

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Mariana Silveira Barcelos

**A INCORPORAÇÃO DA FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UM DEBATE A PARTIR DAS CONCEPÇÕES DOS
PROFISSIONAIS NUM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamasso Mioto.

Florianópolis

2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

B242i Barcelos, Mariana Silveira
A incorporação da família nos serviços de saúde
[dissertação] : um debate a partir das concepções dos
profissionais num hospital de alta complexidade / Mariana
Silveira Barcelos ; orientadora, Regina Celia Tamaso Mioto.
- Florianópolis, SC 2011.
120 p.: grafs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social.

Inclui referências

1. Serviço social. 2. Política social. 3. Profissionais
da área da saúde. 4. Família. 5. Cuidados. I. Mioto, Regina
Célia Tamaso. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

CDU 36

Mariana Silveira Barcelos

**A INCORPORAÇÃO DA FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UM DEBATE A PARTIR DAS CONCEPÇÕES DOS
PROFISSIONAIS NUM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Serviço Social”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Florianópolis, 19 de setembro de 2011.

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamaso Mioto
Universidade Federal de Santa Catarina
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Cássia Maria Carloto
Universidade Estadual de Londrina
Membro Externo

Prof^ª. Dr^ª. Marisa Monticelli
Universidade Federal de Santa Catarina
Membro

Prof^ª. Dr^ª. Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina
Suplente

AGRADECIMENTOS

A construção de um trabalho de pesquisa jamais é um processo solitário. Muitas pessoas estão envolvidas nesse enredo, seja repassando conhecimento, dividindo angústia, compartilhando produções e discussões que nunca acabam, seja oferecendo um olhar acolhedor, uma palavra de incentivo e até mesmo auxílios práticos para a concretização dessa etapa. As pessoas e instituições aqui mencionadas foram vitais para a conclusão deste mestrado e são essenciais para a minha vida. Por isso, quero agradecer publicamente a elas.

À UFSC, que me proporcionou o ensino de qualidade desde a graduação.

À minha orientadora, professora Regina Célia Tamaso Mioto, por compartilhar seu imenso conhecimento. É uma honra ser sua orientanda. Sua atenção, paciência, generosidade e carinho fazem a diferença.

Ao Programa de Pós Graduação, que conduziu este processo, em especial, à Paola, por sua disponibilidade para auxiliar nos caminhos burocráticos.

Aos professores da Pós Graduação em Serviço Social, em especial a Regina Célia Tamaso Mioto, Ivete Simionatto, Helder Boska Sarmiento, Maria Del Carmen Cortizo, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Edaléa Maria Ribeiro e Monica de Martino, com quem tive a feliz oportunidade de “cruzar” durante o mestrado, e por ter desfrutado do seu conhecimento tão generosamente compartilhado.

Às professoras Marisa Monticelli, Cássia Maria Carlotto e Keli Regina Del Prá, pelas brilhantes contribuições que enriqueceram meu trabalho e por disponibilizarem seu tempo super cronometrado para participar da minha banca.

Ao Jefferson, meu esposo e grande companheiro, que comigo divide as alegrias e dificuldades dessa vida. Sem seu amor, sua cumplicidade, seu carinho, aconchego, namoros, esquecimentos, reflexões, indignações compartilhadas, boas risadas, comidinhas saborosas e tantas coisas mais a minha vida seria um pouco vazia. Você é meu porto seguro, a parte

gostosa dessa estadia aqui na terra. Amo você e quero que saiba que esse trabalho não é apenas meu, é nosso.

À minha mãe e ao meu irmão Léo, porque nosso amor supera inúmeros obstáculos. Vocês representam o combustível para as minhas conquistas.

À família paterna: meu pai, minha “boadrasta” Sandra e meus irmãos Juliana, Junior e Gabriel. Mesmo de longe, vocês estão sempre perto.

Às amigas Daiana, Joliane e Luana, que me acompanham desde a infância e adolescência, em cada momento da minha caminhada, torcendo, incentivando, brigando, rindo, chorando. Vocês são especiais e para todo sempre.

À minha amiga Fran, que me incentivou como ninguém nessa jornada acadêmica e acreditou em mim quando eu mesma achava que seria impossível. É um enorme prazer trabalhar com você e dividir as coisas da vida. Você mora no meu coração.

Às amigas: Déia, Bianca e Lisi, pela parceria, pela cumplicidade, pelas boas risadas, por saber que posso contar. Vocês tornam meu dia-dia mais leve.

À turma do mestrado de 2009. Vocês fizeram toda a diferença, são inesquecíveis.

Às amigas: Cris, Edi, Fabi, Jaque e Rô, que conquistei durante o mestrado e que, tenho certeza, farão parte da minha vida de agora em diante.

À minha prima Tatiana, que pacientemente dedicou seu tempo para me ensinar as “coisas da língua portuguesa”. Suas correções e sugestões foram fundamentais.

À equipe de Serviço Social do HU, especialmente às Assistentes Sociais Cida, Carmen, Tay, Michelly, Valda, Rosilda e às recém-chegadas Judizeli e Fê; a Hilda Rosana, que de forma bagunçada e acolhedora compartilha as minhas manhãs; e ainda aos bolsistas que passam por nós. Agradeço a todos por facilitarem minha saída para a conclusão desse trabalho, em especial à Cida, que não mediu esforços para que a

tão sonhada licença de quarenta dias efetivamente saísse, e a Déia e Carmen, que seguraram as pontas com as demandas da maternidade.

Às (o) minhas (meu) queridas (o) ex-estagiárias (o) e estagiárias (o), grande parte já colegas de profissão: Iara, Jony, Paola, Camile, Pati, Lidi, Michelle, Mariana, Schaiany e às recém- chegadas Fabíula e Priscila. Vocês proporcionam que o meu exercício profissional seja um constante aprendizado e trazem graça, leveza, inquietude e criatividade para as demandas tão densas do Serviço Social.

Às equipes de profissionais da Unidade Neonatal e da Clínica Médica III do HU, sujeitos desta pesquisa, pela acolhida e disponibilidade. Vocês foram essenciais, dedicando seu tempo para me atender em meio à atribulada rotina hospitalar.

Aos profissionais da maternidade do HU, em especial, às equipes do Alojamento Conjunto e da Unidade Neonatal, pela torcida e por compartilharem esse momento da minha vida.

À Maria Elisa, pela correção gramatical e redacional deste texto.

À Fernanda da Rosa Mangini, pela revisão nos moldes das normas da ABNT.

Em especial à minha amada avó Delcia. Sei que, mesmo estando em diferentes planos, provisoriamente, estaremos sempre conectadas pelo imenso amor que nos une. Você é minha inspiração, minha luz e meu guia. Saudades infinitas.

A Deus e aos meus guias espirituais, por me guiar, iluminar e proteger nesse mundo.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo identificar e analisar as concepções de família dos profissionais de saúde, estabelecer relações entre tais concepções e as ações e os procedimentos empreendidos por eles e ainda investigar como as famílias são incorporadas na “gestão do cuidado”. Para tanto, optou-se por realizar um estudo qualitativo em um serviço de saúde público de alta complexidade. A incorporação da família pela política social brasileira, através dos serviços, principalmente na área da saúde, em que a família aparece como um sujeito importante no processo saúde-doença-cuidado, evidencia que as relações estabelecidas entre profissionais e usuários/famílias podem ter repercussões importantes na assistência oferecida. O tema é discutido no escopo das configurações da política social brasileira, especialmente após a década de 1990, e das categorias família, serviços de saúde e cuidado. O procedimento metodológico privilegiado foi o da entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde e o critério de saturação foi utilizado para a delimitação do número de participantes. Os dados são apresentados e analisados em torno de dois eixos temáticos: concepções e expectativas dos profissionais sobre família; e a família no cuidado. Os resultados desta investigação indicam que as concepções, os valores e as crenças culturais dos profissionais têm repercussões na assistência prestada ao usuário. Os profissionais têm um papel central na efetivação da política social sob orientação do viés “familista”, pois as práticas profissionais tendem a reforçar a transferência de responsabilidades à família.

Palavras-chave: Políticas Sociais. Profissionais de saúde. Família. Cuidado.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to identify and analyze the concepts of family held by healthcare professionals, to establish relationships between these concepts and their actions and procedures. It investigates how the families are incorporated in “care management.” To do so, it conducted a qualitative study in a high complexity public healthcare service. The incorporation of the family by Brazilian social policy, through services, mainly in the healthcare field, in which the family appears as an important subject in the health-illness-care process, has revealed that the relationships established between professionals and users and their families can have important repercussions in the assistance offered. The theme is discussed in the scope of configurations of Brazilian social policy, especially after the 1990s, and of the categories family, healthcare services and care. The methodological procedure emphasized the use of semi-structured interviews with healthcare professionals and the criteria of saturation was used to delimit the number of participants. The data are presented and analyzed around two thematic focuses: concepts and expectations of the professionals about the family; and the family in care. The results of the study indicate that the concepts, values and cultural beliefs of the professionals have repercussions in the assistance provided the user. The professionals have a central role in the enactment of social policy under the orientation of a “family” bias, because the professional practices tend to reinforce the transfer of responsibilities to the family.

Key words: Social Policy. Healthcare professionals. Family. Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AAHU | Associação dos Amigos do Hospital Universitário |
| CAPs | Caixas de Aposentadoria e Pensões |
| CEPAL | Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| CM III | Clínica Médica III |
| HU | Hospital Universitário |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| NESPP | Núcleo de Estudos e Pesquisas, Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PPGSS | Programa de Pós-graduação em Serviço Social |
| SIMPAS | Sistema Nacional de Previdência Social |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 POLÍTICA SOCIAL E FAMÍLIA: BASES PARA O DEBATE . | 25 |
| 2.1 POLÍTICAS SOCIAIS E SUAS ATUAIS ORIENTAÇÕES | 25 |
| 2.2 A RELAÇÃO FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL..... | 32 |
| 3 A POLÍTICA DE SAÚDE E A FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE | 41 |
| 3.1 POLÍTICA DE SAÚDE: PROPOSIÇÕES E PERSPECTIVAS | 41 |
| 3.2 A FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 48 |
| 3.2.1 Aproximações conceituais em torno da família | 50 |
| 3.2.2 Aproximações conceituais em torno dos serviços | 54 |
| 3.2.3 Aproximações conceituais em torno do cuidado | 56 |
| 4 PESQUISA DE CAMPO | 65 |
| 4.1 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA | 65 |
| 4.1.1 Sujeitos da pesquisa | 65 |
| 4.1.2 Procedimentos para a coleta de dados | 70 |
| 4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 72 |
| 4.2.1 Concepções e expectativas dos profissionais sobre família | 73 |
| 4.2.1.1 Concepções dos profissionais sobre a família | 73 |
| 4.2.1.2 Como os profissionais concebem as famílias atendidas no serviço..... | 80 |
| 4.2.1.3 Papéis destinados às famílias durante a internação | 85 |
| 4.2.1.4 Expectativa dos profissionais em relação à família durante a internação..... | 92 |
| 4.2.2 A família no cuidado | 100 |
| 4.2.2.1 O campo do cuidado..... | 101 |
| 4.2.2.2 Interferências dos valores morais e religiosos..... | 112 |
| 4.2.2.3 Perfis familiares diferentes no cuidado e condutas diferenciadas na assistência | 120 |
| 4.2.2.4 Quando as normas não são cumpridas..... | 131 |
| 4.2.2.5 Quem realiza o acompanhamento? Quais as condições de permanência? | 136 |
| 4.3 A INCORPORAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO SERVIÇO DE SAÚDE E A LÓGICA DA RESPONSABILIZAÇÃO | 143 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 149 |

| | |
|--|------------|
| REFERÊNCIAS..... | 157 |
| APÊNDICES | 167 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... | 167 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 168 |

1 INTRODUÇÃO

Das inquietações provenientes do exercício profissional surgiu a necessidade de buscar respostas para questões latentes na prática diária, baseadas numa fundamentação teórico-metodológica crítica. Tendo em vista este anseio é que se propôs desenvolver o presente estudo junto ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vinculado à pesquisa “Família e Política Social: Relações entre Famílias e Serviços Públicos” (MIOTO, 2011), e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas, Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social (NESPP).

O tema central deste estudo surgiu durante a observação cotidiana, como assistente social, da relação dos profissionais da equipe de saúde com usuários/famílias em uma instituição hospitalar pública. Na interação com a equipe multiprofissional perceberam-se inúmeras situações que despertam aflições, vividas rotineiramente pela pesquisadora. Estas aflições possibilitaram levantar questões que remetiam à assistência prestada ao usuário e a sua família no contexto do serviço. Particularmente, as observações realizadas indicavam que as relações estabelecidas entre profissionais e usuários/famílias estavam permeadas por (pré) conceitos e estes tinham repercussões importantes na assistência oferecida. Tais observações estavam, na sua grande maioria, vinculadas a situações que envolviam a família no processo de cuidado, considerando muito pouco suas estruturas, suas condições e seus limites.

