



A RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE SEUS MEMBROS

CUNHA, Carmen Lucia Nunes da

RESUMO

Neste artigo apresentamos algumas reflexões sobre a forma como a família foi se constituindo ao longo dos tempos. Discutimos a centralidade da família nas políticas sociais, com ênfase na política de saúde, destacando que as famílias aparecem como responsáveis pelo cuidado e proteção de seus membros. Partimos do pressuposto de que trabalhar com famílias exige do assistente social competência técnica, teórica e ética capaz de subsidiar intervenções que busquem oferecer respostas que superem a imediatividade da situação apresentada.

PALAVRAS-CHAVE: Famílias; Políticas Sociais; Serviço Social.

INTRODUÇÃO

Estamos acostumados a pensar na família como a responsável pelo cuidado de seus membros, mas ao olharmos na história veremos que não foi sempre assim, pois a instituição família e o cuidado foram sendo construídos ao longo dos séculos. Ao observarmos os estudos de Ariès (2014), por exemplo, assistiremos ao nascimento e o desenvolvimento deste sentimento de família no século XV até o século XVIII. Não que a família não existisse como realidade vivida: seria paradoxal contestá-la. Mas ela não existia como sentimento ou como valor (ARIÈS, 2014, p. 191).

O autor analisa em sua obra que o sentimento de família ligado a casa, ao governo da casa e a vida na casa não foi conhecido na Idade Média porque esse período possuía uma concepção particular de família: a linhagem, que se estendia aos laços de sangue, mas não levava em conta os valores nascidos da coabitação e da intimidade, pois a linhagem nunca se reunia em um espaço comum, em torno do mesmo pátio.



Essa situação alterou-se a partir do século XVI quando a legislação real reforçou o papel paterno no que concerne ao casamento dos filhos.

Enquanto se enfraqueciam os laços de linhagem, a autoridade do marido dentro de casa tornava-se maior e a mulher e os filhos se submetiam a ela mais estritamente. Esse movimento duplo, na medida em que foi o produto inconsciente e espontâneo do costume, manifesta sem dúvida uma mudança nos hábitos e nas condições sociais. Passara-se portanto à atribuir a família o valor que outrora se atribuía à linhagem. Ela torna-se a célula social, a base dos Estados, o fundamento do poder monárquico (ARIÈS, 2015, p. 146).

O cuidado dispensado às crianças passou a inspirar sentimentos novos, uma nova afetividade que não era vivenciada séculos antes. Os pais não se contentavam mais em pôr os filhos no mundo, em estabelecer apenas alguns deles, desinteressando-se dos outros. A família deixou de ser apenas uma instituição do direito privado para a transmissão dos bens e do nome, e assumiu uma função moral e espiritual, passando a formar os corpos e as almas (ARIÈS, 2015, p. 195). Nesta época os pais começaram a preocupar-se com a sobrevivência dos filhos, pois era comum o óbito de crianças devido as doenças.

A constituição de uma nova família, no século XV e XVI, devia-se a necessidade de manutenção da riqueza, das terras, dos bens; a esposa tinha a função de procriação e organizava e participava da vida social. As crianças não eram ligadas aos pais, como hoje, eram amamentadas por amas de leite e cresciam em torno da comunidade.

No Brasil a família burguesa, conforme KEHL (2003) desenvolveu-se no início do século XIX, e segundo escreve Maria Angela D’Incao na História das Mulheres no Brasil, na esteira da necessidade de civilizar nossa sociedade escravocrata, mestiça, luso-tropical. Ou seja, nasceu para fortalecer um núcleo de resistência contra as condições históricas formadoras da sociedade brasileira.

Naquele período, o desenvolvimento das cidades e da vida burguesa influenciou também na arquitetura das residências, procurando tornar o convívio familiar mais íntimo, mais aconchegante, o que significa: mais separado do tumulto das ruas e do burburinho da gente do povo. Esta tendência de fechamento da família sobre si mesma foi o início do que D’Incao chama de processo de privatização da família, marcado pela valorização da intimidade (KEHL, 2003, p. 2).



