

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PATRÍCIA DA SILVA CAETANO

FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O ACOMPANHANTE EM
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

FLORIANÓPOLIS
2010

PATRÍCIA DA SILVA CAETANO

FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O ACOMPANHANTE EM
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamaso Miotto.

FLORIANÓPOLIS
2010/1

PATRÍCIA DA SILVA CAETANO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 01 de julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Célia Tamaso Miotto
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Tânia Regina Krüger
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Primeira Examinadora

Mariana Silveira Barcelos
Assistente Social
Segunda Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus por me conduzir pelos caminhos da vida, me protegendo e me ensinando a crescer a cada dia, inclusive me dando forças para ultrapassar mais esta etapa.

Aos meus pais, Oscar e Célia que proporcionaram os ensinamentos mais preciosos. Sem eles eu não chegaria até aqui. Obrigada por todo amor dedicado. Vocês são os melhores pais que alguém pode ter!

A minha irmã Priscila por estar sempre ao meu lado e por ter gerado as três pessoas mais adoráveis e sapecas que conheço – Camila, Gustavo e Vinícius. E ao meu irmão Gabriel que me proporciona boas risadas com suas frases surpreendentes.

Ao meu esposo Paulo pela entrega e dedicação a essa linda história de amor que construímos juntos. Obrigada pelos debates filosóficos e críticas compartilhadas. Seu companheirismo e apoio me fortalecem. Te amo!

A minha orientadora Dr^a Regina Célia Tamaso Miotto, que com paciência e carinho me auxiliou na construção deste trabalho. Obrigada pela oportunidade de inserção na pesquisa e pelos incentivos quanto a minha formação profissional. Vejo em você um exemplo.

As queridas colegas Fernanda e Camile por me acolherem com muito carinho durante o período de bolsa permanência. Tenho saudades das tardes que passamos juntas. Vocês são especiais!

Aos professores do Departamento de Serviço Social desta universidade que compartilharam seus conhecimentos contribuindo para minha formação profissional.

A minha supervisora de campo Assistente Social Mariana Silveira Barcelos pela dedicação e ensinamentos no período de estágio. Sua competência e postura como Assistente Social inspiram minha prática profissional. Nossas risadas juntas deixaram meu período de estágio ainda mais prazeroso.

As colegas de estágio Grace e Lidiane que dividiram comigo angústias e ensinamentos que nos fizeram crescer. Tenho certeza que aprendemos muito juntas. Desejo a vocês sucesso!

As Assistentes Sociais do Hospital Universitário que, de alguma forma, também me ensinaram a ser uma profissional competente e comprometida com os princípios éticos e políticos da profissão.

A todas as queridas amigas e colegas de curso, pela amizade e principalmente pelos bons momentos que vivemos juntas. Especialmente a Aline, Simone e Katiuscia, amigas que descobri aos poucos e que se tornaram parceiras compartilhando dúvidas e conquistas. Obrigada pelas confidências e princípios compartilhados. Espero que nossas amizades perdurem.

A todos muito obrigada!

E por fim, a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis – PRAE e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo auxílio financeiro que permitiu dedicação exclusiva aos estudos.

Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.

Fernando Pessoa.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso apresenta uma discussão acerca da relação entre família e serviços. Considerando o cuidado como o principal elo dessa relação, buscou-se entender como a família – através da figura do acompanhante – é tratada na política de saúde brasileira e como a sua inclusão aparece nos serviços de saúde, bem como as expectativas que essa política tem a seu respeito. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. Ambas permitiram verificar, através de documentos que tratam do acompanhante no âmbito hospitalar e a partir da análise de trabalhos de assistentes sociais publicados sobre o tema, que o trabalho familiar é naturalizado e a família é o principal agente no processo de cuidado. Essa naturalização direciona a dinâmica dos serviços, que por meio de suas normas, exigências e organização, mantêm expectativas e delegam obrigações a família/acompanhante. Com este debate, busca-se contribuir para a elaboração de referenciais acerca da posição da família na política de saúde, através dos serviços; instigar novos estudos nessa área; bem como colaborar para a problematização do tema no âmbito do Serviço Social.

Palavras-chave: Saúde, Serviços, Família, Acompanhante.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número médio de pessoas por situação domicílio.....	20
Gráfico 2: Proporção de arranjos familiares com pessoa de referência do sexo feminino..	22
Gráfico 3: Distribuição percentual de arranjos familiares unipessoais.....	22
Gráfico 4: Distribuição percentual de arranjos familiares com parentesco residentes em domicílios particulares.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL	14
2.1 FAMÍLIA.....	14
2.1.1 Diferentes conceitos de família.....	16
2.1.2 As transformações da família.....	18
2.2 RELAÇÃO FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL.....	27
3 FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE	32
3.1 FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL.....	32
3.2 POLÍTICA SOCIAL, FAMÍLIA E SERVIÇOS.....	38
3.2.1 A família na política de saúde.....	42
4 A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE ATRAVÉS DO ACOMPANHANTE	52
4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	52
4.2 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	55
4.2.1 O acompanhante nos documentos pesquisados.....	55
4.2.1.1 O acompanhante nos documentos públicos	55
4.2.1.2 O acompanhante nas orientações dos hospitais da Grande Florianópolis	57
4.2.1.2.1 <i>Autorização da permanência</i>	58
4.2.1.2.2 <i>Condições de permanência</i>	59
4.2.1.2.3 <i>Comportamento</i>	60
4.2.1.2.4 <i>Participação no cuidado</i>	61
4.2.1.3 O acompanhante nas notícias veiculadas na mídia	61
4.2.2 O acompanhante na produção bibliográfica dos assistentes sociais.....	64
4.2.2.1 Relação família x equipe multidisciplinar	65
4.2.2.2 Assistência domiciliar pós-alta hospitalar	67
4.2.2.3 Organização da família para o cuidado	69
4.3 APROXIMAÇÃO PRELIMINAR.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77

REFERÊNCIAS..... 81

1. INTRODUÇÃO

Tão antiga quanto a sociedade, a família é considerada elemento chave para a sobrevivência, proteção e socialização dos indivíduos. Estas funções foram exercidas por ela, juntamente com a igreja e com a comunidade, desde os primórdios. Através de um movimento de naturalização da solidariedade familiar, sempre foi delegada à família a função de proteção e bem-estar dos seus membros, independente de suas condições de exercê-la. Valendo-se desse histórico, atualmente, o Estado, com direcionamento neoliberal, tem redescoberto a família como elemento central no direcionamento da responsabilidade da proteção social. Este movimento tem deslocado esta provisão da esfera pública para a esfera privada, tanto mercantil como não mercantil. Assim, a configuração da atual proteção social, tendo como um dos meios de materialização as políticas sociais, está composta pelo Estado, assumindo uma posição como recurso de poder; o mercado como o recurso do capital; e a rede familiar como o recurso da solidariedade (PEREIRA, 2004).

Com a retração do Estado de direito, em um movimento de mercantilização dos direitos sociais e sua instrumentalização pela racionalidade econômica, as políticas sociais mostram-se fragmentadas e setorializadas, voltadas para uma determinada parcela da população e, principalmente, centradas em um modelo alternativo, no qual consideram que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar social de seus membros, dando-lhes condições de sobrevivência (CAMPOS; MIOTO, 2003; SIMIONATTO, 2004).

No contexto da política de saúde, onde tem-se incrementado as práticas mercantis, a família também tem sido chamada a cumprir um papel de cuidado aos seus membros no processo saúde-doença. Sobretudo, por se caracterizar como um elemento de primeira grandeza em sua habilidade de reindividualizar os riscos e beneficiar a redução do papel estatal na provisão do bem-estar. Assim, a tendência em tempos neoliberais é transformar a família em uma unidade econômica e política competente para a resolução dos problemas de racionalidade global do modelo, sem considerar as incoerências e paradoxos presentes nesse tipo de encaminhamento. Deste modo, os serviços, no campo da saúde, vêm se caracterizando como espaços que requerem trabalho familiar tanto sob forma de prática administrativa, envolvendo questões burocráticas que implicam atividades necessárias para o acesso ao direito e para sua fruição, como de participação, por meio de práticas formais ou informais

geralmente relacionadas às limitações dos serviços. No entanto, indicadores sociais, econômicos e demográficos têm destacado o ônus do processo de responsabilização da família na provisão do bem-estar, sinalizando a sobrecarga das famílias ao assumirem responsabilidades que lhe são delegadas (BERMÚDEZ, 2001; SARACENO, 1997 apud MIOTO, 2009).

No escopo dessa discussão é que se articula o objetivo deste trabalho, que consiste em levantar questões para o debate em torno da participação das famílias no âmbito dos serviços de saúde de alta complexidade, particularmente acerca da inclusão do acompanhante no âmbito hospitalar. Busca-se entender como a família – através da figura do acompanhante – é tratada na política de saúde brasileira e como a sua inclusão aparece nos serviços de saúde, bem como das expectativas que essa política tem a seu respeito. Para tanto busca-se identificar e discutir tais questões a partir dos documentos oficiais relativos ao acompanhante, das notícias relacionadas à temática, via internet e também da produção bibliográfica de assistentes sociais. Essa proposta de estudo é um recorte da pesquisa “Família e Política Social: relações entre famílias e serviços de saúde” e o interesse por esse debate vincula-se também a experiência de Estágio Curricular Obrigatório na maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), no período de agosto de 2009 a junho de 2010.

Para a realização do estudo, utiliza-se como metodologia a pesquisa qualitativa. Com base em Minado (1995), entende-se a metodologia como o caminho e o instrumental adequado de abordagem da realidade e “a pesquisa qualitativa responde questões muito particulares. Numa busca qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão. Ela se preocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (p. 21). Através dessa abordagem metodológica, objetiva-se compreender como se constituem os significados atribuídos a determinado fato ou vivência, ponderando que cada pessoa entende e interpreta os acontecimentos conforme sua realidade vivida.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões. É utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias, por caracterizar-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica do processo em estudo. (MINAYO, 1992).

Nessa lógica, Marconi e Lakatos (2009) afirmam que esta metodologia provê análises

mais minuciosas sobre investigações, hábitos, atitudes, etc. Busca analisar aspectos profundos, expondo a complexidade do comportamento humano. Parte do fundamento que existe uma relação entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência intensa entre o sujeito e o objeto, um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 1991).

A discussão no campo da saúde declara o reconhecimento que tal campo refere-se a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. A saúde não se constitui numa disciplina nem num campo separado das outras instâncias da realidade social. Por isso, tanto no que diz respeito à problemática teórica quanto à metodologia, ela está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte. A especificidade do campo da saúde é dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas aos saberes teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Contudo, o reconhecimento da especificidade desse campo não extrai sua cumplicidade com a problemática social mais ampla, tanto no campo da realidade empírica, quanto no âmbito conceitual (MINAYO, 1992).

Para o conhecimento do objeto de estudo, utiliza-se a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental constitui-se em uma busca de informações documentadas visando responder às necessidades objetivas da investigação. Pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações alcançadas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 2005). A pesquisa bibliográfica “difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação dos dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles, a compreensão crítica do significado neles existente” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 44).

Com o intuito de contemplar o objetivo já apresentado, este trabalho está organizado em três seções. Na primeira seção realiza-se uma aproximação com a temática família. Considerada uma instância mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, intercedendo continuamente nos deslocamentos dos limites entre o público e o privado, diversos autores tem se dedicado aos estudos nessa área. Estes partem de diferentes referenciais para definir família, contudo, de modo geral, associam o tema ao papel de socialização dos indivíduos e à configuração de relações afetivas, assim como, à reprodução

social do trabalhador e às formas como ela se organiza economicamente. Com isso, busca-se discutir alguns conceitos e entendimentos de diferentes teóricos sobre esta instituição, apontando o conceito sob o qual realizaremos nosso estudo. Para isto, se mostra necessário analisar as principais transformações sob as quais a família tem passado. Transformações estas diretamente relacionadas com acontecimentos históricos, econômicos, sociais e demográficos ocorridos ao longo do último século, que influenciam de forma direta no formato e organização familiar, alterando, a nosso ver, o conceito de família adotado historicamente. A partir destes referenciais, introduziremos, ainda nesta seção, uma aproximação do debate sobre a família e a proteção social. Ao longo da história, a família, através de suas diferentes configurações, sempre exerceu papel significativo na conformação da proteção social nas distintas sociedades e em seus diferentes tempos sócio-históricos. Assim, considerada espaço de proteção e cuidado por excelência, historicamente ficou a cargo da família a maior responsabilidade pela provisão de bem-estar de seus membros.

Na segunda seção, será abordado como se estabelece a relação família, política social e serviços, com ênfase na área da saúde. Os processos de responsabilização das famílias no âmbito da política social têm sido analisados a partir das formas como a família é incorporada nesse campo e, também, do caráter instrumental que a família assume no seu interior. Aspectos analisados considerando o caráter disciplinador empreendido a partir da política social em relação aos modos de vida familiar. Tais aspectos serão ponderados por meio da relação família-serviços, considerando o cuidado como elo principal nessa relação.

Discorrido sobre a política e os serviços de saúde, bem como a relação destes com a família, a terceira seção visa apresentar uma análise sobre a relação família e serviços no âmbito da alta complexidade, através da figura do acompanhante. Esta apresentação está dividida em três momentos. Inicialmente discorreremos sobre os procedimentos metodológicos utilizados para análise. Posteriormente, apresentaremos os resultados da análise sobre o acompanhante nos serviços de saúde de alta complexidade, realizada a partir de documentos públicos, orientações aos acompanhantes de hospitais da Grande Florianópolis, notícias veiculadas na mídia e produções bibliográficas de assistentes sociais sobre o acompanhante. Como terceiro momento, realizaremos uma discussão dos resultados obtidos na análise, buscando relacioná-la ao debate teórico. Para finalizar, tecemos algumas considerações acerca do trabalho e de suas possíveis contribuições ao debate desse tema e a sua importância para o Serviço Social.

2. FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL

Inicialmente, realizaremos uma revisão bibliográfica abordando as diferentes conceituações de família, apontando o conceito sob o qual construiremos nossa análise. Para esta conceituação, foi imprescindível elencar as transformações ocorridas na família ao longo dos anos. Analisados os diferentes conceitos de família, abordaremos a posição da família no âmbito da proteção, histórica e atual.

2.1 FAMÍLIA

Historicamente, a família é caracterizada pela solidariedade entre gerações. Tão antiga quanto à sociedade, sua importância é reconhecida de longa data, assumindo um espaço privilegiado na História da Humanidade. Constitui-se um grupo culturalmente permeado de valores e significados que perpassam o ideal construído socialmente, no qual a família é considerada como o principal meio de formação de identidade, espaço natural de proteção, de educação e de convívio. Ao longo de seu desenvolvimento, foi sendo considerada o lócus da formação de valores, constituição de princípios e personalidade, sendo o espaço de convivência entre seus membros, espaço onde se aprende a ser e conviver (MIOTO, 2004; PEREIRA, 2004).

Devido à importância e ao papel que representa para a sociedade, a família é foco de muitos estudos relacionados a diferentes áreas de conhecimento. Nesse sentido, o interesse pela compreensão científica da família foi despertado, principalmente, com o desenvolvimento das ciências humanas e sociais, a partir do século XIX, vinculados às grandes correntes do funcionalismo e do marxismo. Porém, foi a partir da segunda metade do século XX, que estudos sobre ela, na vertente do pensamento funcionalista norte-americano, ganharam força em relação à elaboração de “modelos” que a caracterizassem. É a partir desta década que as pesquisas sobre família surgem com mais frequência, ainda que em processo descontínuo e brando (BRUSCHINI, 1989 apud LIMA, 2006).

As pesquisas nessa área resultaram em amplos e diferentes conceitos. Como exemplos, algumas fontes teóricas discorrem sobre a família como a teoria funcionalista durkheimiana que a vê como um espaço coeso, movido pela solidariedade, fundamentada pela divisão sexual do trabalho e como lugar de encontro ao caminho de aprendizagem a condutas e normas. Na abordagem funcionalista norte americana a família possui como principais funções a educação das crianças e a formação de personalidade. Nesta linha teórica, a mãe é autora fundamental no cuidado dos membros e o pai, como provedor, é detentor da autoridade e do poder familiar. Já de acordo com a vertente marxista, a família é discutida na relação com o sistema de produção. No escopo desta vertente, encontram-se elementos como a reprodução do trabalhador e a família burguesa. Com a emergência do movimento feminista, na década de 1970, esta vertente tem uma produção relevante ao contribuir no debate da relação entre trabalho doméstico e reprodução da força de trabalho, em consonância com a lucratividade do sistema capitalista (LIMA, 2006).

Desta forma, depreende-se que família é um tema complexo, tanto por ser tão antiga quanto à sociedade, quanto pela diversidade de teorias que a envolvem. Tem se revelado, de acordo com a história, como um universo amplo que não se reduz a um grupo natural e sua concepção não pode restringir-se a visões unilaterais, visto que a visão referente ao conceito de família se altera conforme o eixo teórico que se recorre para abordá-la. No entanto, apesar de diferentes considerações relacionadas a família, sua importância, no que diz respeito à reprodução humana, ao papel de socialização dos indivíduos e à configuração de relações afetivas, foi e – continua sendo –, para muitos segmentos da população, ressaltada na sociedade. A família ainda é considerada referência para a constituição do indivíduo, tanto em aspectos físicos, proporcionando-lhe a sobrevivência, como emocionais, moldando-lhe para o convívio social. Pode ser conhecida como lugar privilegiado de preservação da vida, espaço no qual o cuidado entre as gerações pode ser comprovado; onde pessoas aprendem a viver em sociedade. Pode ser apontada como elemento-chave não somente para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações.

Representando o formato clássico de viver e uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família atua como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes,

produzindo, acumulando e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades fundamentais (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; MIOTO, SILVA; SILVA, 2007).

Neste contexto, considerada como um dos provedores de bem-estar mais antigos, a família vem ganhando destaque nas políticas públicas, sendo pauta de discussões relacionadas a programas e projetos sociais (MIOTO; CAMPOS; LIMA, 2006; PEREIRA, 2004). Ampliam-se estudos e pesquisas relacionados à família no que diz respeito a sua relação com o Estado; a sua importância como fonte de proteção aos seus membros; a sua relação com a economia, com a política, entre outros aspectos que embasam teóricos na elaboração de diferentes conceitos e entendimentos sobre esta instituição. Faz-se necessário explicitar fontes que discorrem sobre diferentes conceitos de família; e apontar a concepção e o entendimento de família sob os quais trabalharemos nossa análise.

2.1.1 Diferentes conceitos de família

Partimos do entendimento de que família constitui-se num espaço complexo, por isso é difícil estabelecer um único conceito. Nossa pretensão neste estudo não é partir de uma visão pré-estabelecida, pois concordamos com Resta e Mota (2005) quando afirmam que

[...] a definição de família envolve uma complexidade de fatores que são conformados nos diferentes contextos e realidades vividos por ela. Neste sentido, não se pode falar na existência de um conceito de família que explique a estruturação de todas, mas na existência de famílias no sentido plural dos determinantes de vida de cada núcleo familiar (p. 110).

É importante enfatizar que autores que debatem o tema utilizam diferentes referenciais para definir família. As pesquisas demográficas realizadas pelo IBGE partem do indicador “domicílio”. Conceituado como local de moradia estruturalmente separado e autônomo, composto por um ou mais cômodos. A separação caracteriza-se quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas etc., coberto por um teto, permitindo que os moradores se isolem, arcando com parte ou com todas as suas despesas de alimentação ou moradia. Partindo deste referencial, o IBGE (2009) define família como um “conjunto de pessoas

ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar” (p.241). Enfatizando que a “dependência doméstica” é considerada através da relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família. E como “normas de convivência” entende-se as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem necessariamente estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica.

Nessa conceituação, trabalha-se com a concepção de família basicamente a partir do espaço doméstico, contudo preocupa-se com as subdivisões feitas no interior destas, tendo como base uma pessoa (homem ou mulher) que se responsabiliza e/ou provê a família, sendo o principal responsável pelo domicílio, chamada de pessoa de referência. As pesquisas demográficas consideram que dentro de um domicílio pode haver uma ou mais famílias, organizadas em distintas formas de arranjos domiciliares (LIMA, 2006).

Estudos antropológicos, particularmente os de Sarti (2005), afirmam que a família pode ser conceituada como rede de relações. Esta concepção considera que a família não se restringe aos diversos vínculos de parentesco, mas constitui-se em volta de um eixo moral, que se sobrepõe aos laços de sangue e define-se a partir dos compromissos de uns para com os outros. Apóia-se a partir de relações envolvidas com o dar, receber e retribuir consecutivos. As obrigações entre si e a forma como elas são retribuídas é que definem quem faz parte ou não da família. Nas famílias pobres, as redes de relações ganham relevância, a família não fica restrita ao grupo genealógico, “[...] são da família aqueles com quem se pode contar, quer dizer, aqueles que se pode confiar” (SARTI, 2005, p. 33).

