

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

BRUNA ELOISE RABITTO

**QUESTÕES SOBRE A RELAÇÃO FAMÍLIA E CUIDADO EM SAÚDE:
INDICATIVOS A PARTIR DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA (HU/UFSC)**

FLORIANÓPOLIS

2012

BRUNA ELOISE RABITTO

**QUESTÕES SOBRE A RELAÇÃO FAMÍLIA E CUIDADO EM SAÚDE:
INDICATIVOS A PARTIR DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA (HU/UFSC)**

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 Keli. Regina Dal Prá

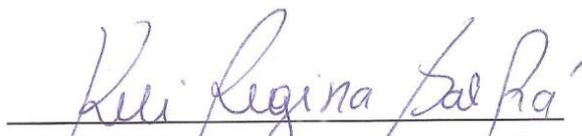
FLORIANÓPOLIS

2012/1

BRUNA ELOISE RABITTO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

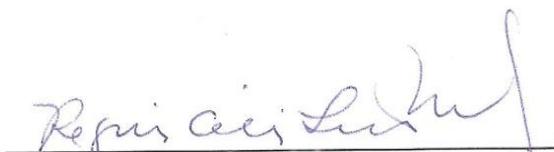
BANCA EXAMINADORA



PROFª DRA. KELI REGINA DAL PRÁ
Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente



ASSIST. SOCIAL CARMEN LÚCIA BLASI VILLARI
Hospital Universitário – UFSC
1ª Examinadora



PROFª DRA. REGINA CÉLIA TAMASO MIOTO
Departamento de Serviço Social – UFSC
2ª Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu força e perseverança nessa caminhada da minha vida. Ele que esteve ao meu lado nas dificuldades e alegrias, e que hoje me fez vencer mais uma etapa importante da minha vida. Mesmo sendo um ano difícil para mim e para a minha família, vem nos mostrando a cada dia que Ele é o caminho certo, e que Nele encontramos a base necessária para seguir em frente.

Agradeço aos meus pais e meu irmão, que desde o princípio da graduação me fortaleceram com palavras e carinho, para tornar esse sonho realidade. Devo tudo a eles, e é por eles que me sinto orgulhosa de ter percorrido essa caminhada, que às vezes pareceu árdua, mas eles se mantiveram ao meu lado me apoiando e me amando incondicionalmente. E a toda a minha família, que mesmo morando longe, manifestaram a todo o momento apoio e respeito. Amo vocês!

Agradeço a todas as minhas amigas e amigos, que me apoiaram nos momentos em que quis desistir, que me deram força para continuar, e que hoje ainda estão do meu lado apesar de todos esses anos e da distância, que se tornou inevitável. Mas que mesmo assim fortaleceram em todos os nossos encontros, o verdadeiro motivo pelo qual somos amigos até hoje.

Agradeço a Carmen minha supervisora, que teve a paciência e o carinho de me ensinar tudo que sei, durante esse um ano de estágio. Obrigado por tudo, pois no dia a dia vi o quanto enriqueci meu aprendizado e meu olhar sobre a realidade. Por isso tenho orgulho da profissional com quem convivi e da pessoa querida que conheci. Obrigada!

E por fim, mas não menos importante, agradeço a minha Orientadora Keli. Desde o começo a quis como minha orientadora, e tive o privilégio e sorte da sua orientação. Agradeço a paciência, o comprometimento, a forma competente e coerente de tornar esse processo de amor e ódio de elaboração desse TCC tão sereno, mais ao mesmo tempo tão intenso, que só me fez enriquecer e compreender o quão importante e primordial nossa profissão é, em qual seja o campo de atuação. Obrigada Keli, pelo olhar delicado e comprometido, não só para com a profissão, mas em tudo que você se envolve. Obrigada por ser esse exemplo de profissional!

Quando pensamos em cuidado, abrangemos o aspecto relacional com o mundo para além do aspecto relacional entre homens e mulheres (Jorge Lyra *et al*, 2010, p. 86).

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo problematizar a relação estabelecida entre família e cuidados em saúde, a partir da observação dos acompanhantes dos pacientes internados na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tem por intuito avaliar, por meio da análise bibliográfica, as concepções de família e como ela está posta na Política de Saúde. Diante disso, considerar as questões adjacentes surgidas naturalmente com a discussão. Como as questões do cuidado e da corresponsabilização do Estado; dos papéis de homens e mulheres dentro da família; e dos diversos arranjos familiares da nossa sociedade. Posterior à análise conceitual, e à luz das contribuições dos diversos autores encontrados, foi realizada uma análise relacionando a observação das famílias e dos acompanhantes.

Palavras-chave: Família; Cuidado; Acompanhantes; SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 CONCEITUALIZAÇÃO DE FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS SOCIAIS	10
2.1 FAMÍLIA: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS	11
2.2 A RELAÇÃO FAMÍLIA-POLÍTICAS SOCIAIS	21
3 A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NA UIP DO HU DA UFSC	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO HU E AS PORTAS DE ENTRADA DA UIP	33
3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS NA UIP: ALGUNS APONTAMENTOS PARA O DEBATE DA RELAÇÃO FAMÍLIA E CUIDADO EM SAÚDE	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

As categorias que perpassam a discussão de família fazem compreender que ela se modificou historicamente, tanto em sua estrutura, como na sua formação. Dentre os modelos de família da sociedade brasileira observou-se as famílias patriarcais, famílias burguesas e as características regionais que influenciaram na consolidação das famílias contemporâneas. A dinamicidade que a família teve ao longo dos anos foi resultado de transformações societárias, como, por exemplo, os novos arranjos familiares, onde se pode evidenciar a composição monoparental masculina ou feminina, pais homossexuais, avós assumindo os papéis dos pais, confirmando as novas formações encontradas ao longo da análise sobre família.

Esta pesquisa teve como metodologia a revisão bibliográfica e a observação presencial na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU/UFSC). Teve como objetivo problematizar a relação estabelecida entre família e cuidados em saúde a partir da observação dos acompanhantes dos pacientes internados na UIP do HU/UFSC. Fato esse de maior motivação para a elaboração desse trabalho, diante das questões que envolviam os acompanhantes e sua família, de como ela tinha que se organizar diante da nova situação. Através da análise documental, analisamos a inclusão da família por meio da figura do acompanhante nos serviços de saúde, as políticas sociais envolvidas, no que tange às questões do cuidado, de gênero e dos papéis dentro da família. A revisão bibliográfica permitiu um vasto campo de consulta, além de abordar vários ângulos sobre o tema “família” e o “cuidado” na esfera da saúde, além de possibilitar apontamentos de diferentes autores que estudam e refletem sobre o assunto.

Foi primordial realizar uma demarcação dos períodos específicos da história que, nas suas particularidades, influenciaram política, social e culturalmente as transformações ocorridas dentro da estrutura familiar. A década de 1960 com a difusão da pílula anticoncepcional, a liberdade sexual, particularmente das mulheres; os anos 1980 trazendo novas tecnologias e métodos reprodutivos; os anos 1990 com os avanços e novidades do exame de DNA e as responsabilidades atribuídas à figura masculina, resultando na função que os homens passam a ter como pais. E por fim o início do século XXI que traz importantes e significativas mudanças nos valores, costumes e hábitos da população, como a diminuição no tamanho da família e, por consequência, a variação dos arranjos familiares.

Todas essas mudanças ocorridas em nossa sociedade, gerando consequências nas famílias, trazem também particularidades em incorporá-las nos termos da lei, por isso, foi de fundamental relevância evidenciar essa incorporação na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre outros. A família passa a ser compreendida como ponto a ser focalizado, protegido nas formas da lei e em diversas políticas sociais.

Depois da análise dos aspectos jurídicos, é essencial que sejam compreendidas as diversas formas de famílias encontradas (a nuclear, a extensa, a adotiva, a temporária, a monoparental, a homossexual) para entender que elas têm os mesmos direitos e deveres perante a sociedade. Porém, a relação que se faz das famílias e do Estado propicia um questionamento a cerca dos deveres, da família e do Estado, e dos deveres a ele atribuído, enquanto instituição e promotor de políticas públicas, avaliando, portanto, se as responsabilidades conferidas somente às famílias, não deveriam ser assumidas pelo Estado.

No que tange os deveres da família, o ECA, as Política de Saúde e Assistência Social, dentre outras políticas sociais, contemplam a família e trazem o que é conferido a ela. E nesse sentido é avaliado ao longo da discussão, os meandros de formação, divulgação e contestação dos valores pregados e direcionados à família. Assim como as diferentes formas de composição de uma família por consanguinidade, aliança e filiação, que propiciam a essas unidades familiares uma identidade pessoal, na transmissão de valores culturais e morais aos seus membros.

Em meio às mudanças ocorridas ao longo das décadas, é preciso entrar em pauta a estruturação das políticas voltadas às famílias. E se elas estão acompanhando essa dinamicidade, o que acontece entre os indivíduos que a compõem, e também os “novos” arranjos que estão surgindo.

O panorama a cerca da conceitualização que diversos autores nos trazem sobre famílias, propiciou um arcabouço teórico e crítico que qualifica a discussão que se sobrepõe a ela, que seriam as correlações existentes entre os membros dessa família com a sociedade e seus âmbitos econômicos, culturais, sociais e políticos e essas correlações em congruência com o Estado. Esse panorama nos propicia ponderar em nossa sociedade que as famílias têm que se submeter à desresponsabilização do Estado, e as atribuições que o mesmo faz a ela, naturalizando assim a obrigação de cuidar e garantir algum tipo de proteção a seus membros.

Nessa discussão é importante analisar as questões que envolvem o *familismo* e a condição para tal conceitualização, em contra ponto há da *desfamiliarização*. Todo esse cenário nos remete a avaliarmos de que forma as políticas sociais se relacionam a essa

conjuntura, em que ela modifica ou não os arranjos, a ponto de interferir na sua relação com o Estado. Estado esse, que vai se tornando menos participativo, focalizador, e vai com o tempo sobrecarregando as famílias diante da sua ausência.

As políticas sociais acabaram se adequando às conjunturas de nossa sociedade, mas sobram questões que levam à discussão sobre gênero, o cuidado e a focalização para patamares mais importantes. Falta às essas políticas uma maior universalização, para além de focalizadoras em famílias, em sua maioria monoparentais, tornando a mulher o principal sujeito de políticas voltadas à família.

Porém, o que fica evidente nessa discussão a cerca das políticas sociais que envolvem o âmbito familiar, é que questões que envolvem o trabalho, as responsabilidades atribuídas às famílias, são apenas alternativas que o Estado cria como mecanismos para preencher lacunas fundamentais em que ele deveria atuar. Outro ponto abordado, além da questão da responsabilização centrada na família, é o cuidado. O cuidado cada vez mais atrelado à família, designando responsabilidades aos seus indivíduos, que muitas vezes não têm capacidade e estrutura para tal. E como o cuidado vem associado às questões que abarcam as mulheres e às pertinências a elas relacionadas.

SEÇÃO I

2 CONCEITUALIZAÇÃO DE FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS SOCIAIS

A primeira seção, do presente trabalho, pretende oferecer contribuições conceituais sobre família, a fim de subsidiar a posterior análise a ser feita da UIP. Diante desse panorama é fundamental compreender que é de suma importância pautar a discussão em relação ao conceito de família feito por diversos autores, à trajetória de consolidação e estruturação da família em nossa sociedade, e sobre as políticas sociais que envolvem a família e seus temas adjacentes.

A família se torna parâmetro para se compreender como a nossa sociedade está organizada e se relacionando, ou seja, ela se tornou sinônimo de organização social. A dinamicidade da sociedade, ao longo dos séculos, modificou as famílias, e diante desse fator é de importância ser analisadas quais as principais mudanças que influenciaram diretamente a estruturação das famílias. As famílias ditas contemporâneas sofrem forte influência da libertação da mulher do âmbito privado, e dos diversos fatores que irão proporcionar essa liberdade e ascensão da mulher em nossa sociedade. A cerca disso é essencial ser ponderado quais foram esses diversos fatores e as suas consequências, que modificaram a vida dos indivíduos dessa sociedade e de suas famílias.

Nesse sentido, os diversos fatores que modificaram nossa sociedade, tiveram influência também das políticas sociais, e por isso a Política de Assistência Social e de Saúde, que é focalizado na família, acaba potencializando a responsabilização do cuidado a ela, onde nessa lógica, o Estado se mantém mínimo, proporcionando uma procura, muitas vezes, através do mercado, de suprir as necessidades que venha a surgir. Diante dessa lógica, é importante a compreensão a cerca da trajetória das políticas sociais em nosso país, e como as transformações das famílias e a da relação que elas estabelecem com o Estado as modificaram ao longo dos anos.

Questões que suscitam o debate da responsabilização de proteção e cuidado de seus membros, da solidariedade, resultam em questões que circundam a discussão sobre gênero, que nos faz compreender que elas têm forte influência na estruturação e até formação das famílias brasileiras. E, portanto, as temáticas que envolvem as mulheres e os cuidados atribuídos à elas, devem ser discutidos e analisados para se compreender essa conexão entre o cuidado e as questões de gênero.

2.1 Família: aproximações conceituais

A família se tornou um elemento de intensa modificação, devido a diversos fatores que a interferem externa e internamente. Ela está sujeita a modificações na sua estrutura, e na sua concepção. Há diversos conceitos e definições para uma das instituições mais trabalhadas, pensadas e estudadas como a família.

Perante as concepções de família, têm-se alguns modelos em que podemos salientar como principais na formação da estrutura familiar brasileira. Um desses modelos é a família patriarcal – onde o patriarca é responsável pelo controle (poder) da família e dos negócios, por consequência do sustento da família, transmissão do patrimônio, os casamentos arranjados, e a mulher dessa família patriarcal que representava bondade, voltada ao âmbito doméstico. Outro modelo se refere à família burguesa – essa família está atrelada a todo o processo de modernização e urbanização em que o país passava; essa família tem a mulher como mãe e esposa fiel, o amor é muito salientado, onde a figura da mãe/esposa é à base de sustentação dessa família burguesa (ÁLVARES, 2003; CORREA, 1992; NEDER, 1998).

Nas reflexões de Neder (1994) as particularidades históricas da família no Brasil trazem características regionais que se estabeleciam em cada parte do país. No Nordeste temos as famílias patriarcais compostas pelas sinhazinhas, que eram doces e passivas, com sua rotina e atividades diárias voltadas para a área doméstica. No Sul temos as famílias bandeirantes, com características de administração de suas fazendas e controle dos escravos devido à ausência de seus maridos. Porém o que se identifica é que as mulheres do sul eram mais ativas, entretanto suas atividades ainda eram voltadas para a “estrutura familiar”.

A família escrava também compõe as famílias brasileiras e se identifica, ao longo da história, pela falta de vínculo, a separação de casais, pais, filhos e parentes, causados pela violência e autoritarismo do regime de escravidão. As crianças nesse processo de escravidão foram abandonadas em um número significativo, independente da identidade do pai ser escravo ou senhor. Contudo, as organizações familiares escravas tiveram uma perda de suas tradições e raízes, todo o processo de sua cultura teve que ser remoldado à nova realidade vivida no século XIX, onde as “separações forçadas e preferência por escravos homens” levaram a fortalecer o processo, em que a gênese de sua cultura não permanecesse e nem se propagasse (NEDER, 1994, p.39).

