: *Garantia versus acesso*.

Avançamos nesta parte da dissertação no intuito de refletir sobre a importância da garantia de *direitos* como forma de assegurar igualdade de oportunidades.

Pretendemos ainda mostrar uma outra necessidade, a de garantir *acesso*, já que sem ele (o acesso) o primeiro (garantia de direito) fica fragilizado. Para iniciar essa discussão, fizemos uma análise entre as ações da ONG estudo de caso e o que há de regulamentação destas ações nas instâncias federal, estadual e/ou municipal.

A análise estará subdividida nas cinco áreas de acompanhamento das famílias na ONG estudo de caso (saúde, renda moradia, cidadania e escolaridade). Estas áreas tem relação direta com a missão institucional que é “*auxiliar, em conjunto com setores da sociedade civil, crianças e suas famílias, oriundas do Hospital da Lagoa, quebrando o ciclo vicioso miséria – doença – internação – reinternação – morte, criando bases para a melhoria biopsicossocial e auto-sustentação das mesmas*”.

Retomamos a discussão de complementaridade, voltando à nossa hipótese de que há limites na ação isolada de cada instituição e potencialidades na realização de ações conjuntas. Compreender como a sociedade se organiza e reorganiza para dar respostas às questões que lhe incomodam é de extrema importância para o Serviço Social, pois esse é seu *lôcus* de ação.

Principalmente porque as Organizações sem fins lucrativos tem se tornado um significativo espaço de inserção profissional dos assistentes sociais³⁹. E estes devem repensar sobre sua possibilidade de intervenção nesta área, a fim de manter os princípios fundamentais da profissão, que ressaltam entre outros: a defesa intransigente dos direitos humanos; defesa do aprofundamento da democracia; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Esses

³⁸ A inspiração para essa reflexão foi a apresentação de Márcia Rocha, Analista de Projetos da Avina, intitulada “Exploração Inicial de Possibilidades de Concertação Público-Privado do Modelo Saúde Criança” em uma reunião na ONG estudo de caso em 30 de outubro de 2006.

³⁹ As 276 mil Fundações Sem Fins Lucrativos no Brasil empregam 1,5 milhões de assalariados, o que corresponde a 5,5% dos empregados de todas as organizações formalmente registradas no país. IBGE, 2004:50

princípios devem acompanhar a ação profissional esteja ele onde estiver em instituições estatais ou Organizações Não-Governamentais.

A seguir apresentamos então a análise comparativa das ações da ONG estudo de caso e o que há regulamentado em alguma instância estatal, subdivididos pelas cinco áreas de acompanhamento da ONG estudo de caso.

À esquerda na tabela apresentamos os serviços assistenciais oferecidos pela ONG. Ao final da descrição do serviço haverá uma legenda identificando a forma de prestação desse serviço pela ONG: diretamente (D), através de parceria (P) ou de orientação (O).

Em todos os casos em que haja necessidade das famílias recebem transporte para resolver suas demandas, isso ocorre. À direita da tabela, aparecem os serviços assistenciais oferecidos pelo Estado.

Tabela VI

Objetivo: redução da mortalidade infantil a partir da reestruturação de famílias em situação de vulnerabilidade		
	ONG (privado)	ESTADO (público)
Saúde	FORMA DE ACESSO	
	Internação na pediatria do Hospital da Lagoa (P)	Assistência social via os CRAS que é a porta de entrada para os programas sociais no âmbito municipal ⁴⁰ Regulamentação: CF/88 e PNAS/2004 Executado por: Secretarias municipais e estaduais de assistência. Financiadas pelo Ministério do desenvolvimento social e combate
	Avaliação da relação entre saúde e situação sócio-econômica familiar (D)	Famílias, seus membros e indivíduos mais empobrecidos e excluídos da sociedade. Regulamentação e Execução: Idem acima
	SOBRE O BENEFÍCIO RECEBIDO	
	Cesta básica (D)	Cesta básica Regulamentação: Assistência Social – art. 203 CF/88 e PNAS/2004. Execução: CRAS (municipais e estaduais)
	Leite Especial - conforme solicitação médica (D) Leite (D)	Regulamentação: Lei 8080 de 19/09/1990 Execução: Defensoria Pública Postos de saúde – Programa do leite Execução: Secretarias Municipais de saúde
	Medicamentos (conforme solicitação de médicos do SUS) (D)	Regulamentação: Lei 8080 19/09/1990 - art. 6º, Inciso I, alínea d – de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Execução: Secretarias Municipais, Estaduais e/ou Ministério da Saúde.
	Equipamentos médicos (cadeiras de roda, calhas, nebulizadores entre outros). (D) e (P)	Regulamentação: SUS – Lei 8080 19/09/90 Execução: Secretarias Municipais, Estaduais e/ou Ministério da Saúde.