As redes de relações familiares funcionam como apoio para viabilizar a existência do grupo familiar, principalmente diante das dificuldades para a realização das funções familiares de pai e mãe, marido e mulher e das adversidades do contexto sócio-econômico, que expõem as famílias a condições extremas de pobreza e a viverem em situação de risco social, expostas à mobilidade territorial frequente e a empregos incertos e instáveis. A fragilidade da família, nesse contexto, leva-a a sofrer constantes rupturas ao longo de sua vida, modificando sua organização e estrutura (SARTI, 2003; FONSECA, 2002 apud LIMA, 2006, p. 34).

Nesta direção, Medeiros e Osório (2001) afirmam que são inúmeras as dificuldades de delimitar empiricamente o grupo de pessoas que compõem uma família em pesquisas de grande abrangência, como as pesquisas do IBGE. Entretanto, compreendem inadequado

restringir o universo dos familiares ao grupo de habitantes de um mesmo domicílio. Consideram, assim como Sarti, que a família pode ser identificada como rede de relações, a qual não se restringe à limitação espacial de um domicílio, mas engloba os sujeitos com ligação consanguínea, os que possuem algum grau de parentesco e aqueles que possuem um conjunto de obrigações morais entre si. Estas relações, por conseguinte, fornecem recursos materiais e afetivos a seus membros. Os autores conceituam família como “[...] a organização formada por um conjunto de pessoas com quaisquer laços de parentesco, independente do seu local de residência” (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001, p. 6). De acordo com esse conceito, os membros de uma família nem sempre residem juntos, pois em algumas situações, embora separados espacialmente, continuam mantendo uma convivência intensa e muitas vezes, distribuem trabalho e recursos entre si como meio essencial de sobrevivência.

Nesse sentido, compreendemos que a família se configura e reconfigura através de constantes modificações influenciadas pelas transformações ocasionadas dentro de sua própria organização familiar e transformações originadas na sociedade contemporânea. Transformações estas que acompanham os acontecimentos históricos, econômicos, sociais e demográficos ao longo do último século (Nascimento, 2006). São alterações que modificam sua organização e sua dinâmica, reconfigurando relações e modos de vida pré-estabelecidos. Portanto, é necessário compreendê-la em um contexto amplo de influências mútuas entre forças políticas, econômicas e sociais.

2.1.2 As transformações da família

A família se configura de formas diversas em diferentes períodos da história. Entre o século XVIII e meados do século XX, a família “Moderna” era estabelecida no amor romântico, os casamentos eram determinados na harmonia de sentimentos e desejos, era acentuada a divisão do trabalho entre cônjuges e a responsabilidade da mulher na educação dos filhos caracterizava uma família com papéis bem definidos: mulher cuidadora e homem provedor. São instituídos como funções da família, nesse período, a socialização primária e o apoio a seus membros. Enfim, a família era reconhecida como lugar dos afetos e espaço privado. Já no início nos anos de 1960, a família “Contemporânea” caracteriza-se pela união

de dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual. Nessa conformação atual, a transferência de autoridade se coloca cada vez mais problemática, com a elevação dos divórcios, separações e recomposições.

Especificamente na década de 1970, pesquisadores e estudiosos do tema família passam a dar mais visibilidade a outras formas de organização familiar, além do modelo nuclear burguês, conjugal e monogâmico. Este modelo idealizava o casal heterossexual unido pelo casamento e criando seus filhos biológicos em um espaço de ordem e harmonia, com papéis bem definidos. Um novo cenário vem se instalando ao longo da história e este modelo, dito nuclear, não predomina mais na realidade atual. Uma proporção crescente de famílias não se enquadra mais nesse padrão. Dimensões relacionadas a família, como sexualidade, procriação e convivência, já não possuem o mesmo grau de influência para a sociedade (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; FONSECA, 2004; MIOTO; SILVA; SILVA, 2007; GOLDANI, 1994).

Alterações de costumes e valores se caracterizam como fatores relevantes que influenciam nas mudanças relacionadas a família. Questões morais e religiosas que ditavam princípios tradicionais tiveram seu grau de influência diminuído na sociedade. Estudos relacionados ao tema afirmam que o valor da família não prevalece mais sobre o dos sentimentos individuais. Valores associados à família apoiavam-se em princípios ligados a sexualidade, reprodução e casamento, sendo este visto como monogâmico e indissolúvel. No entanto, estes aspectos foram alterados, o afeto passou a ser considerado como base da vida familiar. O amor passou a ser condição de permanência da conjugalidade, caracterizando o matrimônio ideal, ditando a necessidade da “livre escolha” do cônjuge. Elevou-se a tendência a não diferenciação por sexo nas relações amorosas, dissolvendo-se as tradicionais obrigações de funções entre parceiros. A educação colocada às crianças vem no sentido de uma “pedagogia da negociação”, com o objetivo de ser retificadora, dentro da moral. A reprodução separou-se do casamento – não há mais filhos ilegítimos; a sexualidade também separou-se do casamento – o direito a uniões consensuais foi reconhecido; e, por fim, houve a separação da sexualidade e da reprodução – planeja-se o número de filhos (FONSECA, 2004; MACHADO, 2001; NASCIMENTO, 2006).

Há uma dissolução de fronteiras rígidas de normas e padrões de moralidade, que ditavam a vida em sociedade, dando lugar aos modelos alternativos de relações entre sexos e membros da família. A decadência do poder patriarcal e de princípios e controles religiosos e comunitários mais tradicionais traduziram-se em alterações nas relações de gênero, no

acréscimo da autonomia dos diversos componentes da família e em um exercício mais aberto e livre da sexualidade, dissociada das responsabilidades de reprodução (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

A tecnologia e a ciência obtiveram progressos surpreendentes, juntamente com as transformações econômicas, culturais e sociais. Avanços da industrialização, da urbanização e modernização das sociedades, relacionadas às questões de organização do trabalho, também modificaram a vida familiar para todos os segmentos da população. São novas formas de pensamento e comportamento que influenciam a vida em sociedade e que modificam a família que hoje tem seu significado, organização e dinâmica pautados por novas definições. Relacionados a estes referenciais, estão os aspectos da dinâmica populacional brasileira, que vem ao longo dos anos passando por rápidas transformações. Como exemplo tem-se o aumento das migrações de áreas rurais para áreas urbanas; queda da taxa de mortalidade; alterações na distribuição etária com o envelhecimento da população; queda na taxa de fecundidade. Aspectos que, somados a avanços científicos, influenciam de forma direta as relações familiares.

Conforme Goldani (1994), a tendência ao longo dos anos é de uma diminuição no tamanho e uma maior diversidade dos arranjos domésticos e familiares. Conforme IBGE (2009), o Terceiro Milênio se inicia no Brasil com grandes modificações na vida familiar, ocasionadas pela queda da fecundidade que, nos últimos 40 anos, reduziu significativamente o tamanho das famílias¹. Essa tendência pode ser evidenciada a partir da análise de dados da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, representados ao lado, no gráfico 1. Este nos permite uma melhor visualização da redução do número de moradores por domicílio, aproximadamente 0,5% por década. Esta redução é, principalmente, efeito da

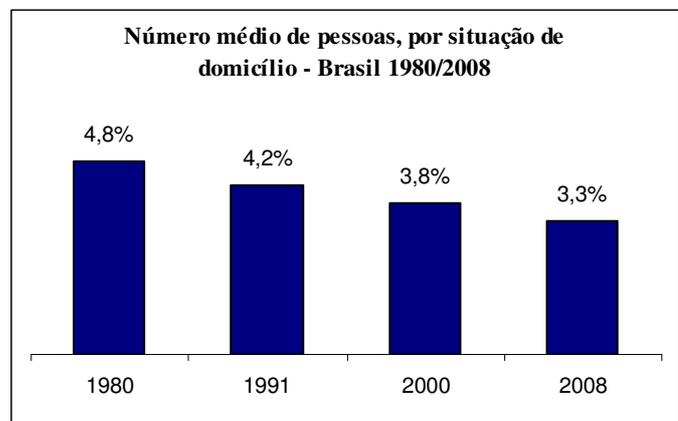


Gráfico 1: Número médio de pessoas, por situação de domicílio - Brasil 1998/2008.

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998/2008.

Elaboração: Patrícia da Silva Caetano, Florianópolis, 2010.

¹ Levando em consideração, neste caso, o conceito de família para o IBGE que a considera uma unidade composta por uma pessoa ou qualquer agrupamento de pessoas residentes em um mesmo domicílio (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

queda intensa na taxa de fecundidade². Índice que em 2000 era de 2,39 filhos, chegando a 1,81 em 2009 (IBGE, 2009). Nesta situação, é importante ressaltar que apesar da diminuição do tamanho das famílias, aumentou o número de membros que trabalham, sendo as mulheres as maiores responsáveis por esses aumentos.

Goldani (1994) já destacava no início dos anos de 1990 que a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e nos espaços públicos sobressai como explicação mais contundente para as modificações nas composições familiares, acompanhada pelas discussões do feminismo, da desigualdade, dos direitos da mulher e do trabalho. Dados estatísticos revelam a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho. Conforme dados do IBGE (2009), no Brasil, em 2008, de cada 100 mulheres, 52 estavam ocupadas ou procurando emprego. Realizando uma comparação entre décadas, a proporção de mulheres ocupadas em 1998 era de 42%. Já em 2008, esse número era de 47,2%. A presença da mulher no mercado de trabalho está interligada às transformações históricas, econômicas, sociais e demográficas do decorrer do último século.

As mulheres estão ocupando cargos e posições antes somente assumidas por homens e estão aumentando sua representação em espaços públicos. Consequência não só da necessidade de complementar a renda familiar, mas também resultado de uma maior independência conquistada pela mulher (IBGE, 2009). Independência relacionada a mudanças ocasionadas por transformações na ciência e tecnologia, como a utilização da pílula anticoncepcional, a partir de década de 60, e a fertilização *in vitro*, a partir de década de 80. Fatores que permitiram à mulher maior liberdade em relação ao seu corpo na decisão em ter filhos ou não. Conquistas consideradas “[...] apenas parte de um movimento mais amplo de transformação da sociedade brasileira, marcada pela busca de democracia e afirmação dos direitos de cidadania, que desemboca na Constituição brasileira de 1988” (GOLDANI, 1994, p. 8).

Outro aspecto que explicita as transformações na família relaciona-se ao fato de o número de domicílios chefiados por mulher estar aumentando. Isto pode ser observado através do gráfico 2, o qual explicita que, tanto em domicílios com cônjuge como em domicílios sem cônjuge, a mulher tem assumido o papel de chefe de família ou pessoa de referência³. O que tem contribuído para a elevação desse índice são as expressivas alterações nas questões de

² Fecundidade entendida como número médio de filhos que uma mulher teria ao final de seu período fértil (IBGE, 2009).

³ Na PNAD, a pessoa de referência é aquela considerada assim pelos membros da família ou do domicílio. O critério de escolha cabe aos próprios membros da família ou do domicílio (IBGE, 2009).

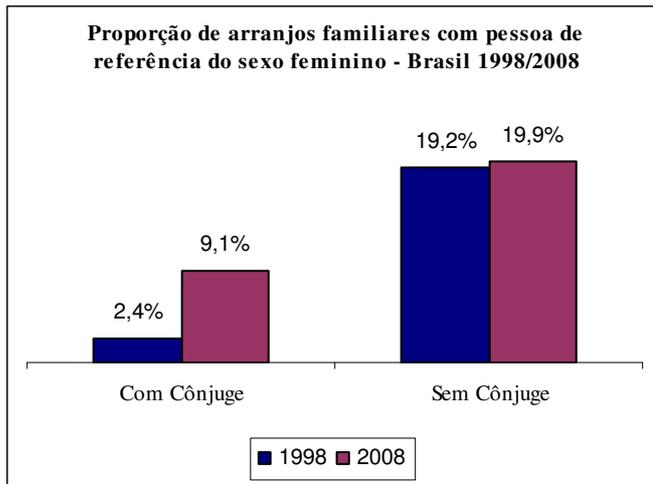


Gráfico 2: Proporção de arranjos familiares com pessoa de referência do sexo feminino - Brasil 1998/2008.

Fonte: IBGE, Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1998/2008.

Elaboração: Patrícia da Silva Caetano, Florianópolis, 2010.

gênero e o aumento nas separações e divórcios. Estes dados caracterizam grandes mudanças nos arranjos familiares, visto que antes era o homem que assumia a posição de chefe de família, tanto por sua posição de provedor, participando de forma ativa, com salários maiores, no mercado de trabalho, quanto por questões impostas por hábitos e costumes.

Segundo o IBGE (2008), o índice de separações manteve-se estável no período compreendido entre 2004 e 2008, permanecendo em 0,8%.

Já a taxa de divórcios cresceu, chegando a 1,5%, a maior do período analisado. Essa elevação do número de divórcios em relação ao de separações se explica pela maior aceitação do divórcio no Brasil, sendo este legalizado desde 1977, e pela ampliação do acesso aos serviços de Justiça, além da possibilidade de realizar os divórcios nos tabelionatos, o que desburocratiza este evento para os casos previstos em lei. Em termos de organização interna da família, as separações aumentam o grau de complexidade, na medida em que crescem os recasamentos e a coabitação como alternativas ao casamento.

Dentre as transformações da família, os arranjos unipessoais (pessoas que residem sozinhas) estão destacados como um dos arranjos de maior crescimento nos últimos anos, como pode ser observado no gráfico 3. Em dez anos, esse índice teve aumento de 3,2%, sendo o efeito da combinação de diversos fenômenos. Dentre eles, a crescente opção de jovens solteiros; aumento das taxas de divórcio e separações somados à disposição entre

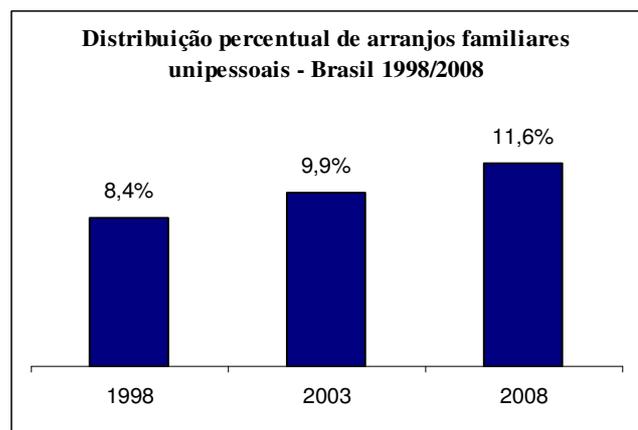


Gráfico 3: Distribuição percentual de arranjos familiares unipessoais - Brasil 1998/2008.

Fonte: IBGE, Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1998/2008.

Elaboração: Patrícia da Silva Caetano, Florianópolis, 2010.

os divorciados e separados de residirem sozinhos; intenso processo de urbanização, que proporciona alternativas mais favoráveis a este tipo de arranjo; e mudanças na pirâmide etária principalmente pelo aumento da expectativa de vida (pois, a maior parte dessas unidades é composta por pessoas idosas). Segundo o IBGE (2009), a proporção de idosos aumentou de 8,8% para 11,1% entre 1998 e 2008. O que faz com que homens e mulheres vivam por mais tempo na condição de viúvos e mantenham seu próprio domicílio (GOLDANI, 2004; NASCIMENTO, 2006).

Quanto aos arranjos familiares com parentesco, de acordo com o IBGE (2009), os resultados da PNAD 2008 confirmam a tendência que vem sendo verificada nas pesquisas e estudos nos últimos anos: consanguinidade é o eixo principal de união das pessoas que vivem juntas. 88,1% dos arranjos são de pessoas com parentesco. Destes, 48,2% são do tipo casal com filhos, denominados família nuclear, cujo peso vem se reduzindo devido, principalmente, à queda da fecundidade. Conforme pode ser visualizado abaixo, no gráfico 4, em 1998, este tipo atingia 55,8%, enquanto a proporção do tipo constituído por casal sem filhos cresceu, passando de 13,3% para 16,3%, em 2008. Este último índice decorre de fatores já citados nas análises anteriores, como maior participação da mulher no mercado de trabalho, utilização da pílula anticoncepcional, liberalização de princípios tradicionais ligados a questões religiosas e morais, dentre outros fatores de transformação da sociedade que acabam por influenciar nos arranjos familiares, mesmo que, de formas menos explícitas.

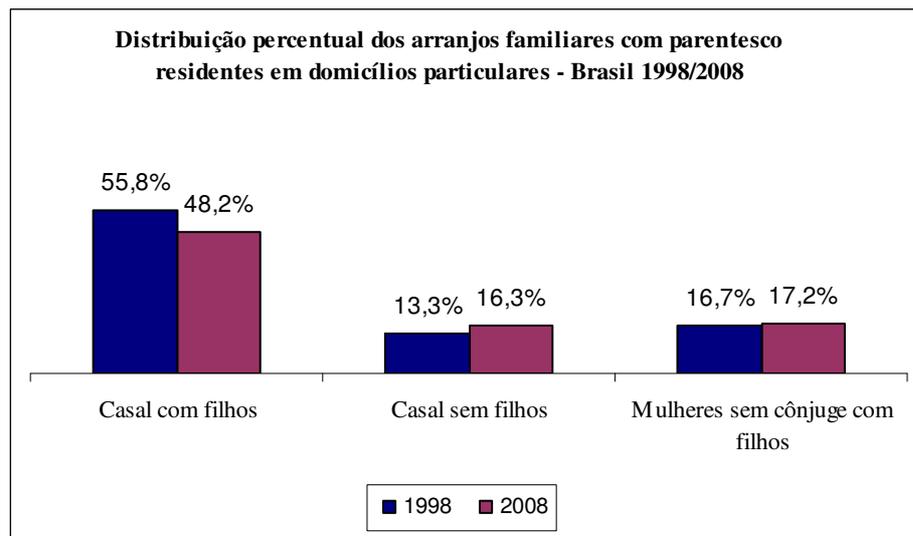


Gráfico 4: Distribuição percentual de arranjos familiares com parentesco residentes em domicílios particulares - Brasil 1998/2008.

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998/2008.

Elaboração: Patrícia da Silva Caetano, Florianópolis, 2010.

Ainda ilustrado no gráfico 4, observa-se que as chamadas famílias monoparentais femininas estão crescendo. Estas são caracterizadas pelo grupo familiar composto pela mulher-mãe e seus filhos menores de idade. Em geral, neste arranjo familiar, é a mulher a única responsável pela sustentabilidade econômica da família. Este arranjo também tem sido, juntamente com os arranjos unipessoais, destaque em termos de crescimento de novos arranjos. Conforme Goldani (1994), o tempo que as mulheres passam na condição de mãe sem cônjuge e com filhos aumentou. Além disso, a expectativa de mulheres permanecerem sem cônjuge e com filhos aumentou em cerca de quatro anos.

É possível afirmar que há múltiplos arranjos familiares sendo compostos. Modificaram-se o tamanho dos arranjos familiares, sua organização e composição. Desta forma, ela não é uma unidade estática ou pré-definida, que possui uma única configuração, mas sim uma instituição em constante modificação, constituída por diversas formas em dinâmica, organização e composição familiar. Por isso, não nos cabe uma visão pré-determinada de família. O que podemos afirmar é que a compreendemos como “uma instituição social construída pela cultura, pelo movimento da história e das relações socioeconômicas da sociedade” (MIOTO; SILVA; SILVA, 2007, p. 200). Para Engels, o que pode ser afirmado

[...] é que a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema (ENGELS apud PEDRO, 2007, p. 32).

Depreende-se que falar de família significa falar de um espaço que não se constitui modelo heterogêneo, hegemônico e lógico. Devido às diversas mudanças pelas quais a família tem passado, observa-se que a capacidade de proteção e cuidado, tradicionalmente atribuídos a ela como principal função tem sido modificada. “Essas transformações, que envolveram aspectos positivos e negativos, desencadearam um processo de fragilização dos vínculos familiares e tornaram as famílias mais vulneráveis” (MIOTO, 2004, p. 139). Vulnerabilidade não só relacionada a fatores da conjuntura econômica e de qualificações particulares do indivíduo, mas relacionada também aos arranjos familiares e ao ciclo de vida⁴ em que se encontra a família. Por conseguinte, a qualidade de vida de cada indivíduo depende mais da

⁴ Para aprofundar o debate sobre os ciclos de vida da família, consultar CERVENY, C. M. de O; BERTHOUD, C. M. E. et al. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.

situação que caracteriza sua família do que de sua situação específica (GOLDANI, 2002; MIOTO, 2004).

Em sociedades que não dispõem de sistema de políticas sociais mais efetivo e abrangente, como o Brasil, as condições de subsistência das famílias são determinadas por seu nível de rendimentos. Associado, fundamentalmente, tanto à renda obtida pelo seu chefe como à existência, ao número e a características de outros parentes inseridos no mercado de trabalho, e que auferem rendimentos adicionais. Por isso mesmo, as mudanças e os fenômenos assinalados vêm tendo claros e fortes impactos sobre a organização e as condições de vida das famílias brasileiras, e que afetam negativamente sua capacidade de atender às necessidades básicas de seus membros e propiciar-lhes efetiva proteção social (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p. 115).