As unidades familiares citadas à cima tem sua dinamicidade, mas devem ser analisadas dentro de suas particularidades e especificidades, pois elas se diferem nos

diversos momentos de mudança em que nossa história e nossa sociedade passou, em termos sociais, econômicos, culturais e políticos. É necessário entender que “trabalhar com família é estar em trânsito entre o micro e o macrosocial, entre o ser humano e sua individualidade e na sua coletividade, enfim é mergulhar infinitamente nas relações intra e extra familiares” (NITSCHKE; ELSSEN, 2000 *apud* MIOTO, 2004, p.161).

Toda essa interlocução que a família faz entre os diversos campos de nossa sociedade, campo social, econômico, cultural, entre outros, faz dela uma unidade ativa, em termos de mudanças, onde ela é capaz de interagir com as transformações societárias, resultando em uma nova reestruturação familiar. Porém Mioto (1998) pondera que as mudanças não só ocorrem de fora para dentro da família, mas entre os membros que a compõem, fazendo com que a unidade familiar, vista a partir de seus membros, não se simplifique pelo conjunto dos mesmos, mas sim pela interação e pela troca que ocorre entre eles.

Diante dessa dinamicidade em que a família passou nos períodos da história, onde novos arranjos familiares foram compostos, desde famílias com chefias masculinas, e atualmente chefias, também, femininas, famílias com pais homossexuais, mães solteiras, avós assumindo os papéis dos pais, entre outras, não se expressam em apenas exemplos, mas se fundamentam de uma forma crítica, motivando estudos e análises para diversos autores, dessas novas formas de organização familiares.

Quando analisamos os períodos específicos da história, para Sarti (2010) a década de 1960 está atrelada a diversas mudanças na sociedade, a mais expressiva delas é a difusão da pílula anticoncepcional, que começa a especificar as diferenças, agora mais nítidas, entre a vida sexual, principalmente das mulheres, e a reprodução. Fator que não atrelava mais a vida sexual das mulheres à maternidade, mas proporcionava uma liberdade sexual mais expressiva a partir desses avanços, possibilitando autonomia da mulher para o âmbito social.

Os anos 1980 trazem a tona as novas tecnologias e métodos reprodutivos, fazendo com que a família tenha que se estruturar de maneira diferente, onde as diferenciações entre mulher e mãe se fundamentam na autonomia da sexualidade das mulheres (SARTI, 2010).

Segundo Sarti (2000), os anos de 1990, no que tange a família, foram marcados pelos avanços e novidades do exame de DNA (*ácido desoxirribonucleico*), ou seja, ele vem para confirmar uma paternidade, e junto dessa certeza traz o debate sobre a real responsabilidade que o homem tem na função de pai. E como esse exame vem reestruturar a vida da família, do casal e da relação de pais e filhos, diante dessa ação reivindicatória de assumir essa responsabilidade perante não mais a mulher, mas aos

seus filhos. E por isso “os homens nunca foram tão responsáveis por sua reprodução biológica como no momento atual da nossa história” (BILAC, 1998 *apud* SARTI, 2000, p.24).

O século XXI veio atrelado a diversas e significativas modificações, a ponto de transformarem profundamente a sociedade, a ordem econômica, a organização do trabalho e até mesmo a família. A família teve que lidar com fatores ligados a reprodução humana e toda a tecnologia que a envolve, mudanças nos valores, costumes e hábitos. E todo esse processo gerou consequências na família, como o empobrecimento, a *desterritorialização* ocasionada pelas migrações, a diminuição no tamanho das famílias e a variação nos arranjos familiares (GOLDANI, 1994; PEREIRA, 1995 *apud* MIOTO, 2000).

Diante de toda essa mudança tecnológica e estrutural incidindo na vida biológica das famílias, as transformações na esfera jurídica também necessitaram acompanhar o processo, isto é,

alterando o estatuto legal da família, como produto da ação de inúmeras forças sociais, entre elas dois movimentos sociais fundamentais para as transformações familiares: o movimento feminista e a luta em favor dos direitos das crianças (SARTI, 2010, p.24).

A partir da Constituição Cidadã, a esfera jurídica começa a incorporar a família nos termos da lei, isto é, a Constituição Federal de 1988 é a primeira, depois das últimas seis, a incluir a família em seu texto, alguns exemplos dessas legislações são o ECA e o Estatuto do Idoso. Então mesmo que de forma específica, ou direta, a família começa a ser compreendida como ponto importante a ser protegido nas formas da lei, estabelecendo direitos e deveres a ela, e conseqüentemente, focalizando nela diversas políticas sociais, um movimento que se articula para a família e seus membros.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 traz a família nos seus artigos:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º - O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º - O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º - Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º - Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes (BRASIL, 1988, s/p).

O artigo 226 da Constituição Federal de 1988 nos remete pontos a serem problematizados, quanto às questões das definições oficiais de grupo familiar, que segundo Szymanski (2002), a família pode ser considerada nuclear (onde incluem

gerações com filhos biológicos), extensas (que incluem três ou mais gerações), adotivas temporárias, famílias adotivas, casais, famílias monoparentais, casais homossexuais (com ou sem filhos), famílias depois de um processo de divórcio e por fim, várias pessoas vivendo juntas.

Todos esses exemplos, mais uma vez, nos exemplificam a abrangência e profundidade de conhecimento que as famílias atuais exigem dos profissionais que lidam com tal temática. Mas também fortalecem a ideia de que o artigo 226 atribui, naquele momento da história em que foi elaborada a Constituição Federal de 1988, que os arranjos familiares a serem privilegiados eram os das famílias nucleares, sem considerar ou reconhecer diferentes arranjos, dos pré-estabelecidos e intrinsecamente conhecidos em nossa sociedade.

A diversidade desses grupos familiares nos suscita a compreender que, algumas dessas novas formas de organizações familiares estão inclusas recentemente em nossa legislação, e que nos exige uma compreensão imediata e uma consolidação de políticas, para essas famílias de arranjos recentes. Como é o caso das famílias com pais homossexuais, onde

sua visibilidade e o aceite da sociedade (como, por exemplo, a legalização de uma união entre homossexuais) exigem que se leve em conta o reflexo daquelas na sociedade mais ampla, nas formas de se viver em família e nas relações interpessoais. O mesmo é válido para as famílias nucleares, que também têm de assimilar o impacto dessas transformações. Para compreendê-las e desenvolver projetos de atenção à família, o ponto de partida é o olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes (SZYMANSKI, 2002, p.10).

Já os artigos 227 e 230 da Constituição Federal de 1988, abordam os deveres da família, do Estado e da sociedade, isto é,

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988, s/p).

Nesse sentido, vemos que é dever da família, no que tange a legislação, cuidar de seus membros, no caso as crianças, adolescentes e idosos. Essa cooperação e relação de

afetividade entre os membros deve existir, e existe de fato dentro da organização familiar, mas o amparo afetivo não deve sobrepor o dever que o Estado tem sobre a família, enquanto instituição e políticas públicas. Ele deve assumir as responsabilidades que lhe cabem, e deve de fato admitir essa responsabilidade, e não culpabilizar a instituição familiar pela falta de cuidados por seus membros.

A Constituição Federal de 1988 indica inúmeras alterações quando se refere à família, para Sarti (2000) começa dentro da família um compartilhamento dos deveres e direitos na chefia conjugal entre homens e mulheres, a igualdade entre filhos legítimos e os não legítimos. A autora ainda evidencia que com o ECA, a família não se estabelece mais como uma unidade sagrada, e que se necessário for, retirar a criança do âmbito familiar, será feito, mas também evidencia a necessidade de se ter essa convivência em família.

A concepção de família como uma unidade sagrada diz respeito a sua pseudo-imutabilidade, ou até, que ela manteria padrões de arranjo nuclear, não sendo necessário intervir em sua estrutura, diante das transformações da sociedade. A família é tão perfeita que supriria qualquer dificuldade sem mesmo necessitar do Estado. O ECA evidencia as funções e deveres da família, para com as crianças e adolescentes, onde no

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, s/p).

Nos termos em que se refere aos filhos legítimos e não legítimos já é contemplado na Lei n. 8069/1990, colocando claramente os filhos adotivos como de direito, ou seja,

Art. 41 - A adoção atribuiu a condição de filho ao adotado, com os mesmos direitos e deveres, inclusive sucessórios, desligando-o de qualquer vínculo com pais e parentes, salvo os impedimentos matrimoniais.

§ 1º - Se um dos cônjuges ou concubinos adota o filho do outro, mantêm-se os vínculos de filiação entre o adotado e o cônjuge ou concubino do adotante e os respectivos parentes.

§ 2º - É recíproco o direito sucessório entre o adotado, seus descendentes, o adotante, seus ascendentes, descendentes e colaterais até o 4º grau, observada a ordem de vocação hereditária (BRASIL, 1990, s/p).

É de importância salientarmos que a Constituição Federal de 1988 também estabelece a família como fator de relevância, e na Seção II da Saúde traz que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

A Lei n. 8080/1990 objetiva os direitos da família, ou seja,

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, s/p).

Ambos os artigos a cima, quando se referem que o dever do Estado não exclui o da família, diz respeito às obrigações que os membros têm de um para com os outros, dentro dessa instituição que pressupõe cuidados e obrigações entre os mesmos, através de suas relações e laços afetivos, ou não, mas que a saúde é de pressuposto um dever de o Estado promover a todos as condições de acesso. Mas também a família tem sua parcela de dever quanto ao fortalecimento de vínculos, apoio emocional, e outras atribuições nos entendimentos dessa legislação.

A saúde é uma esfera onde fatores são relevantes para propiciar certas implicações de algumas doenças. O artigo 3º da Lei n. 8080/1990 traz os fatores determinantes e condicionantes, para que a saúde e condições básicas de vida propiciem essa coerência no que tange a saúde dos membros de uma família. E a saúde se torna parâmetro e categoria adequada para entender as condições de vida da população hoje, onde o acesso e os fatores a ela relacionados são de extrema importância na vida da população.

A área da assistência social também contempla a família no artigo 203 da Constituição Federal de 1988 e salienta que

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 1988, s/p).

A proteção direcionada à família, citada no artigo 203, identifica os grupos sociais mais visados e contemplados pelas políticas sociais, tornando-se foco da Política de Assistência Social, isto é, elas são mais direcionadas as estas esferas devido as suas particularidades e complexidades dentro de nossa sociedade.

A família é uma instituição de formação, divulgação e contestação de valores, por isso diversas formas de conceituá-la aparecem, pois há uma variedade de sentidos e formas em que a família pode ser pensada. A família, na concepção e estudo de Ferreira (1986), é composta por

peças aparentadas, que vivem em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos, ou ainda, pessoas do mesmo sangue, e grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consanguíneos uns dos outros, ou por descendentes dum tronco ancestral comum (filiação natural) e estranhos admitidos por adoção (FERREIRA, 1986, p.609).

Os termos em que a família remete trazem consigo significados diversos, porém a consanguinidade, parentesco, é algo que leva a uma análise mais consistente quando se fala de família. A consanguinidade ou parentesco se conceitua como uma *construção ideológica* onde as determinações derivam mais culturalmente sobre a genética. Entretanto, a consanguinidade não necessariamente fortalece vínculos, mas determina fatores comuns entre os membros, para que sejam transmitidas as próximas gerações aspectos culturais e valores morais (SILVEIRA, 2008).

Já Osório (1996) estabelece família como sendo um grupo em que se abrem três opções de relações, a da aliança (pertinente ao casal), a filiação (pertinente à relação entre os pais e filhos), e consanguínea (pertinente entre os irmãos). Todavia, o autor estabelece que a família tenha por objetivo junto aos seus membros, a preservação, proteção e alimentação, e mais ainda, a construção da sua identidade pessoal, assim como as transmissões de valores éticos, culturais e morais aos descendentes.

Nessa linha de conceitualização, Miotto (1997) assinala que a família contemporânea engloba uma quantidade variada de arranjos familiares, fazendo com que um único conceito de família torne-se uma leitura “pobre” da realidade familiar brasileira posta. Mas sim que

a família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura na qual está inserida (MIOTTO, 1997, p.120).

Os membros de uma família seja ela consanguínea, parental, de laços afetivos, entre outros, estabelecem relações que fortalecem a ideia de sobrevivência de seus membros, do cuidado, da afetividade, da transmissão de experiência para a aprendizagem, como dos valores culturais, morais e éticos, que regem não só a vida em família, mas também em sociedade.

Nessas funções direcionadas a família, se torna o *locus* da vivência entre gerações e gêneros, onde se estruturam os valores na construção da identidade ao longo do processo em que se devem ser vividos em família. As mais diversas concepções nos fazem compreender que o conceito de família é amplo, não formando apenas os laços consanguíneos ou de parentesco, eles englobam uma compreensão mais extensa, onde a

relação de laços afetivos permanentes estabelecem os cuidados uns para com os outros, mesmo que esse não seja o desejo de um dos seus membros, mas essa condição de laços afetivos e de sangue impõe esse cuidado.

A família se tornou sinônimo de organização social, por isso reconhecê-la como tal é também associar a composição organizacional em que a sociedade está vivendo, ou seja, a família se torna parâmetro para se compreender como uma sociedade está se redimensionando, vivenciando e se transformando. Portanto a família se institui como unidade de avaliação de uma sociedade.

Através de seus mais variados conceitos de família, Miotto (2010) a distingue como uma instituição complexa,

que se constrói e se reconstrói histórica e cotidianamente por meio das relações e negociações que se estabelecem entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado (MIOTTO, 2010, p.3).

Os conceitos de família proporcionam um fator norteador quando se quer entender as transformações em que ela passou e está passando, para que se construam conclusões coerentes das atuais formações de arranjos familiares.

No fim do século XIX muitas transformações em nossa sociedade fizeram com que as mulheres saíssem do âmbito privado, e conquistassem o âmbito público, ampliando o número de mulheres saindo de seus lares e entrando no mercado de trabalho e nas universidades, fazendo com que a ideia do casamento não fosse fator primordial de suas vidas, e logo, modificando aos poucos os arranjos familiares. Essa mudança ocorria na vida das mulheres, mesmo com as mulheres mais pobres, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional, que se veem “obrigadas” a sair do âmbito privado, tendo que se submeter a remunerações precárias e intensa jornada de trabalho, denota outra análise das diferenciações na vida de diversas mulheres de uma mesma sociedade.

As famílias contemporâneas dão início há algumas alterações, a começar pela saída das mulheres da esfera privada, assim como os casamentos que se reformulam, isto é, possibilidade da escolha dos parceiros, as modificações de hierarquia e poder dentro da família. Ela começa a se estabelecer por meio da experiência de seus membros, reordenando as relações entre os mesmos. As mudanças se tornam evidentes, segundo o IBGE (2012), entre os anos de 1995 e 2005 – na região Sudeste – quando identificadas que a porcentagem das famílias formadas por casais com filhos caiu de 56,6% para 48,5%. Fatores relacionados à saída da mulher para o mercado de trabalho e

a mulher como pessoa de referência cresceu 35%, ocasionando mudanças na estrutura da família, mesmo com a presença do cônjuge.

Aspecto de extrema relevância é fato do alto número de mulheres se tornarem, nessa última década, a *pessoa de referência*, onde os maiores crescimentos foram identificados em Santa Catarina, com 64,1% e Mato Grosso, com 58,8%. Outro aspecto importante é das mulheres idosas serem apontadas como principais *pessoa de referência*, cerca de 27,5%, devido a expectativa de vida e domicílios unipessoais (IBGE, 2012).