Surgiu assim o interesse em discutir a incorporação da família pela política social brasileira através dos serviços, principalmente na área da saúde, em que a família aparece como um sujeito importante no processo saúde-doença-cuidado e está diretamente relacionada em diretrizes e programas.

Considerando o processo saúde-doença, Pinho et al (2007, p. 2) apontam que as mudanças político-econômicas, a reorientação das finalidades do trabalho, a divisão de classes sociais e a crescente proliferação de doenças epidêmicas foram fatores que reformularam os conceitos acerca das condições de saúde e de doença, reorientando, também, as formas de intervenção dos profissionais de saúde. Assim, pensar nas concepções de saúde-doença-cuidado significa, necessariamente, reconhecer que as garantias das condições de saúde são um processo complexo em que se compõem as realidades do contexto social, as necessidades da equipe, do usuário, da instituição,

entre outros. Ou seja, é um conjunto de discursos, de organização do trabalho, de formas de assistência e, preponderantemente, de pessoas com necessidades e individualidades.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito fundamental do cidadão e definiu o Estado como responsável pelo atendimento desta demanda. Com o conceito de saúde ampliado, criou-se um novo horizonte para a compreensão do que se entendia por saúde e, conseqüentemente, deu-se maior atenção a sua promoção e proteção. No entanto, surgiu também o desafio de efetivar esse conceito de saúde, conforme o texto constitucional, como um “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 a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2001, p. 86).

Na contracorrente dessa proposta, ocorreram as alterações desencadeadas no âmbito da economia mundial e o desenvolvimento do projeto neoliberal, que determinaram mudanças expressivas no papel do Estado de atender às demandas da população. Nos anos de 1990, essa orientação indicava que as políticas públicas passavam a ter como norte a privatização, a focalização, e havia uma reorientação da participação da sociedade. No Brasil, todo esse processo ganhou força e, na contramão da constituinte, decorreu o tensionamento entre a proteção social, concebida através da seguridade social¹, e a sua fragilização, gerada pela alteração do papel do Estado na direção da política social.

Como parte dessa trama, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por constantes reformas relativas à questão do financiamento dos serviços e da descentralização da gestão e o Estado passou a subsidiar o mercado, incentivando os contratos e planos de saúde. Dessa forma, espera-se que somente quem não tem meios de adquirir os serviços no setor privado (processo de mercantilização da política de saúde) é que demandará da política pública, ou seja, grande parcela da população empobrecida e que cada vez mais apresenta necessidades de saúde mais complexas.

Os efeitos da desigualdade social sobre a saúde são observados cotidianamente pelos trabalhadores do SUS ao atenderem os usuários. As condições de alimentação, moradia, educação, saneamento e

¹ Segundo Iamamoto (2008, p. 148), “a seguridade social designa um conjunto de ações governamentais no campo da chamada proteção social, envolvendo um leque de políticas que fazem frente aos direitos sociais”. Esse conceito de política é fruto do reconhecimento das desigualdades e lutas voltadas à preservação da vida dos cidadãos e fez com que medidas de proteção saíssem do âmbito privado para a esfera pública.

exposição à violência física vão remeter à distribuição desigual da riqueza e de recursos, assim como o acesso aos serviços de saúde, e todos esses aspectos resultam nas condições de saúde da população. Essas reais condições de saúde da população demonstram o imenso desafio que o SUS enfrenta, já que esse sistema foi instituído também com o propósito de consolidar a conexão com as demais políticas setoriais, sobretudo através do desenvolvimento das chamadas ações intersetoriais.

O delineamento dos rumos da política social, nas últimas décadas, tem sido tema de constantes debates e alguns processos estão bastante evidenciados, como os de focalização e os de responsabilização da família na provisão de bem-estar social. A política de saúde, embora preserve uma vocação universalista, vem sofrendo uma série de alterações que reorganizam sua condução, nos mesmos moldes dos organismos internacionais. Nessa lógica, a família vem assumindo centralidade e sendo incorporada aos serviços como parceira ativa no processo de cuidado.

A vinculação do cuidado em saúde com a família aparece claramente na Política Nacional de Humanização (PNH). Particularmente no nível da atenção terciária, encontram-se vários dispositivos de operacionalização, dentre eles, o da visita aberta e do direito ao acompanhante. Este dispositivo tem “o objetivo de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida dos pacientes.” (BRASIL, 2003).

No âmbito estadual, a Lei 13.324/2005 dispõe sobre a cartilha dos direitos do paciente, e de acordo com esta, o direito ao acompanhante é assegurado tanto nas consultas como nas internações. Todos esses dispositivos trazem inquietações sobre as relações que aí são estabelecidas, pois nas unidades hospitalares o acompanhante, muitas vezes, é chamado para assumir funções de cuidado ao usuário que deveriam ser executas por profissionais habilitados. Diante do chamamento da família para os serviços e para a efetivação da Política Nacional de Humanização, evidencia-se uma série de situações presentes nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários que impactam a condução da assistência prestada ao usuário do SUS.

Nesse contexto e a partir da delimitação do tema, definiu-se como objetivo geral da pesquisa: conhecer as concepções que os profissionais de saúde que trabalham em hospital público possuem sobre família e compreender de que forma tais concepções repercutem no processo

assistencial. Dessa forma, tal questão desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos:

- a) conhecer as concepções de família a partir dos profissionais de saúde;
- b) analisar e estabelecer relações entre as concepções de família e as ações e os procedimentos empreendidos pelos profissionais no atendimento de usuários e suas famílias;
- c) identificar como as famílias, através das ações profissionais, são incorporadas na “gestão do cuidado”, no campo da saúde.

Por meio desses objetivos espera-se contribuir para o desvelamento, o debate e a reflexão sobre a incorporação da família nos serviços de saúde através de seus profissionais, temática tão pouco problematizada. Para tanto, exige-se o direcionamento do olhar pesquisador e de seus pressupostos metodológicos.

Em relação à opção teórico-metodológica, o presente estudo se alinha à perspectiva crítica dialética, pois busca contemplar categorias como historicidade, contradição e totalidade. Behring e Boschetti (2007, p. 39), ao abordarem a contribuição da tradição marxista, elucidam que o método não se confunde com técnicas ou regras intelectivas, é uma relação entre sujeito e objeto que permite ao sujeito aproximar-se e apropriar-se das características do objeto. Dessa forma, o conhecimento não é absoluto, mas é possível apreender as múltiplas determinações dos processos sociais historicamente situados, porque o ser social se objetiva – a sociabilidade é objetivação.

Ao tratar do método, Marx (2008) afirma a existência de diferenças entre método de exposição e método de pesquisa. A investigação/pesquisa tem de “apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas” (MARX, 2008, p. 28), ou seja, quando o pesquisador se apropria do objeto, da sua estrutura, do seu movimento, do seu modo de ser. Depois que se concluir esse trabalho é que se poderá descrever o movimento do real (método de exposição), quando a investigação já estiver feita, pois o ponto de partida é a resposta.

Conforme Netto (2009), a realidade, para Marx, tem caráter dinâmico/processual. Essa dinâmica é constitutiva do mundo histórico social – é a própria essencialidade (movimento). O centro desse

dinamismo são as contradições e os antagonismos necessariamente gestados nas instâncias constitutivas dessa realidade histórico-social. A realidade sócio-histórica constitui sempre uma totalidade. Essa totalidade é um conjunto de complexidades, é um complexo de complexos.

A escolha deste método não é aleatória, é o que possibilitou olhar a essência dos fenômenos em seus processos e em suas relações contidas na realidade. Há uma articulação inseparável entre os elementos econômico, político, social, dentre outros, sem que exista a fragmentação. No campo da saúde, a utilização do método crítico-dialético retomou a discussão do cunho social nesta área, integrando uma visão de totalidade para o processo saúde-doença e rompendo com a visão biologicista.

Segundo Minayo (2008, p.16), “toda a investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida. A resposta a esse movimento do pensamento geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos conhecimentos”. A pesquisa, portanto, propõe-se a desvelar a realidade, através da articulação entre as teorias e os elementos pesquisados, tendo como pano de fundo a realidade cotidiana, o que possibilitará buscar respostas a questões específicas. Trata-se de um processo em constante construção, desconstrução e reconstrução.

Nessa perspectiva, considerando os objetivos desta pesquisa, optou-se pela adoção de recursos de diferentes naturezas para sua realização, como a revisão bibliográfica e a pesquisa empírica, através de entrevistas com profissionais e de observações do cotidiano institucional pela pesquisadora.

O levantamento bibliográfico é fundamental para a construção de um quadro de referências. Para tanto, elegeram-se publicações de cunho científico que tivessem relação com o objeto de estudo. Esse recurso é recomendado, pois possibilita a investigação de um amplo leque de informações de distintas áreas de conhecimento e permite a construção de um diálogo com o material bibliográfico que possibilita indagar, explorar, refletir e propor soluções (LIMA; MIOTO, 2007).

Além de livros, artigos, dissertações e teses no campo das relações entre política social e família e sobre serviços de saúde e família, também foram pesquisados os documentos do Ministério da Saúde, além de normativas e relatórios do serviço de saúde. Este processo teve por finalidade identificar um conjunto de elementos centrais a serem pesquisados, os quais formaram subsídios baseados em determinantes históricos, políticos, culturais, econômicos e sociais.

Para esse debate, elegeram-se algumas categorias centrais, tais como família, política social, serviços, cuidado e saúde, que podem proporcionar a apreensão do objeto proposto, especialmente por permitir a construção de um percurso no qual a historicidade e a contradição têm significado fundamental, e que permitem a relação com a totalidade, uma vez que se propõe desenvolver um processo dialético.

A pesquisa de campo é de natureza qualitativa. De acordo com estudos de Chizzoti (1991), a abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, o que acarreta numa interdependência viva entre sujeito e objeto e uma postura interpretativa – dessa forma, não neutra – do observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta.

Para tanto, optou-se por realizar a pesquisa em um serviço público de alta complexidade, pois parte dos usuários que acessam esse serviço são portadores de um quadro clínico que necessita de uma internação hospitalar durante certo período. Essa situação sempre coloca em pauta as relações do serviço de saúde com a família. Cabe destacar que, por se exercer a atividade profissional na instituição pesquisada, foi possível utilizar as observações cotidianas para complementar e refletir sobre o material de pesquisa coletado.

A fim de realizar a discussão proposta e observando a complexidade do debate, efetua-se, na segunda seção, uma breve revisão sobre a constituição da política social. Nela são discutidos alguns elementos que compõem as bases ideo-políticas do pensamento neoliberal e que têm influência direta na orientação das políticas econômicas e sociais do recente Estado brasileiro, especialmente após a década de 1990. Como segundo item desta seção, problematiza-se a relação da família com as políticas sociais, principalmente a partir das transformações dos sistemas de proteção social, após as crises fiscais dos países desenvolvidos, nos anos 1970. Esse cenário alterou o desenho da proteção e convocou os setores da sociedade, sobretudo a família, para garantir a proteção social.

Na terceira seção, inicialmente, apresentam-se as atuais perspectivas da política de saúde brasileira, e diante do cenário apresentado da atual conjuntura das políticas sociais, se trazem elementos para o debate sobre a incorporação da família no cotidiano dos serviços de saúde. Com o intuito de elucidar os aportes teóricos referentes às categorias centrais do trabalho, apresentam-se algumas aproximações conceituais acerca da família, dos serviços e do cuidado.

Na quarta seção, num primeiro momento, indica-se o caminho metodológico percorrido na elaboração da pesquisa. Num segundo momento, apresentam-se os dados empíricos coletados junto aos sujeitos pesquisados e as análises decorrentes desse processo. Essa apresentação traz os relatos sistematizados, que delineiam os assuntos abordados e os resultados obtidos, sendo esses últimos delimitados em dois eixos temáticos: concepções e expectativas dos profissionais sobre família; e a família no cuidado. Para finalizar esta seção, destacam-se alguns aspectos relevantes da análise empreendida, visando responder aos objetivos propostos neste estudo.

Por fim, apresentam-se breves considerações finais sobre as observações empreendidas no decorrer da pesquisa e da análise dos dados empíricos. No entanto, não se ousa esgotar o debate ou indicar conhecimentos fechados, mas pretende-se levantar elementos que subsidiem o aprofundamento da problematização da temática, que é importante para que o conjunto dos profissionais de saúde reflita sobre as ações que desenvolve no âmbito dos serviços. Assim, pretende-se lançar luzes num campo ainda bastante nebuloso que é o da divisão de atribuições e responsabilidades entre a família e instituições públicas na provisão de bem-estar.