Goldani (2002) afirma que, atrelada às mudanças já colocadas, a família tem vivenciado um processo de empobrecimento acelerado, ocasionado principalmente pela perda gradativa da eficiência do setor público na prestação de serviços. Condição agravada pela situação atual de emprego e renda, na qual se constata o crescimento do mercado de trabalho informal e precarização das relações de trabalho. Montali (2000), em uma análise sobre família e trabalho, no Estado de São Paulo, destaca que a reestruturação produtiva teve como principais consequências o aumento do desemprego; a precarização das relações de trabalho; mudanças na inserção dos diferentes componentes da família no mercado de trabalho; e a deterioração da renda familiar. Nessa conjuntura, as análises revelam que há “[...] capacidade das famílias de se rearranjarem em sua inserção no mercado de trabalho diante das mudanças nos padrões de incorporação da força de trabalho e das restrições diferenciadas encontradas pelos membros da família” (p. 56). No entanto, as análises mostram que “[...] os rearranjos realizados nos diferentes tipos de família [...] no contexto da reestruturação produtiva e em uma conjuntura inflacionária, não conseguiram manter os níveis dos rendimentos familiares” (p. 56).

Essa situação pode ser observada em famílias com chefia feminina, pois a inserção da mulher no mercado de trabalho contrapõe questões de gênero ainda presentes nas relações atuais. Segundo Montali (2000), observa-se que ainda existe um padrão de família aceito no país, correspondente ao de família tradicional ou nuclear (citado anteriormente). Padrão que obedece à divisão sexual do trabalho, em que o homem é responsável pela provisão da família e a mulher, pelos cuidados do lar e dos filhos, ficando claro que as relações de poder e autoridade estão hierarquizadas a partir o homem. Dessa forma, as mulheres, em geral,

ocupam posições mais precárias no conjunto das ocupações e, conseqüentemente, recebem rendimentos menores, que correspondem a 22,0% a menos do rendimento dos homens (IBGE, 2009). Ainda, são as mulheres as principais responsáveis pelos afazeres domésticos, mesmo quando há outros membros na família que possam capacidade para fazê-los. É uma atividade praticamente invisível na sociedade. No entanto, do total das mulheres ocupadas no mercado de trabalho, 87,9% declaram cuidar das tarefas domésticas e, do total dos homens, apenas 46,1% realizam tais tarefas. O número médio de horas semanais dedicado a esses afazeres pela mulher é de 20,9 e de apenas 9,2 para os homens. Resultados que corroboram de forma inegável as diferenças de gênero (IBGE, 2009).

Outro fator que vai ao encontro da situação de vulnerabilidade é o fato das famílias estarem menores. Algumas contam com a presença de apenas um adulto e filhos menores dependentes. Outras nestas condições não contam com a rede social primária, estando longe de sua parentela. Situação ligada à queda da taxa de fecundidade, determinando a diminuição relativa dos primeiros grupos de idade, que de forma cumulativa afetará o crescimento de grupos em idade ativa e o aumento da expectativa de vida, aumentando o número de idosos, possíveis dependentes da família. Essas mudanças afetarão cada vez mais as estruturas de demandas por serviços públicos e demandas da família (GOLDANI, 2002).

Mioto, Campos e Lima (2006) discorrem sobre algumas pesquisas nas quais revelam que no sentido de enfrentar o empobrecimento, as famílias empregam “estratégias de sobrevivência”, obscurecendo as reais necessidades enfrentadas por este grupo. Em algumas situações, podem utilizar “estratégias” como o aumento do tempo de trabalho dos membros adultos; inserção das crianças no trabalho e conseqüente retirada da escola; apelo para atividades ilegais como fonte de renda; diminuição e mudança do consumo alimentar; venda de objetos de valor da família ou gastos da poupança; entre outros. Por meio dessas práticas, rendas seriam conseguidas e acumuladas em um orçamento comum e despendidas segundo critérios estabelecidos no âmbito familiar, com o principal objetivo de suprir da melhor forma possível as necessidades de seus membros. O elemento central destas estratégias seria o trabalho complementar do cônjuge, quando não se trata de família unipessoal ou monoparental, e dos filhos para equilibrar os baixos rendimentos do principal provedor. Amplia-se, então, o número de membros ativos na família e reduz-se a proporção daquelas famílias em que só uma pessoa trabalha. A conseqüência é o aumento da participação de mulheres e jovens na população economicamente ativa (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Com as transformações ocorridas na sociedade em uma conjuntura ampla, modificaram-se não apenas as condições materiais de subsistência da família, mas também as relações de convivência e organização familiar. Como resultados têm-se o aumento de conflitos, de violência doméstica, da fuga de crianças e adolescentes para as ruas, muitas vezes por conta da inserção precoce no mercado trabalho, e ainda o envolvimento destes em atos infracionais (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Dessa forma, evidencia-se que a família, de fato, constitui-se como espaço complexo, possui conflitos, relações de poder, interesses econômicos, não sendo obrigatoriamente lugar de cuidado e proteção, espaço sempre delegado a ela, como será explanado no próximo item desta seção. “Os sinais de esgotamento das famílias no exercício desse papel são evidentes e isso vem indicando a urgência de políticas relacionadas à família, além das macropolíticas de combate à pobreza e à exclusão social” (MIOTO, 2004, p. 139).

2.2 RELAÇÃO FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL

Às famílias sempre foi delegada a função de proteção e bem-estar dos seus membros, independente de suas condições de exercê-la. Desde os primórdios, as formas tradicionais de proteção social eram exercidas pela comunidade, pela igreja e pelos senhores feudais através de ações voluntárias. Ações movidas pela solidariedade e ajudas mútuas que se apresentavam de forma natural, embasadas pelos princípios e valores morais. Contudo, era a família a principal encarregada da provisão de bem-estar de seus membros, intervindo outros setores da sociedade somente quando os recursos familiares estivessem esgotados e o problema se tornasse de ordem pública. As formas de proteção social, desde as mais simples às mais complexas, empregadas pela família, bem como por outras instituições, como as igrejas, adquiriram importância histórica e, até o século passado foram, os meios predominantes de geração de bem-estar (LIMA, 2006).

Com a formação capitalista, sob a égide do liberalismo, modificam-se as formas tradicionais de proteção social. A família é colocada como espaço privado, com definição clara de papéis entre homens e mulheres, onde o trabalhador é responsável pela provisão

familiar. Como espaço privado, a família deve responder pela proteção social de seus membros, passando a ser considerada fonte de proteção social por excelência.

Somente a partir do século XX, a proteção social deixou o status de exercício da benevolência e filantropia, passando a ser reconhecida como responsabilidade pública e direito do cidadão, no qual foi definido o reconhecimento da responsabilidade coletiva no enfrentamento das dificuldades individuais e familiares. Estudos sobre o tema discorrem que foi com o surgimento da sociedade industrial urbana que a família, juntamente com a comunidade, deixa de ser considerada a fonte primordial de proteção social, já que essa proteção passa a se caracterizar como função do Estado, sobretudo pelo Estado de Bem-Estar Social (MIOTO; CAMPOS; LIMA, 2006; LIMA, 2006).

O Estado de Bem-Estar ficara responsável pelos direitos econômicos, sociais e culturais, ou chamados de direitos sociais, pautados no ideal de igualdade. No entanto, esse caráter dado a proteção social não condiz com o ideário liberal, exigindo reformulações desse ideário dentro do próprio capitalismo. Fator ressaltado devido a tais direitos exigirem a participação do Estado na vida da sociedade. Participação reforçada devido a esses direitos incluírem aspectos relacionados a área do trabalho, da saúde, da educação, da habitação, e da assistência social. Tais direitos também alteraram o acento do princípio da liberdade para o princípio da igualdade, resultando na transformação do Estado Liberal para o Estado Social, conduzido por valores social-democratas (PISÓN apud PEREIRA, 2008).

No entanto, conforme Miotto, Campos e Lima (2006), análises realizadas após a constituição clássica do Estado de Bem-Estar Social observam que a construção dos sistemas de proteção social teve como um dos seus pilares essenciais a família do trabalhador, com a instituição do benefício do seguro social cedido ao trabalhador enquanto provedor do grupo familiar. Este padrão baseava-se na hipótese da manutenção da oferta de empregos estáveis e de salários condizentes com as necessidades familiares. Nem mesmo a ampliação e consolidação de um Estado de Bem-Estar, ao qual se conferiu grande parte de encargos referentes ao sustento de uma expressiva porcentagem da população, ocasionaram o enfraquecimento das responsabilidades e das funções familiares. Ou seja, a proteção social, mesmo após caracterizada como direito social e dever do Estado, é colocada à família como função fundamental (MARTIN, 1995 apud MIOTO; CAMPOS; LIMA, 2006).

Discussões relacionadas aos diferentes modelos de Bem-Estar Social partem, principalmente, de duas perspectivas diferentes. Uma aposta na centralidade da família e na sua capacidade natural de proteção e cuidado. Outra perspectiva entende que a capacidade de

proteção da família está ligada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através, especialmente, de políticas públicas. A primeira perspectiva é chamada de familista, na qual, segundo Sgrita (apud MIOTO, 2004a) existem dois canais naturais de satisfação das necessidades dos cidadãos, sendo eles o mercado (através do trabalho) e a família. Somente falhando um desses canais é que o Estado deve intervir. Essa ideia vê a falha de provisão de bem-estar da família como incapacidade das próprias famílias em organizar seus recursos e, principalmente, de cumprir com as obrigações familiares. Já na segunda perspectiva, chamada de desfamiliarização, o grau de responsabilização da família é diminuído, sendo o Estado e o mercado responsáveis pela proteção social. Esse processo “pressupõe a diminuição dos encargos familiares e a independência da família especialmente em relação ao parentesco, através de políticas familiares/sociais” (MIOTO, 2008, p. 135).

Conforme Miotto (2008), ao analisar o contexto da formação sócio-histórica e do desenvolvimento dos sistemas de proteção social dos países latino americanos, e particularmente no Brasil, constata-se que predominam sistemas alinhados conforme a perspectiva familista, o que pode ser verificado em definições legais e operacionais das políticas sociais brasileiras. Os governos brasileiros sempre se favoreceram da participação voluntária da família na providência da proteção social, apoiando-se no caráter flexível das relações familiares de solidariedade, o que funcionou como mecanismo atenuador de insuficiências e desajustamentos das instituições de assistência pública e mesmo do mercado. Reafirma-se a ideia colocada pela autora que, mesmo nos anos dourados do capitalismo de bem-estar, os sistemas de proteção social tiveram, na família e no pleno emprego, apoio para a garantia de proteção.

Ressaltando que, particularmente no Brasil, a proteção social não se desenvolveu tal como nos modelos de bem-estar europeu, sob os pilares “do pleno emprego, dos serviços sociais universais, nem armou, até hoje, uma rede de proteção impeditiva da queda e da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema” (PEREIRA, 2002, p. 125). Os sistemas de proteção social sempre foram precários, os direitos sociais nunca foram assegurados universalmente e o Estado de Bem-Estar Social sempre foi um “mau” Estado. Nesta perspectiva, Draibe (apud LIMA, 2006) revela que, no Brasil, o sistema de proteção social caracterizou-se por ser incompleto, fraco, incapaz de afetar positiva e expressivamente os indicadores de desigualdade e exclusão social.

Segundo Lima (2006), por um lado, o governo brasileiro deixou sob a família a responsabilidade de proteção aos seus membros a partir de seus próprios recursos e condições.

Por outro lado, criou legislações em função da família, estabelecendo normas de organização, composição, regras familiares, demonstrando um forte intervencionismo na esfera familiar, corroborando que, embora o Estado não funcionasse como suporte para o bem-estar familiar, ele legislava abertamente sobre este espaço e, de forma sutil, responsabilizava a família nestas leis que regem a sociedade.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 traz, em seu artigo 227, como dever da família, citada primeiramente, seguida pela sociedade e pelo Estado, assegurar à criança e ao adolescente direitos fundamentais, como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade entre outros. Em seu artigo 229, cita como deveres dos pais assistir, criar e educar seus filhos. E como deveres aos filhos, a tarefa de cuidar e amparar os pais na velhice.

Na legislação ordinária, esta responsabilização da família pode ser vista em diversas leis. Como na Lei 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta coloca, em suas diretrizes básicas, a responsabilidade da família na provisão de bem-estar, considerando que a internação em asilos ou hospitais deve ser a última instância a recorrer.

Na Lei 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) –, de 13 de julho de 1990, prioriza-se, em artigos como os 19,22 e 23, a convivência familiar e comunitária. Sendo enfatizado, no artigo 22, o dever dos pais no sustento, guarda e educação dos filhos menores. Nesse sentido, Campos e Miotto (2003) afirmam que o ECA atribui o dever de efetivação dos direitos, colocados principalmente no artigo 4, à família, à comunidade, à sociedade em geral a ao Poder Público. Embora se trate de uma responsabilidade compartilhada, o conjunto da lei reforça a posição de protetora à família.

Na Lei 8.742 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) –, de 07 de dezembro de 1993, elenca-se dentre outros benefícios, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover seu próprio sustento ou de tê-lo provido por sua família. A lei exige a revisão de benefícios concedidos, a cada dois anos, para verificar se o beneficiário ainda está dentro dos critérios inclusivos. Considera o valor do salário mínimo como renda capaz de fazer face à provisão de necessidades de uma família de quatro pessoas, levando a um cálculo, conforme a lei, que deixa implícita a possibilidade de uma pessoa poder manter-se recebendo um quarto do salário mínimo. E ainda, a discussão central em torno dessa lei é por conta do conceito de família, utilizado enquanto critério para alocação do

recurso. De início, para efeito de cálculo da renda familiar, conceituou-se família, no 1º parágrafo do artigo 20 da LOAS, “como unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes”. Este conceito não considerava o critério de consanguinidade. Posteriormente, esse conceito foi alterado por Medida Provisória e depois transformado em lei, considerando família como o conjunto de pessoas elencadas no artigo 16 da Lei 8.213⁵, desde que vivam sob o mesmo teto.

Do exposto, depreende-se que a ideia de um Estado mínimo para os direitos sociais volta a se apresentar perante a sociedade, conduzindo a uma redescoberta⁶ da família como importante substituição privada do Estado na provisão de bens e serviços básicos. Vive-se

[...] em uma época em que a provisão da proteção social não é assegurada nem pelo Estado, nem pelas redes de solidariedade articuladas no interior das sociedades, a família é retomada como âncora principal para a garantia do bem-estar. Há a redescoberta da importância dos laços de parentesco como fonte de cuidado e proteção do grupo familiar e conseqüentemente o reconhecimento e valorização da família como uma importante instância geradora de cuidados, no desenvolvimento da reprodução social (LIMA, 2006. p. 61).

No entanto, pouca atenção se tem dado ao fato de que as transformações da sociedade, modificações da família, seu conseqüente empobrecimento e o desaparecimento de antigos vínculos comunitários, com crescente individualismo influenciaram a capacidade efetiva de proteção social exercida pela família. Esta sofre uma sobrecarga de funções, levando em consideração as responsabilidades que o Estado e a sociedade lhe impõem no cuidado de seus membros. A família se encontra muito mais na posição de um sujeito ameaçado do que exercendo a função de provedora, como lhe é exigida. E considerando a sua heterogeneidade, tanto em termos de classes sociais como de diferenças entre os membros que a compõem o que temos é uma instância sobrecarregada, fragilizada e que se enfraquece ainda mais quando lhe são atribuídas tarefas maiores que a sua capacidade de realizá-las (CAMPOS; MIOTO, 2003). Neste sentido, “a família, na sociedade brasileira hoje, mais que ser reconhecida como instância de cuidado e proteção, deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública (MIOTO, 2004, p. 136).

⁵ Lei 8.213, de 24 de junho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

⁶ Esta redescoberta se apresenta desde meados da década de 70, quando mudanças socioeconômicas, políticas e culturais determinaram alterações nos Estados de Bem-Estar Social, até os dias atuais.

3. FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Considera-se que os processos de responsabilização das famílias no âmbito da política social é analisado a partir das formas como a família é incorporada nesse campo e, também, do caráter instrumental que a família assume no seu interior. Deste modo, esta seção tem o intuito de explanar sobre os aspectos dessa relação, no âmbito da saúde, por meio da relação família – serviços, considerando o cuidado como elo principal nessa relação.

3.1 FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL

A política social, segundo Iamamoto (1990), se caracteriza como uma resposta do Estado frente às manifestações da questão social, ou seja, como respostas ao conjunto de expressões das desigualdades sociais geradas na sociedade capitalista, sejam econômicas, políticas ou culturais. Pereira (2009) afirma que a política social decorre de conflitos de interesse e de constante relação entre Estado e Sociedade. É determinada tanto por transformações concebidas pelo capitalismo como pela relação com as lutas sociais que se expressam nos processos de ampliação dos direitos de cidadania.

Configurada como um produto da conflituosa relação entre capital e trabalho, a política social lida com interesses opostos, já que é resultado da pressão simultânea de distintos sujeitos. Seu conceito é complexo, não condiz apenas com a ideia de provisão ou alocação de decisões do Estado aplicadas verticalmente na sociedade. Ela se revela simultaneamente positiva e negativa e beneficiadora de interesses contrários de acordo com a correlação de forças prevaletentes (PEREIRA, 2009).

Pode-se dizer que

[...] as políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre interesses de classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os

ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social (BEHRING, 2009, p. 315).

Nesse campo, a família nem sempre foi foco de discussões, mesmo que tenha sempre assumido grande responsabilidade na provisão de bem-estar. Não que os poderes públicos tivessem deixado de considerar a família na sua agenda social, mas porque o retrato das políticas sociais sempre foi profundamente influenciado por uma posição assumida pelo Estado de colocar sob a sociedade a responsabilidade de proteção. Porém, essa condição começa a ser alterada, principalmente, a partir dos anos 1970, por um lado, vinculada ao desenvolvimento e à concretização da crítica feminista sobre a centralidade dos homens nas teorias predominantes relacionadas ao Estado de Bem-Estar Social. Apesar de esta crítica estar focada nas relações de gênero, produzidas pela política social, levantou-se através dela o debate sobre a família. Por outro lado, relaciona-se ao declínio salarial e à “crise”⁷ do Estado de Bem-Estar Social, momento que a família passa a ser requisitada ainda mais para arcar com os custos da proteção.

Neste período, o neoliberalismo, ostentado como ideário, preconiza a redução dos gastos sociais, conseqüentemente dos serviços públicos; ressalta a posição do mercado como mecanismo de recursos econômicos e de satisfação das necessidades dos indivíduos; realça a competição e o individualismo; desregulamenta e flexibiliza as relações de trabalho e ainda, resiste aos direitos sociais, colocando a provisão destes sob responsabilidade da sociedade. Estas modificações na sociedade acarretaram no aumento do desemprego, da pobreza, das doenças, enfim, na quebra dos direitos historicamente conquistados, alterando conseqüentemente, a vida da maioria da população (LAURELL apud CASTRO, 2008; PEREIRA, 2008; MIOTO, 2008).

Especificamente no Brasil, o ideário neoliberal configura-se nos anos de 1990 através da Reforma do Estado que compunha o projeto de desenvolvimento econômico do país. Esse ideário estabeleceu o conceito de “Estado mínimo”, intitulado “Estado Social-Liberal”, com um discurso no qual afirmava ser social pois permaneceria a resguardar os direitos sociais e promoveria o desenvolvimento econômico; e liberal porque utilizaria mais dos controles do

⁷ Na década de 1970 com a recessão mundial causada pela crise estrutural do capitalismo constata-se uma quebra no ciclo de desenvolvimento do capital. Desta forma, ocorre redução na arrecadação fiscal dos estados dificultando o financiamento de seu desenvolvimento, e os gastos com as políticas sociais passam a ser alvo de atenção dos governos. Nessa lógica, o Estado de Bem-Estar Social começa a ser questionado, num intuito de validar a crise ao Estado de Bem-Estar Social (CASTRO, 2008).

mercado e menos dos controles administrativos; realizaria seus serviços sociais especialmente através de organizações públicas não-estatais competitivas; tornaria os mercados de trabalho mais flexíveis; removeria a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para novidades e a competição internacional. Contudo,

[...] os fundamentos dessa matriz neoconservadora de Estado, [...] indicam claramente a mercantilização dos direitos sociais e não a sua defesa, a retração do Estado de direito conquistado com a luta das forças democráticas brasileiras, a instrumentalização dos direitos pela racionalidade econômica, o retrocesso na construção democrática e no exercício da cidadania (SIMIONATTO, 2004, p. 6).

Esse fator coincide com um período de institucionalização dos novos marcos da proteção social trazidos pela Constituição Federal de 1988. É neste período que se aumenta a disputa entre distintos projetos políticos para a sociedade. De um lado, a tentativa de consolidação da proposta de proteção social colocada pela Constituição de 1988 e, por outro lado, a desconstrução dessa proposta por meio da retração do Estado. Essa posição de redução assumida pelo Estado recoloca a família como sujeito fundamental na provisão de bem-estar (MIOTO, 2008).

A família, portanto, aparece como sujeito referência da política social, configurando-se pauta principal no direcionamento da elaboração desta. Grande parte das agendas governamentais preveem, de alguma forma, medidas de apoio familiar, existindo assim um “amplo arco de políticas articuladoras de um expressivo contingente de atores e recursos contemplando a família” (PEREIRA, 2004, p. 26).