Em virtude da hierarquização na família, o que se evidencia mais é o fato do homem ser considerado o chefe da família, onde ele é a autoridade e a pessoa que faz a ligação com o mundo externo (público), e a mulher a chefe da casa onde zela e cuida de todos os membros da família no âmbito privado (SARTI, 2010). Porém quando há uma inversão, ou a falta de um desses “símbolos familiares”, ele é substituído,

nos casos em que a mulher assume a responsabilidade econômica do lar, ocorre modificações importantes no jogo de relações de autoridade, e ela pode de fato assumir o papel do homem como ‘chefe de família’ e definir-se como tal. (...) Entretanto, a desmoralização ocorrida pela perda da autoridade inerente ao papel de provedor, abalando a base do respeito que devem seus familiares, significa uma perda para a família como totalidade, que tenderá a buscar uma compensação, ou seja, a substituição da figura masculina de autoridade por outros homens da rede familiar (SARTI, 2010, p.29).

Porém se adaptar a esse papel de prover a família, na esfera econômica, não é fator preocupante para a mulher, pois ela está acostumada ao trabalho. O que preocupa é o fato do respeito que a figura masculina impõe, a autoridade moral que fica defasada no âmbito familiar (SARTI, 2010).

Fatores como a modificação do modo de produção também influenciam nas famílias, “implicaram não só sobre o modo de ser e conviver em família, mas alteraram inclusive o seu formato e organização, o que alterou conseqüentemente a forma de exercer a proteção social no âmbito familiar” (LIMA, 2006, p.53).

O ciclo vital da família é fator que se evidencia diante dos fatores citados acima, de que a família não é uma unidade estática, que ela necessita se moldar, até mesmo dentro de suas particularidades e especificidades. Ela necessita evoluir dentro da história para que não tenha que se encaixar em moldes patriarcais ou burgueses, ainda no imaginário e cultura de muitos, que hoje em dia não cabem mais dentro da realidade vivida. Influências que são vistas internamente como casamentos, nascimentos, (etc.) e os externos como culturais, econômicos (etc.).

Deste modo, as diversas conceituações de família só vêm confirmar que a família juntamente com a sociedade vem sofrendo modificações, ao longo das décadas, e que

essas transformações se interligam, fazendo com que a família se estruture condicionada pela história, e pelo que acontece nela. Mas mesmo diante disso, ela sempre foi fator central tanto de parâmetro de uma sociedade, até como foco da proteção social.

Nesse sentido é que a família mantém uma relação com o Estado conflituosa, onde o controle dos seus indivíduos faz-se central para o Estado, porém “que tolhe a legitimidade e desorganiza os sistemas de valores radicados no interior da família” (MIOTO, 2010, p.45). E nesse sentido, observamos ao longo de toda a história o Estado intervindo na família por meio de legislações, em políticas demográficas e políticas assistencialistas e policiais. Sempre que o discurso se estruturava num âmbito de alicerce para a família, o seu fundamento era na intervenção e controle da unidade familiar (MIOTO, 2010).

No discurso em que se estruturam as políticas voltadas para a família, o que se analisa é uma queda na qualidade de vida, e uma superficialidade quanto às ações que deveriam ser empregadas para a manutenção da principal instituição de nossa sociedade. Entretanto, segundo Miotto (2010) o que se reafirma é a cultura das políticas assistencialistas que objetivam subsidiar o sustento da família, levando a se recorrer a “dois canais naturais” para satisfazer os cidadãos, “o mercado (via trabalho) e a família. Somente quando falham esses canais é que o Estado intervém, e de forma temporária” (MIOTO, 2010, p.48).

Entretanto, o que se observa, é uma incoerência nesse discurso, pois a família está tendo que compensar a ausência dos direitos sociais, em decorrência da crise do Estado de Bem-Estar, que acaba transferindo todo tipo de responsabilidade do Estado para a sociedade. Esse processo traz consigo outro debate a cerca da família e da perda de autonomia, onde ela tem que suprir requisitos que não deveriam lhe caber, aumentando sua carga de funções, fatores que o Estado está propagando. Contudo, o que se percebe é que a

família constringida a adequar-se às imposições externas e um outro que a vê não apenas como produto, mas também como um conjunto de sujeitos que interagem e desenvolvem complexas estratégias de relações entre si mesmos, entre a família e o Estado e com a sociedade de forma geral (MIOTO, 2010, p.49).

Contudo o que se conclui, segundo Caetano (2010), é que se estabelece um processo de naturalização da família, sendo que à ela sempre foi direcionada a função de proteção e bem-estar, não levando em consideração as formas em que ela proporcionaria isso aos seus membros. Diante de tal fator, o Estado hoje viu na família uma forma de responsabilidade da proteção social, mesmo diante da mercantilização dos direitos sociais. Essas políticas sociais se tornam cada vez mais *fragmentadas* e

setorizadas, e a família tem que assumir tais funções e proporcionar condições de sobrevivência a seus membros.

2.2 A relação família-políticas sociais

A conceitualização de família fornece um arcabouço teórico e análises qualificadas de diversos autores e as relações que ela forma com seus membros, com a sociedade e suas esferas (econômica, cultural, social, político, entre outros) e com o Estado. É importante considerar também os novos arranjos familiares e suas novas organizações que se constituem em nossa sociedade, e delas derivam lacunas que o Estado não consegue suprir diante dessa variável de arranjos, levando a pobreza uma parcela considerável da população (MEDEIROS, 2000).

Os novos arranjos e organizações familiares, além de trazerem uma gama de diversidades, quanto à conceitualização atual de família, faz com ela se enquadre na ideia de que em nossa sociedade existam *três pilares de sustentação dos indivíduos*, isto é,

o mercado, o Estado e a família. O Estado acionaria políticas de proteção, quando os indivíduos não pudessem contar com o mercado para garantir seu bem-estar. As lacunas não preenchidas por essas políticas seriam de responsabilidade da família (MEDEIROS, 2000, p.4).

As lacunas apontadas por Medeiros (2000) evidenciam as vulnerabilidades em que as famílias se submetem diante da desresponsabilização do Estado, mesmo que por muito tempo o Estado não tenha delegado as famílias esse tipo de atribuição, tomando para si todas as funções que proporcionavam às famílias alguma forma de proteção, como por exemplo, mantendo “orientado principalmente à provisão de aposentadorias e serviços de saúde, que são serviços direcionados às populações idosas, pressupondo que os demais grupos encontrariam proteção na organização familiar” (ESPING-ANDERSEN, 1999 *apud* MEDEIROS, 2000, p.4).

Mesmo que primeiramente o Estado proporcionasse ao núcleo familiar algum tipo de proteção, para Campos (2004), ao longo do tempo, foi sendo naturalizado que era sua a obrigação de cuidar e garantir algum tipo de proteção aos seus membros, levando a responsabilização entre eles como um fator evidente, sendo que em alguns aspectos a família não consegue suprir, necessitando da intervenção do Estado. E nesse processo de *naturalização* de responsabilidades atribuídas a família, onde o Estado não delimita e nem especifica mais suas contribuições no campo econômico e social, ressignifica esse

processo propiciando o surgimento do *familismo*, numa concepção em que “a presença frequente de uma política familiar muito passiva e não desenvolvida, justamente quando não pretenderia reforçar o desempenho da família” (SARACENO, 1998 *apud* CAMPOS, 2004, p.6).

A condição *familista*, que apontam Campos e Teixeira (2010), de que a família é a responsável por promover e produzir serviços, que muitas vezes em decorrência da mulher estar no âmbito familiar proporciona a efetiva existência desses serviços, ratifica mais uma vez a

intensa e sistemática responsabilização das unidades familiares pela proteção social de seus membros, presente desde há muito, foi ainda mais reforçada a partir de 2000, com o avanço da ideia neoliberal de retração do tamanho e do poder do Estado (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010, p.23).

Entretanto, a *expressão familismo* tornou-se uma referência do “grau em que as famílias absorvem os riscos sociais nos regimes de bem estar-social” (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010, p.23). Mas, ao mesmo tempo, surge nos países industrializados, a *desfamiliarização*, compreendida como uma publicização das necessidades dessas famílias resultando numa responsabilização da sociedade como um todo, da promoção do bem-estar de seus membros, proporcionando “políticas e serviços que socializam os custos da família, minimizam a dependência do indivíduo, em particular da mulher, em relação à família e ao mercado” (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010, p.23). Em outro extremo temos o *familismo*, onde as famílias submetem-se a qualidade baixa nos serviços dirigidos à família, e de responsabilidade e competência do Estado.

Em contra ponto a esse fator, Medeiros (2000) argumenta que o *Welfare State* configura-se numa *dependência mútua* com a família. Ao mesmo tempo em que as políticas sociais modificam de alguma maneira os arranjos, ela também promove, de certa maneira, o bem-estar de seus membros, e essa conexão propicia ajustes as mudanças de ambos os lados dessa dependência. Na América Latina, as políticas sociais se distinguem dos países industrializados, quanto à fragmentação e *políticas dispersas* no que tange a distribuição de renda, o Estado é menos participativo focando benefícios apenas nas elites trabalhadoras, sobrecarregando as demais famílias o papel de suprir a ausência do Estado.

Já Campos (2004) analisa que a década de 1990 foi marcada por inúmeros aportes teóricos no campo da participação da família na sociedade, onde o *Welfare State* suscita a discussão do verdadeiro papel da família dentro das políticas, incluindo-a como uma estrutura primordial dentro da lógica de transferência de recursos. Perante essa conexão

dada ao papel da família dentro da política, ficando evidente também o verdadeiro papel e responsabilidade do Estado nessa dialética.

Segundo Goldani (2002) os ajustes que os governos fazem diante da economia internacional, limitando empregos, serviços e salários propiciam uma reforma estatal lenta, levando a um número elevado de famílias a se sujeitarem a empregos precários, desemprego, a degradação excessiva da qualidade de vida e a pobreza como fator eminente. Induzindo, por outra vertente, a família a assumir as responsabilidades dos serviços que o Estado deixa de proporcionar.

A desresponsabilização do Estado, na concepção de Medeiros (2000), atua na sua menor provisão de bem-estar aos indivíduos, levando a um processo de descentralização na esfera das políticas sociais, permitindo o surgimento de outros programas sociais, que envolvam a participação social. Dessa forma, a família acaba sendo responsabilizada, também, para realizar uma fiscalização dos serviços públicos, favorecendo uma leitura da família como uma contribuinte das políticas públicas, alterando e sobrecarregando a família diante da relação passiva que se tem com o Estado, não proporcionando o controle e destituindo as atribuições da família.

Todo esse processo de (des) responsabilização do Estado por parte de algumas políticas públicas, e sobrecarga da família, no que tange a provisão de bem-estar dos seus membros, para Medeiros (2000, p.10) faz com que “a focalização das políticas sociais considere a família como critério de seleção, porém sem superestimar seu peso na definição de grupos-alvo das políticas”. Devido a essa focalização é de importância que se tenha um conhecimento coerente dos arranjos familiares, para que a elaboração das políticas sociais seja coesa quando as

políticas sociais não se limitarem aos indivíduos beneficiários. As famílias são os que atuam redistribuindo recursos entre seus membros, logo toda política social tem impactos sobre os diversos membros das famílias, sejam ou não eles beneficiários diretos (MEDEIROS, 2000, p.13).

Outro fator que Medeiros (2000) destaca é das particularidades das famílias serem utilizadas como aspecto de focalização, onde as oportunidades de políticas seriam pré-estabelecidas e objetivadas segundo a composição e peculiaridades das famílias, elemento que limitaria e restringiriam as políticas sociais, e não contemplaria a universalidade ou abrangência que ela se propõe ter.

Aspectos que poderiam proporcionar essa focalização no atendimento as famílias poderiam ser: a pessoa de referência da família, o nível de pobreza e vulnerabilidade, aspectos habitacionais, fatores de estrutura e número de pessoas constituintes de uma família, dentre outros. Um aspecto muito atual, e que poderia ser pontuado como fator

de focalização, é à saída da mulher do âmbito familiar/privado para o mercado de trabalho, o que está ocasionando uma modificação na estrutura da família, nas obrigações das mulheres para com suas famílias, até o surgimento de outra mãe e outro pai, que equilibram dentro da esfera familiar o poder antes atribuído somente à figura masculina.

A forte tendência de cada vez mais às mulheres saírem de casa para permanecerem no mercado de trabalho, faz com que, os cuidados a ela atribuídos dentro de casa não diminuam, mas sim aumentem, pois além de assumir uma vida profissional, ela ainda está fortemente associada à vida doméstica, sobrecarregando à ela as tarefas de uma vida privada e pública.

Porém o que se evidencia nesse aspecto de saída das mulheres de casa, é que as famílias são sustentadas por elas e tem suas características familiares centradas na monoparentalidade, ou seja, só ela (a mulher) é a pessoa de referência, em sua maioria, não há a figura masculina nessas famílias. Devido a essa especificidade, Carloto (2005, p.2) aponta que essas famílias são mais empobrecidas devido “fundamentalmente à menor capacidade de ganho das mulheres, provocada por diversos fatores cujo principal vetor é a condição de gênero articulado à classe etnia”.

A questão de gênero em nossa sociedade, mesmo no século XXI, é algo muito forte, porém camuflado. É relativamente recente a entrada das mulheres no mercado de trabalho, mas sua autonomia, em diversos âmbitos, já vem sendo construída ao longo, de no mínimo, 20 anos de história. Mas, mesmo assim, a mulher sofre na precarização de oportunidades e de salários, e o que muitas vezes leva a associar o sucesso à falta de aspiração para a constituição de uma família, e quando isso acontece da vida profissional e a vida familiar ser algo presente na vida de tal família, o empobrecimento, a responsabilização e o acúmulo excessivo de funções sobre as mulheres também se torna presente e quase que automático.

Segundo um estudo do IPEA que analisou questões envolvendo as diferenças salariais, um dos principais elementos dessa diferenciação é a discriminação de gênero, “sendo responsável por pelo menos 90% do diferencial salarial quando se controla por ocupação ou pela inserção no mercado de trabalho, educação e experiência” (IPEA, 2002, p.83). Porém o mesmo estudo aponta que essa perspectiva de gênero é ainda uma barreira, porém não tão preocupante, quando comparada há outras décadas, segundo o IPEA entre os anos de 1977 e 1997 a diferença salarial caiu cerca de 45%, e que as gerações mais jovem vão sofrer cada vez menos com esse diferencial diretamente relacionado ao fator de gênero.

Assim, como a inserção das mulheres no mercado de trabalho não se coloca como uma novidade, também a composição familiar de um casal, de pai e mãe e filhos biológicos, com uma estrutura e papéis hierárquicos pré-estabelecidos não coincide com a realidade vivida em nossa sociedade. E que esse modelo já não é mais compatível quando se espera um provedor, ou uma manutenção familiar. Carvalho corrobora esse fator, argumentando que “nem as famílias nem os domicílios são necessariamente conjugais ou nucleares, nem tampouco exclusivamente chefiados por membros masculinos” (CARVALHO, 1998 *apud* CARLOTO, 2005, p.10).

A “chefia” feminina hoje é algo importante e relevante a ser pensado em questões de estudo e de compreensão dos arranjos familiares atuais. Essa família monoparental com a mulher de pessoa de referência é um elemento importante para que as políticas sociais sejam formuladas de outra maneira. Pois, além das mulheres assumirem suas atividades públicas, a atividade privada ainda permanece, e com isso vem atrelada a pressão, o que afeta seus membros e o bem-estar dos mesmos. Outro aspecto importante a ser pensado é a pobreza, que afeta muito as famílias com essa estrutura.

Porém o que se evidencia muitas vezes quando se argumenta que o homem é o “chefe de família” associando a figura de provedor, todavia quando a mulher é dita como pessoa de referência se relaciona com a parte econômica, mais também todo o processo de promoção de bem-estar, ou seja, o discurso também vem atrelado de uma sobrecarga de responsabilidade para a mulher. Portanto, para que se pense numa elaboração de políticas sociais coerente com essa realidade de família, é que tem que ser levado em conta às questões de gênero, de classe e os preconceitos ainda existentes.