A casa, segundo Rago (1985), era considerada um lugar privilegiado onde se formava o caráter das crianças e a “nova mãe” passou a desempenhar um papel fundamental no nascimento da família nuclear moderna. Ela era a responsável pela saúde das crianças e do marido, pela felicidade da família e pela higiene do lar, num momento em que crescia a obsessão contra tudo que pudesse facilitar a propagação de doenças (lixo, poeira, micróbios).

Dois caminhos conduzirão a mulher ao território da vida doméstica: o instinto natural e o sentimento de sua responsabilidade na sociedade. Enquanto para o homem é designada a esfera pública do trabalho, para ela o espaço privilegiado para a realização de seus talentos será a esfera privada do lar. Tudo que ela tem a fazer é compreender a importância de sua missão de mãe, aceitar seu campo profissional: as tarefas domésticas, encarnado a esposas-dona-de-casa-mãe-de-família (RAGO, 1985, p. 74).

Esta tendência de fechamento da família sobre si mesma foi o início do processo de privatização da família, segundo KEHL (2003), marcado pela valorização da intimidade, quando as famílias se retiravam do convívio caótico das ruas e cidades brasileiras, abriam suas casas para um público selecionado, um círculo restrito de parentes, amigos, alguns pretendentes, um ou outro político, capaz de atestar o sucesso de sua elitização e de seu branqueamento. Nesta estrutura familiar a mulher cabia um papel bem definido, os cuidados domésticos e os cuidados com os membros da família; era a mantenedora da unidade familiar, aquela que cuida de todos.

FAMÍLIAS E POLÍTICAS SOCIAIS

O modo como a política pública incorpora a família vai se refletir na organização dos serviços de saúde e na organização do trabalho com as famílias no cotidiano dos serviços e programas. Teixeira (2012) destaca que a família ocupou um espaço secundário na conformação do Sistema de Proteção Social no Brasil no período de 1930 a 1980. Os serviços estavam dispostos a partir de “indivíduos-problemas” e “situações específicas”, como trabalho infantil, exploração sexual, delinquência, bem como para crianças e adolescentes, mulheres e idosos, não contemplando a família como uma totalidade.



Nesta lógica da assistência social estava a ideia de que as famílias pobres não tinham capacidade de criar, educar e proteger seus integrantes, imperava o paradigma da incapacidade familiar e da institucionalização dos seus membros, como crianças, adolescentes, idosos e portadores de doenças mentais, dentre outros, considerados uma ameaça para a sociedade (TEIXEIRA, 2012, p. 109). Como estas famílias eram consideradas incapazes, por suas debilidades, desagregação conjugal e pobreza, dentre outros fatores, cabia ao Estado, nessas situações-limite, livrar seus membros dependentes dos riscos por via da institucionalização e do afastamento do ambiente familiar (TEIXEIRA, 2012, p. 109). O que se observava naquela época, e ainda hoje, é que estas ações aprofundam o paradoxo entre a família idealizada e família real, vivida pelos pobres, chamadas de “desestruturadas”, pois não levam em conta os diferentes núcleos familiares.

Histórica e culturalmente a família tem se colocado como um dos eixos de proteção social existente na sociedade, promovendo a sobrevivência de seus membros, fato que pode ser facilmente observado na literatura, onde

o grupo familiar aparece com dupla face, a de uma unidade econômica com dependentes e “chefes de família” que redistribuem renda e a de unidade “doadora de cuidados”, também a partir de redistribuição interna. Nele, da mulher-mãe se espera que seja a principal provedora de cuidados para seus membros, mantendo-se economicamente dependente de seu marido. Assim, supõe-se, por um lado, as responsabilidades do “chefe de família” com o sustento, e por outro lado, as da mulher com o cuidado. (MIOTO, 2003, p.169).

Esta concepção de família foi delineada na época de grande desenvolvimento do capitalismo e do liberalismo econômico, quando entrou em cena a família nuclear burguesa. Esta é uma das concepções de família, a noção mais generalizada, e que se encontra ligada a ideia da família nuclear, onde a família é tratada a partir de uma determinada estrutura tomada como ideal (casal com seus filhos) e com papéis bem definidos (MIOTO, 2010, p. 168).