No entanto, a posição de referência da família na política social tem suscitado debates críticos devido ao fato de que, associada a essa posição, há a regressão contínua da participação do Estado Social na provisão de bem-estar. Regressão, denominada por Abrahamson, como pluralismo de bem-estar ou economia mista de bem-estar social referindo-se às mudanças relacionadas a esse Estado na formação de um novo consenso em torno das políticas sociais. Há um rompimento da centralidade do Estado na provisão de bem-estar em favor do mercado e dos setores não-governamentais e não-mercantis como atores principais nas decisões e no exercício da política social, caracterizando-se como uma estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania (ABRAHAMSON apud MIOTO, 2008).

Segundo Pereira (2004), não há contestação pela hegemonia da provisão de bem-estar na relação entre os atores que compõem o triângulo desse compromisso (Estado, mercado e sociedade). Nesta relação, o Estado sugere flexibilidade e não assume o lugar de principal condutor da política social, tendo dela se afastado. O mercado nunca teve vocação social, pelo contrário, utiliza a “filantropia” como estratégia de marketing, com intuito de satisfazer preferências visando o lucro. Desta forma, cada vez mais é “cedido” lugar para a sociedade (leia-se família) para que esta exercite a solidariedade e emancipe-se do Estado. Em síntese, a proteção social passa a ser visualizada a partir de três eixos: Estado: como o recurso de poder; mercado: como recurso do capital e; rede familiar: como recurso da solidariedade.

Ao se tratar de dois campos complexos – família e política social – autores questionam sobre a pertinência de se colocar a família como referência da política social sendo que estes campos são pautados em distintas concepções e permeados por tensões entre diferentes interesses e discursos. E ainda, das dificuldades de se elaborar e executar políticas direcionadas às famílias, tendo em vista a diversidade de formas familiares existentes. Segundo Saraceno, há grande dificuldade em se estabelecer consensos na relação entre família e política social. Mesmo considerando a conformidade da importância das políticas sociais para sustentar a vida familiar, não é consenso o conceito de família e ainda o que se entende por sustentar a família. Com isso, indaga-se até que ponto as políticas sociais abarcam a diversidade de composições familiares e ainda em relação à possibilidade de privilegiar apenas um tipo de forma familiar (SARECENO apud MIOTO, 2009).

Bermúdez (2001) denomina as novas políticas sociais, pautadas na família, como “neoliberalismo familiarista”. É uma tendência ideológica de transformar a família em uma unidade econômica e política competente para a resolução dos problemas de racionalidade global do modelo, sem considerar as incoerências e paradoxos presentes nesse tipo de encaminhamento. Seria um novo modo de ver e analisar a organização familiar, adotando como fator principal a minimização das políticas sociais voltadas para a família e para a realidade política, induzindo indivíduos e famílias a elegerem e definirem estratégias a respeito de diferentes bens e serviços. Nesse sentido, Parella (apud MIOTO, 2008) considera a política familiar como um dispositivo governamental que, por ação ou omissão, regula as funções da família como recurso do Estado de Bem-Estar Social. Este dispositivo se apóia em dois procedimentos: “familiarização”⁸ e “desfamiliarização”⁹, conceitos já explicitados na

⁸ Familiarização: Ação realizada pelo Estado de repassar às famílias, através da política social, a responsabilidade da provisão de recursos de bem-estar;

primeira seção deste trabalho, ao tratarmos da configuração da proteção social brasileira.

Conforme Campos e Miotto (2003), a base das políticas sociais brasileiras está centrada no modo alternativo, denominado familiarismo, no qual a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar social de seus membros, dando-lhes condições de sobrevivência. Contudo, neste processo de familiarização, a satisfação das necessidades das famílias passa a depender da participação de seus membros em outras esferas, principalmente no mercado de trabalho. Desta forma, a provisão de bem-estar da família está diretamente ligada à renda que se consegue obter no mercado e, por conseguinte, é a própria família que determinará, através de sua renda, a qualidade de vida dos seus membros. Esta lógica de política social tende a reforçar os tradicionais papéis de homens e mulheres na esfera doméstica e condicionar a posição de homens e mulheres no mercado de trabalho. A família passa a ser observada e analisada sob duas óticas: a) como uma unidade econômica com dependentes e “chefes de família” que redistribuem renda; e b) como uma unidade “doadora de cuidados”, também a partir de redistribuição interna de tarefas. Nesta ótica, ressalta-se o papel de mulher-mãe, como a principal provedora do cuidado para os membros que compõem a organização familiar. Seu trabalho não é remunerado, assim ela fica como dependente economicamente de algum provedor, sendo ele o marido ou os filhos. A família assume a responsabilidade do cuidado, baseada no trabalho não remunerado da mulher ou de crianças (MIOTO, 2008).

Depreende-se que se reconstrói um processo de supervalorização da família, especialmente no âmbito das políticas sociais, produto de um projeto neoliberal instaurado mundialmente. Segundo Behring (2008), atualmente, a política social está se configurando longe do sentido de pacto social, reforma democrática e redistributiva. Seu sentido está voltado para a focalização e seletividade, combinada à transformação em mercadoria de alguns serviços, pela via de privatização, direcionado para os que podem pagar, aprofundando uma dualização da política social.

Nessa lógica, o Estado tem se colocado como um modelo:

- que de um lado, apesar do reconhecimento de direitos sociais afiançados pela constituição de 1988, redesenha suas ações sociais aprisionado pela agenda neoliberal. Uma rápida análise de nossas políticas sociais revela-as distantes da universalidade e com uma direção compensatória e seletiva

⁹ Desfamiliarização: traslado da provisão de bem-estar para o Estado, para associações voluntárias ou para o mercado (PARELLA apud MIOTO, 2008).

centrada em situações limites em termos de sobrevivência e seu direcionamento aos mais pobres dos pobres, incapazes de competir no mercado.

- de outro lado, apela para a solidariedade social e se põe como parceiro da sociedade em suas responsabilidades sociais, redesenhando as ações sociais e as políticas sociais em geral. Este processo tem como expressão maior o crescimento do Terceiro Setor (não governamental, não lucrativo, com ênfase na participação voluntária) e interfere diretamente no caráter público e construtor de direitos das políticas sociais. Ou seja, ainda nos defrontamos com o legado da subordinação do social ao econômico. O social estrangido pelo econômico. O social refilantropizado, despoliticado e despublicizado (YAZBEK, 2009, p. 138).

Com este movimento de privatização, implicando em mercantilizar os benefícios sociais, capitalizar do setor privado e desfinanciar as instituições públicas, as famílias têm ficado cada vez mais à mercê de relações clientelísticas e distantes do seu direito à privacidade e ao livre-arbítrio. A concepção liberal sobre a família é enfatizada, apoiada em críticas relacionadas aos altos custos do Estado de Bem-Estar social; falta de domínio no seu gerenciamento e na afirmação que se constitui um sistema que, ao garantir os direitos dos indivíduos, fortalece o individualismo, diminuindo a solidariedade familiar e comunitária, além de incentivar a dependência dos indivíduos em relação aos benefícios do Estado (BIANCO, 1995; LAURELL, 2000 apud MIOTO, 2008).

Este contexto nos sugere que a família, ao invés de ter sido poupada de suas funções, tem sido sobrecarregada, e esta sobrecarga tem aumentado à medida que as políticas sociais, além de escassas, sofrem um processo de reorientação e encolhimento quanto aos níveis de cobertura. Nesse processo, a família tem exercido papel de amortecedor da crise brasileira. Com baixos salários, carências de serviços públicos, dentre outros fatores, ela tem viabilizado a reprodução social através da lógica da solidariedade e por meio de grupos que atuam como unidades de constituição de renda e consumo, buscando aumentar seus recursos. No entanto, a família tem se revelado muito mais na posição de um sujeito ameaçado do que de instituição provedora esperada. E considerando a sua diversidade, tanto em termos de classes sociais como de diferenças entre os membros que a compõem e de suas relações, o que temos é uma instância sobrecarregada, fragilizada e que enfraquece ainda mais quando lhe são atribuídas tarefas maiores que a possibilidade de realizá-las (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; CAMPOS; MIOTO, 2003; MIOTO, 2004).

Olhar a família como uma instância sobrecarregada requer reconhecer a diversidade de tipos familiares, da organização familiar, das relações complexas, de conflitos e

contraditoriedades que se processam neste meio, bem como trabalhar com a ideia de que o espaço familiar não é só um lugar que processa cuidado, mas também um lugar que requer cuidado. Neste sentido, se pressupõe que “para a família proteger é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para a proteção” (MIOTO, 2004, p. 5).

3.2 POLÍTICA SOCIAL, FAMÍLIA E SERVIÇOS

Os debates sobre família e sociedade têm enfatizado que o Estado na contemporaneidade se apresenta como o principal agente de definição de condições, normas, e regras em relação a família. Isso acontece através das normas jurídicas, das políticas econômicas, demográficas e sociais e da imagem de família sugerida por essas políticas. Porém, embora haja consenso sobre essa intromissão do Estado na vida familiar, não há consenso em torno da interpretação sobre esse fato. Segundo Saraceno (1997 apud MIOTO, 2004a), duas tendências têm se configurado nesse debate. Uma que enfatiza a perda de funções, autonomia e a própria capacidade de ação da família, à medida que o Estado se coloca mais intrusivo e regulador da vida privada. A outra, vinculada aos estudiosos da condição feminina, que afirmam que a intromissão do Estado na família acontece, porém não se caracteriza apenas pelo controle, mas também pela proteção, à medida que garante direitos. Além disso, o Estado não tem reduzido as funções familiares. Ao contrário, a família está cada vez mais sobrecarregada. Para a autora, os efeitos dessa interferência do Estado na família, através da política social, podem ser analisados em três níveis: 1) dos mecanismos redistributivos sob os quais a família é compreendida como uma unidade de bens obtidos através da renda, principalmente do trabalho, e de recursos redistribuídos pela via pública, particularmente, pelo Estado. Nesse nível são incluídas transferências de recursos; 2) do sistema família-serviços, sendo os serviços recursos essenciais para o bem-estar das famílias, auxiliando na organização familiar no sentido de possibilitar-lhe o enfrentamento das vicissitudes da vida; e 3) como terceiro nível, o dos serviços sociais e da divisão do trabalho familiar, que pode ser favorecido ou não pela política social, principalmente pelos serviços. Nessa lógica, o trabalho familiar tem sido um recurso utilizado pela política social, se caracterizando como um trabalho invisível, geralmente efetuado por mulheres. O tempo e o

modo de alocação do trabalho familiar não dependem somente do mercado de trabalho, mas também das requisições do setor de serviços.

Os serviços realizam-se no âmbito privado, individual ou coletivo, sendo de utilidade imediata para os indivíduos enquanto consumidores. Apresentam-se numa relação de exterioridade com o usuário, com o objetivo de recuperar, preservar ou tornar melhor um bem ou algo que já se possui. Colocam-se ao usufruto mais pessoal, em uma relação estreita com a personalidade do usuário e o sentido de utilidade está condicionado por valores e comportamentos socialmente reconhecidos. Diferente de um bem ou de um produto, a categoria serviço é conceituada como trabalho em processo, portanto não expressa apenas o resultado de uma ação e, por esta razão, não se produz um serviço, e sim se presta um serviço. (MEIRELLES, 2006; NOGUEIRA, 1994 apud COSTA, 2000).

Segundo Costa (2000), a prestação de serviços vem crescendo ao longo da história, relacionada, para alguns autores, ao desenvolvimento das forças produtivas. Com esse desenvolvimento, os serviços passam, ao mesmo tempo, a atender necessidades coletivas; a tornam-se parte de interesses do sistema capitalista como atividade lucrativa e ainda são incorporados pelo Estado no atendimento de necessidades coletivas. Deste modo, os serviços têm transitado do campo dos serviços pessoais, entendidos como domésticos, para o campo dos serviços coletivos. Pode-se afirmar que a existência desses serviços expressa o poder que tiveram as lutas de trabalhadores pelo seu reconhecimento. Entretanto, esse reconhecimento não se concretiza independente das necessidades do capital. A busca de eficiência na prestação de serviços sociais públicos, por exemplo, a saúde, a educação e previdência, voltados para o atendimento das necessidades de reprodução da própria vida, se realiza de modo a articular e/ou sustentar os interesses das indústrias, dos proprietários de hospitais, escolas, bem como do setor financeiro, voltados para os seguros de saúde e previdência.

Iamamoto (1990) afirma que os serviços sociais são expressões concretas dos direitos sociais do cidadão, com direito ao acesso de todos os membros da sociedade. Para ela, os serviços

[...] públicos ou privados, nada mais são do que a devolução à classe trabalhadora de parcela mínima do produto por ela criado, mas não apropriado, sob uma nova roupagem: a de serviços ou benefícios sociais. Porém, ao assumirem esta forma, aparecem como sendo doados ou fornecidos ao trabalhador pelo poder político diretamente ou pelo capital, como expressão da face humanitária do estado ou da empresa privada (IAMAMOTO, 1990, p. 92).

Enquanto instrumento da política social, os serviços públicos, com ênfase nos sociais, estão arquitetados em meio a embates políticos, ideológicos e tecnológicos entre diversos atores sociais e possuem como pano de fundo as demandas macroeconômicas e os sistemas de valores hegemônicos em cada período de tempo.

É neste contexto que se estabelece a relação entre estes dois pólos - família e serviços. Relação esta que passou a ser discutida a partir da década de 1970, conectada ao debate feminista de orientação marxista. Esta ressaltou a discussão sobre o trabalho de reprodução desenvolvido na família que, de acordo com Saraceno (1997 apud MIOTO, 2009), é constituído basicamente por três dimensões: uma relacionada às tarefas domésticas; outra às atividades de cuidado dos membros da família; e outra as atividades realizadas para o estabelecimento de relações com as diferentes instituições e serviços sociais. Nesta perspectiva, o cuidado se coloca como uma categoria de trânsito nas relações entre família e serviços. Ele se caracteriza como uma atividade predominantemente feminina e não remunerada, pouco reconhecida ou valorizada (AGUIRRE, 2005; LETABLIER apud MIOTO, 2009).

Para Aguirre (2005), a noção de cuidado compreende tanto a dimensão de cuidado material como o cuidado imaterial. O último implica em vínculos afetivos, emocionais e sentimentais, sendo, portanto, de natureza relacional. Supõe uma relação entre o sujeito que presta o cuidado e o que recebe, consolidando uma relação de obrigação mútua baseada na reciprocidade. A autora afirma que o cuidado é o resultado de pequenos atos, conscientes ou não, que não podem ser considerados naturais e sem esforço, pois demandam, além de sentimentos, tempo, conhecimento e ações. Podem ser remunerados ou não, no entanto ambas as condições estão marcadas por uma relação de serviço que inclui preocupação com o outro.

Nessa lógica, Letablier (apud CEZAR, 2009) considera que o cuidado teve origem na noção de trabalho voluntário, relacionado à crítica das feministas de orientação marxista sobre os sistemas de proteção social. O seu conceito de cuidado visa dar uma forma ao trabalho não remunerado, invisível de ajuda e cuidados às pessoas. A autora utiliza a expressão “trabalho centrado no outro” para situar o cuidado, pois a particularidade desse trabalho consiste no fato de ser um serviço que depende de uma relação que se estabelece com o outro, dentro ou fora da família. Dentro da família, sua característica lhe confere uma dimensão moral marcada pela abnegação, pelo dever; e uma dimensão emocional marcada pelo amor, pela compaixão, pela gratidão. Além da obrigação legal que a família tem de prestar ajuda e assistência, ou ainda, o auxílio econômico para seus membros, o que está em jogo são as emoções dos

sujeitos envolvidos no cuidado e como se estabelece esse vínculo familiar. E fora da família, o trabalho de cuidado constitui uma relação de serviço direto de atenção às pessoas, que implica altruísmo e preocupação com os outros. Segundo a autora, o conceito de cuidado teria uma dupla origem. Por um lado, o trabalho voluntário das mulheres na família e na comunidade para ajudar a promover o cuidado de seus membros. E por outro, o papel da família na proteção social dos indivíduos. De modo geral, o conceito de cuidado compreende ações relacionadas aos sentimentos, como a compaixão, o zelo e a preocupação com o outro e inclui tanto aquele desenvolvido no âmbito da família ou fora dela. Contudo, evidencia-se que mesmo fora do ambiente familiar, há uma relação direta entre família e cuidado, mesmo quando o cuidado é desenvolvido no âmbito dos serviços.

Do exposto, depreende-se que o cuidado está cada vez mais relacionado com a família, o que pode caracterizá-lo como trabalho familiar. De acordo com Sunkel (2005), na América Latina o cuidado permanece sendo uma grande atribuição dos grupos familiares. Isso faz com que a resolução das questões relativas a ele esteja atrelada à condição de classe social desses grupos. Ou seja, os grupos que podem contratar serviços privados de cuidado têm maiores possibilidades de eleger combinações de trabalho e responsabilidade entre seus membros. Já os grupos que não podem pagar pelos cuidados privados acabam por construir outras estratégias envolvendo a não inclusão das mulheres no mercado de trabalho ou a inserção precária. Outra alternativa frequentemente utilizada é atribuir as responsabilidades de cuidado para mulheres jovens ou adolescentes, limitando assim suas oportunidades educacionais ou efetuando uma inserção precoce no mercado trabalho. Isso significa a quase inexistência de políticas públicas direcionadas ao abrandamento dos custos empreendidos pela família para o cuidado (AGUIRRE, 2005; SUNKEL, 2006).

No âmbito da saúde, diversas pesquisas revelam que a distribuição da responsabilidade do cuidado entre a família e os serviços constitui-se o objeto crucial do debate na saúde pública. Sobre este debate, Junior (2005) afirma que o cuidado é tratado como o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam neste campo. É trabalho em saúde, tendo como característica acentuada a relação entre pessoas que trazem suas necessidades – os usuários – e pessoas que dispõem de um conhecimento técnico específico e/ou recursos instrumentais para solucionar os problemas dos primeiros – os profissionais. O cuidado neste campo é sua própria razão de ser.

3.2.1 A família na política de saúde

No marco da política social, a política de saúde acompanha todo o processo sócio-histórico desde o século XX e chega aos dias atuais marcada pelas conquistas da Constituição de 1988. Nesta, ela aparece como um pilar do tripé da Seguridade Social, juntamente com a assistência social e a previdência social; compõe o eixo distributivo da Seguridade, revolucionando o padrão convencional de proteção pública brasileiro; pautado por três principais aspectos: a) pelo princípio da desmercadorização, implícita no conceito do eixo distributivo, que desvincula a política social da lógica do mercado e da ética capitalista do trabalho, para entendê-la com o dever cívico de satisfação de necessidades sociais; b) pela nova institucionalidade colocada, na qual a Seguridade teria de ultrapassar o caráter contratual de seguro da política de previdência social para expressar, por meio da saúde e da assistência social, a ideia de prestação integral de atendimento, pautando-se no status de cidadania; e c) pelo conceito adotado pela cidadania, por consequência, de caráter extensivo, norteados pelos princípios da incondicionalidade e da universalidade (PEREIRA, 2002).

Nessa proposta, a Constituição, a partir de um sistema único nacional, aponta para uma lógica de integralidade nas ações e serviços de saúde, com atendimento integral, compondo uma rede regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade e sob comando único de cada esfera de governo. Seu ideal visa quebrar a desigualdade histórica que classifica os brasileiros em “quem tem condições financeiras” e “quem não tem condições financeiras” ou, segundo Nogueira (2002, p.155), “[...] cidadãos de primeira e segunda classe [...]”, sendo os de primeira classe os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária; e os de segunda classe os que tinham suas necessidades atendidas unicamente através de um precário sistema de saúde composto pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério da Saúde.

Regulamentado com as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, o SUS é estruturado a partir de um arcabouço jurídico-institucional, ficando responsável pelo atendimento da saúde de grande parte dos brasileiros, pela implementação de medidas de prevenção e promoção e pela regulação do sistema privado de saúde. Nessa lógica, se caracteriza como avanço, trazendo a gradativa descentralização dos serviços para os estados e municípios; a progressiva unificação das ações de saúde em uma única instituição – o Ministério da Saúde; a institucionalização da participação popular e a consolidação de um arcabouço jurídico inovador e progressista.

No entanto, o SUS, frente a propostas de sua gênese, mostra lacunas e limitações que devem ser consideradas. Viana (apud ALVES, 2010), ao analisar o SUS, afirma que a universalidade e a redistributividade que a Constituição de 1988 recomendou em termos de proteção social no Brasil tropeçaram num processo de “americanização” – implicando na deterioração do sistema público – voltado para camadas mais empobrecidas da sociedade, e no crescimento de uma indústria privada de seguridade voltada para as camadas médias e para assalariados formais. Assim, o conceito de saúde, implícito no discurso dos sujeitos políticos envolvidos com o setor, é a de um bem privado, o que explica o provimento pelo mercado, restando ao setor público cuidar dos que não têm recursos financeiros para um fornecimento via contratos e planos de saúde.

Nessa mesma direção, Nogueira (2002) aponta que o sistema tem sido organizado dentro do processo de mercantilização da saúde. Segundo a autora, determinadas bandeiras de luta do período constitucional foram revertidas em benefício do novo modelo, sendo ajustadas com outros registros semânticos ou implementadas contrariamente ao que determinavam as diretrizes da Constituição. O exemplo mais evidente é o tema da descentralização. Ela vem sendo uma passagem de gestão vinculada aos aspectos administrativos e gerenciais, não se identificando uma ação mais precisa do Ministério da Saúde em termos de orientação à saúde de forma vasta, tendo em vista a complexidade do setor.