Diante de todas essas questões que envolvem os novos arranjos familiares, Campos e Teixeira (2010, p.22) analisam que existem dois *crivos* para que seja cogitada a participação da população aos benefícios das políticas sociais, “o do vínculo formal com o mercado do trabalho e o da posição no sistema sexo/gênero”.

Porém o que Goldani (2002) exemplifica com relação ao trabalho, é que o *avanço tecnológico* gerou uma diversificação nos empregos que não exigem uma qualificação, tornando-os uma mão de obra barata. Diversificam também a abertura do trabalho manufaturado para o setor de serviços, modificando os novos empregos, flexibilizando e elevando as desigualdades salariais.

Essas relações de trabalho e família são resultado expressivo de como a estrutura do Estado proporciona a falta de oportunidades, qualificação e desgaste dos trabalhadores em nossa sociedade. Segundo Goldani (2002), todo esse processo afeta a vida da população, mesmo acontecendo os processos naturais de urbanização, industrialização e expansão do Estado, o mesmo se reestrutura, assim como suas

políticas sociais, transformando e impactando mudanças econômicas. Todavia fizeram do Estado um agente organizador das relações sociais, com viés clientelista, diminuindo seus recursos, desarticulando os sistemas de proteção e garantias, e levando a família a se tornar elemento fundamental das políticas sociais, assim responsabilizando-a por todo esse processo.

As responsabilidades atribuídas às famílias, como uma alternativa a proteção social, se fundamentam num sentido de preenchimento de lacunas que o Estado não assume. Entretanto, o que se percebe é que a família ao assumir tais responsabilidades, não recebe qualquer suporte para tal função, o que a sobrecarrega e minimiza uma atuação que deveria ser completamente estatal, levando a uma quase *desproteção social* (ITABORAÍ, 2005).

Nessa concepção, Pereira (2004, p.29) entende que a família continuamente fez parte dos “arranjos de proteção social brasileiro, e os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros”, o que vem evidenciar que as políticas sociais sofrem influências no âmbito da tradição de relacionamento entre o Estado e a sociedade. Demonstrando assim que é exigida da família e da sociedade uma partilha, com o Estado, das responsabilidades do mesmo.

A referida autora ainda cita dificuldades conceituais e políticas no pluralismo do bem-estar social, o conceito de pluralismo vem identificar a fusão entre as “esferas públicas e privadas, e uma estratégia de esvaziamento da política social como direito a cidadania” (PEREIRA, 2004, p.33). Pereira ainda identifica que, as dificuldades para essa discussão é o de *eleger a família como instância privilegiada de proteção social*.

Segundo Pereira (2004) é necessário compreender as políticas sociais com o objetivo de proporcionar alternativas para uma *participação cidadã*, e não de fazer com que a família assuma responsabilidades que não lhe cabem e que nem estão ao seu alcance de serem contempladas. Portanto, o Estado tem que se tornar elemento participante e atuante, garantindo direitos e fazendo com que essa proteção se torne algo concreto, onde “é preciso reinstitucionalizar e reprofissionalizar as políticas de proteção social e levá-las a sério” (PEREIRA, 2004, p.40).

No Brasil as políticas sociais tiveram suas particularidades quanto a sua trajetória de concretização. Segundo Carvalho (1994) elas se expressam em características marcantes como no modo elitista, priorizando e privilegiando as parcelas menores de nossa sociedade. Carregam traços de assistencialismo e de tutela quando o foco destas políticas está direcionado as parcelas mais pobres, mostrando-se historicamente enraizadas na forma de legitimação do “autoritarismo e a tutela dos dominantes e a

subalternidade dos dominados” (CARVALHO, 1994, p.94). Com essa política setorizada, centralista e institucionalizada, onde o intuito de abrangência era do indivíduo, o *Welfare State* traz um avanço no sentido da relevância e garantia dos direitos, transformando a centralidade das políticas sociais no indivíduo para a coletividade, considerando os direitos a habitação, a saúde, ao transporte, entre outros.

A Constituição Federal de 1988 traz a saúde como direito de todos e dever do Estado, com a Lei n. 8080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), onde por meio de instituições tanto federais, estaduais e municipais tem o dever de promover e garantir a saúde ao alcance a todos os membros da família.

Barcelos (2011) argumenta que a Política de Saúde começa a incorporar tais características quando o Banco Mundial começa a valorizar o desempenho da família na *preservação da saúde*. A referida autora ainda destaca que na década de 1990

a família foi oficialmente referenciada na política de saúde, principalmente através do Programa de Saúde da Família. A partir de então, a política de saúde passou a incorporar os dispositivos e as diretrizes oficiais que faziam menção à família, explicitavam o processo do cuidado e foram sendo incorporadas pelos serviços de saúde, incidindo, conseqüentemente, sobre a organização e provisão do cuidado em saúde (BARCELOS, 2011, p.34).

A responsabilização que é atribuída à família no campo da Política de Saúde é com relação ao cuidado, ou seja, se assinala como um trabalho baseado na subjetividade do cuidado entre seus membros, onde ele “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; LETABLIER, 2005 *apud* MIOTO, 2009 *apud* MIOTO; CAETANO, 2011, p.5).

Na concepção de Miotto e Caetano (2011) o cuidado está cada vez mais atrelado à família, atribuindo responsabilidades aos indivíduos, isto é, tornando *a família como sujeito fundamental no processo de cuidado*. O fator do cuidado está mais atrelado quando a discussão permeia a Política de Saúde, onde essa problemática se torna pauta importante de discussão e vinculação com a família.

A atribuição do cuidado atrelado à família se estende a mulher, que naturalmente é encarregada do cuidado dentro da instituição familiar, Laurell (1994, p.3) versa sobre a atribuição “natural” da mulher e a importância dada a ela quando o foco do cuidado é a saúde, e por isso, é fundamental “fortalecer la capacidad de la familia – léase la mujer –, particularmente de los sectores pobres, de hacerse cargo de una serie de tareas de salud sustituyendo o descargando al sector publico”.

As políticas sociais trazem a família como foco, privilegiando-a na construção e elaboração de tais políticas, dentre inúmeros motivos, mas também por ela ser considerada elemento fundante de nossa sociedade. Segundo Sunkel (2006 *apud* CASTILHOS; CARLOTO, 2010, p.14) “há que se considerar ainda, as novas demandas sociais como o envelhecimento, a gravidez precoce, a redução do número de filhos e outras situações, que impactam nas estruturas familiares e que requerem novas estratégias para proteção de seus membros”. Devido a essas complexidades tão atuais, é necessário que as políticas, projetos e programas se reestruturem a eles e aos novos arranjos familiares.

Nesse sentido a Política de Assistência Social tem seu desenvolvimento focando a família quando, segundo Castilhos e Carloto (2010, p.16) se objetiva a “atenção e apoio na concretização de direitos”. Porém é fundamental não deixar de considerar que a esfera da assistência social sempre esteve vinculada, ao longo do seu processo de concretização e formação das políticas sociais, em ações clientelistas que não objetivavam o direito, mas sim *o favor*, onde instituições de caridade, o voluntarismo em diversos aspectos confirmavam essas características atribuídas à esfera da assistência social em nosso país.

Entretanto com a Constituição Federal de 1988, com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), as políticas começam a se estruturar e fundamentar, baseada em tais legislações, como uma política social com a função de constituir o campo do direito.

Castilhos e Carloto (2010), ainda apontam que a Política de Assistência Social tem, assim como a saúde, a família como foco, onde o modelo protetivo estabelece através do modelo pluralista de bem-estar social, a responsabilização da família, novamente, para procurar através do mercado suprir as necessidades ligadas a assistência social, mas se não, apenas em questões de vulnerabilidade o Estado se coloca para intervir. Aspectos atrelados a mais uma política de um Estado mínimo, e que se coloca em situações imediatistas e/ou urgentes.

Vinculada a essa concepção de responsabilização de proteção de seus membros, surge um atrelamento ao *familismo*, isto é, de que forma a família está lidando com os riscos, serviços e a forma de proteção dessa política, e de que maneira ela está absorvendo tal proteção, onde a solidariedade é um fator preponderante quando se aborda a Política de Assistência Social. Para Castilhos e Carloto (2010, p.20), é necessário compreender que

a responsabilização da família se corporifica nos benefícios socioassistenciais. E a responsabilização da família na proteção social, especialmente a demandatária da assistência social, sobrecarrega a

mulher, à medida que a mesma além da necessária inserção no mercado de trabalho, deve dar conta das tarefas domésticas e dos cuidados dos membros mais fragilizados, sem o devido suporte público.

As novas demandas que estão surgindo devem ser levadas em conta quanto à proteção, pois mais uma vez a família está sendo responsabilizada por cuidados, e proteções que não lhe cabem, e que a mesma não tem estrutura e nem preparo para suprir. Nessa responsabilização do cuidado, Miotto (2008, p.133) vem argumentar que “na formação capitalista sob a égide do liberalismo, a família se conforma com o espaço privado por excelência e, com espaço privado, deve responder pela proteção social de seus membros”. Contudo, tanto as Políticas de Saúde e Assistência Social estão fortemente atreladas à questão de gênero, pois o cuidado (subjetivamente atrelado à saúde) vem condicionado a um aspecto exercido pela mulher. Assim como a promoção e provisão de proteção, já que a concepção de arranjo familiar “natural” é o de um homem que sustenta (economicamente) a família, e a mulher como está no ambiente privado é condicionada a estabelecer e responder a tal proteção subjetivamente de responsabilidade dela.

Castilhos e Carloto (2010, p.20) finalizam argumentando que, mesmo a política tendo aspectos universalistas, que visam prioritariamente garantir direitos, exige dos gestores e formuladores dela, que compreendam os novos arranjos familiares e as novas demandas a elas atreladas determinando “novas estratégias de enfrentamento, para que se possa romper com a responsabilização das famílias pelas mazelas sofridas”.

Portanto, perante a compreensão de que as políticas sociais têm influências significativas na estrutura e vida das famílias brasileiras, Miotto (2010, p.45) argumenta que o Estado tem a sua parcela de intervenção nas famílias, ou seja, é por meio de *três grandes linhas*. Para a autora é:

1. Por meio da legislação, onde são determinadas e regulamentadas as relações sociais;
2. Por meio das políticas demográficas, nas formas de incentivo e controle da natalidade;
3. Por meio “da difusão de uma cultura de especialistas nos aparatos policialescos e assistenciais do Estado destinado especialmente às classes populares”.

Essa relação de parceria do cuidado entre o Estado e a família se estabeleceu de diferentes formas, e dessa maneira foi instituído uma obrigatoriedade na solidariedade entre seus membros, onde ela se estende, em alguns países, a outros membros pertencentes a essa família, uma família estendida. Porém, é necessário ter a compreensão de que o Estado não deve apenas intervir, no artifício de definição e a

garantia dos direitos, e sim estabelecer concretamente a “implementação de políticas sociais, que forneçam instrumentos de sustentação necessários para o bem-estar das famílias” (MIOTO, 2010, p.49).

Portanto, mesmo que o panorama europeu venha interferir nos modelos de proteção social na América Latina, Miotto (2008) identifica no Brasil uma característica de políticas sociais, se concretizando ao longo do tempo, com um *caráter familista*, partindo assim para uma institucionalização da proteção social, dentro dos moldes determinados pela Constituição Federal de 1988, mas ao mesmo tempo a sua desconstrução na minimização do Estado. Mesmo que a Constituição Federal de 1988 venha regulamentar os avanços quanto às políticas sociais, a família ainda é elemento primordial na provisão de bem-estar e condução das políticas sociais, o que institui que a família sempre terá uma relação direta com o Estado, onde quer que ele se coloque nessa relação, proporcionando ou direcionando a importância da família no seu papel na sociedade.

SEÇÃO II

3 A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NA UIP DO HU DA UFSC

A segunda seção tem por intuito delinear, com base na discussão conceitual sobre a família e as temáticas subjacentes, uma caracterização da inserção das famílias na UIP. A instituição em questão é o HU, órgão público e federal, que atende em dois níveis de atenção a saúde, o atendimento de média complexidade (especializado) e alta complexidade. O HU está vinculado a UFSC, por isso lhe é atribuído características de um hospital-escola. A descrição da instituição é importante para que se tenha a noção do panorama geral da instituição em que será tratada durante o trabalho.

Depois de um breve panorama sobre a instituição e unidade em questão, é de importância delinear os usuários atendidos na UIP, e para isso, de forma mais clara foi elaborado um fluxograma para a compreensão das diversas portas de entradas que os pacientes podem adentrar para um atendimento no hospital. Delineado todo o processo de internação, certas questões e discussões começam a surgir a cerca do processo, como a presença dos acompanhantes, e de que forma a legislação preconiza esse fator como direito do paciente, no fortalecimento de vínculos e apoio emocional naquele momento. E a partir daí nos cabe verificar quais são esses usuários atendidos, suas características e particularidades, a localidade de maior incidência, e conseqüentemente as temáticas que irão tanger essas ponderações dos pacientes e das famílias atendidas na UIP.

A caracterização das famílias atendidas na unidade e as condições de vida das famílias que compõem os atendimentos feitos pela equipe na unidade são confirmados por meio do mapeamento, instrumental utilizado pelo Serviço Social que teve protagonismo primordial nas discussões subjacentes que surgiram de tais ponderações. Com a análise territorial surgiam questões para serem consideradas, como os determinantes sociais de saúde e como eles influenciam na vida das famílias e na atuação dos profissionais na área da saúde. As ações de promoção e prevenção das doenças e a ponderação de que, apenas os serviços básicos não são suficientes nessa complexidade que envolvem a saúde dessas famílias. A família como instituição primordial da sociedade lhe é atribuída o cuidado, e novamente cobrada para tal responsabilização, e com isso é preciso avaliar essa responsabilização, assim como o compartilhamento do cuidado feito com as equipes de saúde.

A caracterização das particularidades das famílias atendidas na UIP vai permitir uma discussão sobre os arranjos que predomina em nossa sociedade, assim como os novos arranjos que estão surgindo, e as formas que a saúde deve encontrar para o atendimento a essas famílias. As questões que envolvem essa família também serão consideradas para compreender, mais profundamente, como elas se adequam as atribuição que lhe são cobradas, e também questões ligadas às condições de trabalho, o compartilhamento do cuidado dentro da família, os outros sujeitos das famílias e consequentemente os novos arranjos familiares.

Outros aspectos durante a análise do processo de internação das famílias surgiram como a questão da flexibilização dos papéis dentro da família, com o cuidado que passa a ser compartilhado pelo pai e pela mãe, o cuidado exercido pelo homem e por fim as famílias monoparentais masculinas e femininas e suas características, assim como as famílias extensas e seus novos sujeitos.

Os acompanhantes, já citados na primeira seção, nesse segundo momento irão ser analisados com mais veemência, pois é de característica desses espaços de saúde exigir o cuidado excessivo, então foi essencial ponderar a importância do acompanhante, em que conjuntura ele está posto, com relação ao cuidado e ao acompanhamento durante o tratamento. E a postura dos profissionais para com esse cuidador no ambiente hospitalar, se esse vínculo se estabelece como efetivo e coerente com que é exigido do acompanhante, e de que forma ele é compartilhado com a família.