2 POLÍTICA SOCIAL E FAMÍLIA: BASES PARA O DEBATE

A compreensão sobre a configuração e as atuais orientações das políticas sociais é o principal embasamento para discutir os objetivos desse trabalho. Apesar das políticas sociais serem tema de densa discussão acadêmica, propõe-se, num primeiro momento, situar a discussão sobre sua configuração e, especialmente, sobre suas orientações, após a década de 1990. A seguir, pretende-se abordar a relação da família com as políticas sociais, sobretudo, a partir das transformações dos sistemas de proteção social, após as crises fiscais dos países desenvolvidos, nos anos 1970, pois esse cenário modificou a configuração da proteção e convocou os setores da sociedade, principalmente a família, para assegurar a proteção social.

2.1 POLÍTICAS SOCIAIS E SUAS ATUAIS ORIENTAÇÕES

Ao se realizar um resgate histórico da composição das políticas sociais, remete-se à constituição do antagonismo entre capital e trabalho, que vem se consolidar através do desenvolvimento de um projeto do proletariado e tem como perspectiva uma prospecção socialista e uma prática sindical classista. A condição histórica e social da política social deve ser extraída do movimento da sociedade burguesa em que se enraíza o antagonismo de classe. A política social é resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribui para a sua reprodução (FALEIROS, 1991, p. 41; NETTO, 2005, p. 59).

Os autores que se alinham a essa perspectiva consideram a política social como forma de enfrentamento das refrações da questão social². Esse processo, segundo Netto (2005), inicia-se no ordenamento do capitalismo monopolista, que vai ter expressão no último quartel do século XIX, em que a questão social torna-se objeto de intervenção.

Behring e Boschetti (2007, p. 37-38) apontam que as análises da política social devem evitar críticas unilaterais, pois, de fato, a política social assume caráter contraditório à medida que adota configurações ambivalentes, ou seja, há interpretações de que se situam como iniciativas exclusivas do Estado para responder às demandas da

² Conforme Cerqueira Filho (1982 apud NETO, 2005), por questão social, no sentido universal do termo, se quer significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a “questão social” está fundamentalmente vinculada ao conflito entre capital e o trabalho.

sociedade, e em outro extremo, decorrem da luta e da pressão da classe trabalhadora. Pode-se dizer então que

[...] esses enfoques não são, em si, equivocados, pois as políticas sociais assumem de fato essas configurações. Mas são insuficientes e unilaterais porque não exploram suficientemente as contradições inerentes aos processos sociais e, em consequência, não reconhecem que as políticas sociais podem ser centrais na agenda de lutas dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 38).

A generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais possibilitam o alargamento da base de sustentação e legitimação sócio-política do Estado. Isso lhe permite organizar um consenso que assegura seu desempenho. Com a articulação das funções econômicas e políticas do Estado burguês no capitalismo monopolista, para garantir a reprodução do capital, este deve legitimar-se politicamente incorporando outros protagonistas sócio-políticos. O Estado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, torna-se permeável às demandas das classes subalternas. Dessa forma, pode fazer incidir seus interesses e suas reivindicações imediatos (NETTO, 2005).

A questão social se expressa em suas refrações e a partir de então os sujeitos sociais organizam formas de enfrentamento. As políticas sociais e a formação de modelos de proteção social são respostas e formas de enfrentamento – setorizadas e fragmentadas – às várias expressões da questão social no capitalismo (NETTO, 2005). A funcionalidade da política social se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho, mediante a regulamentação das relações entre capitalistas e trabalhadores. De acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 47):

Não se pode indicar com precisão um período específico de surgimento das primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais, pois, como processo social elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Sua origem é comumente relacionada aos movimentos

de massa da social-democratas e ao estabelecimento dos Estados-nação na Europa ocidental do final do século XIX (Pierson, 1991), mas sua generalização situa-se na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial na sua fase tardia, após Segunda Guerra Mundial (pós 1945). (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 47).

Segundo Netto (2005), é só a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas na ordem monopólica que a questão social se torna alvo de políticas sociais. Para esse autor, a política social vai sempre lidar com interesses opostos.

Nesse contexto é que, no século XIX, mesmo sob a influência do regime liberal, se originaram modelos de políticas sociais. Nos anos de 1880, na Alemanha, foram realizadas reformas que introduziram sistemas de seguros sociais, garantidos mediante contribuição direta anterior. Tais reformas foram protagonizadas por Otton Von Bismarck, pela necessidade de assegurar renda aos trabalhadores em momento de risco social decorrente da ausência de trabalho. Esse modelo ficou conhecido como bismarckiano (PEREIRA, 2008).

Com base na periodização mandeliana, é possível afirmar que as políticas sociais se multiplicaram no final de um longo período depressivo que se estendeu de 1914 a 1939, e se generalizaram no início de um período de expansão, que teve como essência a guerra e o fascismo, seguindo até fins da década de 1960 (BEHRING, 1998, p. 164).

A população alvo das políticas sociais era a força de trabalho para o capital que estivesse nas melhores condições possíveis de acordo com a correlação de forças sociais. O aumento da ação estatal incidiu de forma distinta nos países de economias capitalistas em razão das diversas configurações que assumiram as relações entre o Estado e a sociedade civil. Dessa forma, seguindo o mesmo projeto, o Estado, em meados do século XX, incorporou algumas demandas e necessidades dos sujeitos políticos, com o objetivo de assegurar sua legitimidade e hegemonia, e como consequência, viu-se obrigado a intervir cada vez mais nos processos de produção e reprodução da vida social (FALEIROS, 1991; NOGUEIRA, 2002).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, numa conjuntura em que eram necessárias reformas, em consequência da crise econômica, havia condições para a implantação do chamado Estado de Bem-Estar Social

ou *Welfare State*. Esse constituiu novas bases políticas, econômicas e ideológicas que se expressaram na redefinição do papel do Estado, que assumiu o provimento público do bem-estar. Era a dinamização da função pública para compatibilizar democracia e economia de mercado.

Há diversos autores que discorrem sobre o surgimento, a consolidação e suas várias configurações, nos diferentes países, e sobre a crise do Estado de Bem-Estar Social, sob perspectivas e referências diferenciadas. Não se abordará aqui essas perspectivas e as mais variadas correntes que discutem essa temática. Porém, pode-se indicar que o *Welfare State* é tido como elemento estrutural do capitalismo contemporâneo e sua constituição é considerada mais do que uma ampliação nas políticas sociais, pois conforma os sistemas de proteção social.

Para Esping-Andersen (2000a), o Estado de Bem Estar Social é uma construção histórica que iniciou seu desenvolvimento entre as décadas de 1930 e 1960, sob a promessa de aliviar os males sociais e redistribuir os riscos sociais básicos no pós-guerra. É algo distinto de qualquer cardápio de prestação de serviços sociais oferecidos pelo Estado, porém, seu advento, muitas vezes, está ligado ao momento em que foi instituído um repertório básico de políticas sociais. O autor indica ainda que o *Welfare State* fazia parte de um projeto de construção e integração nacional da democracia liberal, e seu objetivo era dar uma resposta às ditaduras fascista e bolchevista. Este Estado concebeu um esforço de reconstrução econômica, moral e política no mundo capitalista pós-guerra.

Em 1946, foi implantado, na Inglaterra, o Plano de Beveridge, considerado o precursor de uma nova concepção de seguridade social. Este Plano trazia considerações referentes ao sistema britânico de segurança social, mas apontava que, nesse modelo, essa política existia somente se associada à política de pleno emprego. O Plano de Beveridge foi orientado por dois princípios: a unidade (unificação das instâncias de prestação e gestão de serviços sociais, assim como sua homogeneização) e a universalidade (a inclusão de todos os indivíduos e de proteção a todas as necessidades). As ideias e os princípios deste modelo se propagaram nos anos de 1940 e 1950 por todo o mundo e se incorporaram às cartas constitucionais de grande parte dos países ocidentais.

Nesse contexto, o Estado passou a intervir cada vez mais nos processos de produção e reprodução da vida social. Isso aconteceu através do desenvolvimento de políticas sociais, e a proteção social foi sendo considerada como atribuição do poder público. Representou a

existência de um conjunto de garantias operacionalizadas através de ações políticas e econômicas, que ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social. Dessa forma, a proteção social passa a ser entendida como um direito de cidadania e um dever do Estado. (DI GIOVANNI, 1998; LIMA, 2006; MIOTO, 2008).

Segundo Di Giovanni (1998), vários arranjos do *Welfare State* se configuraram a partir de circunstâncias históricas e lutas políticas particulares a cada nação. Também houve diversas tentativas de classificação dos denominados modelos de Estado de Bem-Estar Social. Dentre elas se destaca a de Titmus, que classificou os modelos em *Welfare State* residual, *Welfare State* meritocrático-particularista e *Welfare State* institucional redistributivo.³

Porém, no fim da década de 1960, quando se iniciou um novo período de depressão econômica, começaram a se observar os limites estruturais da estratégia keynesiana na economia, que favoreceu o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar. Tal contexto de crise do capitalismo fez com que este se reestruturasse em novas bases, dando origem ao assim denominado por Mandel (1978 apud BEHRING, 1998, p. 165) “capitalismo tardio”. Para o autor, nesse período, passou-se a estabelecer uma extraordinária expansão do capital aos setores que ainda não tinham se convertido em mercadorias.

De acordo com Behring (1998, p. 165),

Mandel sinaliza que tais medidas, visando amortecer as crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo, intrínsecas ao movimento de produção e reprodução do capital onde se incluem as políticas sociais, tiveram, no máximo, a capacidade de reproduzir a crise às condições de uma recessão. (BEHRING, 1998, p. 165).

Nesse sentido, o capital passou a se organizar em torno dos superlucros e da diminuição dos gastos sociais. Assim, as políticas sociais se remodelaram com as novas demandas do capital, sendo que prevaleceu a regulação neoliberal. Ou seja, o Estado devia ser mínimo e flexível e apregoava-se que a proteção social deveria também ser regulada pelo mercado. De acordo com Pereira (2004, p. 135-136), a partir de meados dos anos 1970, nas sociedades capitalistas centrais, desenvolveu-se o pluralismo de bem-estar ou economia mista de bem-

³ Ver Di Giovanni (1998, p. 22).

estar social. Ocorreu a substituição do modelo keynesiano/beveridgiano de bem-estar, que consistia na quebra da centralidade do Estado, na previsão da participação do mercado e dos setores não-governamentais e não mercantis da sociedade (terceiro setor) na provisão de bem-estar. Resgatou-se, portanto, a tese liberal do Estado mínimo e do mercado como instância reguladora da vida social.

Fazendo uma análise na mesma direção, Nogueira (2002) aponta que essa tese previa maior liberdade econômica e flexibilização da legislação trabalhista. A autora refere que essas propostas tiveram seguimento nas esferas sócio-política e jurídico-formais, pois ocorreu a redução do sistema previdenciário e dos serviços sociais, além da redução do papel do Estado nos mecanismos de proteção social, ampliando os alcances do espaço privado.

Em alguns países, o Estado passaria a fazer parte de um esquema plural ou misto na condição de co-responsável ou parceiro. Assim sendo, o Estado compareceria com o seu recurso de poder, o mercado com o dinheiro e o terceiro setor com a solidariedade, criando uma coalizão de forças capazes de enfrentar “os crescentes níveis de desemprego estrutural e a ameaça que isso representa para a coesão social.” (PEREIRA, 2004, p. 145).

Por sua vez, Pereira (2004, p. 145-149), ao realizar uma crítica à doutrina pluralista de bem-estar, afirma que “o pluralismo de bem-estar não é apenas uma estratégia de reforma ou uma mera alteração na forma de satisfazer necessidades sociais. Ele é indubitavelmente ideológico e representa uma mudança de fundo da proteção social do pós-guerra”. O bem-estar misto constitui um elemento integral e endógeno dos sistemas de proteção social capitalistas, quer sejam eles liberais ou social-democratas, quer façam parte do capitalismo regulador ou flexível. É uma tendência que se materializa em escala global, que vai direcionar a condução das políticas sociais com base “nos critérios da focalização, da privatização e da participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais.” (PEREIRA, 2004, p. 149).

Na prática, a solução indicada para a crise do Estado de Bem-Estar Social derivou da retomada do pensamento liberal, em que o mercado age como soberano regulador das relações, especialmente das socioeconômicas e do Estado, com foco principal na reprodução do capital por meio da aplicação de políticas neoliberais. Como consequência deste cenário, desencadearam-se as privatizações, formações de blocos transnacionais, transformações nos sistemas de produção e alterações nos sistemas de bem-estar social (NOGUEIRA, 2002).