Em análise realizada por Mendes (apud ALVES, 2010), o SUS constitui-se num sistema público e a iniciativa privada participa dele com a intervenção de prestadores privados de serviços. Como previsto em legislação, os serviços podem ser oferecidos pela iniciativa privada quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população. No entanto, o autor afirma que o Brasil possui um sistema de serviços de saúde organizado de forma segmentada, mesclado por três sistemas: o SUS, com a proposta do público e universal; o Sistema de Atenção Médica Supletiva, o qual atende uma parcela da população por meio dos planos de saúde, a partir de contrato individual ou coletivo; e o Sistema de Desembolso Direto, a partir do pagamento integral dos serviços prestados. Ou seja, há uma fragmentação que revela a inexistência de um sistema único, e a existência de um sistema plural e segmentado.

Desta forma, pode-se afirmar, com base em Bravo (2007), que dois projetos convivem em tensão: *o projeto de reforma sanitária*, arquitetado na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988, que tem como preocupação primordial assegurar que o Estado atue em função da sociedade, como um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas

sociais e, por conseguinte, pela saúde; e o *projeto privatista*, articulado com o mercado, hegemônico na década de 1990, que foca em uma política de ajuste, com contenção de gastos, racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. A proposta desse projeto é se desenvolver com caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através de pacotes básicos de saúde, privatização, seguros privados, descentralização dos serviços ao nível local e supressão da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

É nesse contexto que alguns autores debatem a posição que a família tem sido chamada a assumir na política de saúde. A proposta de política construída na década de 1980 vem sendo desconstruída. A saúde tem ficado vinculada ao mercado e tem sido colocada à sociedade civil a função de “parceira” do sistema de saúde. Nesse processo, a família vem sendo chamada a exercer um papel de cuidado aos seus membros no processo saúde-doença, principalmente por se caracterizar como um elemento de primeira grandeza em sua habilidade de reindividualizar os riscos e beneficiar a redução do papel estatal na provisão do bem-estar. A capacidade familiar é utilizada pelas agências internacionais que começam a valorizar o papel familiar na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes. Nesse sentido, o Banco Mundial indica que se deve promover um ambiente que possibilite às famílias melhorar a saúde, o que envolve a adoção de políticas de ajustamento que resguardem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio; promover diversificação e concorrência. Propõe ainda uma série de ações em saúde, sendo:

- o investimento em saúde, especialmente em famílias empobrecidas, criando um ambiente econômico que poderia colaborar para aumentar a renda, integrando-as ao desenvolvimento;

- o redirecionamento dos investimentos para programas mais eficazes em custo/benefício e focalizados nos pobres, indicando os programas de saúde pública, de serviços clínicos essenciais;

- a diminuição dos gastos públicos com disposições de atendimento terciário, com a capacitação de especialistas e com intervenções de pouco retorno econômico;

- o financiamento e a implementação de ações de saúde pública que resultem em grandes externalidades como o controle de doenças infecciosas;

- o aperfeiçoamento da variável administrativa dos serviços públicos de saúde, através da descentralização de responsabilidades, terceirização de serviços e autonomia orçamentária;

- o estímulo à demanda por seguros privados no caso dos serviços clínicos não contidos no pacote de serviços clínicos essenciais;

- o incentivo à concorrência entre os prestadores de serviços públicos e privados no provimento de atenção médica, insumos e medicamentos (NOGUEIRA, 2002).

Depreende-se que o discurso político e a política do Banco Mundial, para a saúde, principalmente para os países da América Latina, em especial o Brasil, buscam difundir o compromisso da família para com seus doentes, idosos, e crianças, principalmente no âmbito do cuidado.

Desta forma, na relação entre família e política de saúde, pouco se alterou no pós 1988 pois, neste período, a família extensivamente vem sendo chamada a participar dessa política, colocada como grupo fundamental na preservação da saúde dos seus membros. Nos anos de 1990, a família começa a ser oficialmente referenciada na política de saúde, assim como em outras políticas, aparecendo com grande insistência na matriz discursiva do Ministério da Saúde, principalmente através do Programa Saúde da Família (PSF), eixo estruturante da política nacional e o grande responsável pela atenção básica.

Este programa foi concebido em 1994 como uma estratégia, segundo o Ministério da Saúde, de reorientação da prática assistencial (anteriormente centrada no modelo biomédico), operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com uma estratégia que prioriza as ações de Promoção, Proteção e Recuperação da saúde dos indivíduos da comunidade bem como dos membros de suas famílias, dos recém-nascidos, dos idosos sadios e/ou doentes de forma integral e contínua.

No ano de 2006, o programa é incorporado como estratégia no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Todavia, o PSF surge num contexto de racionalização de custos e adequação de medidas impostas pelos organismos internacionais. E, ao mesmo tempo em que a atenção básica em saúde vem ao encontro das lutas empreendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, como parte de um sistema em prol da universalização do acesso aos serviços de saúde, também pode ser tomada como uma proposta focalista e seletiva, visando o atendimento da população pobre, que não tem acesso à utilização de serviços privados de saúde (MIOTO et al., 2007a)

Segundo Bravo (2007), o PSF é um exemplo de focalização da política de saúde e se caracteriza como um dispositivo para o incentivo à aproximação da rede de apoio familiar ao usuário do sistema de saúde, colocando a família como eixo central de apoio do tratamento

em saúde. É uma estratégia calcada na solidariedade familiar, reafirmando uma posição de redescoberta da família como elemento imprescindível para a compreensão do processo saúde-doença.

Realizando uma análise específica sobre a família no PSF, Marsiglia (2003) afirma que o programa gerou diversos efeitos positivos com sua implantação como o acompanhamento e controle sistemático de doenças crônicas em uma parcela da população que até então não tinha acesso ao sistema de saúde; implementação de medidas de prevenção e diagnóstico precoce de determinadas doenças; identificação de ordem social no interior das famílias; entre outros efeitos. No entanto, a autora aponta questões fundamentais que precisam ser refletidas dentro do programa. Dentre elas, essas tendências postas pelas várias políticas sociais de recolocarem a família como unidade de trabalho e base do processo de atendimento às necessidades; e ainda em relação às transformações de composição, tamanho, dinâmica, papéis e funções por que passam as famílias em âmbito mundial.

É necessário, conforme Bravo (2008), modificar a direção do programa na perspectiva de prover a atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Assim como, para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a reorganização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência. Trad e Bastos (apud MIOTO et al., 2007a) afirmam que, para o PSF avançar nas alterações necessárias ao modelo assistencial da saúde pública brasileira, é necessário não simplificar um objeto tão complexo como a família na ocasião de definir e avaliar práticas de saúde. É preciso indagar de que família estamos nos referindo e, ainda, reconhecer a família como lugar privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos.

Nogueira (2002) afirma que na saúde pública a atenção está focalizada na pobreza, tendo em vista a economia do fundo público, garantindo tranquilidade para o mercado, o que acaba ocasionando novos encargos para as famílias, com a repartição dos custos da atenção sanitária e intensificação dos cuidados assistenciais e promocionais da saúde.

Utiliza-se, nesse campo, a tradição naturalizada do cuidado realizado pela família esperando que esta arque com os custos e com as necessidades de seus membros. O cuidado, como já afirmado anteriormente, trata-se de um conceito amplo e discutido, principalmente, na área da saúde. Pode-se destacar, como três principais atores envolvidos na prestação do cuidado: Estado, mercado e família. No entanto, diversos autores apontam a família como espaço primordial de cuidado devido à história da humanidade revelar o papel da família

nesse processo, e ao cuidado revelar-se mais eficaz no espaço privado do que no espaço público. Seu conceito é abordado por diferentes linhas teóricas, mas, de forma ampla, a conceituação dessa categoria perpassa a solidariedade e a ação de cuidar como atitude, sendo vinculada, sobretudo, ao trabalho de reprodução desenvolvido pela família (ELSEN apud STAMM; MIOTO, 2003).

A ênfase no processo de cuidado tem sido explicitada pelo Ministério da Saúde, ao longo dos anos, na política de saúde, de forma ampla, através de uma série de normas, manuais técnicos e documentos básicos, que envolvem a questão do cuidado no âmbito familiar como categoria central.

Pode-se ressaltar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HUMANIZASUS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos.

No âmbito desta política, pode-se afirmar que a família vem ganhando centralidade na sua operacionalização. Por exemplo, ao prever o direito ao acompanhante e às visitas abertas, com o objetivo de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde – mantendo concentrado o projeto de vida dos pacientes –, acaba contando com a solidariedade familiar para o cuidado. Essa prática traz inquietações sobre as relações que aí estão presentes, pois, nas unidades hospitalares, o acompanhante, frequentemente, é chamado para assumir funções de cuidado ao paciente que deveriam ser executas por profissionais habilitados, como a administração de remédios, alimentação do paciente, cuidar da higiene pessoal, entre outros. Assim, a Política de Humanização traz como um dos parâmetros para atenção hospitalar a “existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares” (Brasil, 2004, p.15).

No âmbito desta política pode-se destacar a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, elaborada pelo Ministério da Saúde, lançada em dezembro de 1999 e publicada através da Portaria Ministerial nº. 693 de 5/7/2000. Este método abrange “desde questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a

promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta” (LAMY et al., 2005, p. 660).

Pautado em três etapas, o foco do método é a participação familiar no cuidado. Elucidando, de forma muito sucinta, sobre essas etapas, compreende-se que a primeira consiste em incentivar o estabelecimento do vínculo com o recém-nascido, assim como a co-participação da mãe nos cuidados com o bebê, promovendo um processo contínuo na formação do vínculo afetivo entre o recém-nascido e seus pais; a segunda etapa acontece após a estabilidade clínica do bebê e se caracteriza pelo acompanhamento contínuo da mãe na Unidade Neonatal, buscando a efetiva participação da mãe nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psicoafetivo; e a terceira etapa objetiva a continuidade da assistência por meio do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê através de um programa de acompanhamento sistemático da família (BRASIL, 2002).

Também como destaque as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Com o intuito de promover a organização do planejamento, do financiamento e da gestão do SUS foram instituídas em 2006, pela portaria MS/GM nº 399. Consistem em um acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em defesa do SUS e pela gestão; visando alterações significativas para a execução do SUS, como: a mudança do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos existentes – coloca como uma das diretrizes do Pacto pela Vida ações estratégicas, ressaltando a Atenção domiciliar, com o objetivo de “instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde” (BRASIL, 2006, p. 11).

Compondo as diretrizes do Pacto pela Vida, pode-se enfatizar as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Essas diretrizes foram organizadas a partir da identificação, pelos gestores do SUS, dos focos nacionais e prioritários de atuação. A partir desses focos, foram elencadas prioridades nacionais dentre elas, a existência de uma dupla carga de enfermidades – transmissíveis e não-transmissíveis. Assim, este documento foi elaborado com o objetivo de:

[...] iniciar uma reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), bem como para propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas já existentes a fim de convocar as diversas áreas do governo, organizações não-governamentais e a sociedade para a composição de uma rede de compromisso e solidariedade direcionada à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT. O propósito é desencadear e fortalecer ações de cuidado integral aos pacientes com DCNT que sejam sinérgicas, sustentáveis e respeitem as especificidades de cada região de saúde (BRASIL, 2008, p.10).

Observa-se claramente, nestes objetivos, que a sociedade é chamada a participar do cuidado partindo da construção de uma rede de compromisso e solidariedade.

Outro documento que trata do cuidado, estabelecendo uma relação com família, é o Guia Prático do Cuidador (2008). Elaborado pelo Ministério da Saúde, visa orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas, independente da idade, acamadas ou com limitações físicas que precisam de cuidados especiais. Objetiva esclarecer as maneiras mais simples do cuidado no domicílio; auxiliar o cuidador e a pessoa cuidada; instigar o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados; e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada. Este guia define cuidado como “atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado” (BRASIL, 2008a, p.7). E conceitua o cuidador, enfatizando a posição da família, como:

Um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. [...] É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008a, p.8).

Depreende-se, observando os objetivos da política de Humanização, as diretrizes, normas e manuais citados acima, que a política de saúde vem desenhando sua trajetória apoiada na solidariedade, naturalizada no campo da família. Desta solidariedade, vem o cuidado que, no âmbito da saúde tem se relacionado com o bem estar do usuário. As ações de cuidado exercidas pela família, de modo geral, são apoiadas em um conjunto de valores, conhecimentos, práticas e crenças. É a partir desse referencial que a família assume as

iniciativas frente às situações de doença, colocando-se disponível para cuidar. Este processo, definido pela própria família, pode manter-se por gerações, pautado nas características de cada grupo familiar, considerando sua origem, cultura e seus valores.

Nessa linha, Oliveira et al. (2005) afirmam que o cuidado relaciona-se, principalmente, aos aspectos subjetivos da interação entre equipe de profissionais da saúde e usuários. Nessa perspectiva, o cuidado é caracterizado a partir da capacidade de intervenção dos profissionais da saúde para além dos sentidos normativos e técnicos, ou seja, a partir da concretização de atendimento ao usuário que extrapole o estrito manejo biomédico, que contemple tanto as aspirações cotidianas dos usuários dos serviços, relacionadas à saúde, quanto à vida de forma mais ampla, ao bem viver de modo geral. Segundo os autores, é necessário compreender e trabalhar com o que chamam de “projetos de felicidade” dos usuários e os modos como estes são construídos, obstaculizados e reconstruídos, pois auxiliam o entendimento, e não apenas a gênese, dos processos de adoecimento e sofrimento que os usuários e as comunidades apresentam para os serviços de saúde, mas também a maneira como são geridos e manejados no cotidiano dos serviços. Nesse aspecto, cuidar na prática de saúde envolve diretamente

[...] o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. [...] a intervenção técnica se articula verdadeiramente como um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissionais e pacientes (AYRES, 2004, p. 86).

Portanto, a perspectiva de cuidado que se coloca no campo da saúde hoje é atravessado por uma perspectiva de valores e orientações filosóficas, desconsiderando, ou sem considerar efetivamente, as condições objetivas da família para o cuidado. Nesse sentido, a afirmação de Boff (1999), de que o cuidado faz parte da essência humana, sendo uma característica única do ser humano, tem grande penetração no debate da saúde. Para ele, o cuidado pode ser entendido como uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo. Compreende mais que a ações de atenção e zelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Segundo o autor, se o ser humano não receber cuidado, desde o nascimento até a morte,

poderá desestruturar-se, perdendo o sentido da vida e, conseqüentemente morrerá. É ainda, se durante a vida, o ser humano não realizar com cuidado tudo o que empreender, poderá prejudicar a si mesmo e destruir o que estiver a sua volta.

Cuidado, pois, por sua própria natureza, inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro (BOFF, 2005, p. 2).

Com isso, segundo Campos e Miotto (2003), as políticas sociais (destacamos a política de saúde) se baseiam na existência de uma solidariedade que implica trocas intergeracionais e de gênero, constantes e fundamentais para a sobrevivência de todos, tendo a família responsabilidade tradicional e marcante na cobertura dos riscos da vida dos sujeitos. No plano simbólico, se repete continuamente, o papel da família como estrutura organicamente solidária. Ela é como o apoio que favorece a transferência de valores ético-políticos coerentes com uma sociedade supostamente fraterna compondo uma rede de amparo aos riscos sociais e afetivos sempre atenta às disfunções de seus integrantes (NOGUEIRA, 2002).

No bojo da participação da família, os serviços se movimentam a partir de expectativas relacionadas aos papéis típicos de um conceito funcional de família, em que a mulher-mãe é responsável pelo cuidado e educação e o homem-pai pelo provimento e exercício da autoridade. Inclusive, a política de saúde tem se utilizado fartamente do estereótipo do papel da mulher “cuidadora”, sendo muito requisitada pelos serviços, que muitas vezes não consideram suas reais condições de exercer tal papel (MIOTTO, 2004a).

Isso é evidenciado nas diretrizes e normas da política de saúde, já analisadas anteriormente, e através dos serviços de saúde que evocam a família como sujeito fundamental no processo de cuidado, tanto no sentido de sua responsabilidade no cuidado como de ser objeto de cuidado. E ainda por pesquisas relacionadas ao tema nas quais apontam que os serviços de saúde utilizam-se do trabalho familiar tanto dentro do ambiente das instituições, quanto fora destas, delegando de diversas formas a responsabilidade da proteção do cuidado de seus membros.

4. A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE ATRAVÉS DO ACOMPANHANTE

Considerando o debate efetuado sobre família, proteção social e Política de Saúde, bem como o objetivo deste trabalho, esta seção procura tratar a inclusão do acompanhante nos serviços de saúde. Esta inclusão é discutida a partir de uma aproximação empírica com documentos que versam sobre a questão do acompanhante e das contribuições dos trabalhos publicados por assistentes sociais. Dessa forma, num primeiro momento são apresentados os procedimentos utilizados e, em seguida, trabalha-se com a apresentação dos dados obtidos; finalmente faz-se uma discussão sobre a temática em pauta.

4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para conhecer, caracterizar, avaliar e elaborar sínteses sobre um objeto de pesquisa, o investigador se utiliza de diversos procedimentos metodológicos. Estes orientarão o percurso da investigação, visando à construção de possíveis respostas a perguntas colocadas pelo investigador com o objetivo de contribuir para a solução do problema colocado na pesquisa. Neste estudo, ponderando seus objetivos, optamos por utilizar, como já afirmado anteriormente, a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica.

Segundo Sá-Silva (2009), a utilização de documentos em pesquisa deve ser valorizada, visto que há riqueza nos documentos e destes pode-se extrair uma gama de informações. São fontes estáveis de informação, o que valida a possibilidade de estudá-los, bem como de servirem de base estável para resultados obtidos. De acordo com Chizzotti (1991), “A documentação é a ciência que trata da organização e do manuseio de informações” (p.109). O documento é toda informação sistematizada, expressa de forma oral, escrita, visual ou gestual, que pode estar sob forma de texto, imagens, sons, sinais entre outras, quando transcritos em suporte material, como fonte durável de comunicação.

Deste modo, a pesquisa documental é uma técnica rica de abordagem de dados em materiais que não receberam tratamento analítico. Assim, por não terem ainda recebido tratamento científico, é necessário que o investigador realize uma avaliação preliminar dos documentos como sendo sua primeira etapa de análise. Esta análise inicial visa avaliar dimensões como: *o contexto* histórico no qual foi produzido o documento, o universo sociopolítico do autor e daqueles a quem foi destinado, observações que permitirão ao investigador as particularidades do conteúdo e organização do documento; *o autor* do documento, visto ser difícil entender interesses, explícitos ou não, de um texto quando não se considera informações referentes àquele(s) que se manifesta(m), suas razões e a quem se dirigem; a *autenticidade*, que assegurará a qualidade das informações prestadas e entre outros; os *conceitos-chave* do texto, aspecto essencial neste tipo de pesquisa que permitirão delimitar adequadamente os conceitos empregados no documento (Sá-Silva, 2009).

A pesquisa documental segue as seguintes etapas: a) formulação do problema; b) elaboração do plano de trabalho; c) identificação das fontes; d) localização das fontes e obtenção do material; e) análise e interpretação de dados; e f) redação do relatório (GIL, 2010). Com esses referenciais, a análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos com o intuito de compreensão da proposta em questão. Este tipo de pesquisa e análise busca encontrar informações contextualizadas sobre os fatos e também sobre o próprio contexto de questionamento ou hipóteses prévias. Deste modo, a escolha por este método não é aleatória, mas guiada pelos objetivos, propósitos e interesses deste estudo.

A partir deste procedimento metodológico, analisamos a inclusão da família através da figura do acompanhante nos serviços, a partir da coleta de dados realizada por meio de três fontes.

Uma fonte de análise consistiu na legislação e documentos vinculados ao Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, que versam sobre o acompanhante em instituições de saúde alta complexidade. Através destes, buscou-se visualizar como o acompanhante é incluído nas instituições; o que estes documentos alegam sobre o direito ao acompanhante e ainda qual conceito de acompanhante é predominante na documentação pública.

Como outra fonte de análise, utilizamos as orientações direcionadas aos acompanhantes de pacientes internados nas instituições hospitalares da Grande Florianópolis. Essas orientações são disponibilizadas pelos hospitais para pacientes e acompanhantes

durante o período de internação, ou para quem as solicitar nas instituições. Trata-se de documentos elaborados por equipes das instituições hospitalares, que versam sobre as orientações, direitos e deveres dos acompanhantes dentro do espaço institucional.

Realizamos essa pesquisa em sete hospitais públicos: Hospital Universitário Prof. Dr. Polydoro Ernani de São Thiago; Hospital Florianópolis; Hospital Governador Celso Ramos; Imperial Hospital de Caridade; Hospital Nereu Ramos, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e Hospital Infantil Joana de Gusmão. De modo geral, todas as instituições disponibilizaram prontamente a documentação. Encontramos apenas dificuldade em algumas instituições na identificação do setor que viabilizava o fornecimento destas documentações, pois este fornecimento difere de setor. Nas instituições pesquisadas, a documentação foi fornecida pelo setor de visitas; pelo setor de internação; pela equipe de Humanização; pela equipe de enfermagem e pelo Serviço Social. Em determinados espaços, os setores de recepção dos hospitais não tinham conhecimento da existência desta documentação.