Diversos aspectos vêm atrelados à família, quando se considera suas particularidades, e uma das questões que será pontuado é a vida laboral desses pais e mães que dão entrada junto com seus filhos, e em que circunstância eles se encontram na ordem neoliberal atual, e as formas que a internação prejudica ou exige desses responsáveis a permanência, sem levar em conta sua vida laboral, que é tão importante quanto a sua permanência na unidade.

E por fim serão pontuados os suportes oferecidos ou não pela unidade quando o cuidado não é possível, ou quando ele deve ser compartilhado entre a equipe de saúde e os responsáveis pela criança. De que forma a equipe tem que se adequar a realidade de não ter um cuidador permanente, e as exigências que são feitas à família e aos cuidadores, que em alguns casos ela não tem capacidade para tal. E se acontece e de que forma acontece a consideração e o ponderamento entre a equipe e a família a cerca da desresponsabilização da família para com o paciente do cuidado durante o período de tratamento.

3.1 Caracterização do HU e as portas de entrada da UIP

O HU inaugurado no ano de 1980 conserva-se o único do Estado de Santa Catarina como uma instituição totalmente pública e federal, integrado a política nacional de saúde e articulando-a as demais políticas sociais a partir das demandas dos pacientes. O HU atende aos dois níveis de atenção a saúde, o atendimento especializado (média complexidade) e a alta complexidade (HU, 2010). Por compor o SUS, seus preceitos norteiam-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

O HU está diretamente vinculado a UFSC como um hospital-escola. No que tange ao ensino desenvolve atividades de graduação, pós-graduação, residências em saúde (multidisciplinar e em áreas específicas), estágios curriculares e pesquisa (desenvolvidas pelos departamentos de ensino e pelos programas de pós-graduação). Portanto, com essa característica de hospital-escola abrange pesquisa e extensão, como também o atendimento à comunidade local, de todo o Estado, assim como os turistas que necessitarem de atendimento. O HU atende a população que dele precisar, atingindo desde a atenção neonatal até a geriatria, em ambos os sexos.

Nesse sentido o HU se consolidou com o atendimento de prioridade no caráter ambulatorial, o que possibilitou que quatro áreas básicas se desenvolvessem, são elas: pediatria e tocoginecologia (implantada no Centro Obstétrico e Unidades de Neonatologia), cirurgia e clínica médica (HU, 2010). As áreas de urgência e emergência e a internação de alta complexidade também são referência para o restante do Estado. O Hospital também se qualifica quanto às patologias complexas, se tornando assim uma referência estadual nas clínicas médicas e cirúrgicas, atendendo as demandas de cirurgias de grande porte, área de câncer entre outras especialidades.

Assim como o ambulatório, os atendimentos feitos na emergência também são porta de entrada de pacientes no HU, em média são atendidos 400 pacientes por dia, 24 horas, adultos e crianças, em áreas separadas. Devido ao fluxo intenso de atendimento nesse setor e a alta demanda da emergência, poderíamos elencar uma possibilidade de grande procura no setor de urgência/emergência por uma carência no atendimento e recursos humanos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tornando o HU como centro de atendimento mais viável diante dessa carência, mas também devido ao seu caráter público e gratuito, além do alto grau de competência técnica e humanizada da instituição.

Diante desse fator, a atenção à saúde no HU está subdividida em (HU, 2010):

- A. Atenção Hospitalar: atuações e serviços oferecidos ao usuário e seus familiares durante a internação.
- B. Atenção Ambulatorial: envolve todas as ações concedidas e executadas em nível ambulatorial, independente de seu nível de complexidade, que abrangem atendimento com caráter de atenção básica e média complexidade.
- C. Atenção a Urgência e Emergência: para todo o Norte e Leste de Florianópolis, e referência a partir da regulação estadual via SAMU.
- D. Atenção de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: serviços de diagnóstico por imagem e serviços de laboratório clínico.

O intuito do HU não é apenas abranger as áreas patológicas do paciente, mas proporcionar um atendimento completo, isto é, o objetivo do HU é fazer com que seja desenvolvido, além do atendimento, a execução de programas/projetos em cada unidade, diante da prioridade e especificidade exigida.

Atualmente o HU tem uma estrutura organizacional que se delinea por meio de uma hierarquia a partir da Diretoria Geral (DG) subdividida em: Diretoria de Administração (DA), Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Diretoria de Medicina (DM). De acordo com essa estrutura organizacional do HU a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) se divide em Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) e Divisão de Diagnóstico Complementar (DVDC) (HU, 2010).

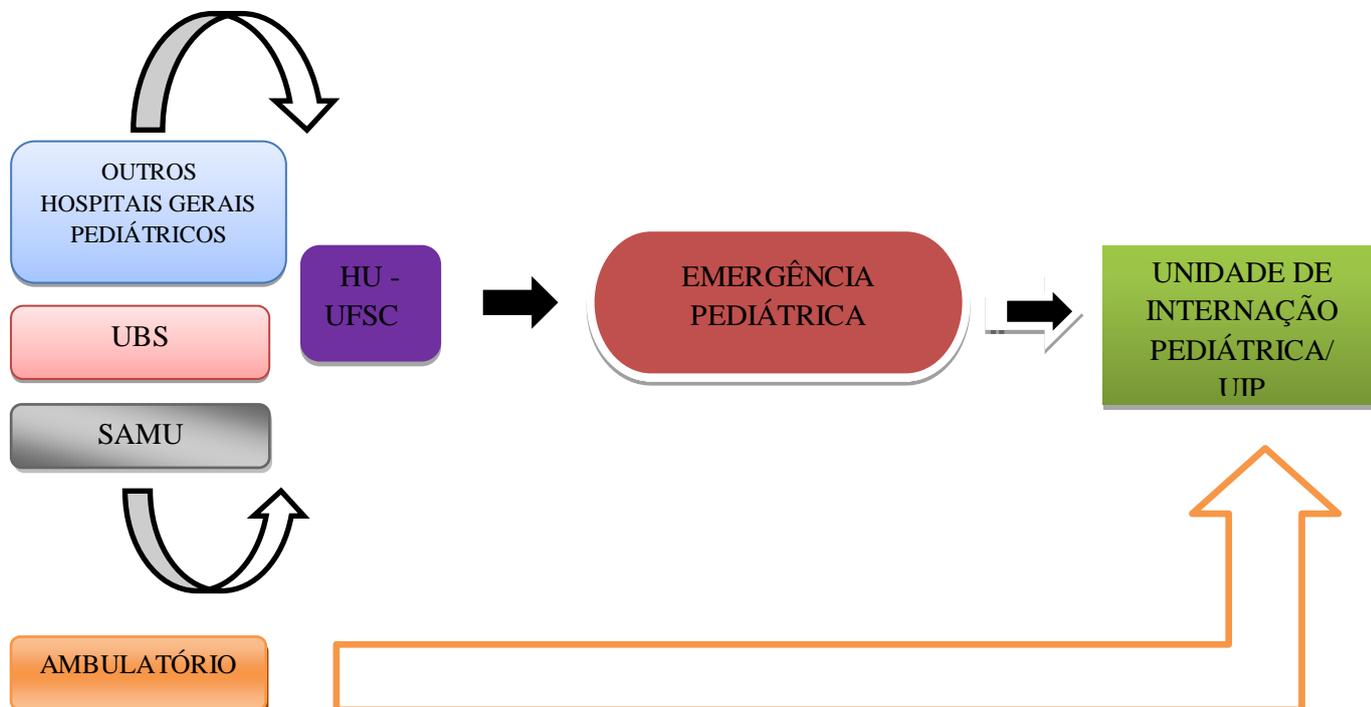
Diante dessa organização constituída dentro da instituição, temos as especialidades de atendimentos oferecidas, que são elas: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Emergência, Gastroenterologia, Hematologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Neurologia, Nefrologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Terapia Intensiva, Urologia.

Dentre as especialidades citadas, iremos especificar a área da Pediatria do HU, mais especificamente a UIP. A UIP está localizada no segundo andar do HU, contando com 30 leitos¹, que atendem crianças de 0 a 14 anos de todo o Estado de Santa Catarina. Ela é organizada ao tratamento e recuperação das crianças internadas, acontecendo 24 horas por dia. Todo esse acompanhamento dos pacientes é feito por uma equipe multiprofissional composta por sete médicos (sendo dois residentes), oito enfermeiros, vinte e três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, um nutricionista, um psicólogo, um fonoaudiólogo e um assistente social.

¹ Atualmente o número de leitos está reduzido pela metade, devido a uma reforma no setor da Maternidade que teve que ocupar leitos da UIP.

Por meio da compreensão da organização básica de funcionamento do HU e da Pediatria, podemos delinear as portas de entrada dos pacientes na UIP. Ela recebe os pacientes por três portas de entrada, como demonstra o fluxograma da figura a baixo:

Figura 1: Fluxograma das portadas de entrada de internação na UIP



Fonte: Elaboração da autora segundo observação da UIP.

O fluxograma acima expressa as portas de entrada dos pacientes da UIP, e o caminho que eles percorrem até chegarem a UIP. O que podemos identificar é que os pacientes, independente da especificidade da sua doença, passam pela emergência pediátrica onde são avaliados e é iniciado um tratamento de mais ou menos um dia, de acordo com a análise do médico. Nessa análise o paciente pode receber alta, ou ser enviado a UIP para ser internado, ou irá para UIP também, mas para ficar em observação por mais um dia, sendo acompanhando e tratado pelos profissionais da Unidade até que seja decidido se haverá a internação ou a alta.

Outra possibilidade do paciente ser encaminhado a UIP é através do ambulatório, são casos raros, mas eles podem acontecer. O paciente pode chegar para uma consulta, e ao ser detectada uma necessidade de internação, ele então é encaminhado para a UIP.

A UIP não tem uma UTI Pediátrica e nem infraestrutura para o atendimento a casos complexos, e que exigem uma aparelhagem técnica em casos de cirurgia. Devido a esse fator a situação dos pacientes que dão entrada no HU, é avaliada para ver a possibilidade de um encaminhamento para um hospital com mais infraestrutura de tratamento, ou se ele será encaminhado a UIP.

Além das demandas espontâneas que chegam por meio da população ou do encaminhamento da UBS, passando pela emergência pediátrica. Temos as demandas que chegam enviadas de outros hospitais gerais pediátricos de Florianópolis e região, devido à falta, em suas unidades, de uma clínica pediátrica específica, ou por meio de hospitais de outros municípios (encaminhamento feito por médicos para acompanhamento mais específico, com especialistas, em centros mais equipados). Nesses casos não é diferente, eles dão entrada por meio da emergência pediátrica e então são enviados a UIP para realização do acompanhamento e tratamento na Unidade.

A internação acontecendo na unidade em questão começa a ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar e pelos responsáveis ou pais do paciente. De acordo com o ECA (1990) ao paciente

Art. 11 - É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 12 - Os estabelecimentos de atendimentos à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990, p.3).

Como preconiza o ECA é direito de crianças e adolescentes o acesso e o atendimento nos casos de necessidade, porém antes da recuperação, é priorizado a proteção e promoção por meio das ações e serviços na área da saúde. E é de importância que o acesso e essas ações sejam legitimadas coerentemente por meio das UBSs, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), entre outros, e que seja de conhecimento da população, essas ações. Porém se essas ações não se tornarem efetivadas de forma concisa a esses usuários, a recuperação em hospitais ainda fica garantido como direito através do SUS.

Uma vez a criança ou adolescente internado, o ECA também aponta como direito desse usuário um acompanhante, sejam os pais ou responsáveis, em tempo integral, e ainda esses estabelecimentos deverão propiciar condições para a permanência destes acompanhantes. A presença dos acompanhantes e das visitas no período de recuperação dos pacientes é de extrema importância, pois fortalece os vínculos e propicia um apoio emocional a esses pacientes num momento tão delicado de doença em que eles estão passando.

No período de internação o paciente é acompanhado pela mesma equipe multiprofissional, que conta com profissionais da área de medicina (médicos, residentes e estudantes de medicina), enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e estudantes), nutrição, psicologia (psicólogo e estudantes de psicologia), fonoaudiologia,

serviço social (assistente social e estudantes de serviço social). Essa equipe realiza um trabalho conjunto na unidade compartilhando de informações, e estabelecendo ações conjuntas para com os pacientes.

3.2 Caracterização das famílias atendidas na UIP: alguns apontamentos para o debate da relação família e cuidado em saúde

Diante da descrição dos fluxos e procedimentos de entrada na UIP e da equipe multiprofissional atuante, é necessário uma caracterização de quem são os usuários atendidos na UIP. Ela é feita para se compreender as dificuldades enfrentadas e as condições de vida das famílias que compõem a maioria dos atendimentos da unidade. Essa análise é feita de forma sistemática pela equipe de Serviço Social, há pelo menos dois anos, por meio de um mapeamento. Este mapeamento é realizado por meio de uma planilha onde são registrados os municípios, bairro, nome do paciente, data de internação e diagnóstico da internação. Ela proporciona não só uma noção das localidades mais atendidas, mas como elas se correlacionam com as doenças diagnosticadas pelos profissionais de saúde.

As demandas atendidas na UIP são de diversas localidades de Florianópolis e região, porém há sempre as localidades que são mais atendidas, segundo o mapeamento, seja por encaminhamentos feitos pelas diversas portas de entradas já citadas, ou pela qualidade do atendimento oferecido pelo HU, que na opinião dos pacientes, é bom e que por isso, retornam, em alguns casos por deficiência no atendimento de outras instituições hospitalares, ou por continuidade do tratamento com os profissionais do HU.

Segundo o mapeamento feito do dia 21 de fevereiro a 31 de maio de 2012², onde foram realizados até a data citada, 198 atendimentos, temos os principais municípios atendidos: Blumenau, Biguaçu, Caçador, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, São João Batista, São José, Santo Amaro da Imperatriz, Videira, Tijucas e Xanxerê. Porém dentre os municípios, três deles se destacam no número de atendimentos, que é Florianópolis, Palhoça e São José.

Nos municípios mais atendidos, podemos destacar ainda as áreas mais atendidas, isto é, os bairros. Em Florianópolis poderíamos dividir por regiões, são elas

² Este período de análise foi determinado por conta do início do estágio no semestre de 2012.1.

Trindade/Leste (Pantanal, João Paulo, Agrônômica, Córrego Grande, Itacorubi, Monte Verde, Saco Grande, Santa Mônica), Centro, Norte (Jurerê, Canasvieiras, Cachoeira do Bom Jesus, Ingleses do Rio Vermelho, Ratoles, São João do Rio Vermelho, Sambaqui), Sul (Caeira da Barra do Sul, Tapera, Rio Tavares, Saco dos Limões, Lagoa da Conceição, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Campeche, Costa da Lagoa, Costeira do Pirajubae, Vargem Pequena) e Continente (Capoeiras, Abraão, Vila Aparecida, Carianos, Estreito, Monte Cristo, Coqueiros, Coloninha, José Mendes, Jardim Atlântico, Balneário). Na Palhoça temos os bairros da: Fazenda Pedra Branca, Pacheco, Aririu (Alto Aririu e Barra do Aririu), Brejaru, Ponte do Imaruim e outros (Passa Vinte, Caminho Novo e São Sebastião). E por fim em São José temos os bairros da Serraria, Santos Saraiva, São Luis, Barreiros, Rio Grande, Forquilhas, Bela Vista, Ipiranga e outros (Campinas, Areias, Ponte de baixo, Cidade de Florianópolis, Picadas do Norte, Santo Antônio e Praia Comprida).

As localidades citadas acima trazem um panorama territorial sobre as condições de vida proveniente de tais bairros, em sua maioria, de camadas populares, com condições de moradia e higiene precárias. Por meio do mapeamento, conseguimos compreender as reinternações, e conseqüentemente os altos números de patologias como bronquite, pneumonia, desnutrição, verminoses, infecções urinárias e outras.