⁴⁰ In: PNAS, 2004:18. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

CONTINUAÇÃO DA TABELA VI

Objetivo: redução da mortalidade infantil a partir da reestruturação de famílias em situação de vulnerabilidade		
	ONG (privado)	ESTADO (público)
Renda	Profissionalização (curso) + Instrumento de trabalho (D) e (P)	Programas de Transferência de Renda Regulamentação: Lei nº 10.836 de 09/01/2004 Execução: Ministério de desenvolvimento social e combate à fome Intermediação de mão-de-obra Regulamentação: Decreto nº.76.403, de 08.10.75. Execução: SINE (Municipal, Estadual e Federal) ⁴¹; Qualificação Profissional Regulamentação: resolução no. 408, de 28/10/ 2004. Execução: Ministério do Trabalho e Emprego, Governo Federal
Habitação	Reformas, construção e excepcionalmente compra de casas. (D)	Compra de casas novas ou usadas e reforma através de recursos do FGTS Regulamentação: Lei no. 10.998 de 15/12/ 2004. ⁴² Execução: Secretarias: Municipal e Estadual e Nacional de Habitação.
Cidadania	Registro civil Identidade CPF (P) (O)	Regulamentação: Decreto 5604 de 25/04/1874⁴³ Obrigatoriedade e gratuidade Execução: Cartórios de registro civil, Institutos de Identificação e Receita Federal.
Escolaridade	6 A 17 anos na escola (O)	Regulamentação: Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) – 9.394 de 20/12/1996. art. 4º - Ensino fundamental obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso em idade própria. Execução: Secretarias Municipais e Estaduais de Educação.

Como vemos, grande parte das ações prestadas pela ONG já estão regulamentadas, portanto, devendo ser prestadas pelo Estado. A dificuldade é de

⁴¹ www.rio.rj.gov.br/trabalho/oportunidades; www.governo.rj.gov.br/trabalho.asp; <http://www.mte.gov.br/sine/oquee.asp> e www.mte.gov.br/; Consultados em 19 e 20/02/2007.

⁴² Art. 2º Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social (PSH) objetiva tornar acessível a moradia para os segmentos populacionais de renda familiar alcançados pelas operações de financiamento ou parcelamento habitacional de interesse social, realizadas por instituições financeiras autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil ou pelos agentes financeiros do Sistema Financeiro da Habitação (SFH), na forma definida pelo Conselho Monetário Nacional. A Secretaria Municipal de Habitação atua na urbanização e regularização de favelas e loteamentos, ao mesmo tempo em que promove a construção de moradias em áreas dotadas de infra-estrutura, buscando atender principalmente a população de baixa renda.

⁴³ http://pt.wikipedia.org/wiki/Registro_civil_no_Brasil

acesso a esses direitos garantidos, já que sua realização pública depende de esforços políticos que financiem sua execução e permanência.

Acreditamos que a descontinuidade das ações é um grande problema estatal e tem maior relação com jogadas políticas de intenções eleitoreiras do que propriamente com a ausência de recurso estatal.

A não permanência das ações gera um grande problema para as pessoas que necessitando daquele serviço, não tem outro local para recorrer, ou precisam se adequar aos critérios de seleção desta ou daquela associação para ser inserido em seu programa.

Embora seja sabido que o crescimento interno alcançado nos últimos anos no país não é capaz de custear todas as demandas sociais apresentadas, pois o saldo dos cofres públicos é insuficiente, soma-se essa questão à interesses de minimização do papel do Estado e temos a intensificação das dificuldades de oferta e acesso a serviços sociais públicos.

O desconforto dos médicos, assim como o sofrimento das inúmeras famílias que passaram pelo hospital, tendo perdido seus filhos por falta de assistência, poderiam ter sido evitados se tivessem acessos a direitos que já lhe eram garantidos por lei. Mas muitos nem sabiam disso! E mesmo sabendo e lutando por seus direitos, poderiam ainda não ter tido acesso a eles em tempo hábil.

E por não ter acesso, algumas famílias em detrimento de outros importantes itens da cesta básica, como alimentação e vestuário, tem que comprar os medicamentos necessários para sua sobrevivência saudável. Segundo estudo intitulado “Tributação sobre gasto com as famílias”:⁴⁴

“Em 1996, para a média das regiões metropolitanas, os dispêndios com medicamentos eram responsáveis pelo comprometimento de quase 10% do recebimento total das famílias com renda mensal até 2SM, quadro que muda significativamente à medida que se avança na escala de renda familiar mensal. De fato, na outra ponta, para famílias com renda mensal superior a 30SM, os dispêndios com medicamentos representavam somente 1,1% do recebimento familiar total” (IPEA, 2001: 46).

44 Texto para discussão no. 790. Tributação de Gastos com Saúde das Famílias e do Sistema Único de Saúde: Avaliação da Carga Tributária sobre Medicamentos, Material Médio-Hospitalar e Próteses/Órteses. IPEA, Brasília, maio 2001.

Esse estudo reforça o que tantos outros nos mostram a cada dia. Que a população pobre, excluída, é a que mais sofre com a ausência do Estado. Dessa forma fica explícita a importância dessa instituição, enquanto o único órgão capaz de equilibrar as desigualdades sociais.