E como última fonte de análise, realizamos um levantamento de notícias sobre família e serviços de alta complexidade, veiculadas pela internet, que foram monitoradas através de um acompanhamento feito entre março e junho de 2010¹⁰. Este levantamento foi possível através do monitoramento de notícias publicadas na Internet a partir da ferramenta “Alertas do *Google*”, que são *e-mails* recebidos com os resultados de notícias e *websites* atualizados sobre assuntos ou tópicos selecionados pelo usuário. Utilizamos como principais descritores os termos “Saúde”, “família”, “acompanhante”.

Como segundo recurso metodológico, utilizamos a pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2010), é elaborada com base em material já publicado, objetivando especialmente a identificação do estágio atual do conhecimento referente ao tema. Contribuindo com elementos que subsidiam análises futuras, a pesquisa bibliográfica imprime uma compreensão crítica do significado existente nas fontes pesquisadas. Portanto, para estudar a inclusão do acompanhante nos serviços de saúde de alta complexidade, realizamos uma pesquisa bibliográfica de trabalhos de assistentes sociais. Esses trabalhos foram buscados em livros, revistas e teses.

A escolha dos procedimentos apontados acima se concretizou por compreendermos que estes documentos se constituem um dos caminhos que nos permitirão a construção de um

¹⁰ Esta ferramenta está disponível em: <http://www.google.com/alerts?hl=pt-BR>.

panorama da relação família – representada pelos acompanhantes dos pacientes internados nas unidades hospitalares – e serviços de saúde – aqui representados pelos serviços da alta complexidade.

4.2 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

4.2.1 O acompanhante nos documentos pesquisados

Utilizando o procedimento da pesquisa documental, realizamos análise na legislação e documentos do Ministério da Saúde encontrados que tratam sobre o acompanhante nas instituições de saúde de alta complexidade.

4.2.1.1 O acompanhante nos documentos públicos

No que tange a documentos oficiais, encontramos três documentos que serviram de base para nosso estudo: a cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”; a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, ambas cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde; e a lei estadual nº. 13.324/2005.

A cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” faz parte da Política Nacional de Humanização. Ela trata, de modo geral, da importância da presença do acompanhante e propõe ampliar o acesso de visitantes nas unidades de internação hospitalar. Neste documento, o acompanhante é considerado como o “representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde” (BRASIL, 2009, p. 3).

A cartilha aborda a visão dos serviços quanto ao acompanhante e falta de estrutura para recebê-los, e afirma que ainda se observam resquícios do modelo biologicista “[...] tanto na planta física dos hospitais, onde não há espaço para acompanhantes nem para visitantes, quanto nas rotinas hospitalares, que também não consideram a importância dos familiares e dos parceiros (ou seja, da rede social) para o cuidado” (BRASIL, 2009, p. 5).

O documento também expõe diversos motivos da necessidade da presença do acompanhante que, de maneira geral, se dividem em aspectos objetivos e subjetivos. Em relação aos aspectos subjetivos, a cartilha afirma que o paciente, ao lado de sua família ou rede social fará uma releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que o rodeiam e para si mesmo. A presença do acompanhante dará confiança e vitalidade ao paciente, contribuindo no seu tratamento, e mostrará o quanto de afeto a família sente pelo paciente.

Já em relação aos aspectos objetivos, a cartilha é enfática ao tratar do acompanhante como corresponsável no tratamento do paciente. Aponta que a presença do acompanhante junto ao paciente possibilita o maior esclarecimento do contexto de vida deste e permite maior abrangência sobre o diagnóstico; possibilita a integração dos familiares no processo de mudança provocados pela internação e pela enfermidade; aumenta a solidariedade; e principalmente reafirma a responsabilidade do familiar pelo cuidado, pois sua inclusão na unidade hospitalar, desde o início da internação, permite que o familiar aprenda técnicas de cuidado e permite que a equipe de saúde oriente “os membros da família quanto ao seu papel de cuidadores leigos” (BRASIL, 2009, p. 7).

Enfim, um resumo interessante sobre os motivos da importância da presença do acompanhante pode ser visualizado na seguinte frase: “Assim, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao doente. A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, podendo até tornar desnecessárias as medidas de ‘reinserção social’” (BRASIL, 2009, p. 10).

Outro documento que versa sobre o acompanhante nas unidades de internação hospitalar é a Carta dos Direitos dos Usuários, publicada em 2006. Esta carta se baseia nos seis princípios básicos de cidadania. Sua publicação objetivou fornecer informações detalhadas à população quanto aos seus direitos e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros.

O direito ao acompanhante é tratado apenas no 3º princípio da Carta, no item IV, que afirma ao paciente esse direito somente em determinadas situações.

O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas (BRASIL, 2007, p. 5).

E como último documento, a lei estadual Nº. 13.324/2005 de Santa Catarina, sancionada em 20 de janeiro de 2005 pelo então Governador do Estado Luiz Henrique da Silveira. Esta lei “dispõe sobre afixação nas recepções dos hospitais privados e da rede pública do Estado, da Cartilha dos Direitos do Paciente”.

Esta lei reafirma em seu conteúdo os direitos dos usuários da saúde e traz em seu Artigo 26 o direito ao acompanhante: “O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações” (Brasil, 2005).

Observa-se que a questão do acompanhante é pouco abordada nos documentos oficiais, ressaltando a Cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”, que trata mais detalhadamente os aspectos particulares do acompanhante nas instituições hospitalares, versando os objetivos e funções deste, por exemplo. Esse direito é reforçado pela lei estadual. No entanto, a Carta dos Direitos dos Usuários acaba reduzindo a condição de direito quando o restringe esse direito ao acompanhante a determinados casos como a pacientes gestantes, idosos, crianças, entre outros. Isso pode ter consequências importantes na garantia ao direito ao acompanhante nas instituições.

4.2.1.2 O acompanhante nas orientações dos hospitais da Grande Florianópolis

Através da documentação que versa sobre as orientações hospitalares direcionadas ao acompanhante de paciente internado em hospitais, foi possível observar as diferentes formas de como se apresenta esta relação nos serviços hospitalares.

No transcorrer da leitura, verificamos que as orientações aos acompanhantes concentram-se em aspectos relacionados a autorização da permanência do acompanhante na instituição hospitalar; às condições de permanência deste; ao seu comportamento; e a sua participação nos cuidados ao paciente.

As instituições explicitam nestes documentos, através de orientações que são denominadas por algumas instituições como “normas para os acompanhantes” e “direitos e deveres dos acompanhantes”, detalhes minuciosos sobre a presença da família nos hospitais. Essas orientações denominam o acompanhante como “familiar acompanhante ou familiar participante”.

De modo geral, as orientações procuram estabelecer um roteiro de convivência entre o acompanhante e os profissionais de saúde. As orientações explicitam a preocupação da instituição em manter a ordem e a boa convivência entre os usuários e os profissionais, estabelecendo horários e delimitando espaços por onde os acompanhantes devem permanecer.

4.2.1.2.1 Autorização da permanência

Dentre as orientações analisadas, todas tratam da autorização de permanência na unidade. Afirmam ser responsabilidade da equipe de saúde a avaliação sobre a autorização de permanência do acompanhante na instituição, bem como o tempo dessa permanência, podendo ser suspensa ou ampliada. Excetuam-se destas duas instituições: uma que trata apenas de pacientes crianças e adolescentes; e outra que aponta como pacientes que possuem esse direito apenas portadores de necessidades especiais, idosos, crianças e adolescentes, estrangeiros; gestantes e puérperas, ou por solicitação médica. Dos profissionais responsáveis por essa avaliação, destacam-se os enfermeiros, citados na maioria das orientações, e o assistente social, apontado em um dos documentos como responsável por essa avaliação após contato com os enfermeiros e médicos.

O tempo de permanência na unidade, mesmo após a autorização, é limitado por apenas uma das orientações analisadas. Esta afirma que “O acompanhante poderá permanecer até as 22 horas. Após esse horário, permanecerá somente com a avaliação prévia da equipe” (hospital 1).

É também evidenciada, por três hospitais, a preferência por acompanhantes do mesmo sexo do paciente, como a orientação a seguir: “Dar-se-à preferência para acompanhante do mesmo sexo do paciente internado, evitando-se assim quaisquer constrangimentos aos demais pacientes que estiverem no mesmo quarto (hospital 5).

E como último aspecto apontado sobre a autorização de permanência, duas orientações apontam que somente será fornecida autorização para acompanhantes maiores de 18 anos, e que possuam condições de saúde físicas, psicológicas e emocionais para permanecer junto ao paciente (hospitais 1 e 6).

Todas as orientações determinam horários específicos de troca de acompanhante.

Com a autorização em mãos o acompanhante deverá cumprir uma gama de tarefas até que possa enfim permanecer junto ao paciente. São tarefas como dirigir-se a determinados setores para receber orientações e encaminhamentos; constar sua autorização na portaria; solicitar o cartão ou crachá de acompanhante e ficar atento aos horários específicos de troca de acompanhante.

4.2.1.2.2 Condições de permanência

As orientações expressam a responsabilidade do acompanhante quanto a sua própria condição de permanência na instituição. Deste modo, o acompanhante deverá propiciar meios para permanecer no local. Dentre as orientações, três autorizam ao acompanhante levar cadeiras para descanso noturno. Contudo, deverá ficar atento para os horários que poderá utilizar a cadeira, o tipo de cadeira que poderá levar e os locais que poderá colocá-la, como especifica a orientação a seguir:

Ao trazer cadeira de praia dobrável (até 2 estágios) para descanso noturno, a mesma deverá estar limpa e ser montada após as 21h e desmontada até as 7h do dia seguinte. A cadeira deverá ficar em local onde não atrapalhe o bom atendimento ao paciente, tanto se estiver montada quanto desmontada. Se a equipe da enfermagem solicitar mudanças de local atenda prontamente (hospital 3).

Cinco orientações afirmam ser de responsabilidade do acompanhante levar objetos de uso pessoal (escova de dente, sabonete, toalha de banho e rosto, entre outros). Conforme a orientação a seguir, “Os responsáveis pelo paciente deverão providenciar materiais de uso pessoal, tais como de higiene e outros” (hospital 5).

Na orientação do hospital 4, os pacientes de internações particulares que desejarem acompanhante deverão pagar pelas despesas deste.

Quanto a alimentação, três orientações afirmam ser de responsabilidade do Serviço Social a avaliação para o fornecimento, considerando a situação socioeconômica da família ou a solicitação médica (hospitais 1, 3 e 7). No entanto, uma destas versa exclusivamente de pacientes crianças e adolescentes. Duas orientações autorizam refeição (apenas almoço e lanche noturno) para acompanhantes de pacientes que tenham mais de 60 anos ou menos de 18 anos, ou que residam fora do município de Florianópolis (hospitais 2 e 6) . E duas não expõem orientação quanto a alimentação (hospitais 5 e 4).

4.2.1.2.3 Comportamento

Durante o período de internação de um familiar, além de suprir suas necessidades e condições materiais de permanência na instituição hospitalar, o acompanhante tem uma série de normas de comportamento a cumprir e zelar. Essas normas tratam desde o tipo de roupa que o acompanhante deve usar até onde o acompanhante deve transitar.

Todas as orientações recomendam a utilização de roupas adequadas ao ambiente hospitalar e solicitam o respeito ao silêncio. Estas também proíbem fumar nas dependências dos hospitais e levar alimentação ao paciente que não seja previamente autorizada pela equipe de saúde. Como exemplo:

É expressamente proibido fumar nas dependências do hospital. Trajar-se adequadamente para um ambiente hospitalar, evitando shorts, minissaias e roupas transparentes. [...] Trazer seus objetos de uso pessoal: toalha de banho e de rosto, sabonete, escova de dente, pente (hospital 1).

É proibido ao acompanhante: Fornecer qualquer tipo de alimentação ou medicação para o paciente, sem autorização prévia da enfermeira (o) ou médico (a) responsável (hospital 6).

Uma orientação é específica quanto ao comportamento junto ao paciente, quando afirma: “Procure estimular o paciente, contribuindo para seu bem estar emocional. Mantenha uma atitude positiva. Não relate problemas familiares que possam afetar o paciente” (hospital 1).

Cinco orientações afirmam que o acompanhante deverá permanecer ao lado do paciente, podendo circular por outras dependências do hospital apenas com autorização da equipe de saúde. Se for necessário ausentar-se da presença do paciente, o acompanhante deverá informar para equipe (hospitais 1, 2, 3, 6 e 7).

4.2.1.2.4 Participação no cuidado

Encontrando-se o acompanhante dentro da instituição de saúde, com suas regras bem definidas, este é chamado, através de orientações analisadas, para a participação no cuidado. Em três orientações, a realização dos cuidados ao paciente aparece como uma opção ao acompanhante, como os exemplos a seguir: “Colaborar, se desejar, nos cuidados como: banho, alimentação, locomoção, sempre com orientação da enfermagem” (hospital 1); “O familiar colabora nas necessidades de conforto e de higiene da criança/adolescente” (hospital 7).

Contudo, em uma orientação, o cuidado ao paciente é tratado como a finalidade da presença do acompanhante na instituição. “A permanência de um acompanhante terá como finalidade auxiliar o paciente, dando-lhe apoio psicológico, ajudando-o na higiene, conforto, refeições, locomoção, sob orientação da equipe” (hospital 5).

4.2.1.3 O acompanhante nas notícias veiculadas na mídia

Através do levantamento e monitoramento de notícias publicadas na Internet, obtivemos acesso a aproximadamente 50 notícias¹¹ nas quais o conteúdo aproximava-se do tema. Foram selecionadas notícias de diversos Estados do Brasil que explicitaram aspectos da relação família/serviços. No entanto, nenhuma notícia publicada explicitava a relação família e serviços no que tange ao trabalho familiar, especificamente, dentro das instituições hospitalares. Os principais temas circulam pelo acesso ao SUS, pelo tratamento domiciliar e a capacitação familiar para o cuidado em âmbito doméstico.

São veiculadas pela imprensa brasileira diversas publicações que explicitam a dificuldade do acesso ao SUS e as limitações do sistema. Frente a esses fatores, é a família que aparece como principal ator na busca de soluções e alternativas diante dos entraves enfrentados na área da saúde. Como exemplo, publicações que denunciam a ausência ou omissão de atendimento e apontam que a família percorre um longo caminho para garantir o acesso. “É comum, e até corriqueiro, ouvir casos de pessoas que tiveram que fazer uma verdadeira peregrinação para conseguir ter acesso a alguns procedimentos feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)” (notícia 1). A notícia que explicitou esta frase tratava da filha de um idoso que “há 01 ano tenta marcar uma cirurgia para o pai dela”.

Outro aspecto em destaque foi a ampliação do serviço de atendimento e internação domiciliar em diversos Estados do Brasil. Pautados no discurso da Humanização, Estados estão propondo que seja instituído o programa “Home Care”. Em um desses projetos, a justificativa da proposta do programa é a de

[...] promover a humanização do atendimento médico, oferecer uma recuperação mais rápida ao paciente, diminuir o risco de infecções hospitalares, liberar leitos nos hospitais para pacientes que necessitam de cuidados diferenciados, e, finalmente, para diminuir o custo financeiro decorrente da manutenção de paciente em leitos hospitalares. [...] a internação domiciliar irá desafogar os hospitais, para melhor atender as pessoas, naqueles

¹¹ As notícias citadas a seguir podem ser visualizadas nos endereços eletrônicos (porém foram também utilizadas para análise notícias que não foram citadas de forma direta): <http://www.primeiraedicao.com.br/printVersion.php?id=8967&secao...>; http://www.msnoticias.com.br/noticia_imprimir.php?id=41121; <http://comunidade.jangadeiroonline.com.br/ipm-lar-promove-ciclo-de-palestra-para-acompanhante-de-idosos-931/>> ; <http://www.blogdomarcelo.com.br/v2/2010/05/21/porque-o-paciente->.

casos terminais, em que muitas vezes são horas, dias, meses junto ao seu familiar (notícia 2).

E reafirmando a lógica do cuidado domiciliar, publicações revelam a ampliação do debate neste âmbito, com cursos e capacitações para o cuidado. Destacamos uma das publicações que traz a seguinte afirmação: “Cuidar de idosos ou pessoas com alguma doença crônica é uma tarefa que exige paciência e dedicação. É buscando sensibilizar os cuidadores para essa *responsabilidade*¹² que o Instituto [...] realiza o 1º Ciclo de Palestras de orientações básicas sobre o cuidar em domicílio (notícia 3).

Desta forma, torna-se evidente o debate sobre a apropriação pelos programas e serviços de saúde do cuidado como trabalho realizado pela família e a tendência crescente da transferência do cuidado de pacientes para os familiares. Essa tendência contribui significativamente para a naturalização desse tipo de trabalho. Naturalização explicitada em uma das publicações veiculadas em que um leitor faz uma crítica às instituições de alta complexidade do SUS e transparece o conceito de acompanhante para ele, quando afirma que

Todo paciente internado necessita de um acompanhante, que geralmente é um familiar (que funciona como um porta-voz da família) e que está ali para dar um suporte psicológico, emocional, assistencial e apoio nos procedimentos da enfermagem, tais como dar banho, fazer contenção, etc. Entretanto, o acompanhante é tratado como se não existisse, não tem direito a refeições e, pior, não tem onde se acomodar, nem mesmo uma cadeira (notícia 4).

Esse conceito, formulado pelo autor do comentário, coloca o acompanhante como um auxiliar nos cuidados tanto físicos como psicológicos dos pacientes, dentro das instituições.

Do exposto, depreende-se que apesar das notícias não explicitarem a presença do trabalho familiar nas instituições de saúde, estas apontam sucessivamente a presença da família como participante direto do cuidado. De maneira geral, as publicações tratam da família como grupo articulador entre serviços, buscando a garantia do acesso; e quando essa garantia é efetivada, a família aparece como participante ativo do processo de cuidado tanto no âmbito das instituições de saúde quanto fora delas, com destaque para o ambiente doméstico.

¹² Grifo da autora.

4.2.2 O acompanhante na produção bibliográfica dos assistentes sociais

A pesquisa bibliográfica nos permitiu avaliar que são poucas produções existentes sobre a inclusão e a relação estabelecida entre família e serviços através da figura do acompanhante dentro do espaço institucional. Dentre os trabalhos encontrados, podemos citar Albiero (2003), Valente (2006), Dibai e Cade (2007) e Cezar (2009).

Nas produções, a família aparece como a principal figura no acompanhamento de paciente, principalmente de crianças e adolescentes, ficando, geralmente a mãe, o maior tempo como principal acompanhante, estendendo-se para a rede social primária (amigos e vizinhos).

De modo geral, as produções apontam os prós e contras do ato de cuidar pela visão do cuidador e da equipe de saúde e como a política de saúde tem desenhado essa parceria entre família e serviços de saúde no que diz respeito ao cuidado. São apontados pelos autores os desgastes do cuidador, tanto psicológicos e físicos, quanto monetários. Aborda-se a questão de gênero, destacando a mulher, e principalmente a mãe, como principal cuidadora. E ainda, esse cuidado é visto pelas famílias e cuidadores como atos de amor e obrigação, por ser o paciente ou demandante de cuidado, como um ente querido, e/ou aquela pessoa por quem você jurou amor eterno ou ainda aquele que você deu a luz.

Tanto em âmbito hospitalar como domiciliar, o cuidador/familiar, segundo os autores, é responsável pelo cuidado e por arcar com todas as implicações dessa tarefa. Para tanto, os familiares se organizam de diferentes formas e utilizam diversas estratégias para cumprir com essa “obrigação”. Geralmente, sentem-se acuados durante todo o processo de cuidado, pois afirmam ser pressionados, dentro das instituições hospitalares, a realizar as tarefas de modo correto, conforme as ordens ou requisições da equipe de saúde, em algumas situações até sob ameaças e barganhas. Ou, em ambiente domiciliar, quando se veem inseguros frente a possibilidade de não conseguirem suprir as requisições do paciente, o que pode implicar em agravamento da doença (VALENTE, 2006; CEZAR, 2009; ALBIERO, 2006).

Contudo, apesar da escassa produção sobre a temática, a leitura e análise dos textos encontrados permitiram a identificação de três grandes eixos de discussão. Um que trata da relação família e equipe multidisciplinar; aquele que versa sobre a assistência domiciliar pós-alta hospitalar, e o que trata da organização da família para o cuidado.

4.2.2.1 Relação família x equipe multidisciplinar

As produções que discorrem sobre a relação do acompanhante com equipe de saúde apontam dois pontos de vista: aquele em que o acompanhante é visto como intruso, atrapalhando o bom andamento das atividades dentro da instituição, principalmente porque não cumprem com as tarefas e normas colocadas pela instituição; e aquele em que a equipe vê o acompanhante como um parceiro, atuando nos cuidados e sendo o porta-voz do paciente para a equipe (DIBAI; CADE, 2007; VALENTE, 2006).