Os anos de 1980 passaram por uma “revolução tecnológica e organizacional na produção”, tratada na literatura como reestruturação produtiva. Essa corrida tecnológica foi incitada pela produtividade do trabalho, como fonte de superlucros através da mundialização da economia. Esses fatores, conjugados ao processo de financeirização e com um novo perfil das políticas econômicas e industriais desenvolvidas pelos estados nacionais, bem como um novo padrão da relação Estado/sociedade civil, com fortes implicações para o desenvolvimento de políticas públicas, para a democracia e para o ambiente intelectual e moral, trouxeram alterações na configuração das relações sociais (BEHRING, 2008, p. 34).

Diante do contexto de crise e de retomada do pensamento liberal, a reforma do sistema de proteção social voltou a ser discutida e abordada como tema central, em diversos países, inclusive no Brasil. Nos anos 1990, difundiu-se na mídia falada e escrita e nos meios políticos e intelectuais brasileiros uma campanha em torno de “reformas”. Estas eram orientadas para o mercado, numa conjuntura em que os problemas do Estado brasileiro eram indicados como as causas da profunda crise econômica e social vivenciada pelo país desde o início dos anos 1980. Partindo da orientação neoliberal, o Estado deveria ser reformado, com destaque especial para as privatizações e a previdência social e, principalmente, desprezando as conquistas da carta de 1988 no terreno da seguridade social. Somente assim estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade” (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Seguindo a análise das autoras, justificou-se o norte da reforma como necessária e irreversível. No entanto, como se pode observar, o principal objetivo da reforma foi o ajuste fiscal. A reforma era perfeitamente compatível com a política econômica, “num cinismo intencional de classe”. Ocorreu a regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas. Esse novo desenho institucional da área social se uniu com o serviço voluntário, que remetia o trabalho social ao universo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através do trabalho voluntário não-remunerado – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade social. (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A contrarreforma, como entende Behring (2008, p. 55), da forma como foi conduzida, teve impacto complicadíssimo em relação à capacidade de implementação eficiente de políticas sociais. Houve uma forte tendência de desresponsabilização do Estado pela política social, associada ao aumento do desemprego e da pobreza. Desse contexto

decorreu o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais – privatização, focalização/seletividade e descentralização, o qual se expandiu através do programa de publicização.

O processo de focalização da política social brasileira tem maior visibilidade quando se observa o investimento do Estado em programas de transferência de renda em detrimento das políticas de caráter universal e de proteção aos trabalhadores. Silva, Yasbek e Di Giovanni (2008), ao tratarem da política social brasileira no século XXI, ressaltam que as medidas de transferência de renda ganharam centralidade na agenda do Estado brasileiro a partir dos anos 1990, com a introdução do projeto neoliberal, que reorientou o sistema de proteção social, alterando o seu caráter universalista e configurando-o sob a ótica da descentralização, da privatização e da focalização, conforme as diretrizes das agências multilaterais. Nessa análise, os autores demarcam que os programas de transferência de renda, no Brasil, situaram-se no contexto de hegemonia do projeto neoliberal, distanciando-se de forma crescente da perspectiva universalista inscrita na Carta de 1988.

Ao discutir a política social após a Constituição de 1988, Vianna (2008, p. 14) indica que há uma predominante concepção de política social que possui dois traços que a tipificam como inovadora: um é o estímulo à empreendedora atividade empresarial como instrumento de inclusão social; o outro consiste no “novo” assistencialismo, caracterizado por transferências de renda aos pobres com condicionalidades.

No Brasil, as orientações e as configurações das políticas sociais, nas últimas décadas, foram submetidas ao corte dos gastos estatais para o “equilíbrio das contas públicas”, sempre sob o comando do ideário neoliberal. Houve um direcionamento na condução das políticas sociais com base em critérios de focalização, de privatização e de participação da sociedade civil na sua execução. Apesar de, no Brasil, a família sempre ter tido um papel de destaque na provisão da proteção social de seus membros, a crise do Estado de Bem-Estar, em escala global, implicou na ênfase da autonomia familiar como possibilidade de atender suas necessidades. Pretendeu-se transformar a família em recurso para todas as dificuldades do mundo globalizado e de uma sociedade de riscos. Dessa forma, mesmo que em proporções diferentes nos diferentes países, ocorreu a supervalorização da família no âmbito das políticas sociais.

2.2 A RELAÇÃO FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL

Ao longo da história e em diferentes sociedades, a família exerceu papel fundamental no desenvolvimento da proteção social. Atualmente, a relação da família com os sistemas de proteção social vem sendo tema de ampla discussão, especialmente o papel das famílias na reprodução social e sob quais condições essa função vem sendo exercida. No entanto, Lima (2006) lembra que a relação entre família e proteção social cruza a história da humanidade e está inteiramente vinculada aos aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos que compõe a vida em sociedade.

Com o surgimento da sociedade industrial urbana, a família passa a dividir a proteção social com o Estado, e então, iniciam-se os estudos sobre a posição da família na política social. A partir do século XX, o Estado intervém de forma mais direta na proteção social, e nos processos de produção e reprodução da vida social. Isso se dá através do desenvolvimento das políticas sociais e a proteção social passa a ser gestada como atribuição do poder público, o que representa a existência de um conjunto de garantias operacionalizadas através de ações políticas e econômicas, que ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social. Nesse contexto, a proteção social começa a ser entendida como um direito de cidadania e um dever do Estado. (DI GIOVANNI, 1998; LIMA, 2006; MIOTO, 2008).

Na esteira do debate em torno do *Welfare State*, Esping-Andersen (2000b) indica que qualquer tipologia de regimes de proteção social só continua a ser válida se a história permanecer imutável. Dessa forma, as classificações existentes podem ser problemáticas, já que são reflexo de uma determinada época, em sua maioria referentes às décadas de 1970 e 1980. Nesse sentido, o autor citado, considerando as críticas de autoras feministas ao *Welfare State*, reformula sua proposta de tipologia⁴ que agrega os diferentes regimes de bem-estar em face da forma como a produção de bem-estar é distribuída entre Estado, mercado e famílias.

O mesmo autor, ao discutir a relação dos regimes de bem-estar com as famílias, indica que estas últimas possuem um peso no papel da reprodução do bem-estar. Para avaliar o grau de participação da família nos diferentes regimes de bem-estar social, Esping-Andersen (1991) utiliza os conceitos de desfamiliarização e de familismo. A

⁴ Esping-Andersen (2000b) apresenta três regimes de bem-estar: o Regime de Bem-Estar Liberal; o Regime de Bem-Estar Socialdemocrata; e o Regime de Bem-Estar Conservador. No entanto, o autor aponta que existem três casos que podem requerer um “quarto mundo”, que são os países antípodas (Austrália e Nova Zelândia), a Europa Meridional e a Ásia Oriental, pois requerem regimes adicionais para contemplar tais realidades, que são excepcionalmente familiaristas.

desfamiliarização é entendida por ele como “[...] aquelas políticas que reduzem a dependência individual da família e que maximizam a disponibilidade de recursos econômicos por parte do indivíduo independente das reciprocidades conjugais e familiares.” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 66). Ou seja, a desfamiliarização está relacionada ao nível de proteção social disponibilizado pelo Estado ou pela provisão do mercado, ocorrendo uma diminuição dos encargos familiares e, conseqüentemente, a independência dos vínculos de parentesco.

O familismo caracteriza-se naqueles sistemas de proteção social em que a interferência do Estado só ocorre quando a família e a comunidade (redes de vizinhança e laços afetivos) não conseguem garantir o mínimo de proteção aos seus membros e também não conseguem acessá-las através do mercado (compra de serviços). O familismo ou um Estado de bem-estar familiarista é aquele que designa o máximo de obrigações de bem-estar para a unidade familiar. Neste sistema, “as políticas públicas consideram – na verdade insistem – que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade sobre seus membros.” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 66).

Em suas análises, Mioto (2008, p. 136) destaca que, mesmo nos anos dourados do capitalismo de bem-estar, os sistemas de proteção social tiveram, na família, ao lado do pleno emprego, um aliado importante, principalmente através do trabalho não pago das mulheres. É com o advento do Estado de Bem-Estar Social que a proteção social ganha status de direito de cidadania e passa a ser gerida através de sistemas específicos no interior dos Estados, envolvendo um amplo conjunto de profissionais.

Ao realizar uma revisão na literatura referente à relação entre família e Estado de Bem-Estar Social, Campos e Mioto (2003) apresentam três modelos no que diz respeito à posição da família nos distintos sistemas de proteção social, a saber: a família nos sistemas de proteção social de orientação social-democrata; a família do provedor masculino; e o sistema de proteção social familista⁵.

Considera-se que, no Brasil, o Estado nunca chegou a materializar um sistema de proteção social semelhante ao *Welfare State*.

⁵ Nos sistemas de proteção social de orientação social-democrata, o Estado socializa antecipadamente os custos enfrentados pela família sem esperar que a sua capacidade se esgote, e este regime diminui os encargos sobre a família. Já a família do provedor masculino é comum nos países de Estado de Bem-Estar Social onde a referência é o trabalhador assalariado, e pauta os benefícios na família do trabalhador masculino; nesse sistema cabe à mulher o cuidado dos filhos e da casa. No sistema de proteção social familista, a família assume a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros. (CAMPOS; MIOTO, 2003).

A constituição do processo do sistema de proteção social foi marcada pela estrutural desigualdade sócio-econômica, voltada à população empobrecida, excluída do mercado formal de trabalho, como modelo centrado no trabalhador urbano juntamente a uma estrutura assistencial meritocrática de distribuição (MIOTO; CAMPOS; LIMA, 2006).

Segundo Martin (1995), no período em que a provisão da proteção social não é assegurada nem pelo Estado nem pelas redes de solidariedade articuladas no interior das sociedades, ocorre a redescoberta da família como um manancial natural de solidariedade. O autor afirma ainda que as práticas de solidariedade familiar e intergeracional sempre se mantiveram ativas, no entanto, na “redescoberta” da família, essas práticas são colocadas como capazes de enfrentar a “crise” da provisão pública de proteção social. A perspectiva é diminuir a dependência da família dos serviços públicos de bem-estar, desenvolvendo sua autonomia para prover ao máximo o bem-estar aos familiares, sem o suporte do Estado. Isso garantiria uma forma de proteção complementar àquilo que o Estado pode pensar assumir.

Especialmente após a década de 1970, percebe-se um processo de supervalorização da família no âmbito das políticas públicas. Isto é consequência do projeto neoliberal instaurado em escala global, “que direcionam as políticas sociais com bases nos critérios da focalização, da privatização e da participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais.” (PEREIRA, 2004, p. 145)

Ao mesmo tempo em que a família é mais acionada para proporcionar o bem-estar aos seus membros, ela sofre impactos que afetam sua capacidade de proteção. As mudanças no âmbito da família seguem as transformações desencadeadas ao longo da trajetória histórica e social de cada sociedade. Eventos, como o avanço da industrialização e a urbanização, além da modernização das sociedades, causam impactos na economia e na organização do trabalho. Outros elementos importantes no rol das transformações são: a inserção da mulher no mercado de trabalho; a difusão dos métodos anticoncepcionais; o aumento das separações e divórcios, sendo que modelos tradicionais de família sofrem alterações com a queda da mortalidade e da taxa de natalidade e com o aumento da expectativa de vida (maior participação dos idosos nas famílias). Todos esses aspectos ocasionam a diminuição no tamanho das famílias e novos arranjos domiciliares. A opção pelo modelo econômico neoliberal e as mudanças sociais e culturais advindas da contemporaneidade alteram os modelos de família e, conseqüentemente, seu funcionamento e organização, o que propicia novas formas de se relacionar e diferentes arranjos familiares.

A consequência dessas transformações é a diminuição da capacidade de proteção das famílias, considerada uma de suas tarefas essenciais. Nessa direção, Mioto (2004) resgata a discussão de Sgritta (1995 apud MIOTO, 2004, p. 46) para elucidar os parâmetros de reorientação das políticas e dos serviços voltados à família, muito pautados no assistencialismo. Nessa acepção, existem dois canais “naturais” para a satisfação das necessidades dos cidadãos: o mercado (via trabalho) e a família. Somente quando falham esses dois canais é que o Estado intervém, e apenas de forma temporária.