Essas sociopatias diagnosticadas na UIP em grande número confirmam a associação que se podem fazer por meio da doença-localidade, que de fato são as condições de vida, de moradia, as possibilidades de acesso a tais condições básicas de saúde, saneamento básico, água encanada entre outros fatores, que interferem significativamente na saúde da população. E não só esses fatores básicos na infraestrutura de um bairro, mas também o acesso imediato e de qualidade as unidades de atendimentos básicos, as UBSs, que tem papel importante nessas localidades, assim como as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

A falta de condições de moradia, por exemplo, e a falta de acesso a diversos serviços sociais leva a se considerar, no processo de saúde e doença, os determinantes sociais de saúde. Segundo Buss e Filho (2007, p.78) os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Para os autores é fundamental que haja relações de solidariedade entre esses sujeitos, pois essas relações serão primordiais para a promoção e proteção da saúde, tanto individual como coletiva. Para isso é necessário políticas públicas que procurem constituir uma rede de apoio, mas também estimular e tornar coesa a participação e organização da população que vivem nessas comunidades.

Para que esses DSS sejam analisados e tratados como tais para uma melhora nas condições de vida das pessoas, é necessário, segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2008, p.12) que seja analisado a

situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país; a estratificação socioeconômica e a saúde; condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde; saúde materno-infantil e saúde indígena.

Diante dessa análise feita pela CNDSS (2008), é possível compreender que tanto a distribuição dos acessos à saúde, como os locais com mais incidência de doenças, em uma determinada sociedade, não acontece ocasionalmente, ela está sempre associada a posição social, isto é, ela é condicionante para definir patamares primordiais de uma boa condição de vida e de trabalho.

Nessa perspectiva, o que se percebe é que as desigualdades estão diretamente relacionadas com os DSS. A população mais pobre está mais exposta às doenças, pois as ações preventivas não são suficientes para resolução de problemas que vão além da doença ali posta, englobando questões habitacionais, culturais, socioeconômicas, entre outras, levando a uma incidência maior de adoecimento. E quando isso acontece, sua saúde que já está debilitada atrelada com a dificuldade no acesso a rede de serviços de saúde, esclarece questões que relacionam as condições socioeconômicas com a saúde dos indivíduos mais empobrecidos (RADIS, 2006).

A pobreza é um dos condicionantes que contribuem para que a doença esteja diretamente relacionada a ela, o baixo nível de instrução, a compreensão com relação aos problemas que acarretam tal doença, as informações passadas para o tratamento, a mudança do estilo de vida em decorrência da doença, e a adesão ao tratamento, todo esse processo quando mal compreendido dificulta que esse ciclo se rompa. Porém, as condições de vida, habitacionais, de infraestrutura não são apenas fatores que corroboram para que esse ciclo permaneça ativo, as relações de gênero, etnia, gerações também levam as desigualdades e assim produzem doenças. “Para enfrentar essas desigualdades, é necessário atuar dentro e fora do setor da saúde, exigindo que as diferentes políticas públicas levem esses aspectos em consideração” (RADIS, 2006, p.16).

Entretanto, é importante que se realize um trabalho cotidiano com o cidadão, é preciso articulações para promover e prevenir as doenças que essa população está exposta. E o sentido de promoção deve ser amplo, estabelecendo uma articulação com os demais setores da sociedade, propiciando a criação de políticas públicas em diversos âmbitos, harmonizadas como os aspectos ligados a saúde (RADIS, 2006).

Entretanto é de importância à compreensão que apenas ter a UBS em cada bairro, não significa que o atendimento será suficiente para a prevenção e promoção da saúde da população, outras ações e outras frentes devem ser articuladas para que esse movimento em favor da saúde aconteça. Segundo Gelinski (2011, p.106) no que tange a saúde dos moradores dessas localidades, e de várias outras, é que se vê a necessidade evidente de uma articulação com os demais serviços existentes, não apenas os que estão ali sendo oferecidos nas UBSs, reafirmando mais uma vez, que nem mesmo nos atendimentos básicos de saúde há essa articulação com a rede para que esses problemas sejam resolvidos a contento. Isto é, “uma coisa é saber que a população tem direito a uma vida digna, outra é saber o que o Estado tem feito de concreto e de forma articulada para atingir isso”.

Porém a autora ainda argumenta não só a questão nos atendimentos feitos nesses centros de saúde, dos serviços prestados e da forma que a população vê as articulações e ações feitas juntamente com a comunidade, mas para ela

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto estratégia organizativa da Atenção Primária ou Básica à Saúde no SUS, foca suas ações na promoção da saúde e prevenção de doenças. Configura um novo modo de agir em saúde em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser compartilhadas pelas famílias e pelas equipes de saúde da família (GELINSKI, 2011, p.97).

A argumentação exposta pela autora de que os cuidados são de responsabilidades compartilhadas entre a família e as equipes de saúde, nos remete a compreender que a família quando não resolve o problema de saúde, ou o atendimento nas UBS não comporta a resolução dos mesmos, obriga a família a se deslocar para um hospital, com sua parcela de responsabilidade embutida à doença e aos cuidados daquele paciente. Ou seja, a responsabilização não acontece somente enquanto núcleo familiar, de um indivíduo para com outro, mas também de familiares com aquele paciente dentro da unidade, com cuidados e responsabilidades de prevenção de saúde embutidos desde a atenção básica.

Os cuidados e a responsabilização que a família tem como atribuição, nos faz refletir até que ponto ela tem capacidade e artifícios suficientes para cumprir o que lhe é atribuído. Para Krmpotic e Ieso (2010, p.100) o cuidado é um aspecto que irá constituir uma solidariedade familiar, e as condições de gênero, geracional e ético/culturais é que irão explicar essa ascensão da responsabilização do cuidado no âmbito familiar. E por isso

el tema de los cuidados, y en particular de los cuidadores/as, afectan sensiblemente tanto el sistema de salud, como los regímenes de seguridad y protección social, y los servicios sociales, mientras que cualquier política de apoyo a cuidadores/as debería ser evaluada en

términos de su impacto sobre la desigualdad de género y de clase social.

E é diante dessa análise que podemos caracterizar as famílias atendidas na UIP, como predominantemente nucleares, com família estendida ou não, composta por um casal de referência, no mínimo três filhos e os avós morando na mesma residência, ou no mesmo terreno. São encontradas também famílias monoparentais femininas e masculinas.

Em relação as condições de trabalho, em sua maioria, as mães trabalham como empregadas domésticas e os pais são serventes de pedreiros. Os avós, em alguns casos, são os provedores das famílias, ou a sua renda é mais uma fonte complementar para essa família.

Entretanto é de fundamental importância identificar não só as famílias predominantes que dão entrada com seus filhos na unidade, mas também as famílias que são consideradas como os novos arranjos familiares, mesmo não sendo maioria. Os atendimentos que acontecem na UIP são de atendimentos com famílias compostas por pai, mãe e os filhos, núcleo tradicional, onde se estabelece uma convivência e uma relação entre seus indivíduos, de cuidado e proteção, ou seja, laços afetivos estabelecidos. Para Álvares (2003, p.43), “é a *família ideal* introjetada desde criança como sendo a ‘correta’ e o modelo a ser seguido. Porém, essa visão idealizada não retrata a realidade da maioria das famílias”.

Mesmo esse modelo não retratando todos os arranjos existentes em nossa sociedade, hoje é preciso considerar, mesmo que extremamente patriarcal e “antiga”, que ela ainda prevalece na maioria das famílias atendidas na UIP. Contudo, Álvares (2003) avalia como preocupante também a naturalização dos arranjos, onde outros tipos de arranjos podem ser analisados como incomuns, ou até mesmo desestruturados, ou focalizar num ideal de família, considerando apenas sua experiência particular a partir de sua própria família, e acabar não considerando, ou até identificando outros arranjos familiares como estruturas que possam funcionar também como o “tradicional”.

Mesmo a considerando maioria em nossa sociedade, esse arranjo nuclear se modificou, havendo uma flexibilização dos papéis de homens e mulheres dentro da estrutura familiar, onde os papéis não se definem mais, e o cuidado antes atribuído apenas à mulher, passa a ser compartilhado, mas também vivenciado pelos homens.

A paternidade hoje é fator primordial na estruturação, formação e educação dos filhos, e o homem não se constitui apenas como um provedor, mas sim um indivíduo que tem sua importância para com a sua mulher e seus filhos. Mas mesmo assim, Lyra *et al* (2010, p.85) argumentam que para certos homens, o cuidar e demonstrar carinho

para com seus filhos é algo ainda muito difícil, pois eles foram sempre censurados, com sérias punições, por atos de cuidados ou expressões de carinho, nos questionando por que isso “haveria de ser diferente agora que são pais?”.

Diante do panorama dado, podemos fazer um delineamento das famílias atendidas na UIP, pois foi possível delimitar que o arranjo nuclear ainda prevalece, e que os arranjos monoparentais estão tendo mais visibilidade, assim como os arranjos familiares estendidos. Diante desse fator, entendemos que as famílias tiveram importantes transformações nas últimas décadas, e o principal fator de modificação, entre vários outros fatores, foi à saída da mulher do âmbito doméstico e ocupando seu espaço no âmbito público. Mesmo sendo crescente no número de famílias monoparentais, sejam femininas ou masculinas, o que vemos é uma continua tentativa de se “adaptar” e aproximar a sua estrutura e padrão de funcionamento ao do ‘modelo ideal’, acreditando, muitas vezes, que não constituem uma família, ou que a sua família é ‘errada’, quando não conseguem reproduzi-lo” (ALVARES, 2003, p.47).

Contudo temos aqui a segunda família identificada na observação na UIP, famílias monoparentais femininas. Essas famílias se caracterizam por ter a mulher como pessoa de referência na família, elas em sua maioria são empregadas domésticas, recebem pensão alimentícia para seus filhos, são cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF) e tem a avó como uma segunda pessoa de referência para com seus filhos, onde elas cuidam e moram com essa família.

Desde o período colonial que a organização familiar tem se fortalecido com o ideário do padrão nuclear e patriarcal, para Moura e Araújo (2004) essa concepção de família onde há a valorização do poder paterno e a vida pública lhe é atribuído e o cuidado é conferido à mulher assim como a vida privada, fortalecem a noção de modelo padrão da família na sociedade brasileira. Entretanto, Álvares (2003) pondera que esse modelo vem diminuindo com a redução do número de filhos, a redução dos casamentos civis e o aumento no número de divórcios. Devido a essa dinamicidade que a família passa ao longo dos anos, tornando-se mutável, tanto que no século XX encontramos as famílias monoparentais com a pessoa de referência sendo a mulher.

Porém Álvares (2003) ainda argumenta que a família monoparental feminina não necessariamente tem a ausência da figura masculina, ela pode existir, mas a pessoa de referência é a mulher, em termos econômicos e de sustento. Há ainda os casos em que essa figura do homem dentro da família não existe, e é o caso das mães solteiras, divorciadas e as viúvas. Para a autora esse aumento do número das famílias monoparentais femininas é confirmado por fatores demográficos, isto é, é “acentuada pela migração, o gradativo aumento da gravidez fora do casamento, taxas de fertilidade

e faixa etária da população apresentam significativa influência na população latino americana. São vários fatores associados que induzem à constituição de famílias chefiadas por mulheres” (ÁLVARES, 2003, p.67).

Dentre outros fatores citados anteriormente, o que se percebe de relevante é que mesmo esse número de famílias monoparentais tendo significativo aumento, o que se entende em sua maioria é que, essas famílias se caracterizam com um quadro, quase que comum, de pobreza. É evidente que as dificuldades de colocação no mercado de trabalho, da livre concorrência fortalecem esse fator de pobreza, mas quando ele é identificado nas famílias monoparentais, é quase que como se “a noção de monoparentalidade tem ficado associada não só à questão de gênero, mas também à pobreza” (VITALE, 2002 *apud* ÁLVARES, 2003, p.70).

A questão de gênero é um fator que está ligado a essas famílias, e passa ser temática de discussão, pois as mulheres ainda estão ocupando seu espaço no âmbito público, antes apenas associado ao homem. Devido a isso, a desigualdade salarial, a falta de equidade de direitos no mercado de trabalho, a desqualificação e a baixa escolaridade dessas mulheres, fazem com que elas ainda sofram muito quanto às questões ligadas a desigualdade de gênero no mercado de trabalho, e conseqüentemente, como mantenedoras dessas famílias, propiciando uma dificuldade para garantir o sustento de suas famílias.

O gênero e a pobreza estão gravemente atrelados nas famílias que tem a mulher como pessoa de referência, e esse fator nos leva a outro aspecto da inclusão dessa família monoparental nos programas de transferência de renda. O PBF é o programa em que

veem as mulheres como foco prioritário, e até objeto, de suas intervenções com vistas ao combate à pobreza. A mulher, a partir de seus papéis na esfera doméstica ou de reprodução, tem sido, portanto, a interlocutora principal dessas ações, tanto como titular do benefício quanto no cumprimento das condicionalidades impostas (MARIANO; CARLOTO, 2009, p.901).

Para as autoras Mariano e Carloto (2009, p.904) o que fica evidente é que as mulheres são consideradas a “pessoa de referência” dessa família em particular, mas para o PBF às mulheres lhes é atribuído o “papel social de cuidadora que pode até, em algumas situações, ser desempenhado por outra mulher, como, por exemplo, a avó ou tia da criança ou do adolescente. Contudo, seguirá sendo um ‘papel feminino’”. Cabem as mulheres também as responsabilidades condicionantes e focalizadas pelo PBF, são elas

a) a realização do Cadastro Único para inclusão da família no programa; b) a atualização do referido cadastro sempre que ocorre

alguma modificação na situação familiar (por exemplo, mudança de endereço, alteração no número de pessoas no domicílio, oscilação nos rendimentos); c) o recebimento do recurso repassado pelo programa; d) a aplicação do recurso de modo a beneficiar coletivamente o arranjo familiar; e) o controle sobre crianças e adolescentes, tendo em vista o cumprimento das condicionalidades do programa; e f) a participação em reuniões e demais atividades programadas pela equipe de profissionais responsáveis pela execução e pelo acompanhamento do programa (MARIANO; CARLOTO, 2009, p.904).

Diante do panorama de atendimentos a esses dois arranjos familiares na UIP, podemos pontuar um fator que chamou a atenção, que é a análise de gênero relacionada à questão do cuidado exercido pelo homem ou o pai. Os homens estão se colocando e se mantendo mais presentes quando o assunto é o cuidado. O que se observou em algumas internações é a presença masculina na permanência com o filho durante a internação. Logicamente que há outros sujeitos que também foram observados como acompanhantes, como avós, tias, vizinhas, madrinhas, mas sempre ligando o cuidado a figura do feminino, mas os homens também se tornaram sujeitos atuantes quando o assunto é o cuidado dos filhos.

A partir desse contexto o que se identifica é que por muito tempo, essa atribuição cabia à mulher, e o homem pouco se envolvia com o fator do cuidado, e que hoje em dia o panorama familiar está mudando, além do cuidado ser compartilhado entre o pai e a mãe, o homem tem se mostrado preocupado, participante e atuante na divisão de papéis dentro da família, para além de mantê-la financeiramente.

Observou-se também que em relação às famílias monoparentais masculinas, o número não é imperceptível e nem há um crescimento como as famílias monoparentais femininas, mas considera-se importante que se faça uma análise desse arranjo familiar devido a diversos aspectos que vêm atrelados a essa discussão.