A primeira visão apontada expõe conflitos na relação entre equipe de saúde e a família, representada pelo acompanhante. A família muitas vezes permanece por um longo período dentro da instituição, apropriando-se da rotina e do modelo institucionais, o que pode gerar dificuldades de convívio diário entre a família e a equipe, de acordo com os autores.

Segundo Dibai e Cade (2007), o relato de profissionais da saúde revelam que as principais dificuldades de convívio entre a equipe e a família são relacionadas principalmente à grande solicitação de atendimento ao paciente; à dificuldade em cumprir as normas do hospital; à procura constante por informações; a querer assumir condutas profissionais que aprendeu na convivência no ambiente hospitalar; e a não querer participar nos cuidados do paciente.

Na segunda visão, em que o acompanhante é considerado um parceiro na instituição, de modo geral, os profissionais ressaltam a importância da presença do acompanhante para o apoio emocional e psicológico do paciente. No entanto, afirmam que o acompanhante poderia executar atividades com mais frequência, junto aos pacientes, relacionadas às necessidades humanas básicas, como afirmam os relatos a seguir¹³:

O acompanhante pode ajudar a virar o paciente no leito; trocar uma fralda; oferecer uma dieta via oral. E auxiliar no autocuidado, como cortar uma unha, pentear o cabelo. Eu acho que isso é uma tarefa do acompanhante” (DIBAI, 2007, p. 125).

Eu acho importante a presença do acompanhante. Porque além dele facilitar o trabalho do médico, passando informações, pode auxiliar também nos cuidados específicos do paciente [...]. Ele pode dar apoio pessoal, dar força ao paciente. Eu acho que o ideal seria sempre ter o acompanhante (DIBAI, 2007, p.126).

¹³ Todos os relatos a seguir são falas transcritas de entrevistas com cuidadores realizadas pelos autores dos trabalhos analisados.

O hospital admite o acompanhante para ajudar o paciente. Eu acho que o primordial seria isso: pra alimentação, pegar um copinho de água. Mas acho que para ajudar a equipe de enfermagem também” (DIBAI, 2007, p. 127).

Observa-se claramente que nas duas visões apontadas pelas produções consultadas, o cuidado é o principal elo e condutor do relacionamento entre família e profissional de saúde. A importância da presença do acompanhante no ambiente hospitalar para ambas visões volta-se para o cuidado como tarefa de responsabilidade da família.

Diante da tarefa do cuidado, a relação entre família e equipe de saúde, mesmo quando esta aceita o acompanhante na instituição, revela-se conflituosa. Os acompanhantes são envolvidos por diferentes sentimentos e percepções nesse processo. Alguns relatos apresentados pelos autores mostram o medo, a subordinação e a obediência dos acompanhantes para com a equipe de saúde.

O hospital aqui é bom. É preciso saber lidar com a equipe. Você tem que fazer o que eles dizem, mas não diga que deixou de fazer...minta para os médicos se sentirem respeitados, caso contrário eles mandam tratar em outro lugar (VALENÇA, 2006, p.161).

Eu sei onde posso ir, sempre disse a verdade. Tem mês que minha família come arroz e feijão e eu não tenho como cuidar de Manuel com essa variedade do hospital. Por isso evito abusar dos médicos e das enfermeiras, eu finjo que esqueço deles...não perturbo, tenho medo deles transferir o meu filho para S. (VALENÇA, 2006, p. 160).

Eu procuro me analisar, quando eu sinto que [...] Pô, decerto eu não fiz direito a coisa, eu vou olhar pra dentro de mim, eu vou pensar: Puxa, se eu tivesse feito assim [...] Se eu tivesse feito assado [...] Assim ninguém teria me chamado a atenção, não tinha achado ruim daquilo que eu deixei de fazer. Então é por isso que eu procuro fazer as coisas certas (ALBIERO, 2003, p. 138).

O cuidado, geralmente, é tratado pela equipe de saúde como obrigação da família e se caracteriza como atividade não remunerada e muito pouco valorizada. É colocada na família a responsabilidade pelas tarefas do cuidado. Quando a família não as cumpre de forma adequada, é advertida e repreendida e enfatiza-se nesse processo a culpa sentimental da família (ALBIERO, 2003; CEZAR, 2009).

Aí depois, eu... Eu cheguei a chorar, deixei de sair, cheguei a chorar de tão magoada que eu fiquei, mas depois aí eu comecei a raciocinar... bom... Eles como médicos, como enfermeiros, como atenciosos que eles são, tavam no direito deles de me dar um toque, de me dar uma bronca, chamar a atenção, por esse ou por aquele motivo, entende? (ALBIERO, 2003, p. 166).

Segundo Valença (2006), seus estudos mostraram que a equipe de saúde, ao não admitir a impossibilidade da mãe, por exemplo, converter-se em cuidadora, refina seus discursos interdisciplinares com argumentos éticos e políticos de convencimento, identificando disposições combatentes nas reivindicações maternas de não ocupar o lugar de cuidadora. O poder coercitivo das instituições sociais constrange o familiar acompanhante pela ambiguidade dos seus meios de convencimento, que podem ter caráter penal, enfatizando a ordem médica, ou se concretizarem na responsabilização sem culpabilização do cuidador.

A pesquisa aponta que, aceitando ou não a presença do acompanhante na instituição, a equipe de saúde, em seu papel principal de promotora de saúde, mantém-se como núcleo das ações educativas, padronizando sistematicamente comportamentos, expectativas, e atitudes do familiar cuidador em relação aos cuidados. O descumprimento de uma orientação ou ordem pode adquirir significados tanto de irresponsabilidade como de desobediência à autoridade médica institucionalizada, ambas passíveis de culpabilizações e represálias. Enfim, é estabelecida nesse processo, uma relação assimétrica entre equipe de saúde e família.

4.2.2.2 Assistência domiciliar pós-alta hospitalar

Segundo os autores, a assistência domiciliar a saúde vem sendo considerada como um modelo capaz de contemplar as necessidades atuais no setor de saúde, bem como uma alternativa capaz de representar uma revolução na esfera do cuidado com o doente. Vem sendo defendida como o segmento de assistência à saúde pautado no cuidado e na humanização, com baixos custos, além de ser considerada uma prática moderna de assistência, tanto pelos planos de saúde privados como pelo setor das políticas públicas de saúde. O estar e o cuidar em família e no domicílio passaram a ser vistos como uma grande alternativa, principalmente na melhoria da qualidade de vida do paciente e dos envolvidos no processo, evitando que o doente perca o vínculo familiar de seu meio social e cultural (ALBIERO, 2003; CEZAR, 2009).

Nessa lógica, o familiar recebe treinamento para operar equipamento médico-hospitalar (como concentradores, bomba de infusão e outros) enquanto ainda está acompanhando um paciente internado. Após alta hospitalar, esse familiar, em seu domicílio,

deverá executar os cuidados contando somente com sua desenvoltura e o conhecimento apreendido no tempo que permaneceu como acompanhante na instituição. Desta forma, o familiar cuidador administra recursos e cuidados diários, proporcionando a continuidade do tratamento e assumindo responsabilidades que, durante o período de internação hospitalar, eram assumidos pelo hospital e seu pessoal técnico especializado, alterando de forma significativa a rotina da vida familiar (ALBIERO, 2003; VALENTE, 2006; CEZAR, 2009).

No entanto, essa modalidade de atendimento não considera as implicações do processo de cuidado realizado pelo familiar em âmbito doméstico. O cuidado, como uma ação qualificada e executada, que exige muita dedicação, tem sérias implicações para o cuidador, que vive buscando combinar cuidado e qualidade de vida, tanto do seu paciente como de si mesmo.

Os autores apontam que a grande sobrecarga de trabalho do cuidador tem sido um dos pontos de estresse e de abandono da função. Quando isso acontece, ele começa a apresentar sinais de cansaço, esgotamento, sintomas de doença e outros. Como as falas de cuidadores descritas pelos autores:

[...] ela fica comigo vinte e quatro horas no atendimento direto. À medida que vai passando o tempo você começa a ter um cansaço muito grande, um estresse e você não aguenta sozinho, e isso ocorreu comigo uma coisa de uns dois meses prá cá (ALBIERO, 2003, p. 147).

[...] procuro seguir todas as recomendações médicas para evitar o agravamento da doença, Mas é impossível montar uma enfermaria em casa e sozinha dar conta do que é feito por muitas pessoas. Não reajo frente a equipe e ouço a repreensão calada, sabendo que é injustiça (VALENTE, 2006, p. 158).

Nessa lógica, Valente (2006) afirma que a responsabilidade do tratamento centralizada na figura do cuidador e os desgastes físicos, emocionais e financeiros precisam ser revistos e discutidos ultrapassando a ideologia da disponibilidade infinita do familiar em cuidar.

O cuidado executado no espaço domiciliar é “invisível” aos olhos do público. Diferente do hospital, o domicílio é o espaço da intimidade, no qual se gesta a história de cada um, marcado por relações afetuosas e subjetivas, pela expressão da singularidade, pela interdependência, pelo exercício de micropoderes. O processo de cuidar passa por várias fases e as relações familiares se modificam em decorrência da doença e da vulnerabilidade de um de seus membros. Deste modo, o papel da família no processo de cuidar de um doente em domicílio apresenta limites, ambiguidade e demonstra ser contraditório e permeado de

conflitos entre cuidador e doente, cuidador e família, cuidador consigo próprio e conflitos entre a família com as várias redes de suporte (ALBIERO, 2003).

4.2.2.3 Organização da família para o cuidado

Abordando o aspecto da organização familiar no processo de cuidado, os autores afirmam que a pessoa que exerce a função de cuidar acaba organizando sua vida e sua rotina diária a partir do “cuidado do outro”. Quando a necessidade do cuidado se apresenta para a família, há uma reorganização de rotina e se altera o modo comumente vivido. Diante disso, diversos aspectos são colocados em pauta, como a escolha de quem tem mais tempo ou condições emocionais para cuidar. Os autores apontam que, quando se tem um familiar que necessita cuidados, o ato de acompanhá-lo implica em tomada de decisão, que geralmente não ocorre sem passar por questões como: quem vai cuidar de casa? E das crianças? Se faltar no trabalho, poderei ser demitido, então quem cuidará? (ALBIERO, 2003; CEZAR, 2009).

Frente a esses dilemas, a família se organiza e utiliza estratégias para o cuidado. Os estudos apontam que geralmente é a mulher a principal cuidadora e, junto com a tarefa do cuidado, realiza afazeres domésticos, ainda muito delegados a ela por questões de gênero. Nesse processo, há agravantes diferentes a cada situação familiar. Há famílias que possuem crianças menores em casa e uma internada no hospital. A mãe como principal cuidadora, cuidará de quem? Ou quando se divide a tarefa do cuidado com o trabalho; ou ainda quando não há rede de apoio para dividir a tarefa. São diversos fatores que resultam em diferentes estratégias para o cuidado, pois novamente evidencia-se nos estudos, ao tratarem do aspecto de organização para o cuidado a culpabilização da família, principalmente por ela mesma, se não exercer o cuidado.

Os estudos relatam algumas estratégias e recursos que a família utiliza nesse processo.

Segundo seu relato, a usuária sempre cuidou sozinha dos afazeres domésticos e nunca pode contar com a rede social primária, sua família reside no interior de Santa Catarina e a entrevistada não mantém vínculos com a mesma. Embora durante o período de internação do filho a usuária tenha permanecido alojada na Unidade Mãe Canguru, precisou ir com frequência para sua casa

em função da organização das tarefas e dos cuidados com os filhos de (16, 14, 12, 9, 6, 3, e 2 anos de idade). Nesse período, seu companheiro ficou responsável pelas crianças, no entanto, foi preciso que uma vizinha e amiga da família preparasse o alimento e encaminhasse as crianças para a escola e creche (CEZAR, 2009, p. 71).

As mães residentes em outras cidades, que precisam se ausentar da Unidade, sentem-se culpadas por deixar o recém-nascido. Assim, como as mães veem como obrigação cumprir a rotina exigida no processo de cuidar, estas devem amamentar de 3 em 3 horas, realizar a ordenha do leite, dar banho, trocar, estar junto, acalantar e fazer o canguru. São várias atividades que fazem com que elas estejam 24 horas envolvidas no cuidado e, portanto, a mãe organiza sua rotina a partir do cuidado com o recém-nascido. Muitas vezes, quando é sinalizada a possibilidade delas irem para casa, há a expressão de culpa por parte delas (CEZAR, 2009, p. 71).

Tanto a tarefa de cuidar como a de transferir esse cuidado para outros cuidadores implica desgaste de definir novas estratégias e procedimentos, tais como: quem escolher, o que ensinar, horário de trabalho, a formalização das relações de trabalho, expectativas e outros. Os autores também enfatizam a dificuldade do cuidador/familiar em transferir essa tarefa, pois sentem-se receosos quanto a qualidade do cuidado, ou ainda o consideram como sua responsabilidade, devido ao vínculo de parentesco com o paciente (ALBIERO, 2003; VALENTE, 2006; CEZAR, 2009).

[...] evidentemente, você gostaria de ter a sua vida mais livre, de você poder sair e continuar a sua vida; mas entre uma opção ou outra, eu prefiro cuidar dela, com certeza, não vou largá-la e... Não abro mão desse cuidado [...] (ALBIERO, 2003, p. 154).

É isso que a gente agora tá começando a fazer e de preferência com pessoas que ela já conheça e que se dá bem, como essa menina que trabalha aqui já há vinte anos, ela é considerada como uma filha. Então fica cinco horas com ela ali [...] eu às vezes tô em casa tô em casa mas daí eu me desligo daquele trabalho e vou fazer alguma outra coisa, ou vou fazer uma compra, vou ao banco, vou ao supermercado, e isso já me [...] deixa a cabeça um pouco mais leve (ALBIERO, 2003, p. 149).

A criança só fica segura sob os olhos da mãe. O cuidar na saúde e na doença é papel da mãe. Na doença o que muda é o foco e a intensidade de cuidar (VALENTE, 2006, p. 170).

De modo geral, as pesquisas mostram que, além de ser a principal responsável pelo cuidado, a família organiza meios para realizá-lo, tece a rede de apoio e administra sua rotina conforme as necessidades do cuidado. A organização da vida no processo de cuidar atinge, entre muitos outros fatores, a disponibilidade do cuidador de se organizar, de abdicar-se e abrir mão de seus projetos de vida. Foi identificado nas pesquisas que a rede de suporte

familiar se apresenta como uma das principais alternativas utilizadas pelas famílias como forma de reorganizar o cuidado e a vida. “São formas de organização que podemos caracterizar como uma reengenharia do cuidado” (ALBIERO, 2003, p. 153).

4.3 APROXIMAÇÃO PRELIMINAR

Através das pontuações realizadas até o momento, é possível confirmar a ideia de que a família desempenha um papel preponderante na proteção social e ela é incorporada de diferentes formas na política social. A presença dela nos serviços de saúde, através da figura do acompanhante, também demonstra isso.

Os documentos do Ministério da Saúde que tratam do acompanhante trazem a mesma lógica apontada nos documentos que tratam do cuidado, como o Guia Prático do Cuidador, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, entre outros, já apontados anteriormente. Trata-se de uma lógica centrada no apelo ao cuidado e na ênfase da responsabilidade familiar apoiados na solidariedade. Por exemplo, a cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” justifica a defesa da participação da família nos serviços por considerar que esta deve ser chamada a sua responsabilidade quanto ao cuidado de seus membros e reafirma o apelo a solidariedade quando expressa que somente com a presença do acompanhante o paciente sentirá conforto e saberá que sua família lhe ama.

No que tange ao direito ao acompanhante, a legislação Estadual o trata como direito a todos os pacientes. No entanto, a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz esse direito restrito a gestantes, crianças, adolescentes, pessoas com deficiências ou idoso. Através da análise, observamos que os serviços de alta complexidade (hospitais) da Grande Florianópolis baseiam-se no conteúdo desta última, quando colocam em suas orientações diversas restrições à autorização de acompanhantes, bem como diversas condicionalidades de permanência e comportamento destes. Isso pode significar que a família é incluída ou não nos serviços também a partir da lógica e das necessidades dos serviços. Porém, essa restrição também está relacionada às condições de hotelaria dos hospitais. A cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” aborda essa restrição expondo como os hospitais veem o acompanhante e que estrutura eles possuem para a inclusão deste nos serviços. “Faltam estrutura física e

profissionais destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes. Faltam e, quando há, são muito precárias as condições para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar” (BRASIL, 2009, p. 5-6).

Quando analisamos os trabalhos publicados sobre o tema, os autores, ao discorrerem sobre o acompanhante no interior das instituições, deixam claras as opiniões dos profissionais quanto à presença daqueles que, de modo geral, veem como intrusos, atrapalhando o serviço. Como confirmado pela cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”: “Visita e acompanhante são vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um ‘peso’ a mais, uma demanda que precisa ser contida” (BRASIL, 2009, p. 5).

Além disso, os trabalhos discorrem que quando o acompanhante está nos hospitais, ele deverá realizar o cuidado, já que o paciente é seu familiar, o que caracteriza ser sua responsabilidade, segundo a lógica dos serviços. Aspectos também visualizados na mídia, quando veiculam a família tecendo a rede de serviços para concretizar seu acesso a saúde; na divulgação dos programas de cuidado domiciliar e capacitações à família para o cuidado; e ainda quando divulgam opiniões de cidadãos que incorporaram a lógica da Política de Saúde e dos serviços, que veem como obrigação do acompanhante/familiar o cuidado no âmbito das instituições.

Ou seja, enfatiza-se o cuidado como função da família e instalam-se contradições. Pois, ao mesmo tempo que se colocam empecilhos a presença do acompanhante, enfatiza-se a responsabilidade familiar através do apelo sentimental e da solidariedade. Quando a família vai assumir sua “responsabilidade”, imposta socialmente, não lhe são dadas condições de exercer tal função, muito menos são levadas em conta as condições e implicações dessa tarefa na vida do cuidador e de toda a família.

As fontes analisadas permitiram observar que esse cuidado realizado pela família demanda tempo, organização, recursos e experiência. Modificando o cotidiano familiar, esse processo interfere nas suas relações, impõe regras e maneiras e requer a elaboração de estratégias para realizá-lo. Segundo Mito (2009), a tradição da família como lugar de cuidado dos doentes e a interdependência entre família e serviços concorrem para a conformação de uma expectativa em torno da participação da família no cuidado. Essa participação se caracteriza de modo formal ou informal, ou ainda por meio de uma integração para cobrir deficiências do próprio serviço. Saraceno denomina esse cuidado como trabalho familiar, à medida que se refere e é motivado pelas relações familiares e implica dimensões sólidas de trabalho material e de elaboração simbólica, de cuidado e atendimento às

necessidades dos indivíduos e de cautelosa avaliação de prioridades de recursos (1997 apud MIOTO, 2009; CEZAR, 2009).

Nessa perspectiva, pode-se visualizar a tendência ideológica das políticas sociais, apontada por Bermúdez (2001), que visa transformar a família em uma unidade econômica e política pronta para a resolução dos problemas de racionalidade global do modelo, independente das limitações e contradições presentes nesse encaminhamento. Quando, por exemplo, coloca-se sobre a família as responsabilidades emocionais, financeiras e físicas do cuidado, exigindo-se que o cuidador organize e provenha sua própria permanência na instituição e molde sua personalidade aprendendo as técnicas do cuidado e se comportando de maneira estabelecida para o exercício de sua função, como visualizado no dia a dia dos serviços e expresso na orientação de um hospital analisado: “Procure estimular o paciente, contribuindo para seu bem-estar emocional. Mantenha uma atitude positiva. Não relate problemas familiares que possam afetar o paciente” (hospital 1).

Diante da atual lógica, observa-se que a família tem sido colocada a eleger e definir estratégias a respeito de diferentes bens e serviços dos quais utiliza. Reafirma-se assim, aspectos já apontados por Saraceno (1997 apud MIOTO, 2009, p. 17), que os serviços prevêm e requerem uma “[...] presença articulada e inteligente das famílias”. E inclusive, observado através do julgamento dos profissionais de saúde das publicações analisadas, os serviços se colocam frente a boas famílias que são aquelas que abrigam e proporcionam sustentação aos doentes e introduzem-se nos serviços para humanizá-los. Já as más famílias são aquelas que delegam seus membros necessitados aos serviços.

Segundo Nogueira (2002), países da América Latina tem estimulado a revalorização da família para o cuidado. Para tanto, enaltece-se a família, no plano simbólico, como um suporte que favorece a transmissão de valores ético-políticos coerentes com uma sociedade supostamente fraterna. Apontando-a como uma rede de amparo aos riscos sociais e afetivos, sempre atenta às disfunções de seus integrantes. Transmissão de ideias que favorecem, no plano ideal, o deslocamento para o grupo familiar de uma situação opressiva, envolta pelos abusos de poder e violência real, inter e intrafamiliar. Favorece ainda a culpabilização da família pelos insucessos de seus integrantes ou quando falha na tarefa de socialização. Enfatizam-se todos esses aspectos sem considerar a sobrecarga e expansão da responsabilidade do grupo familiar como um efeito imediato e negativo.