De Martino (2001) é quem aponta a tese de responsabilização dos indivíduos e da família, a qual denomina de “neoliberalismo familista”. Esta expressão foi utilizada para tratar da relação entre as políticas sociais e a família no modelo de Estado neoliberal. A tendência desse padrão é transformar a família em recurso para todas as dificuldades do mundo globalizado e de uma sociedade de riscos.

A idéia é tornar de âmbito privado atividades que anteriormente eram assumidas coletivamente pelo Estado e expandir as fronteiras do ambiente doméstico para que absorva cada vez mais responsabilidades que antes eram da sociedade em geral. (LIMA, 2006, p. 49).

A proteção social brasileira foi se desenhando, ao longo da sua história, sob o caráter familista. Nos anos 1980, houve uma mobilização social no período pós-ditatorial. Esse processo contribuiu para a instauração da democracia e para a ampliação da concepção de cidadania, com a luta pela universalização dos direitos sociais que foram abarcados pela constituição de 1988 (MIOTO, 2008). A “Constituição Cidadã”, como ficou conhecida, contemplou diversos avanços sociais e políticos e a assistência social como política pública de seguridade. Assim, passaram a compor o chamado tripé da seguridade social a Assistência Social, a Saúde e a Previdência.

No entanto, segundo Pereira (2004), com o estabelecimento tardio do neoliberalismo no país (anos 1990) e o avanço da tese liberal do Estado mínimo, os avanços sociais previstos na Constituição foram gradualmente esvaziados, especialmente sob a influência direta das orientações dos organismos internacionais na direção da política social.

Externando seu pensamento a respeito desse debate, Mioto (2008, p. 143) esclarece:

Diante disso, pode-se dizer que a partir dos anos 1990 se acirra no Brasil um processo de disputa

entre diferentes projetos políticos para a sociedade brasileira, nos quais a questão da proteção social joga papel fundamental. Nesse âmbito, o processo é caracterizado, por um lado, pela tensão entre a afirmação da proposta de institucionalização da proteção social nos moldes definidos pela Constituição de 1988 e a sua desconstrução através da retração do Estado. Esta inclui tanto as privatizações como a adesão ao princípio da focalização nas políticas públicas e a afirmação do Pluralismo de bem-estar. Por outro lado, pela tensão entre a afirmação da família como parceira na condução das políticas sociais e a sua “desfamiliarização”. Mesmo com os avanços advindos da Constituição de 1988, a regulamentação das diferentes políticas sociais, com exceção da saúde, ainda pautou a família como ator importante na provisão de bem-estar. (MIOTO, 2008, p. 143).

De acordo com Lima (2006), se observa que, associada ao reconhecimento da importância da família na provisão do bem-estar, há a decisão, por parte dos governos neoliberais, de forçar a maior responsabilização da família com a reprodução social, havendo, em grande parte dos países, um aparato legislativo que delibera sobre a temática. Assim, o Estado tornou-se, nas sociedades contemporâneas, muito mais um legislador sobre os outros espaços de proteção do que um executor de políticas sociais.

A responsabilidade da família está prevista na Constituição que, apesar dos avanços, pela sua visão cidadã e no que se refere aos direitos sociais, tem uma concepção familista, pois são vários os seus artigos que tratam especificamente sobre a família e suas responsabilidades para com seus membros. Campos e Miotto (2003) apontam que o Capítulo VII do artigo 229, trata especificamente sobre a família, a criança, o adolescente e o idoso, atribui aos filhos a obrigação de cuidar dos pais quando estes chegarem à velhice, em situação de carência ou doença, bem como estabelece a responsabilidade dos pais na criação dos filhos.

Além dos diversos artigos descritos na Constituição que explicitam tal concepção, tem-se a legislação regulamentadora (Lei 8.742; Lei 8.069; Lei 10.741) que destaca alguns artigos que demonstram nitidamente o viés familista. Está presente também a “dependência do reconhecimento do direito individual às condições da

família, consagrando o princípio da responsabilidade subsidiária do Estado quanto a ela.” (CAMPOS; MIOTO, 2003, p. 179).

O governo tem incentivado a parceria do mercado e do terceiro setor para o enfrentamento das demandas sociais, cujo voluntariado é tema recorrente nos meios de comunicação, em discursos políticos, acadêmicos, entre outros. Essa tendência vem ao encontro da ideologia neoliberal e das agendas dos organismos internacionais. Deve-se atentar para o caráter privatista da política social brasileira, pois, na política de assistência social, o mínimo nem é universal, dada a seletividade do acesso, estando longe de orientar-se para atender às necessidades básicas (CAMPOS; MIOTO, 2003; PEREIRA, 2004).

Nessa conjuntura, a família é compreendida como central no âmbito das políticas sociais. Isso fica ainda mais claro quando se considera a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), datada do ano de 2004, cuja IV diretriz – que dispõe sobre a organização da assistência social – preconiza que a família deverá ter a centralidade para a concepção e a implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. Ao versar sobre conceito e base de organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), traz a matricialidade sócio-familiar como um dos seus elementos norteadores.

Observa-se também que, no âmbito da saúde, as políticas sociais voltam-se à família e são criados dispositivos para o incentivo à aproximação da rede de apoio familiar ao usuário do sistema de saúde. Como aponta Castel (1995 apud MIOTO; MITJAVILA; LIMA 2004, p. 193), “aparece uma tendência a exigir precisamente das famílias e indivíduos mais desestabilizados que possam agir como sujeitos autônomos.”

Percebe-se a família mais na posição de sujeito ameaçado do que na posição de provedora. Considerando-se um complexo conjunto de diversidades que compõem as relações familiares, o que se identifica é uma instância sobrecarregada, tornando-se ainda mais fragilizada quando lhe são atribuídas funções que ela é incapaz de realizar (CAMPOS; MIOTO, 2003).

Diante dessa breve revisão bibliográfica, pode-se afirmar que, no Brasil, a partir da década de 1990, acentua-se o caráter familista do sistema de proteção social. O Estado continua definindo suas propostas de intervenção, confiando na capacidade da família de cuidar e proteger seus membros. Assim, direciona os serviços, programas e projetos para aquelas que estão em risco de falhar na sua função de proteção. O Estado neoliberal, ao deixar de assumir a função de garantir a proteção social em âmbito universal, mantém como critério de execução das

políticas sociais a seletividade e volta-se para os mecanismos tradicionais de solidariedade social.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE E A FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com o intuito de refletir sobre as relações entre a política de saúde e a família, nesta seção, inicialmente, se discorre sobre as perspectivas atuais da política de saúde e de que forma a família passa a ser incorporada no cotidiano dos serviços. Em seguida, com a finalidade de elucidar questões para o debate, apresentam-se algumas aproximações conceituais acerca da família, dos serviços e do cuidado.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE: PROPOSIÇÕES E PERSPECTIVAS

A trajetória da conquista de direitos está diretamente relacionada com as mudanças da sociedade e com a alteração das relações sociais. Assim como as outras políticas sociais, a política de saúde no Brasil começou a ser delineada no final do século XIX. O sistema de saúde existente antes da Constituição de 1988 era vinculado à política de previdência social e focalizava o atendimento às necessidades em saúde de algumas categorias profissionais, que tinham direitos assegurados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, que tinham direitos previdenciários. Havia também os que não eram trabalhadores assalariados, no entanto, podiam pagar pela assistência médica e pelos serviços de saúde disponíveis. E por fim, havia aqueles que estavam fora do mercado de trabalho e não possuíam meios para acessar os serviços, os quais eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia ou por serviços de saúde municipais ou estaduais, sendo que esses serviços eram oferecidos de forma fragmentada e como caridade. Naquele momento histórico, grande parte da população era excluída do direito à saúde. No decorrer dos anos, novas categorias profissionais conquistaram os direitos sociais e foram incorporadas pelos institutos que representavam os direitos previdenciários.

Teixeira (1989, p. 26) assinala que, nesta época, a política social no Brasil era caracterizada por dois sistemas, um de “exclusão política e social de certos grupos ocupacionais” e outro “sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos”. No primeiro, estavam incluídos autônomos, domésticas, camponeses, todos eles sem cobertura do trabalho formal; já o segundo incluía servidores públicos, militares e frações da classe trabalhadora que tinham acesso à atenção médica, através das contribuições às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), e aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Havia, portanto,

uma desigualdade política na concessão diferencial de privilégios a alguns setores da classe trabalhadora.

Ainda de acordo com Teixeira (1989), existia, nesse período, uma concepção de saúde vinculada à idéia de recuperação de doenças organizada através da saúde pública, em que o Estado atuava sobre as doenças de massas e sobre questões de higiene da população, adotando o denominado modelo de sanitarismo campanhista; e também havia a medicina previdenciária, compreendida como individual e curativa. Este modelo, baseado em dois sistemas, previa o acesso não como um direito do cidadão e dever do Estado, mas vinculado à inserção do indivíduo no mercado de trabalho formal, através de contribuições estabelecidas por um contrato. Mesmo na década de 1960, quando houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o estabelecimento do Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS), não se percebeu avanços no campo da saúde, haja vista que a “política” permanecia subordinada aos órgãos da Previdência Social.

No início da década de 1970, o Movimento de Reforma Sanitária emergiu desse contexto, como uma tentativa de modificar e propor novas estratégias no campo da saúde. Iniciado por intelectuais, militantes e parte da sociedade civil que defendiam mudanças sociais num momento em que empresas multinacionais possuíam o monopólio dos serviços de saúde, com um modelo de atenção hospitalocêntrico, medicocêntrico e curativo, este movimento propunha, através de um viés democrático, formular sugestões contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação. A preocupação central desses sujeitos era garantir a atuação do Estado em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático de direito, responsável pela política social e, conseqüentemente, pela saúde. (BRAVO, 1996).

Para Teixeira (1989), com esse movimento iniciou-se uma intensa reformulação de conceitos para repensar a saúde em sua totalidade que resultou no conceito ampliado de saúde. A partir desse conceito e dos preceitos da Reforma Sanitária ocorreu uma transformação da norma legal e do aparelho institucional, que regulamentou e se responsabilizou pela proteção à saúde dos cidadãos.

A dimensão articulada entre a saúde e o coletivo foi ganhando corpo no país. Grande parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária foi contemplada no relatório da 8ª Conferência

Nacional de Saúde⁶ de 1986, que originou o movimento de superação da visão biologicista centrada num modelo curativo. O conceito de saúde, debatido exaustivamente durante as discussões da Reforma Sanitária, foi definido como um conjunto de bens relacionado à qualidade de vida, ultrapassando a lógica de ausência de doença. Dessa forma, a saúde passou a ter uma dimensão maior, deixando de ser meramente uma questão de hospitais e medicamentos, sendo obrigatória a incorporação de múltiplos aspectos que fizeram com que o Estado assumisse a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais.

O processo sócio-histórico de luta pela conquista da política de saúde teve como marco a Carta Constitucional de 1988 que, após vários ajustes políticos e pressão popular, veio atender parcialmente às reivindicações do Movimento Sanitário, no qual o tripé da seguridade social revolucionou o padrão brasileiro de proteção pública. A proposta de se constituir um sistema único nacional introduzia uma lógica de integralidade nas ações e nos serviços de saúde, com atendimento integral, compondo uma rede regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade e sob comando único em cada esfera de governo.

No entanto, conforme Bravo (1996), o processo constituinte se estabeleceu e se alterou, transformando-se em campo de enfrentamento e negociação entre atores que se dividiam em dois blocos principais: o dos grupos empresariais, representados pelo setor privado e pelas indústrias farmacêuticas (multinacionais), e o das organizações populares, que defendiam a Reforma Sanitária. Com a aprovação da Carta Constitucional, iniciou-se o processo de transição democrática para a implantação das conquistas legais, porém, o que ocorreu foi que definiram as demandas sociais como inviáveis em razão de um novo projeto de desenvolvimento econômico e social adotado pelo governo e que vinha na contracorrente das conquistas inscritas na Constituição.

Diante desse contexto, aprovaram-se as Leis 8.080 e 8.142/1990, para regulamentar o SUS de acordo com um arcabouço jurídico institucional, preconizando a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência como um dos princípios norteadores de seu funcionamento. Por conseguinte, esse sistema foi resultado de esforços para tentar superar a lógica excludente de acesso e

⁶ Na 8ª Conferência, a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo e permitindo a formação de um projeto de Reforma Sanitária com base em um conceito mais abrangente de saúde; como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. (BRAVO, 1996).

de integração da saúde pública com a assistência médica. É necessário enfatizar que a universalização tem sido observada como um ganho legal extremamente significativo para a maior parte da população brasileira.

O sistema se caracterizava como avançado, principalmente pela proposta de descentralização dos serviços para os estados e municípios, com a gradual unificação das ações de saúde, através do Ministério da Saúde, e com a institucionalização da participação popular e a consolidação de um arcabouço jurídico inovador e progressista.