As famílias monoparentais masculinas se formam, em alguns casos, como uma relação de obrigação para com os filhos, e não como uma “vontade” de criá-los, ou assumi-los por vontade própria. O que se observou, é que os homens considerados pessoa de referência na família sem a presença da mãe, se encontravam nessa condição por questões judiciais de guarda ou de abandono da mãe. Mas esse fator não significa que a relação com os filhos, ou o cuidado para com eles fosse um mero cumprir de obrigação, os laços afetivos se estabelecem, a relação de amor familiar existe e o homem se torna capaz do cuidado para com seus filhos, mesmo que historicamente, e na aprendizagem dos papéis da família ao homem não é cobrado essa responsabilização pelo cuidado (BUSTAMANTE; TRAD, 2005).

Com relação à parentalidade, o que se percebe é que sempre há uma tendência a naturalizar o responsável ao cuidado como sendo da mulher, e quando isso é atribuído

ao homem, às autoras Bustamante e Trad (2005, p.1871) argumentam que o pai, em alguns casos, assume um “papel de ‘*ajudante*’ e ser definido também como estar presente em casos de doença ou acidentes que excedem o alcance imediato da mulher: levar ao hospital, acompanhar internamento, etc.”.

Outro aspecto observado na UIP, particularmente, com relação ao cuidado, é que a mãe muitas vezes abdica de sua vida laboral para estar com seu filho nos cuidados dentro do espaço hospitalar, e o homem assume o cuidado dos outros filhos dentro do espaço doméstico. Portanto, o homem assume cuidados, para com a casa e para com os outros filhos, sendo atribuído a ele o cuidado, não do filho doente, mas dos outros que também necessitam de cuidados na ausência da mãe. Lyra *et al* (2010, p.89) compreendem que essa relação do cuidar e de ser pai, que sempre “os homens aprenderam a não cuidar de si, tão pouco dos outros, eles podem reverter esse papel que a sociedade tenta impor, Assim, pensamos na paternidade não como obrigação, mas como algo pertencente à ordem do desejo, à dinâmica do direito, e que implica um compromisso”.

Nesse sentido podemos identificar que quando se trata do cuidado ele é naturalizado a mãe, mas há outros sujeitos que se envolvem nesse aspecto. As famílias estendidas é que possibilitam a entrada desses outros sujeitos quando o assunto é o cuidado, além do pai, têm-se avós, tias, irmãs, sempre uma figura feminina é designada ao ato de cuidar.

As famílias estendidas também são um dos arranjos encontrados na UIP. Nesses arranjos familiares estendidos podemos identificar que entram em cena outros sujeitos que muitas vezes não tem seu papel analisado com frequência dentro das famílias. Os avós também são identificados como acompanhantes que tem significativo número junto aos pacientes na UIP, e por isso é de importância essa discussão a cerca do seu papel dentro das famílias.

Esses sujeitos dentro das famílias fortalecem uma série de conceitos importantes para manter essa família, seja por transmissão de tradições, costumes, cuidados ou até o sustento. Entretanto Vitale (2010) avalia que há modificação nos laços familiares, mas também que a vulnerabilidade que vem atingindo as famílias, faz com que novos sujeitos e papéis venham a ser atribuídos para esses avós, não só no que tange na relação afetiva, mas no sustento. E por isso, para a autora “aos padrões referentes a esse cuidado e a essa relação, são, portanto, construídos culturalmente e socialmente” (VITALE, 2010, p.95).

Os avós cuidadores, considerados pela autora, são aqueles que com sua aposentadoria procuram ajudar a família, e nesse sentido eles são considerados sujeitos

que se adequam a um sistema de apoio mútuo entre os indivíduos da família, particularmente nas famílias pobres. E esse apoio mútuo e o cuidado, não só financeiro, mas também afetivo, é muito observado na UIP, onde depois de pais e mães, em especial, as avós são as cuidadoras mais observadas nos cuidados dos pacientes, quando há ausência de um desses sujeitos, ou a falta momentânea.

Perante a análise dos arranjos familiares observados na UIP, podemos avaliar a importância que os acompanhantes têm no processo de internação dos pacientes na unidade, como é estabelecido os vínculos, e o que é ser acompanhante. Os pacientes da UIP têm direito a visitas e a um acompanhante. No caso da UIP os acompanhantes são prioritários devidos à idade, então o ECA preconiza esse acompanhamento familiar mais expressivo, não somente nas formas de visitas.

Os acompanhantes tem sua parcela de importância durante o período de internação, e Barcelos (2011, p.11) pontua que por meio do processo de humanização do SUS ~~que~~ o acompanhante se torna um elo entre o paciente, a rede de apoio e os serviços de saúde, e diante desse elo se estabelecem algumas relações, onde os acompanhantes, que na sua maioria são familiares, assumem papéis de cuidados que, em alguns casos, deveriam ser efetivados por profissionais capacitados, naquele momento de doença.

E nesse sentido, cabe ponderar qual é o outro lado de ser acompanhante nas instituições de saúde, pois o que se espera é um vínculo permanente, sem considerar, por parte da equipe de saúde, que aquele acompanhante tenha uma vida laboral ativa e que precisa ser respaldada, para que não seja prejudicada por esse excessivo cuidado que se exige. É preciso também questionar que o acompanhante/familiar também possa vir a ter outros filhos e que necessite de cuidados também. Barcelos (2011, p.62) analisa que “o que se quer problematizar é a forma como essa família/accompanhante é inserida pelos serviços, sendo muitas vezes exigida a sua presença sem levar em conta suas reais possibilidades para executar tal tarefa”.

Barcelos (2011) faz algumas ponderações a cerca da presença dos acompanhantes no ambiente hospitalar, pois deles é esperado além do cuidado, um postura que os profissionais de saúde ditam como certas e coerentes dentro daquele ambiente, ou da permanência excessiva daquele familiar, que em alguns casos na visão da equipe de saúde, é prejudicial, ou não está sendo saudável para os outros pacientes, ou ainda é de extrema necessidade para com aquele paciente. Diversas questões surgem em cima da obrigação do cuidado imposto a esse acompanhante, e assim as contradições surgem do que é de atribuição dos profissionais e dos acompanhantes dentro desse ambiente hospitalar, até onde vai o cuidado do acompanhante apenas para manter o vínculo

afetivo para a melhora do paciente, e até onde vão os cuidados pré-estabelecidos para a equipe de saúde.

Para Caetano e Miotto (2011, p.10) a Carta dos Direitos do Usuário, publicada em 2006, traz o acompanhante como direito dos usuários da saúde: “o paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações”. As autoras analisam a importância e até que ponto o direito de um acompanhante o torna um sujeito atuante em cuidados, que não lhe são atribuídos e que lhe são transferidos naquele momento, isto é “ênfatisa-se o cuidado como função da família e instalam-se contradições. Pois, ao mesmo tempo em que se colocam empecilhos a presença do acompanhante, ênfatisa-se a responsabilidade familiar através do apelo sentimental e da solidariedade” (CAETANO, 2010; CAETANO; MIOTTO, 2011, p.16).

No panorama dado das atribuições, funções e questões que envolvem os acompanhantes dentro das instituições de saúde, compete ressaltar a discussão para dentro do local em questão, a UIP. Os familiares no processo de internação têm grande peso, quando lhe é atribuído o cuidado, o acompanhamento e até uma parcela de responsabilização pela melhora do paciente, ou seja, “a família é o ponto de referência e de segurança emocional de seus membros, com que eles podem contar, quando há necessidade de ajuda” (BRODERSEN; RODRIGUES; DELAZERE, 2005, p.143).

Esse processo mútuo de cuidado e responsabilização nos leva a compreender que

uma das maiores atribuições da família é o cuidado da saúde. A família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados para a saúde durante os ciclos de saúde/doença. A família é um sistema de saúde para seus membros, do qual fazem parte um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que orientam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento de doenças (BRODERSEN; RODRIGUES; DELAZERE; 2005, p.144).

Entretanto, a responsabilidade não deve apenas ser imposta a família ou ao acompanhante no período de internação, ela deve ser assumida, dentro de suas proporções pela equipe da unidade, ela é quem tem a capacitação para o tratamento, e nesse sentido eles devem se impor quanto a assumir suas responsabilizações para com aquele paciente, e não sobrecarregar a família. Nesse sentido a UIP tem uma estrutura que proporciona um acolhimento a esses acompanhantes, como uma poltrona que permite uma acomodação confortável no período da internação, banheiro, alimentação aos acompanhantes, televisão (em alguns quartos). Todavia, são artifícios que apenas propiciam e são pensados na “estadia” durante o período de tratamento.

Além do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem, de explicar a rotina da unidade e do hospital, o Serviço Social também faz um acolhimento, e analisa de que

forma pode subsidiar a permanência desse acompanhante na unidade, ponderando junto com ele os auxílios emergenciais que ele irá necessitar, como roupas, kit de higiene (escova de dente), entre outros.

O Serviço Social não intervém na unidade apenas com auxílios pontuais a esses usuários, mas realiza um trabalho, durante todo o período de internação, efetivando um processo de conscientização dos direitos dos usuários dentro desse ambiente hospitalar. Trabalha no esclarecimento sobre as diversas políticas que circundam essa família, proporcionando a orientação e a articulação das necessidades sociais das famílias com a rede de proteção no pós-alta, para dar continuidade e efetividade do processo de tratamento e consolidação de direitos desses usuários dentro e fora do hospital.

Entretanto o que se percebe, é que os auxílios que lhes são oferecidos irão somente até a permanência do mesmo e do paciente no hospital, quando há situações em que não há possibilidades de um acompanhante durante a internação, a equipe pondera com esse responsável, e tenta argumentar através de diversos aspectos para a permanência contínua de algum responsável durante o período de tratamento, mas em alguns casos isso não é possível e a equipe tem que se revezar e se adequar aquele cuidado do paciente.

Mas o que se percebe nessas situações, é que a equipe não tem artifícios que qualifiquem esse cuidado, ou que subsidiem esse cuidado, fazendo com que ela mesma tenha que se adequar aquela realidade. Sempre são casos pontuais, por que em sua maioria, o cuidado e a responsabilidade é exigência, fazendo com que a família tenha que se adequar aquela realidade de internação, que dura em média de cinco a sete dias. Portanto, o que se avalia é que a UIP não oferece suporte efetivo à família, além dos emergenciais. Porém nos casos de demandas específicas da família, como por exemplo, o cuidado de outros filhos, responsabilidade com trabalho, entre outros, esses aspectos não são ponderados pela equipe como importante para aquela família. Ela apenas dá um suporte emergencial para que de alguma maneira ela possa se (re) organizar para manter sua permanência na instituição.

E é nesses casos em que a família tem que se adequar a realidade, como o cuidado para com os outros filhos, como já citamos, que ele pode ser compartilhado ou pelo pai, que se torna o outro cuidador, compartilhando do cuidado não para com o filho doente, mas para com os outros filhos que estão em casa e as atribuições de cuidados do lar. E também o cuidado compartilhado com outros membros da família, que na sua maioria são efetivados por mulheres, avós, tias, irmãs, vizinhas, amigas, cuidado ligado à questão de gênero.

Outra demanda trazida pelas famílias que dificultam essa permanência dos responsáveis na unidade é a questão do trabalho/emprego. Esse aspecto deveria ser considerado e ponderado entre a equipe e a família com mais cautela, pois se trata do sustento de muitas famílias, e que por se tratarem de usuários, que na sua maioria são de classes sociais menos favorecidas, tem que se submeter a trabalhos precários, com baixa remuneração, devido à baixa qualificação. Ou seja, é necessário que se compreenda a realidade socioeconômica em que aquela família vive, para avaliar se é necessário e coerente exigir um cuidado permanente, propiciando a iminência da perda desse emprego.

Contudo o que se analisa é que os nos diversos arranjos familiares, os fatores econômicos e sociais influem diretamente no empobrecimento e vulnerabilidade dessas famílias, nos exigindo que seja analisada a conjuntura e realidade em que ela está posta, para depois ponderar, no caso da UIP, se a permanência e o cuidado não podem ser realizados pela equipe de saúde, que naquele momento do tratamento, considerando também a manutenção do emprego daqueles responsáveis, isto é, o sustento da família.

Toda essa conjuntura das mulheres saindo do âmbito privado e assumindo seu lugar no mercado do trabalho, o cuidado sendo compartilhado entre as mulheres e os homens, e os novos sujeitos que se responsabilizam por esse cuidado, influenciam na dinâmica familiar, e propicia uma vida laboral mais ativa dos responsáveis dessas famílias. Entretanto o que se percebe em nosso país, é que o “*ajuste neoliberal* implicou no empobrecimento de grande parcela da população brasileira ao se deparar com a redução do Estado e uma maior expansão do setor privado como empresário das políticas sociais” (SOARES, 2003 *apud* BELLO; SILVA, 2008, p.318).

E esse empobrecimento da população faz com que ela seja mais frágil quando colocam em questão suas competências e suas articulações entre manter esse emprego e o cuidado de seus filhos em hospitais, que também é de sua responsabilidade. Mesmo que a predominância seja das famílias nucleares, o crescimento das famílias monoparentais femininas é fator de preocupação, devido às diversas questões que envolvem esse arranjo familiar e que propiciam o empobrecimento, como a baixa remuneração, a falta do reconhecimento do trabalho feminino, entre outros.

Perante essas questões que afetam a família, podemos analisar que

no âmbito das transformações socioeconômico-culturais que vêm ocorrendo na sociedade contemporânea, o acirramento da má distribuição de renda e a constante pauperização das famílias, em consequência do desemprego e do subemprego, têm gerado situações de exclusão e vulnerabilidade, pois a dificuldade de acesso às condições mínimas de dignidade e cidadania - como saúde, educação, moradia e saneamento básico - impedem o desenvolvimento saudável

das relações familiares e provocam o aumento de conflitos e a desagregação entre seus membros (BELLO; SILVA, 2008, p.322).

Todos os aspectos apontados pelos autores nos fazem entender que a família que não tem acesso a essas condições mínimas, e quando têm acesso, lhe é atribuída uma gama de responsabilizações que nem mesmo ela entende tais atribuições, e se vê em embates que prejudicam essa percepção, ou seja, ela tem direito, consegue de alguma maneira garantir esse acesso a tais direitos, mas em contra partida outras atribuições são corroboradas como fundamentais, no caso a permanência na instituição de saúde, propiciando uma perda de algo que é mais importante, naquele momento, que é o sustento da família, e não lhe é ponderado isso.

A questão de empobrecimento das famílias é aspecto de preocupação, pois muitas dessas famílias são fortemente influenciadas por questões econômicas e sociais, propiciando uma vulnerabilidade à pobreza e à exclusão, e perante isso é importante que se crie artifícios para que se rompa com essa lógica posta a essas famílias.

Gelinski e Ramos (2004) apontam que a os empregos ganham mais características de precariedade, o aumento da informalidade, a redução dos salários em contra partida o aumento das horas trabalhadas, evidenciam que a globalização, além de exigir adequação a essa nova conjuntura, confere a família adaptar-se a essas novas exigências da produção. E também cobra da família que ela desempenhe funções de suporte da individualização criada pelo sistema. Diante desse quadro “a família é o instrumento de coesão social. Cabe a ela repassar os conhecimentos que os mais jovens precisam ter para enfrentar um mercado de trabalho cada vez mais competitivo” (GELINSKI; RAMOS, 2004, p.142).