Outra concepção (Mioto, 2010) é aquela onde a família é concebida apenas numa perspectiva relacional, ou seja, onde as relações familiares estão circunscritas apenas às relações estabelecidas na família, seja no âmbito de seu domicílio, seja na sua rede social primária, não incorporando como as relações estabelecidas com outras esferas da sociedade, o Estado, por exemplo, através de sua legislação, de suas políticas econômicas e sociais, interfere na história das famílias. Esta perspectiva se contrapõe às concepções que tomam a família como a principal responsável pelo bem-estar de seus membros, desconsiderando em grande medida às mudanças ocorridas na sociedade (MIOTO, 2010, p. 168) como as mudanças de caráter econômico, relacionadas ao mundo do trabalho e as de caráter tecnológico, além, sem dúvida, das novas configurações demográficas, que incluem famílias menores, famílias com mais idosos e também das novas formas de sociabilidade desenhadas no interior da família (MIOTO, 2010, p. 168).

Concordamos com os autores que apontam que a família se constrói e reconstrói ao longo da história, assim como cotidianamente vem se construindo e reconstruindo através das relações que estabelece entre seus membros e entre seus entes e outras esferas da sociedade, como o Estado e o mercado, por exemplo.

Portando, ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobrir as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social (MIOTO, CAMPOS, LIMA, 2004, Apud MIOTO, 2010, p. 168)”.

Na sociedade capitalista espera-se que a família seja responsável pelo cuidado e proteção de seus membros, cobrindo desta forma as insuficiências das políticas públicas. A Política Nacional de Assistência Social, por exemplo, identifica como função básica da família: prover a proteção e a socialização de seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado (PNAS, 2004, p.29).



Na Política de Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), como o próprio nome já diz, tem o foco centrado na família, e seu objetivo é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2000, p. 10). O PSF afirma que o setor saúde sempre privilegiou o indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores socioculturais, fragmentando-o e compartimentando-o, descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária. Por isso, faz-se necessário que se promova uma mudança, uma nova visão acerca da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Nesta perspectiva,

o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas (BRASIL, 2000, p.10).

O Programa Saúde da Família surge então como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência à saúde. Suas premissas exemplificam o processo de responsabilização das famílias, através das políticas sociais, que incorporam as famílias no texto da lei ou por meio de normativas e orientações que incidem diretamente na organização e na provisão dos serviços no campo da saúde.

Outra proposta em que a família aparece como colaboradora diz respeito ao Programa Melhor em Casa, um serviço voltado ao atendimento no domicílio para pessoas com necessidades de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, entre outros, que receberão assistência multiprofissional gratuita em seus lares, com cuidados mais próximos da família, favorecendo a desospitalização.

A implantação do Programa dá ênfase

a redução na ocupação de leitos hospitalares, a economia de até 80% nos custos de um paciente, se comparado ao custo desse mesmo paciente quando internado na unidade hospitalar e a redução das filas de urgência e emergência já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família (MIOTO, 2010, p. 159).



É preciso destacar que o Programa Melhor em Casa exige a indicação de um cuidador por parte da família, em todas as situações atendidas, seja ele contratado ou membro familiar, independentemente do grau de complexidade do cuidado, que deverá ser capacitado pela equipe multiprofissional para o cuidado no domicílio. O Programa não leva em conta os novos arranjos familiares, onde não há presença de um cuidador 24 horas, pois os integrantes trabalham e necessitam se revezar, como podem, no cuidado. O Programa elege um determinado tipo de família que atenda determinados critérios, e as famílias que não possuem um cuidador que possa ser treinado não conseguem acessar os serviços prestados. Além disso, sem que as famílias percebam, transferem-se os custos da internação hospitalar (dietas, curativos, medicações, entre outros) para internação domiciliar, mais um ônus para as famílias assumirem. Conforme destaca Miotto (2010), as famílias vão sendo incluídas tanto através de requisições nos domicílios, como através da participação nos serviços. Passam a ser invocadas e evocadas como sujeito fundamental no processo de cuidado tanto no sentido de sua responsabilidade pelo cuidado, como de ser objeto de cuidado.

O cuidado em saúde é produzido em dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada especialmente pela família.

A rede oficial, incorporando o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas, conta com amplo reconhecimento como agência produtora de cuidados. Já a rede informal, que tem na família seu principal personagem, não conta com tanto prestígio. No entanto é na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde. (GUTIERREZ & MINAYO, 2010, p.1498).