Também é muito atual e está presente na política e na organização dos serviços de saúde, no Brasil, a idéia de uma “universalização excludente”, apresentada no início da década de 1990 por Favaret Filho e Oliveira (1990). Esses autores indicam que o movimento de expansão universalizante, que emergiu com a Constituição Federal de 1988, foi prontamente acompanhado de “mecanismos de racionamento” que impactaram na inclusão de diversos segmentos sociais. Esse “racionamento” ocorreu sob a forma de limitação da oferta de serviços a partir do recuo no orçamento, o que sedimentou um processo em que muitos usuários passaram a buscar os serviços do sistema privado enquanto o atendimento público chegou aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento.

Conforme destaca Bravo (2008), nesse cenário político convivem, na saúde, dois projetos em tensão: o projeto privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990, que é aquele em que há o avanço do complexo médico-industrial em direção à retração dos direitos referentes à saúde, tendo em vista que a saúde fica vinculada ao mercado, com ênfase em parcerias com a sociedade civil, havendo, assim, a precarização da saúde no âmbito público; e em outra direção, o projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na constituição de 1988, que propõe a justa e equitativa distribuição de bens e serviços de saúde, de acesso público universal e integral. Na atualidade, a ênfase na focalização, no desfinanciamento, na precarização e na terceirização dos recursos humanos tem caracterizado a política de saúde brasileira.

Menicucci (2006) procura identificar algumas das implicações para a completa implementação do SUS e dos princípios da universalidade de acesso e igualdade. A autora acredita que de fato não existe, no país, um sistema “único” de saúde, mas sim um sistema de saúde dual. A reforma dos anos 1980 não rompeu com o padrão segmentado. A dualidade da assistência de saúde no Brasil se configura por existir uma dupla institucionalidade, pois se mantém duas formas

distintas de acesso, de financiamento, de produção de serviços e de atuação governamental. Cabe ao Estado garantir o direito à saúde, responsabilizando-se pelo financiamento total e pela execução; além disso, também é o responsável por regular o mercado privado, garantindo a concorrência e os direitos dos consumidores dos planos privados.

Nesse moldes, Menicucci (2009, p. 1620) expressa que a criação do SUS pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade. Porém, se de um lado o processo de implantação do SUS, devido às suas enormes dimensões, implicou um alto grau de criatividade e inovação, para além das questões institucionais e de gestão, em que os avanços foram significativos, por outro lado, também tem sido repleto de ambigüidades, avanços e dificuldades.

A autora aponta ainda que

o contexto político nacional e internacional da implantação do SUS não se mostrou favorável. A configuração conservadora dos governos no período de transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais, com focalização do gasto público nos setores mais pobres. [...] A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde. Entender a implementação do SUS implica entender a configuração institucional das políticas anteriores que encorajaram a expansão de redes de produção e gestão da assistência, configurando um padrão segmentado e estabelecendo-se padrões de comportamento difíceis à adoção de alternativas diversas. Em decorrência, tiveram efeitos sobre os processos políticos ao modelar identidades e clivagens sociais e estruturar os interesses privados na saúde, organizados de forma a obter significativa influência nos processos decisórios subsequentes. (MENICUCCI, 2009, p. 1621).

Ao tecer alguns comentários sobre o assunto, Nogueira (2002) indica que no processo de adesão do Estado ao projeto neoliberal se estabelece uma nova contratualidade entre o Estado e a sociedade civil, que pode efetivamente minorar situações de miserabilidade extrema, mas não altera a situação de desigualdade e nem constrói patamares mínimos de cidadania. Na saúde, a atenção está focalizada na pobreza, preservando a economia de fundo público, o que garante tranquilidade para o mercado, porém acaba ocasionando novos encargos para as famílias, com a repartição dos custos da atenção sanitária e a intensificação dos cuidados assistenciais e promocionais da saúde.

Retomando Menicucci (2009, p. 1623), a autora avalia que avanços importantes foram obtidos no âmbito do sistema de saúde, contudo a consecução dos “objetivos finalísticos do SUS” está atrelada a elementos cuja solução está fora do sistema, situando-se “no âmbito político da definição de políticas públicas”. Outro desafio apontado é a questão do financiamento do SUS, que ainda é objeto de disputa, refletindo-se na inconstância e escassez dos recursos alocados, causando dificuldades para a completa concretização do sistema. Nas palavras da autora:

A questão do financiamento é apenas um dos sintomas da falta de suporte político à assistência pública, justificada, muitas vezes de forma retórica, pela avaliação negativa da qualidade dos serviços prestados no SUS, difundida de forma intensa na mídia e pelo setor privado. (MENICUCCI, 2009, p. 1624).

Dessa forma, para a autora, o desafio que se coloca para a construção institucional, no Brasil, de um sistema de saúde que tenha sustentabilidade e efetividade, deve estar relacionado à definição das formas de articulação do “*mix* público/privado”. Com a caracterização do sistema dual, há necessidade de se construir uma agenda radicalmente inovadora, que supere a discussão focada apenas no sistema “único” e permita uma reconstrução do “arcabouço regulatório do sistema de saúde”. Pois essa característica dual impede que o setor público obtenha, na rede privada, a garantia da prestação de serviços públicos, o que necessariamente demanda a regulação governamental para efetivamente publicizar a rede privada, “fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal.” (MENICUCCI, 2009, p. 1625). Deve haver uma *macrorregulação* que determine a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde para

assegurar a lógica do interesse público. Por fim, é fundamental que se crie uma agenda de saúde que supere a questão do SUS e que se ampare no “conceito constitucional de direito à saúde, garantido por meio de um conjunto de políticas públicas.” (MENICUCCI, 2009, p. 1624-1625).

Nesta direção, pode-se afirmar que a implantação do SUS não rompeu com o padrão segmentado da política social, o que acarretou o reforço do ideário de que o SUS é destinado à população mais pobre e sem condições de adquirir os serviços via mercado.

Todavia, é fundamental destacar que, apesar de todos os problemas enfrentados e vivenciados para a sua implementação, o SUS se configura, hoje, como o maior responsável pela realização de procedimentos em saúde do país, atingindo uma cobertura de três quartos da população⁷. Sobre a perspectiva da gestão, o SUS estabelece um exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais, com a participação das três esferas de governo e da sociedade. Contudo, o sistema de saúde, mesmo após 20 anos de sua implantação, ainda se alicerça, em grande parte, sobre a rede de serviços privados, o que comprova a tese de um sistema dual.

O acesso à proteção social, ou seja, aos bens e serviços oferecidos pelo Estado, tem analogia direta com o projeto político ao qual o Estado está vinculado. Percebe-se a dicotomia entre os preceitos da legislação vigente da política de saúde e a prática real dessa política. Nesses vinte anos de SUS, observaram-se avanços e retrocessos convivendo numa trama de lutas, através dos movimentos sociais e da sociedade civil, e de perdas significativas com a deterioração do sistema público e com os serviços organizados de forma segmentada.

Expondo suas idéias sobre o assunto, Nogueira (2002) afirma que se busca uma nova solidariedade mediante a implementação de programas de baixo custo para a população mais pobre e a transferência das responsabilidades para instituições filantrópicas. Para a autora, a família foi redescoberta como elemento imprescindível à compreensão do processo saúde-doença e como sujeito fundamental na responsabilidade pelo cuidado. A mesma autora assinala ainda que a utilização da capacidade familiar é indicada pelas agências internacionais que começam a valorizar o papel da família na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes. Nesse sentido, o Banco Mundial aponta que se deve promover um ambiente que possibilite às famílias melhorar a saúde, o que abarca políticas de ajustamento que resguardem a efetividade das despesas em saúde em

⁷ Ver Menicucci (2009).

relação ao custeio e ao aumento do status político e econômico da mulher. A autora indica ainda que o acesso tem sido organizado dentro do processo de mercantilização da saúde, em razão da necessidade de expansão dos planos e seguros de saúde à medida que a população empobrece cada vez mais e apresenta necessidades de saúde mais complexas.

3.2 A FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A posição que a família tem ocupado no âmbito da política de saúde está sendo debatida na atualidade. A família sempre foi um elemento central no desenvolvimento do bem-estar, porém, na presente época, vem sendo ainda mais enfatizada e explicitamente requerida para assumir a função de parceira do sistema de saúde. Foi possível observar esse cenário a partir da valorização, pelo Banco Mundial, do papel da família na preservação da saúde, em âmbito doméstico, e no cuidado dos doentes. Nos anos 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.

Do conjunto desses dispositivos e dessas diretrizes, merecem destaque a Política Nacional de Humanização; as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde; o Guia Prático do Cuidador; a cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”; a Política de Atenção Humanizada ao Recém - nascido de Baixo Peso – Método Canguru, e hoje a Rede Cegonha, além das orientações elaboradas pelos diferentes estados da federação nesse mesmo sentido.

A Política Nacional de Humanização, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e lançada em 2003, traz o debate sobre cuidado no sentido da valorização e do compromisso com o bem-estar do usuário. Ela se propõe a “efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.” (BRASIL, 2003, p. 07). No entanto, observa-se que a família é diversas vezes mencionada no conteúdo desta política e tem destaque na sua operacionalização.

Nesse sentido, vale destacar o Guia Prático do Cuidador, que assim define: “cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação,

carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado” (BRASIL, 2008, p. 07). Porém, a relação entre cuidado e família fica ainda mais evidente quando o Guia define quem é o cuidador:

é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. (BRASIL, 2008, p. 08).

Sob essa perspectiva, observa-se que a política de saúde brasileira elege a família como elemento primordial para ministrar o cuidado e suas diretrizes e orientações indicam o cuidado desenvolvido de forma naturalizada pelas famílias, sem levar em conta as implicações e condições objetivas para tal atribuição.

Levando em consideração esse contexto, Miotto (2010c, p. 05) aponta que “a responsabilização das famílias tem sido realizada, essencialmente, através de um nebuloso campo de indefinições e negociações que podemos denominar de ‘campo do cuidado’.” No entendimento dessa autora:

É justamente nesse campo que ocorrem, no cotidiano dos serviços, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem estar. Sob a égide do cuidado se articulam

diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias. Tais custos situam-se tanto no arco dos custos financeiros, como emocionais e de trabalho. [...] as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais, e com isso as possibilidades de usufruírem dos serviços também se tornam desiguais. Tanto para avaliá-los e negociar sobre as condições e qualidade dos serviços ofertados, quanto para a combinação de recursos para usufruir dos serviços. Essa combinação implica tanto em trabalho familiar, como em recursos materiais da família que inclui os auxílios da rede social primária (família extensa). (MIOTO, 2010c, p. 5).

Pode-se observar que todo o aparato técnico prescrito nas diretrizes, normas e nos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde indica que a política de saúde conta com a família para sua execução e manutenção. A família, ao assumir as ações de cuidado no interior dos serviços relacionados com o bem-estar primário dos usuários, exerce esta função calcada em sua origem, cultura, em seus valores, em suas práticas e crenças. Essa diversificação de saberes pode promover embates entre familiares e profissionais de saúde no âmbito dos serviços, que é o lócus desse processo. Os serviços se organizam a partir de expectativas pautadas nos papéis típicos da família imaginária, tida como nuclear. Considerando que o cerne do presente trabalho é constituído pela família, pelos serviços e pelo cuidado, torna-se necessário realizar algumas aproximações conceituais em torno dessas categorias.

3.2.1 Aproximações conceituais em torno da família

A complexidade e magnitude do tema rebatem na imensidão teórica que o abrange. Assim, o tema é objeto de investigação de várias áreas do conhecimento, tais como as ciências sociais, a psicologia, a antropologia, a história e a demografia, o que origina diferentes caminhos de análises e de concepções.

Para Bruschini (1989), a sociologia elabora uma crítica ao papel conservador desse grupo social, especialmente sobre a dominação exercida pela figura paterna e considera a família como socializadora e formadora da personalidade dos indivíduos. Já a literatura antropológica

contesta a aparente naturalidade da família e a apresenta como criação humana variável. Sob essa perspectiva, a autora define família como “grupo de indivíduos ligados por elos de sangue, adoção ou aliança socialmente reconhecidos e organizados em núcleos de reprodução social.” (BRUSCHINI, 1989, p. 04). Também no contexto da antropologia, Sarti (2005), entende a família como uma rede de relações que não se restringe ao vínculo de parentesco, mas se constitui em torno de um eixo moral que se sobrepõe aos laços de parentela e extrapola a unidade familiar. Para a autora, nas famílias pobres, as redes de relações ganham relevância, uma vez que “são da família aqueles com quem se pode contar, quer dizer, aqueles que se pode confiar.” (SARTI, 2005, p. 33).