Em mais um aspecto a família é responsabilizada e cobrada, responsabilizada por esse sustento, e cobrada por essa nova conjuntura em que ela tem que se adequar, e mais uma vez a questão de gênero é apontada como fator central da conjuntura socioeconômica da família. Pois, segundo as autoras, a família sofreu modificações quando a mulher saiu do âmbito privado e se colocou no mercado de trabalho, o que evidenciou a mudança da estrutura familiar, e entre esse e outros fatores já citados, elas ponderam entender “as condições que as famílias terão para a sua preservação nesse quadro de desestruturação das relações familiares e de deterioração do trabalho feminino numa situação em que as mulheres têm um papel crescente na manutenção econômica do grupo” (GELINSKI; RAMOS, 2004, p.145).

Diante desse panorama que envolve as famílias, nossa sociedade e as conjunturas trabalhistas, é fundamental compreender que o trabalho é uma ligação entre a família e a comunidade, e para isso a sociedade se organiza nessa lógica. Nos dias de hoje é

primordial se ter um emprego, para a manutenção pessoal, e quando necessário de sua família, proporcionando um acesso mais efetivo a serviços. Por isso quando essas famílias se veem deparadas com mudanças no mercado de trabalho, essas mudanças afetam significativamente suas famílias, logo, a sociedade. Nesse sentido é fundamental a elaboração de políticas que permitam condições tanto de inserção social, como de possibilidade de acesso a preceitos básicos e a cidadania.

Analisar as questões de trabalho, e os aspectos que tangem essa discussão faz com que possamos avaliar como a UIP pode proporcionar artifícios a essas famílias, nas demandas de dificuldade de permanência durante a internação. Além da equipe que deve estar preparada a uma realidade que aparece cada vez com mais frequência na unidade, dessa ausência (mesmo que momentânea) de uma responsável, pensar em articulações de tratamento mais incisivos a cercas doenças comuns nessa faixa etária de pacientes.

Aumentar o efetivo de profissionais, para que o cuidado de alguns, quando necessário, possa ser efetivado coerentemente. Articular e analisar com as outras profissões atuantes na unidade, as condições em que aquela família vive, e até que ponto é de atribuição dos profissionais e dos responsáveis esse cuidado, e que ele não prejudique a dinâmica familiar e a manutenção econômica da mesma. E ponderar que mesmo os cuidados sendo dirigidos a família, elas não são só espaços de cuidados, mas sim espaços a serem cuidados, e nesse sentido proporcionar a esses indivíduos a garantia e o acesso a direitos que lhes é pautado, e também prevenir os problemas sociais postos aquela realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família é considerada uma estrutura primordial da sociedade, e para isso ela se torna parâmetro do que acontece nela. Ela é um termômetro das relações que se estabelecem entre os indivíduos. Deste modo, a importância de se compreender a conceitualização de família, na visão de diversos autores, propicia uma gama vasta de olhares a cerca da temática, propiciando uma criticidade mais profunda quando analisados o *locus* de atuação do profissional de Serviço Social.

Os diversos arranjos familiares que se estruturaram ao longo dos anos em nossa sociedade, nos fez compreender a diversidade de outros arranjos que estão surgindo, logicamente que com a contribuição das conjunturas socioeconômica, política e cultural de nosso país, que solidificaram questões como a relação dos indivíduos com o Estado, a luta pelos direitos, os movimentos sociais e a consolidação de diversas políticas sociais.

A conjuntura que os indivíduos estão postos propicia avaliar a sua relação direta com o Estado, e assim estabelecer toda a lógica de que a família é primordial em nossa sociedade. E diante desse fator é importante compreender em que âmbito as políticas sociais contribuem para essa confirmação de relação entre esses dois sujeitos. A conceitualização de família nos permite também compreender em que sentido essas políticas sociais estão pautadas, quando focam apenas em um arranjo familiar, mesmo tendo, hoje em dia, uma variedade de outros que devem ser pautados e considerados como famílias.

A variedade de arranjos familiares que surgiram nos últimos anos propiciou um olhar diferenciado das famílias, nos levando a compreender as diversas questões que envolvem esses arranjos, que são “tão diferentes e tão incomuns” a nosso cotidiano. Diferentes e incomuns, no sentido de que foi estabelecido um padrão de família, e é necessário que o assistente social tenha esse olhar modificado, abarcando a totalidade que os indivíduos estão postos, e os diversos fatores que propiciaram essas novas famílias. Questões que envolvem a saída das mulheres do ambiente privado, buscando outras aspirações, não necessariamente o de constituir família, de ser mãe. E esse fator levou a uma diminuição no número de filhos, a baixa taxa de natalidade, o divórcio, entre outros fatores que devem ser apreendidos por quem trabalha com famílias.

Outro fator preocupante que deve ser ponderado é o fato das políticas sociais não acompanham essa dinamicidade que a família tem. Os diferentes períodos da história fizeram com que nas últimas décadas essa modificação fosse contínua. Porém as

políticas sociais não acompanharam tais transformações, fazendo com que os profissionais que trabalham com essas famílias que não tem um arranjo familiar “padrão” tenham que adequar, ou até deixar de atender a esses usuários, devido a uma defasagem e lentidão que esse processo tem.

O Estado estabelece uma relação com as famílias por meio das políticas sociais, isto é, ele tem uma postura de responsabilização da família para com a promoção do bem-estar, de proporcionar cuidados e serviços, pois sua característica de ser mínimo atribui a essas famílias uma postura autossuficiente e independente, diante da ausência de universalidade que deveria ter tais políticas. Que são apenas direcionadas às famílias nucleares, mas que diante de diversas situações, modificou, no sentido do cuidado, os papéis de homens e mulheres dentre da lógica familiar. Nesse sentido é importante que haja uma modificação dessa postura e da relação com o Estado, para que ele não seja naturalizado como atribuição da família, e que ele assuma para com as famílias e a sociedade a postura e a responsabilidade que lhe cabe.

O cuidado, temática que tem relação direta com a família, foi debatido de diversos âmbitos, da responsabilização que o Estado atribui a essa família, da questão de gênero que envolve as mulheres como cuidadoras naturais do âmbito familiar, e de como no âmbito hospitalar (no caso da UIP) os profissionais também reforçam essa lógica do cuidado. Essa confirmação a todo o momento, em diversas esferas que a família se relaciona, faz com que ela naturalize tais questões, e ache que é de tarefa dela assumir tais responsabilidades e se culpabilizar por questões que afetam seus indivíduos. Porém, o que deve ser reafirmado, debatido e internalizado por profissionais que trabalham com famílias, é que nem sempre esse cuidado é possível, e que outras questões subjacentes afetam a família, tanto quanto as questões de saúde. E por isso a particularidade de cada família deve ser analisada, pois elas afetam a estrutura familiar.

Além da atribuição que o Estado faz do cuidado à família, o cuidado também é feito, quase que historicamente, para as mulheres, a quem sempre foi vinculado o âmbito particular, do cuidado da casa e dos filhos. Entretanto a conjuntura atual aponta que as mulheres têm mudado sua postura dentro da unidade familiar, e isso vem afetando as famílias. Não que o fato de afetar seja algo negativo, mas está propiciando que novos arranjos familiares se consolidem, que os homens tenham seu papel não apenas ligado ao sustento econômico, mas vinculados e atrelados a essa rotina familiar, assumam uma postura mais presente e de estabelecimento de conexão com os outros membros da família.

Essa nova postura de pais e mães dentro da família, assim como o surgimento de outros sujeitos, propicia que o olhar dessas famílias que se qualifica ao cuidado dos

outros sujeitos, e que o cuidado é fato que preocupa, e é de responsabilização das famílias. Na esfera da saúde, o que se percebe é essa responsabilização exclusiva às famílias, mas que cabe aos profissionais se colocarem conscientes que parte desse cuidado que lhe cabe, e que em alguns casos a família não tem estrutura para tal, e o Estado tem que ter a postura para tal. Pois, estabelecer vínculos afetivos, o apoio àquele paciente é importante, porém tem cuidados sendo exigido das famílias, que ela não tem capacitação para tal, o que leva a uma piora ou agravamento de tal doença, e que a responsabilidade recai sobre a família.

A observação realizada na UIP propiciou, com base em toda a análise, compreender as reflexões dos diversos autores, aqui citados, além de proporcionar um arcabouço teórico que ajudou a entender a realidade e sua dinamicidade. Possibilitou que o olhar sobre a família fosse ampliado, com base na análise bibliográfica e na observação presencial, além da das políticas sociais que a contemplam, da sua relação com o meio e serviços que lhes é oferecido, e de como temos que compreender essa lógica que a família e seus sujeitos estão inseridos.

É fundamental compreender que é de atribuição do profissional não naturalizar, por meio de pequenas ações, naturalizar o cuidado somente a família, e conseqüente à mulher/mãe, compreender que a família é âmbito de cuidado, mas ela também requer cuidados. E para além da compreensão comum, é de atribuição do assistente social estar a par da dinamicidade dessa estrutura familiar, e que compreendê-la afeta diversas formas de atuação do nosso cotidiano profissional.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, L. de C. **Famílias monoparentais femininas**: um olhar sobre este arranjo familiar na cidade de Uberaba-MG. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Faculdade Júlio de Mesquita. Franca, 2003.

_____; JOSÉ FILHO; M. O Serviço Social e o trabalho com famílias. **Serviço Social e Realidade**, Franca, n. 2, 2008, p. 9-26.

BARCELOS, M. S. **Política de saúde e família**: a concepção dos profissionais de saúde e seus rebatimentos no serviço hospitalar. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

BELLO; M. G. D.; SILVA, R. Família contemporânea e suas interfaces com a pobreza. **Revista Cesumar** – Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, Paraná, v. 13, n. 2, jul./dez. 2008, p. 313-323.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 04 abr. 2012;

_____. Diário Oficial da União. **Lei n. 8080/1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Diário Oficial da União. **Lei n. 8.069/1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasil, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 11 abr. 2012.

BRODERSEN, G.; RODRIGUES, I. F.; DELAZERE, J. C. A Concepção dos Gestores Municipais de Saúde sobre saúde/doença e família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.7, n.2, maio/ago 2005, p.137-148.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L. A. B. Participação paterna no cuidado da saúde de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cadernos de Saúde Pública**. ENSP, São Paulo, v.21, n.6, 2005, p.1865-1874.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007, p.77-93.

CAETANO; P. S. **Família e Política Social**: Um Estudo sobre o acompanhante em Instituições Hospitalares. Dissertação (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) Departamento de Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

_____; MIOTO, R. C. T. A Família Na Política De Saúde: Considerações sobre a sua participação nos Serviços de Saúde. **O direito à saúde e a proteção social em faixas**

de fronteiras (DIPROSUL): Um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul. Rio Grande do Sul, 2011.

CAMPOS, M. S. Família e Política Social: caso brasileiro e estudo particular em São Paulo. *In: VIII Congresso Luso-Afro Brasileiro de Ciências Sociais*. Coimbra, 2004. Coimbra, 2004.

_____; TEIXEIRA, S. M. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Revista Katálysis**. Florianópolis, 2010, p.20-28.

CARLOTO, C. M. A. chefia familiar feminina nas famílias monoparentais em situação de extrema pobreza. **Textos & Contextos**. PUC, Rio Grande do Sul, v.4, 2005, p.1-17.

CORREA, M. Repensando a Família Patriarcal Brasileira. *In: Almeida, M. S. K. et al. Colcha de Retalhos – Estudos sobre a família no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

CARVALHO, M. C. B de. A priorização da Família na Agenda da Política Social. *In: Família brasileira: a base de tudo*. Silvio Manoug Kaloustian (org.). UNICEF, Brasília, DF, 1994, p.93-108.

CASTILHOS, C. de F. V.; CARLOTO, C. M. O familismo na política de assistência social: um reforço à desigualdade de gênero. *In: I Simpósio sobre estudos de Gênero e Políticas Públicas*. Londrina, 2010.

CNDSS, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GELINSKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v.10, 2011, p.97-114.

_____; SILVA, I. R. Mulher e Família em Mutação: onde estão os mecanismos de apoio do trabalho feminino. **Mulher e Trabalho**. Porto Alegre, v.4, 2004, p.142-148.

GOLDANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *In: Cadernos de Pesquisa*. Minas Gerais: Fundação Carlos Chagas, 1994.

HU. **Apresentação**. Florianópolis, 09 jun. 2010. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=27. Acesso em: 06 maio 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE detecta mudanças na família brasileira**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774 Acesso em: 03 abr. 2012.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Diferenciais Salariais no Brasil: Um breve Panorama**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/estruturasalarial/capitulo3_diferenciais.pdf. Acesso em 18 abr. 2012.

ITABORAÍ, N. R. **A proteção social da família brasileira contemporânea**: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. IUPERJ, Rio de Janeiro, 2005.

KRMPOTIC, C. S.; IESO, L. C. D. Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v.13, n.1, jan./jun. 2010, p.95-101.

LAURELL, A.C. La salud: de derecho social a mercancía. *In*: LAURELL, A. C. **Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud**. Xochimilco: Fundación Friedrich Ebert, 1994.

LYRA, J.; LEÃO, L. S. *et al.* Homens e o cuidado: uma outra família? *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). **Família: redes, laços e Políticas Públicas**. Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PCU/SP. São Paulo: Cortez, 2010, p.79-90.

MARIANO, S. A.; CARLOTO, C. M.. Gênero e Combate a Pobreza: Programa Bolsa Família. **Revista Estudos Feministas**. Santa Catarina, v.17 2009, 2009, p.901-908.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, 2011, p.497-508.

MEDEIROS, M. **A Importância de se Conhecer Melhor as Famílias para a Elaboração de Políticas Sociais na América Latina**. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, 2000, p.47-71.

MIOTO; R. C. T. Família e serviço social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.55, nov. 1997, p.114-130.

_____. Cuidados Sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. *In*: CFESS; ABEPSS; CEAD/NED-UNB. (org.). **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. NED-CEAD/UNB, Brasília, 2000, p.216-224.

_____. Família e Política Social. *In*: BOSCHETTI, I; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R.C. T. (org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p.131-145.

_____. Família e assistência social: subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais. *In*: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (org.). **Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. *In*: **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (org.). São Paulo, 2010, p.43-59.

_____; STAMM; M. **Família e Cuidado: uma leitura para além do óbvio**. Ciência, Cuidado e Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2004, p.161-168.

MONTALI, L. T. Família e Trabalho na Reestruturação Produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 2000, p.55-71.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, 2004, p.44-55.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. *In*: KALOUSTIAN, S. M. (org.). **Família Brasileira a base de tudo**. UNICEF, Brasília, 1998.

OSÓRIO, L. C. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PEREIRA, P. A. P. Mudança Social, Política Social e o papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. *In*: SALES, M. A.; MATOS, M.; LEAL, C. (org.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. UERJ, Rio de Janeiro: Cortez, 2004, p.25-41.

RADIS, Comunicação em Saúde. **Nossa mais grave doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, maio 2006.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). **Família: Laços, Redes e Políticas Públicas**. IEE-PUCSP, São Paulo: Cortez, 2007, p.21-36.

SILVEIRA; M. L. da. Família: Conceitos Sócio Antropológicos Básicos para o trabalho em saúde. **Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.2, n.2, jul./dez. 2000, p.58-64.

SZYMANSKI, H. Viver em Família como Experiência de Cuidado Mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, 2002, p.9-25.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). **Família: redes, laços e Políticas Públicas**. Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PCU/SP. São Paulo: Cortez, 2010, p.79-90.

ZAPAROLI; S. C.; MATTAR; J. B. L. Repensando a Família como Espelho para a Sociedade Através de seus Valores. **Revista Libertas**. Minas Gerais, v.11, n.1, 2011, p.1-27.