Intensifica-se a figura do cuidador familiar, informal, que não teve uma formação específica para cuidar, mas, em alguns casos, aprendeu na prática por já ter cuidado de outro familiar doente por longo período, muitas vezes precisando se dedicar em tempo integral ao membro adoecido, podendo chegar a sete dias na semana, sem folga nem férias, dependendo do grau de dependência. Há que se pensar que a falta de apoio dos serviços sociais e de saúde para o cuidado do familiar dependente pode acabar se tornando um ônus que ameaça o bem-estar e a qualidade de vida, culminando em desequilibrar a saúde (e as finanças) de toda uma família (POLARO, 2012, p. 229).



Neste campo da proteção social pode-se dizer, a “grosso modo”, que existem duas tendências em disputa: proposta familista e proposta protetiva. A ideia central da proposta familista, segundo Miotto (2010), reside na afirmação de que existem dois canais tidos como naturais para a satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. A interferência pública só deverá acontecer, e de maneira transitória, quando estes dois canais falharem, ou seja, a política pública acontece prioritariamente, de forma compensatória e temporária, em decorrência da sua falência no provimento de condições materiais e imateriais de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de seus membros (MIOTTO, 2010, p. 169-170). Nesta concepção a incorporação da família na política social traz embutida a ideia de falência da família, entendida como

resultado da incapacidade de gerirem e otimizarem seus recursos, de desenvolverem adequadas estratégias de sobrevivência e de convivência, de mudar comportamentos e estilos de vida, de se articularem em redes de solidariedade e também de serem incapazes de se capacitarem para cumprir com as obrigações familiares (MIOTTO, 2010, p. 169-170).

Contudo, ao analisarmos a constituição da instituição família ao longo dos tempos percebemos que houve uma mudança significativa nos modelos familiares, este é um dado inegável, porém, veremos, ao mesmo tempo, que a responsabilidade pelo cuidado de seus membros foi sendo cada vez mais intensificada ao longo dos anos, seja pelas políticas públicas, seja pelas legislações vigentes.

CONSIDERAÇÕES

Entendemos que a proteção social não está restrita às famílias e, portanto, a solução de suas necessidades vai além de suas possibilidades individuais de resposta, por isso faz-se necessário que os assistentes sociais compreendam o processo de constituição das famílias, suas novas configurações e as expectativas e exigências que as políticas sociais nelas depositam, para que possam intervir com qualidade, pautados num referencial teórico e postura crítica, alicerçados no projeto ético-político da profissão, revendo posturas e intervenções conservadoras.



REFERÊNCIAS

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. NETO, Milton Menezes da Costa Neto(Org). Brasília: 2000. Disponível em: http://faa.edu.br/porta/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/caderno_atencao_basica_saude_familia.pdf. Acessado em 25/06/2016.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em 10/03/2017.

_____. **Política Nacional de Assistência Social**. Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília: 2004.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva. vol.15, supl.1, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062. Acessado em 15/03/2016.

KEHL, M. R. **Em defesa da família tentacular**. Artigos e Ensaios, 2003. Disponível em <http://www.mariaritakehl.psc.br/PDF/emdefesadafamiliatentacular.pdf>. Acessado em 10/04/2016.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores: Heróis Anônimos do Cotidiano**. In: KARSCH. Ursula, Margarida. Envelhecimento com dependência: Revelando Cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

MENDONÇA, F. F.; GARANHANI, M. L.; MARTINS, V. L. **Cuidador Familiar de Sequelados de Acidente Vascular Cerebral: Significado e Implicações**. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva, 2008.

MIOTO, R. C. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina: Serviço Social em Revista, v. 12, nº 2, 2010.



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

_____ **Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais.** Revista Virtual Textos e Contextos, nº 3, 2003.

POLARO, S. H. I. **Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade.** Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf>. Acessado em 25/04/2016.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar.** A utopia da cidade disciplinar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

TEIXEIRA, Solange Maria. **A Centralidade da Família nas Políticas Sociais e o Trabalho Social com Famílias.** IN: Políticas Públicas e Cidadania: temas em debate. LIMA, Antônia Jesuíta e outros. Teresina: EDUFPI, 2012.