No contexto das contribuições sociológicas e antropológicas, Bruschini (1989) aponta que a partir do século XIX surgiu o interesse pela compreensão científica da família, atreladas às correntes do funcionalismo e do marxismo. A vertente funcionalista teve grande impulso a partir da década de 1950 especialmente na sociologia norte-americana, que enfatizou a família nuclear a partir da sociedade conjugal considerando-a como peça chave na divisão sexual do trabalho. Assim, naturaliza a relação existente na família, pois cada pessoa assume seu papel pré-determinado pela condição biológica do homem e da mulher, o que é indispensável ao funcionamento ordenado da sociedade. Essa corrente tem como grande expoente Talcott Parsons que caracteriza a família nuclear como um pequeno grupo-tarefa em que os adultos desempenham papéis diferenciados, complementares e assimétricos, e no qual o modelo feminino e o modelo masculino são bem definidos. Nesse modelo, a mulher exerce a função do cuidado e proteção do espaço doméstico, tendo o papel principal na socialização primária das crianças. Sobre o homem recai a função de provedor do lar, preservando o exercício da autoridade e do poder familiar. (BRUSCHINI, 1989).

Ainda para Bruschini (1989), a família aparece como objeto de interesse para a vertente marxista, somente a partir da emergência do movimento feminista, nos anos 1970. Nesse período ocorre uma produção mais acentuada desta vertente que evidenciou a questão do trabalho na esfera reprodutiva. As feministas compreendem a família como um grupo social voltado para a reprodução da força do trabalho, um grupo de consumo e de rendimentos obtidos através da soma dos salários de seus membros. O movimento feminista tem ampla produção científica sobre a família, especialmente sobre o debate do trabalho doméstico, o papel central na reprodução da força de trabalho,

normalmente atrelado à lucratividade do sistema capitalista.

Numa perspectiva histórica Roudinesco (2003 apud MIOTO, 2010b), distingue três formas de famílias que prevaleceram em diferentes períodos. O primeiro período foi o da família tradicional que predominou até o século XVIII e que tinha como objetivo assegurar a transmissão do patrimônio, através dos casamentos arranjados. A família repousava numa ordem do mundo imutável e estava submetida à autoridade patriarcal.

O segundo período, que prevaleceu entre os finais do século XVIII e meados do século XX, é denominado a família moderna – típica da formação capitalista – fundada no amor romântico, com casamentos assentados na reciprocidade de sentimentos e desejos; na valorização da divisão do trabalho entre cônjuges e na responsabilidade da educação dos filhos. Lima (2006) indica que a alteração no modo de produção modificou a vida em família, pois além de exigir um novo perfil de trabalhador, alterou também as suas condições de vida e de sobrevivência, modificando os padrões familiares e introduzindo novos hábitos e costumes. Segundo a autora, “as modificações 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) .

No terceiro período, a família denominada contemporânea, que passa a prevalecer a partir dos anos de 1960, baseia-se na união de dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual, enfrenta cada vez mais problemas em relação a autoridade e tem como características importantes o aumento das separações e das recomposições. No início da década de 1960, as alterações no que dizia respeito aos costumes e valores tornaram-se mais evidentes. Houve, gradativamente, uma maior liberalização dos princípios morais e religiosos, o que possibilitou mudanças nas relações familiares e de gênero. A sexualidade foi dissociada da reprodução, houve a difusão dos métodos anticoncepcionais e o aumento das separações e divórcios. A presença da mulher no mercado de trabalho tornou-se cada vez mais crescente. Esses elementos foram associados a uma redução na taxa de fecundidade e, conseqüentemente, no tamanho médio das famílias. (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; GOLDANI, 2002).

Todas essas transformações provocaram impactos na capacidade de proteção e de cuidado das famílias, e quando se faz menção às famílias com chefia feminina, a condição de promoção da proteção social torna-se ainda mais precária, tendo em vista a forma de inserção dessas mulheres no mercado de trabalho, que as deixa mais vulneráveis

à condição de pobreza (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Sob a égide da demografia o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), família vem a ser um “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007, p. 241). Compreende-se, então, que as regras são estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas sem que fundamentalmente tenham algum laço de parentesco ou dependência doméstica. Sob essa perspectiva, a concepção de família é construída basicamente a partir do espaço doméstico.

Das contribuições das diferentes disciplinas científicas, especialmente das ciências sociais inúmeras definições foram construídas especialmente no campo das disciplinas de natureza interventiva, que centram seus interesses na família contemporânea enquanto *lócus* de proteção social. Essas contribuições constituem-se como base para o presente trabalho. Nesse escopo Trad (2010) afirma que é consensuado, na literatura, a importância da família nos processos de socialização e subjetivação dos indivíduos, além da difusão de práticas culturalmente compartilhadas. Para a autora, na família é que são transmitidos, às novas gerações, padrões de comportamento, hábitos, valores, padrões de linguagem, entre outros.

Todos esses aspectos sofrem influências das constantes modificações que acompanham os acontecimentos históricos, sociais e econômicos da sociedade contemporânea. Essas alterações propiciam novas formas de se relacionar e levam a modificações na dinâmica, no funcionamento e na organização dos modelos familiares. (GOLDANI, 2002). Para Trad (2010, p. 46), o desafio que o objeto família traz, tanto na construção de modelos teóricos como no plano metodológico, instiga a defender “perspectivas flexíveis de análises e conceituações desta categoria.” A autora, ao focalizar o tema família, no campo da saúde no Brasil, considera oportuno adotar estratégias que integrem olhares disciplinares diversos, a exemplo da história, demografia, psicologia, antropologia e sociologia. Pois, para ela, a família se constitui e se renova a partir “de trajetórias, condições e dinâmicas macro e micro estruturais, relações sociais e afetivas, padrões culturais, subjetividades e intersubjetividades.” (TRAD, 2010, p. 46).

No campo do Serviço Social, Mioto (2010c, p.3) considera a família como um espaço altamente complexo, que se arquiteta tanto na esfera pública como na privada e se constrói e reconstrói histórica e

cotidianamente, por meio das relações de negociações que se constituem entre seus membros e entre seus membros e outras esferas da sociedade, tais como Estado, mercado e trabalho. Assim é reconhecida como uma instituição basilar para a sociedade, entendida como uma unidade de produção econômica de bens e serviços responsável por parte da reprodução social.

Enfim, a família e a sociedade vêm passando por diversas transformações ao longo dos tempos e, de acordo com Lima (2006), essas transformações estão conectadas intrinsecamente, dessa forma, a família torna-se uma construção historicamente condicionada. Porém, apesar das transformações, a família sempre foi uma das protagonistas na configuração da proteção social. Conforme Mioto (2008), mesmo nas sociedades que se desenvolveram sob a égide do capitalismo e nas quais os trabalhadores, no século XX, obtiveram conquistas dos direitos de cidadania social, a centralidade e a importância da família não diminuíram e ela formou, juntamente com o Estado e o mercado, a tríade responsável pelo bem-estar.

3.2.2 Aproximações conceituais em torno dos serviços

Diversos autores concordam que a discussão sobre o funcionamento dos serviços se dá, ao longo da história, a partir do crescimento da prestação de serviços. Na discussão de Costa (1998), apreende-se que, com o desenvolvimento das forças produtivas, os serviços passaram a atender necessidades de diversos grupos e tornaram-se atividades lucrativas, despertando o interesse do sistema capitalista. Os serviços também foram incorporados pelo Estado no atendimento das necessidades coletivas.

No escopo dessa discussão é pautada também uma diferenciação entre serviços públicos e privados. A Constituição de 1988 define os serviços como formas de garantir a dignidade dos cidadãos e a oferta desses serviços é uma atribuição e competência do Estado brasileiro. Isso porque somente através dos serviços as necessidades dos cidadãos podem ser satisfeitas sem depender do mercado. No bojo desse debate, Ferreira (apud MIOTO, 2011, p. 15) compreende o serviço público como uma atividade de caráter social que se faz por meio do atendimento ao público, especialmente através de dois atores – o “atendente” e o usuário – no contexto de uma instituição. Assim sendo,

[...] na comunicação entre os dois atores são colocadas necessidades e expectativas. O processo que se desenrola entre eles não é neutro, pois os

objetivos, a estrutura e os processos organizacionais conformam a situação de atendimento. O serviço de atendimento ao público, para o autor, constitui-se como um processo resultante da interação de diferentes variáveis. Dentre elas estão o comportamento do usuário, a conduta dos funcionários que estão direta ou indiretamente envolvidos na situação, além da organização do trabalho. Esses alimentam a dinâmica das relações implicadas no atendimento, o qual é marcado por permanentes regulações. (FERREIRA apud MIOTO, 2011, p. 15).

Já Meirelles (2006), em diálogo com diversos autores, clássicos e contemporâneos, acerca do conceito de serviços, indica que “serviço é trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho, por esta razão elementar não se produz um serviço e sim se presta um serviço.” (MEIRELLES, 2006, p. 134).

Ao se considerar serviço como trabalho em processo, que necessariamente é desenvolvido por um profissional ou pelo conjunto de profissionais, abre-se o leque para a discussão sobre as inúmeras relações que são estabelecidas entre os usuários e suas famílias e os profissionais prestadores de serviços, bem como entre os elementos que compõem sua efetivação. De acordo com Schutz (2009, p. 53), no espaço dos serviços, os trabalhadores, algumas vezes, se apropriam da linguagem institucional em detrimento dos próprios objetivos profissionais, que estão em tensão com aqueles postulados pelas instituições. São palavras da autora:

E, desta forma, forja-se uma supremacia de técnicas e normas sobre o usuário. [...] Desta forma, a dinâmica dos serviços é perpassada por determinações institucionais. Tais determinações se configuram em limites para o atendimento integral do usuário, que tem como um dos pilares a construção da intersetorialidade. (SCHUTZ, 2009, p. 53).

Além disso, voltando à questão da relação dos serviços com as famílias, Mioto (2010a) indica uma tendência dos serviços em definirem como boas famílias aquelas que desempenham seu papel conforme o imaginário social, que acolhem e oferecem atenção aos seus doentes e

entram nos serviços para humanizá-los. E as famílias más ou incapacitadas são aquelas que não permanecem nos serviços e deixam seus membros aos cuidados institucionais. Tradicionalmente, o cuidado é considerado como próprio da família, assim, se os serviços assumirem o cuidado, estarão contribuindo para a desresponsabilização da família em relação aos seus membros.

Ainda segundo a mesma autora, a participação das famílias é requerida quanto mais se verifica o déficit de profissionais e as deficiências nos serviços de saúde. No entanto, nem sempre essa participação é relacionada à deficiência do serviço. Em internações hospitalares, teoricamente, o serviço assume a responsabilidade de cuidar do usuário enquanto for necessária a internação. Contudo, observa-se cada vez mais a requisição do trabalho da família, quer seja para assisti-lo à noite, para alimentá-lo ou para trocar fraldas, e com isso, aumenta a exigência de cuidados cada vez mais sofisticados. Assim, o que se verifica é a requisição de uma presença articulada e inteligente das famílias nos serviços. Na política de saúde, a família exerce papel central, especialmente no acesso aos serviços e no cuidado desenvolvido aos seus membros. Mesmo em momentos diferenciados é a família quem se articula, por meio dos cuidados e da proteção, para atender às necessidades de bem-estar do seu familiar.

Diante da complexidade dos elementos apresentados, percebe-se a importância da investigação sobre a relação entre família, cuidado e serviços de saúde e sobre o papel desempenhado pelos profissionais. Dessa forma, faz-se necessária a discussão sobre o conceito de cuidado, tão importante e central para as ações desenvolvidas no campo da saúde.

3.2.3 Aproximações conceituais em torno do cuidado

As disciplinas que têm se voltado a desenvolver estudos sobre cuidado são a ciência política, filosofia, sociologia e economia. No entanto, no Brasil, os estudos têm sido desenvolvidos prioritariamente pela enfermagem e pela gerontologia, pois há uma série de aspectos do cuidado que se relacionam com a questão da saúde. De acordo com Hirata (2010), a importância dessa discussão vem sendo ampliada e tomou corpo em razão das inúmeras mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas. Desde os anos 1980, as teorias sobre o cuidado têm se desenvolvido no mundo anglossaxão, entretanto, a retomada desse debate, na França, data de meados dos anos 2000, e no Brasil, na América Latina e na América Central, de um período ainda mais atual. Essa retomada ocorreu, sobretudo, em razão da dificuldade cada vez

maior de fazer com que o trabalho de cuidado seja assumido pelas mulheres, tradicionalmente sujeitos do cuidado no âmbito da família, em virtude da sua inserção cada vez maior no mercado de trabalho. Portanto, a importância crescente do cuidado também teve rebatimentos para os organismos internacionais e ficou evidenciada no documento base da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), apresentado na XI Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe, em Brasília.