Mesmo com todas as dificuldades de ação que sabemos que o Estado tem, por inúmeros motivos, a população pobre ainda recorre a ele, muitas vezes como única opção de atenção às suas demandas. Mais intensamente essa busca é percebida nos serviços de saúde e assistência, o que reitera sua importância social como podemos ver a seguir: *“a importância do SUS pode ser ilustrada pelo fato de que somente 12% da população brasileira utilizavam exclusivamente o setor médico privado, sendo que no Nordeste essa percentagem era apenas de 5%, em 1996”*⁴⁵.

O setor público é, portanto, a única alternativa de cobertura de serviços de saúde para as populações de baixa renda, particularmente nas regiões mais pobres”.

Dessa forma, ter direitos assegurados antecede o segundo passo que é garantir o acesso. Estamos no momento de proteger nossos direitos (legado jurídico e acesso), assim como do acesso a eles, e essa luta deve fazer parte também da ação das organizações que verdadeiramente estejam interessadas em promover Justiça social.

Direitos sociais demandam um Estado que lhes respalde. E é esse o problema fundamental dos direitos sociais, um problema de ordem política, onde essa garantia tenha importância, tanto como compromisso moral quanto político. O compromisso político é o que assegurará a efetivação desses direitos.

Esse compromisso somente será efetivo com a cobrança política da população organizada e politizada, não deixando os direitos tornarem-se um conjunto de normas sem aplicação real.

Precisamos construir um tipo de relação entre social e econômico, entre público e privado capaz de dar conta das demandas de nossa complexa sociedade em tempos de modernidade.

45 Em 2006 os números são um pouco maiores, “Cerca de 40 milhões de brasileiros - pouco mais de 22% da população nacional - são clientes de uma das 1.800 empresas de planos de saúde do País.” In: www.cvirtual-economia.saude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=64; Apud: O Estadão 10/07/2006 <http://www.estadao.com.br/saude/noticias/materias/2006/jul/10/43.htm>

Dessa forma, repensar o papel do Estado, Sociedade Civil e dos diferentes grupos que compõem essa sociedade será fundamental para encontrarmos um sentido político em nossas ações, um sentido que nos conduza à Ordem e Justiça Sociais. E não há receitas para encontrar esse caminho. É preciso experimentar, como propõe Giddens: *“é preciso reconhecer que as sociedades e organizações modernas tornaram-se “experimentais” e, por isso, exigem que todos se posicionem como se estivessem em um laboratório atípico, no qual os experimentos se sucedem, misturando-se a ações e escolhas humanas, mas não ficam propriamente sob controle delas, ao menos em boa medida”*. (apud Nogueira, 2005:243)

É preciso que reencontremos o caminho da democracia, da importância do coletivo e consequentemente do próximo. É preciso que não nos incomodemos somente quando as fatalidades aconteçam com nossos pares. Que crianças na rua ainda nos sensibilizem, nos fazendo repensar nosso papel na sociedade, a fim de que não fiquemos isolados em nosso medo, em nossa desconfiança do próximo.

Essa desconfiança, esse medo faz com que as pessoas afastem-se, isolem-se em grupos, condomínios, enfim, criem guetos em que falsamente estão seguras. Como vemos no trecho da música Minha Alma, do grupo O Rappa: “As grades do condomínio são pra trazer proteção, mas também trazem a dúvida se não é você que ta nessa prisão”.

O objetivo desse capítulo foi fazer uma reflexão entre o avanço do conceito e prestação da saúde com a Constituição Federal de 88 e o processo de retração dos direitos no decorrer da década de 90, a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Também tem destaque a relação contraditória entre garantia e acesso a direitos. A relação entre público e privado aparece tanto em sua contradição, como em seu aspecto complementar à ação estatal. Então a apresentação da ONG estudo de caso e a pesquisa realizada vêm mostrar as possibilidades da ação complementar como uma relação potencialmente capaz de aproximar garantia e acesso a direitos sociais.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de repensarmos a intenção política dessa relação, a fim de que se ultrapasse a solidariedade em busca do caminho da cidadania.

Mas como fazer isso? Como efetivar as políticas que indicam um caminho intersetorial? De que forma podemos enquanto instituição, profissional, usuário,

influenciar decisões políticas para que nossas demandas sejam consideradas na pauta pública? Como construiremos um novo caminho de equidade e democracia?

São essas reflexões que pretendemos levar para o próximo capítulo. Aprofundando conceitos discutidos rapidamente aqui como: Estado, sociedade civil, terceiro setor e democracia.

Optamos por não aprofundar esses conceitos nesse primeiro capítulo, com receio de perder o foco principal que é a discussão sobre garantia e acesso a direitos sociais a partir de uma experiência integrada entre saúde e assistência social & entre público e privado.

Esse segundo capítulo será mais conceitual, fazendo um breve resgate histórico sobre ações do Estado e da sociedade civil em atuação no sistema de proteção social. Em alguns momentos faremos um retrospecto maior, considerando sua utilidade para entendermos questões atuais, como ocorreu, por exemplo, sub-capítulo “Serviço Social e Proteção Social no Brasil”.

A discussão sobre a imprecisão conceitual de “Terceiro Setor” e a participação popular como meio de exercitar o controle social e influenciar na agenda pública encerram o capítulo.