Tais aspectos apontados pela autora resumem como o cuidado tem sido cada vez mais delegado a família e de forma natural, de modo que ela sinta-se culpada quando não exerce tal

função. Ou seja, o cuidado não é reconhecido como trabalho familiar e dessa forma continua sendo naturalizado como função familiar.

A Política de Saúde evidencia e naturaliza a responsabilidade da família através de seus dispositivos e diretrizes quando, por exemplo, enfatiza a solidariedade e o cuidado como amor ao próximo e atitude de humanidade. Programas, como o “Home Care”, também falam a favor dessa naturalização e vem ganhando espaço sendo veiculados na mídia através do apelo da humanização ao paciente, sem esconder o objetivo de diminuir custos. Na lógica desses programas, segundo Franco e Merhy (2008), a produção de cuidado no ambiente do domicílio passa a ser “tecnificada”. Com a transferência de conhecimento e tecnologias de cuidados à família, esta ficando responsável por grande parte do cuidado. No entanto, esse não é um processo simples. Por exemplo, no domicílio, o saber técnico-científico é interrogado frente ao saber cuidador da família. Para os autores, o espaço do domicílio, a partir da internação domiciliar, passa a ser o lugar do encontro entre o saber técnico-científico da equipe e o saber cuidador da família que, por sua vez, gera conflito e situações complexas.

Devido a resistência que as famílias expressam em assumir os cuidados rotineiros, ligada a diversos fatores, dentre eles a própria insegurança que envolve o ato de cuidar, os profissionais começam a trabalhar a “alta” desde o ingresso no Programa, buscando transferir conhecimento e tecnologias de cuidado aos familiares (FRANCO; MERHY, 2008). Cuidados estes que compreendem uma gama de serviços realizados no domicílio que

[...] vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas. Também estão incluídos neste conceito o chamado suporte comunitário (voluntários, serviços de associações comunitárias, transporte) e realização de tarefas externas, como ida a um banco ou a uma farmácia (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p. 687).

A naturalização do cuidado no âmbito familiar foi observada também na análise das orientações dos hospitais, pois estas não abordam essa questão, com exceção de uma orientação que trata o cuidado como objetivo para a permanência do acompanhante na instituição. Essa invisibilidade do cuidado como orientação para as famílias contribui para a naturalização desse trabalho familiar. No entanto, ao analisarmos os trabalhos publicados

sobre o tema, observamos que o cuidado é o principal elo entre acompanhante e profissional de saúde. Os trabalhos apontam opiniões dos profissionais que consideram o cuidado como atividade do acompanhante e apontam ainda relatos de familiares acompanhantes que reconhecem o cuidado como atividade de sua responsabilidade. O desgaste emocional e financeiro não é contabilizado como tal, mas é visto como uma obrigação do acompanhante/familiar.

Nogueira (2002) afirma, ao tratar da política de saúde, que o papel do profissional de saúde foi norteado para realizar alianças com a família com o objetivo que esta cumpra com sua missão. Deste modo, passou-se a valorizar a necessidade de fortalecê-la, auxiliando-a a descobrir e a ampliar suas potencialidades. Aspectos evidenciados nas opiniões dos profissionais de saúde, transcritas pelos autores analisados, e através do documento do Ministério da Saúde que trata do acompanhante. Este afirma que um dos motivos para a presença do acompanhante no ambiente hospitalar é o aprendizado de algumas técnicas para a continuidade do cuidado em casa.

Observa-se também que os serviços de saúde, apoiados na tradição da solidariedade e na posição da família como sujeito fundamental no processo de cuidado, passam a chamá-la para participar do processo do cuidado cada vez mais tecnificado, tornando-se tônica nesses serviços que exigem dela, por um lado, um alto grau de adaptação às suas normas de funcionamento e, por outro, exigem uma alta dose de trabalho familiar, em geral, encoberto sob o rótulo de participação. Nessa perspectiva, se abrem muitas questões, dentre elas, se pergunta quais são os critérios utilizados para estabelecer os limites entre o cuidado oferecido pelos serviços e aquele provido pelas famílias; quais as concepções de família presentes no âmbito dos serviços; e como ela participa dos serviços (MIOTO, 2009).

Essas questões são colocadas em pauta quando, por exemplo, os serviços afirmam que há preferência quanto ao acompanhante ser do mesmo sexo do paciente, ou ainda quando é exaltado forte apelo ao cuidado como se o familiar que não exercer o cuidado não sente afeto ao paciente ou não é um ser humano de qualidades especiais, que possua amor e humanidade, como é conceituado o cuidado pelo Guia Prático do Cuidador (2008a).

No bojo de tais questões observa-se que, dadas as transformações das configurações familiares, das mudanças ocorridas no âmbito da divisão sexual do trabalho, do empobrecimento das famílias e da diminuição dos vínculos comunitários, as possibilidades protetivas da família já não são as mesmas. Confirma-se, portanto, a tese que a família, ao ser exigida a responder por cuidados cada vez mais sofisticados no âmbito da política social, e

particularmente na política de saúde, está cada vez mais sobrecarregada. Os serviços requerem das famílias a organização do seu tempo – quando determinam horários específicos de troca de acompanhante, por exemplo – e de seus recursos – quando deixam sob a família a responsabilidade das condições de sua permanência nos serviços ou ainda quando formulam e regulamentam programas de cuidado domiciliar, nos quais a família tem que prover as necessidades do tratamento em domicílio – (CAMPOS; MIOTO, 2003). Deste modo, os serviços não se caracterizam como substitutivos da família. Ao contrário, eles modulam níveis de adaptação e de exigências para as famílias, o que demonstra o caráter contraditório dessa relação, “pois ao mesmo tempo em que são organizados para aliviar as tarefas da família, requerem trabalho e se define como espaços legítimos de fixação de normas” (SARACENO 1997 apud MIOTO, 2009, p. 14).

Enfim, a naturalização do cuidado, como responsabilidade da família, direciona a dinâmica dos serviços, que por meio de suas normas, exigências e organização mantêm expectativas e delegam obrigações a família, as quais são incompatíveis com a lógica do atendimento às necessidades sociais da população e da garantia dos direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, ao longo deste estudo, que a temática família e serviços é pouco discutida, principalmente, quando se trata de aspectos relacionados a responsabilização da família. Contudo, a literatura permite ampliar nosso entendimento sobre esta relação quando discorre sobre a proteção social e sua relação com a família. Relação que influencia no desenho das políticas sociais e, conseqüentemente, dos serviços.

Observou-se, por meio das fontes pesquisadas, que a minimização do papel do Estado, a partir dos princípios neoliberais, trouxe retrocessos à proteção social, idealizada como um direito de cidadania. Averso a lógica da universalidade, a proposta que surge é a mercantilização do bem-estar com conseqüente revalorização dos tradicionais mecanismos de proteção social – a sociedade e a família. Nessa lógica, através do exercício da solidariedade, a família vem sendo convocada a assumir a provisão do bem-estar, configurando uma estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania, já que as fronteiras entre as esferas pública e privada se tornam cada vez mais invisíveis e a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, com a conseqüente quebra de garantia de direitos, se mostra mais presente (LIMA, 2006; PEREIRA, 2004).

Nesse contexto, a política e os serviços de saúde estão moldados pela lógica neoliberal, caracterizada pela precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. Isso pode ser visualizado através de uma reorganização no campo da saúde que, segundo Nogueira (2002), integra três elementos adeptos ao ideário pautado na perspectiva do ajuste estrutural. Primeiro, as novas responsabilidades familiares na distribuição dos custos da atenção sanitária e ampliação dos cuidados assistenciais e promocionais da saúde. O Brasil adota, nessa linha, a tendência dos países onde o *Welfare State* vem sendo reordenado pelo eixo familiar, ou seja, onde a participação sociopolítica foi organizada a partir da entrada masculina no mercado de trabalho. O segundo elemento é a busca de uma nova solidariedade, provocada pelo Estado e pelo mercado, objetivando diminuir os gastos com a saúde. Isso leva à implementação de programas de baixo custo para a população mais pobre, de transferência das responsabilidades para as instituições filantrópicas. Acelera-se, no entanto, a expansão das seguradoras com a criação de novos mercados para segmentos diferenciados. E como terceiro elemento, no plano mais político, ocorre a diminuição da esfera pública na saúde. A passagem

do debate da saúde para espaços despolitizados, a reorientação do controle social do âmbito da formulação de políticas para o controle sobre a qualidade do serviço, a desqualificação das instâncias de mediação institucional, o apelo ao individualismo e à família como agentes econômicos e políticos confirmam a posição de centralidade e responsabilização colocada à família no âmbito da saúde.

Em suma, vive-se uma era de “valorização” e “reconhecimento” da família, que vem associada a sua maior responsabilização como mecanismo de proteção social. Constatam-se contradições entre o que está expresso na legislação do país e na direção das políticas sociais e a realidade brasileira, que tem dado sinais cada vez mais evidentes de processos de penalização e desproteção das famílias, desconsiderando as implicações dessa responsabilização, bem como as transformações na família, diretamente relacionadas às mudanças na sociedade. Espera-se que a família constitua-se espaço de proteção por excelência sem ponderar seu caráter contraditório, pois não se efetiva como um espaço de virtudes e consensos, mas possui tensões e desacordos.

Essa responsabilização da família foi observada quando se analisou a inclusão do acompanhante nos serviços de saúde no âmbito da alta complexidade, através de documentos públicos, das orientações hospitalares, de notícias veiculadas na mídia e produções de profissionais que tratam o tema. Nesse processo, a família vê suas funções ampliadas quando, por exemplo, se refere ao cuidado nos serviços de saúde. O cuidado é visto como um atributo da dimensão doméstica e não como relacionado aos aspectos econômicos e de ordenamento político, distanciando-se da esfera pública e do fruto de opções deliberadas. Este é um exemplo que nos permite visualizar que a transferência das funções estatais para a família vai ocorrendo gradativamente em nome da solidariedade familiar, reduzindo os direitos da cidadania social, conquistados ao longo do século XX. Nesse sentido, as consequências políticas são de ordens distintas, percorrendo o caminho da redução da democracia social, reforçando ao não-discernimento entre o público e o privado, inibindo a luta política a partir das classes sociais e marcando contradições.

Através da construção de um panorama da relação família e serviços de alta complexidade, observando o cuidado como elo dessa relação e sendo tratado, no âmbito desses serviços, como responsabilidade familiar, observa-se a necessidade em estabelecer novas pautas de relacionamento entre família e serviços, sendo considerados os diferentes arranjos e dinâmicas familiares constituídos ao longo dos anos, garantindo a proteção social aos indivíduos e o direitos sociais, segundo as leis. Enfim, há urgência em se estabelecer, de

fato, a saúde como um direito de todos e dever do Estado garantido mediante as políticas sociais, que necessitam de reformulações e de profissionais que possuam competência ética e política para elaboração, gestão e execução destas, bem como possuam a compreensão do sentido amplo do conceito de “saúde”.

Nessa lógica, destaca-se o assistente social que caracteriza-se como “um dos principais articuladores de equipes multiprofissionais”, segundo Vasconcelos (2006, p. 26), e, por isso, pode contribuir amplamente na problematização da relação família e serviços no cotidiano dos profissionais, considerando que o assistente social tem na família um dos seus sujeitos privilegiados de intervenção e trabalha no campo das políticas públicas essencialmente nos serviços disponibilizados para a população. Deste modo, o profissional poderá favorecer a articulação das equipes e dos serviços, no sentido da intersectorialidade, contribuindo para a ampliação da consciência do direito à saúde e do entendimento das necessidades sociais dos usuários como parte de uma totalidade social mais ampla.

Nesse sentido, Miotto (2000) já enfatizava que o assistente social, no trabalho com famílias, além de articular sua intervenção no âmbito da proposição, articulação e avaliação de políticas sociais e da intervenção em situações familiares, deve observar a urgência em instituir novas configurações de relacionamento entre família e serviços, atuando deste modo na organização e articulação dos serviços. Pois, como exposto neste estudo, os serviços tem se utilizado do trabalho familiar, naturalizando-o e exigindo das famílias alto grau de adaptação às suas regras e normas, sob o discurso da solidariedade e participação. Esta lógica contribui para o afastamento do debate do cuidado como problema público, enfraquecendo a discussão voltada para a lógica do direito social.

Considerando a particularidade na área da saúde que consiste na relação direta entre produção e consumo, onde os resultados do trabalho são passíveis de imprevisibilidades, há uma dependência das condições objetivas e subjetivas das partes envolvidas. Não se trata de um campo que estabeleça um trabalho engessado, que impeça a autonomia do profissional. Com isso, o assistente social deve buscar a construção de mecanismos de incorporação de necessidades não previstas e daquelas que perpassam o cotidiano dos serviços, objetivando contemplar as necessidades dos usuários em sua integralidade, utilizando-se dos estatutos legais e éticos que atribuem uma autonomia teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa à direção do exercício profissional (COSTA, 2006; IAMAMOTO, 2006).

Assim, diante de um contexto sócio-histórico avesso a democracia, exige-se uma nova forma de fazer política, no qual o assistente social seja “capaz se acumular forças na

construção de novas relações entre Estado e sociedade civil, que reduza o fosso entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, entre o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais” (IAMAMOTO, 2006, p. 165).

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, Rosario. **Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas**. Reunión de expertos “políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. CEPAL, 2005.
- ALBIERO, Cleci. Elisa. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. Florianópolis, 2003. 182p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.
- ALVES, Francielle Lopes. **Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre cirurgia bariátrica**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), vol.8, n.14, pp. 73-92. ISSN 1414-3283, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em 07 jun. 2010.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação Capitalista, fundo público e política social. In: **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**, São Paulo: Cortez, 2008, p.44-63.
- _____. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.302-321.
- BERMÚDEZ, Monica Solange de Martino. Políticas sociales y familia Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista. **Políticas sociales y familia**, p.103-114, 2001.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do ser humano**. In. _____. *Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. LEI n. 8.069, de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Lex:** Coletânea de leis, Santa Catarina, Conselho Regional de Serviço Social 12º região, 1996/1999.

_____. LEI n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Lex:** Coletânea de leis, Santa Catarina, Conselho Regional de Serviço Social 12º região, 1996/1999.

_____. LEI n. 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Lex:** Coletânea de leis, Santa Catarina, Conselho Regional de Serviço Social 12º região, 1996/1999.

_____. LEI Nº. 13.324, de 20 de janeiro de 2005. Dispõe sobre afixação nas recepções dos hospitais privados e da rede pública do Estado, da Cartilha dos Direitos do Paciente. Disponível em <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_lista.asp?campo=3302>. Acesso em 10 jun. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso: método mãe-canguru:** manual do curso/ Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_MetodoMaeCanguru.pdf> Acesso em: 09 maio 2010.

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em 10 de maio de 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006, 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde /** Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : **visita aberta e direito a acompanhante** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Ministério da Saúde**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288>.
Acesso em: 12 maio 2010.

BRAVO, M.I. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Marta Silva; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social**, Brasília: UNB, N ° 12 jan.- junho, 2003, p. 165–190.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Políticas Sociais e Família. **Libertas: Revista da Faculdade de Serviço Social**. Universidade Federal de juiz de Fora, v1, n. 1, 2008.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.2, 2003, p.109 -122 .

CEZAR, Camile. Alves. **A invisibilidade do trabalho familiar: uma discussão sobre o cuidado na política de atenção humanizada ao recém-nascido - Método Canguru**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Florianópolis: Departamento de Serviço Social/UFSC, 2009.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, Maria Dalva Horário. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho em serviços. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social**. 2 ed. - São Paulo: Cortez, 2000.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 305-351.

DIBAI, Márcia Bárbara Souza; CADE, Nágela Valdão. O acompanhante na instituição hospitalar na perspectiva de profissionais da saúde. In: Revista Serviço Social e Sociedade, v. 28, n.90, jun. 2007.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4): 986-994 jul-ago, 2004.

FONSECA, Claudia. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: Coletânea Rinaldi Althof, Ingrid Elsen, Nitschke (org.). **Pesquisando a família – olhares contemporâneos**. Florianópolis, SC: 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1511-1520, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, v. 72, n.91, p.07-22, 1994.

_____. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.01-20. Jan./jun. 2002. Disponível em:
<http://200.130.7.5/spmu/estudos_pesquisas/estudos/familia_genero.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística de registro civil 2008**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1501.> Acesso em: 23 mar. 2010.

_____. **Síntese de indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira.** 2009. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2009/indic_sociais2009.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 7º ed. - São Paulo: Cortez; (Lima, Peru): Celats, 1990.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Márcia Guimarães M. Entre tramas e Redes: cuidado e integralidade. IN: **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araujo (Org.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

KRMPOTIC, Claudia Sandra; IESO, Lia Carla de. Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género.2009. In: **Katálysis**, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, v.13 n.1 jan./jun.2010.

LAMY, Z. C; *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005. p. 659-668. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>>. Acesso em 10 maio 2010.

LIMA, Eliéte Maria de. **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis.** 154 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006.

LIMA, T. S. L.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis.** V. 10. Nº. especial. Editora da UFSC, Florianópolis. 2007

LUDKE, Menga; ANDRE, Marli Elisa Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** 1986, São Paulo: E. P. U. Reimpressão, 2005.

MACHADO, Lia Zanona. Famílias e Individualismo: Tendências contemporâneas no Brasil. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação**, Brasília, v. 8, n. 5, p.1-16, 2001. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie291empdf.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

MARCONI, Merina de Andrada; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 5º Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). In: Acosta A. R.; Vitale M.A.F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez; 2003. p.169-174.

MEDEIROS, Marcelo; OSÓRIO, Rafael. **Arranjos Domiciliares e Arranjos Nucleares no Brasil: Classificação e Evolução de 1997 a 1998**. Brasília: IPEA, abril. 2001. (Texto para discussão nº. 788).

MEIRELLES, Dimária Silva e. **O conceito de serviços**. Revista de economia política, v. 26, p. 119-136, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf>> Acesso em 01 maio 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4º ed. São Paulo: **Humanismo, Ciência e Tecnologia**, 1992.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 24ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Cadernos Capacitação em Serviço Social e Política Social – 04**. Brasília: UNB/CEAD, 2000.

_____. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz - Maranhão, p.133-143, jan./jun. 2004.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência as família no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. IN: SALES, M. A; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org) **Política Social, família e Juventude**. São Paulo: Cortez Editora/UERJ, p. 43-59, 2004 a.

_____; CAMPOS, Martha Silva; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas?: contribuição ao debate sobre o papel da família na provisão de bem estar social. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz - Maranhão, v. 10, n. 1, p.165-185, jan./jun. 2006.

_____; SILVA, Maria Jacinta da; SILVA, Selma Maria Muniz Marques da. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a

política antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz - Maranhão, v. 11, n. 2, p.197-220, jul./dez. 2007.

_____.; et al. Processo de construção do espaço profissional do Assistente Social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.
Relatório de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2007a (mimeo).

_____. Família e políticas sociais. In: **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**, São Paulo: Cortez, 2008, p.130-148.

_____. As ações profissionais do Assistente Social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da integralidade.
Breve Relatório de Pesquisa 2007-2010. UFSC/CNPq. Florianópolis, 2009 (mimeo).

MONTALI, Lilia. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. *Revista brasileira Ciências Sociais* [online]. 2000, vol.15, n.42, pp. 55-71. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n42/1736.pdf>>. Acesso em 18 março 2010.

NASCIMENTO, Arlindo Mello. **População e família brasileira**: ontem e hoje. 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma Nova Agenda**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, L. A; et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3) p. 689-698, 2005.

PEDRO, F. D. L. **Dinâmica relacional familiar e desnutrição na infância em contexto de vulnerabilidade social**. Dissertação Mestrado, Florianópolis, 2007. Disponível em:
<<http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Fernanda%20Pedro.pdf> > Acesso em 18 mar 2010.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A Saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser Social**, Brasília, n. 10, p.33-55, 01 jan. 2002.

_____. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 25- 42.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**, São Paulo: Cortez, 2008 p.87-107.

_____. **Política Social: temas & questões**. 2ª edição – São Paulo: Cortez, 2009.

RESTA, Darielli Gindri; MOTTA, Maria da Graça Corso. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional.

Revista Texto Contexto, enferm. v.14, n.spe. Florianópolis, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a13v14nspe.pdf>> Acesso em 18 mar. 2010.

SARTI, Cynthia. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F (Org.).

Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, Puc/SP, 2005. p. 21 – 36.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I – Nº I, 2009.

SIMIONATTO, Ivete. Estado e Sociedade Civil em tempos de globalização: reinvenção da política ou despolitização?. **Revista Katálysis do Departamento de Serviço Social da UFSC**, Florianópolis, primeiro semestre de 2004, edição n. 1, volume 7.

SUNKEL, G. **El papel de la familia en la protección social**. CEPAL: Division de Desarrollo Social. Chile, 2006. (Série Políticas Sociais 120). Disponível em:

<http://www.cepal.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2530PE/sps120_LCL2530.pdf>

Acesso em 01 de junho de 2010.

STAMM, Maristela; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio**. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003.

[online] Disponível em

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5539/3521>>

Acesso em 30 abril 2010.

VALENTE, Mara Thereza. **Os modos de cuidar da criança cronicamente enferma: a construção de uma nova relação entre mãe cuidadora e a equipe interdisciplinar**.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

YASBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.126-141.