O conceito de cuidado abarca vários sentidos, por isso, é considerado um conceito polissêmico, pois não há consenso entre os diversos autores que o estudam. De uma forma geral, seu conceito está relacionado a ações ligadas aos sentimentos, como doação, compaixão, solidariedade e preocupação com alguém.

A discussão do cuidado dentro da proteção social ganhou destaque em virtude das inúmeras transformações econômicas e sociais que causaram impacto sobre a família⁸. Essas modificações têm efeitos substanciais no que se refere à organização e distribuição das responsabilidades frente à proteção de seus membros, pois grande parte das famílias busca um equilíbrio entre as responsabilidades com o trabalho remunerado e aquelas relacionadas com os cuidados do domicílio e de seus membros. (GOLDANI, 1994; MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

Conforme já explicitado neste estudo, o trabalho familiar tem se constituído um recurso da política social, e na América Latina, o desenho da política social é de orientação familista, porque a proteção social conta com as famílias, especialmente com as mulheres para assegurar o sistema de proteção social, pois persiste o modelo de homem provedor. Dessa forma, com a saída das mulheres para o mercado de trabalho, deixando de assumir integralmente o cuidado doméstico, surge o problema referente às obrigações familiares. Há, portanto, uma discussão sobre esse emblemático tema, uma vez que o cuidado está localizado na teia do bem-estar social e, em geral, é desenvolvido por um membro da família, sendo este, normalmente, do gênero feminino. (LETABLIER, 2007; SUNKEL, 2006).

⁸ Pode-se destacar a elevação de separações, divórcios e as recomposições familiares, a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a redução do tamanho das famílias, o aumento do número de domicílios chefiados por mulheres, entre outros. Aqui, conforme Medeiros e Osório (2001), o conceito de família é entendido segundo a perspectiva do IBGE, que considera aquela unidade composta por uma ou mais pessoas residentes no mesmo domicílio.

O cuidado é debatido no campo da política e hoje a discussão está dentro da política pública, particularmente dentro da saúde, ganhando destaque quando desenvolvido no âmbito dos serviços realizados por voluntários ou profissionais. Por isso é importante discutir suas diferentes concepções, inclusive na saúde. Ao realizar uma breve revisão bibliográfica, enfatizam-se duas lógicas do debate, a saber: o cuidado considerado essencialmente como valor e responsabilidade ética e o cuidado como trabalho familiar, trabalho de reprodução social.

O cuidado como valor, perspectiva hegemônica no campo da saúde, encontra-se respaldado nos aportes da filosofia. No Brasil, tem se destacado o filósofo Leonardo Boff, que aponta o cuidado como parte constituinte do ser humano e afirma que “precisamos do cuidado porque sem ele o ser humano não vive nem sobrevive.” (BOFF, 2001, p. 01).

Dentre as inúmeras contribuições no campo da saúde, encontra-se a produção de Barros e Pinheiro (2010, p. 111) que, ao resgatarem o debate sobre o cuidado, o tratam como um “modo de fazer a vida cotidiana, caracterizada pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em tempos e lugares distintos de sua realização”. As autoras também apontam que o cuidado em saúde é caracterizado por Pinheiro e Guizardi (2005, p. 21 apud BARROS; PINHEIRO 2010, p. 111), como “uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como ‘direito de ser’”. Por fim, as autoras enfatizam que, para Ayres (2006 apud BARROS; PINHEIRO 2010, p. 112), o entendimento do que é cuidado é tão expandido que assume a forma de valor, de princípio regulador do eixo das ações de saúde.

Segundo o entendimento de Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 33), o cuidado se torna uma categoria essencial, pois

[...] cuidar requer aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de encontro desejante (AYRES, 2001) que constituiu o campo da ação das políticas de saúde. Cuidar implica estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se erige o referente simbólico (MERHY, 2004) que inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sucesso prático, e não apenas de êxitos técnicos, ainda que estes sejam requeridos pelo primeiro (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 38). (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 33).

Quando Ayres (2004) remete a discussão para cuidado em saúde,

ele o compreende como uma categoria ontológica. O autor confere ao cuidado um sentido já aplicado pelo senso comum, qual seja, “o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento”. Ayres (2004) busca caracterizar o cuidado a partir da capacidade dos profissionais de saúde de atender, para além dos sentidos normativos e técnicos, e dessa forma o cuidado está mais relacionado aos aspectos subjetivos da interação entre a equipe de profissionais da saúde e os usuários.

Por sua vez, o debate sobre o cuidado compreendido como trabalho familiar ancora-se no campo das ciências sociais, especialmente desenvolvido pelas estudiosas feministas da vertente marxista. Para elas, o cuidado significa trabalho e é uma dimensão do trabalho familiar. É um trabalho realizado principalmente pelas mulheres e normalmente faz parte do trabalho doméstico sem remuneração.

De fato, conforme Letablier (2007), o conceito de cuidado procura dar um formato ao trabalho não remunerado, ao trabalho invisível de auxílio e cuidado às pessoas. O trabalho habitual de cuidado das pessoas que possuem alguma dependência, entre elas, crianças, adultos e idosos, é identificado como trabalho de reprodução social da família. A autora aponta uma dupla origem para o conceito de cuidado, sendo este visto como o trabalho voluntário das mulheres, desenvolvido na família e na comunidade para promover o cuidado de seus membros, e também como papel da família na proteção social dos indivíduos. Dessa forma, o cuidado deve ser considerado uma dimensão fundamental do trabalho familiar, sendo uma questão política central para a reestruturação dos sistemas de proteção social.

Ainda tendo o cuidado como cerne dessa discussão, Aguirre (2009, p. 35) indica que:

El trabajo de cuidados familiares se define como la acción de cuidar a um niño, o una persona adulta o anciana dependiente para el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Si bien implica um trabajo material también se reconoce al aspecto afectivo y emocional que conlleva. La actividad puede ser realizada en la familia o puede ser delegada a otras personas ajenas a ella y puede ser remunerada o no. (AGUIRRE, 2009, p. 35).

Em seus estudos, Hirata (2010, p. 48) afirma que “o cuidado é o tipo de relação social que se dá tendo como objeto outra pessoa”. Para a autora, a relação entre o cuidado remunerado e o não remunerado

(aquele dos membros da família) deve ser mais bem apreendido, pois a fronteira entre ambos é bastante tênue.

Contribuindo para esclarecer um pouco mais a questão, Batthyány (2009, p. 94) compreende o “cuidado como uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento nem valorização social”. A autora aponta que na vida privada o déficit de cuidado é mais notável nas famílias de mães trabalhadoras, sejam elas casadas ou solteiras, que não recebem ajuda suficiente de seus pares ou familiares, o que ocasiona uma fonte de tensão, especialmente para as mulheres. No âmbito público, o déficit de cuidado é devido, entre outros indicadores, à falta de atenção das políticas sociais para a situação das mães, dos idosos, dos doentes, dos deficientes físicos.

Nesta perspectiva, a referida autora postula que:

Las desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual de cuidado familiar y social conformando un verdadero círculo vicioso. Quienes tienen más recursos disponen de un mayor acceso a cuidados de calidad, por medio de su adquisición en el mercado, y están a su vez en situación de tener menos miembros del hogar que cuidar. Aquellos que disponen de menores recursos para acceder a los cuidados mercantiles y que tienen más cargas de cuidado, acumulan desventajas por el acceso a los servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras “informales”. (BATTHYÁNY, 2009, p. 101)

Com o intuito de contribuir para esse debate, Sunkel (2006, p. 52) assinala que as famílias se encontram navegando num território incerto, pois existe a expectativa de que, por um lado, as mães/mulheres assumam a responsabilidade principal dos cuidados com a casa, e por outro, de que todos os adultos participem do mercado de trabalho. Com efeito, há, na América Latina, uma grande proporção de famílias que buscam equilibrar as responsabilidades com o trabalho e a família. De acordo com o autor, as soluções privadas para este problema irão, por sua vez, gerar novos problemas relacionados com o custo e a qualidade dos cuidados não-parentais das crianças.

Manifestando-se sobre o assunto, Krmpotic e Ieso (2010, p. 97) destacam que a América Latina precisa desenvolver esta questão tendo em vista a realidade latinoamericana, pois nesta o cuidado como uma questão social tem uma evolução diferenciada dos países desenvolvidos.

As autoras comprendem o cuidado como:

[...] tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial e implica um vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Supone una relación entre que brinda el cuidado y el que los recibe, consolidando um esquema de obligaciones mutuas basado em la reciprocidade. Al no ser resultado de una obligación jurídica o contractual, se basa em la relacional, por lo que em general no se trata de tareas estipuladas ni remuneradas. (KRMPOTIC; IESO, 2010, p. 97).

Novamente de acordo com essas autoras, os cuidados são assumidos principalmente pelas mulheres. Desse modo, considerar os cuidados familiares como problema público, que afeta mais as mulheres do que os homens, implica colocar na agenda questões relativas à distribuição do trabalho doméstico entre os membros da família e quanto ao âmbito institucional direto na prestação de cuidados. Esse tema e, em particular, os cuidadores/as afetam sensivelmente tanto o sistema de saúde como a seguridade e proteção social e os serviços sociais, enquanto qualquer política de apoio a cuidadores/as deve ser avaliada em seus impactos sobre a desigualdade de gênero e classe social (KRMPOTIC; IESO, 2010).

Na discussão de Orozco (2006, p. 10), cuidado pode ser compreendido como a gestão e manutenção diária da vida e da saúde, das necessidades mais básicas cotidianas, e apresenta uma dupla dimensão: uma “material”, que realiza tarefas concretas com resultados tangíveis, atendendo o corpo em suas necessidades fisiológicas; e outra imaterial, que é relativa ao bem-estar emocional. A autora indica que há uma crise do cuidado e

por crisis de los cuidados va a entenderse el complejo proceso de desestabilización de um modelo prévio de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva uma redistribución de la mismas y uma reorganización de los trabajos de cuidados, proceso que está cerrándose actualmente de forma no solo insuficiente y precarizadora, sino reaccionaria, en la medida em que se basa em los mismos ejes de desigualdad social e invisibilidad de trabajos y agentes sociales que presentaba el modelo de partida. Esta crisis de los cuidados tiene unas implicaciones de género centrales, ya

que, en gran medida, el reparto histórico de los trabajos de cuidados há estado asociado a las relaciones de poder de género, así, tanto los fenómenos de desequilibrio como de reequilibrio están profundamente marcados por el género. (OROZCO, 2006, p. 10).

Ainda segundo Orozco (2006, p. 21), o papel desempenhado pelo Estado, neste momento de reorganização, não está produzindo uma redefinição da estrutura dos direitos sociais e econômicos que implique uma ruptura com o modelo tradicional de distribuição do trabalho de assistência, delegada ao âmbito do invisível, pois se estrutura os direitos em torno da unidade familiar e estabelecendo diferentes níveis de acesso à cidadania.

Neste estudo, o cuidado está sendo relacionado ao trabalho de reprodução social desenvolvido pela família conforme a direção da corrente feminista de orientação marxista. Retomando Letablier (2007, p. 66), o cuidado requer da família a responsabilidade material (o trabalho), econômica (o custo de vida) e psicológica (o lado afetivo, a emoção, os sentimentos)⁹. Já Saraceno (apud MIOTO, 2009, p. 13) denomina-o como trabalho familiar e o define a partir das atividades relacionadas às tarefas domésticas e das atividades realizadas para o estabelecimento de relações com diferentes instituições e serviços sociais.

A abordagem de Letablier (2007, p. 67) indica que, embora o conceito de cuidado tenha sido elaborado e enriquecido ao longo do tempo, ainda não está devidamente definido e continua a produzir disputas entre aqueles que estão tentando dar uma abordagem teórica capaz de superar as diferenças nacionais e aqueles que limitam o seu alcance, tornando uma descrição da categoria localizada em um contexto particular. Conforme a autora,

Mary Daly y Jane Lewis (1998) abogan por la pertinencia del concepto y por su capacidad para generar una teoría de los servicios a las personas. Para apoyar su postura, alegan el hecho de que el care define “campo de investigaciones”, con sus actores, sus instituciones, sus formas relacionales; en resumidas cuentas, un campo situado en la

⁹ Ainda segundo a autora, o cuidado pode ser realizado por um membro voluntário da família ou uma pessoa remunerada, dentro e fora dela. A natureza da atividade varia, se é realizada por um membro da família ou se delegada a pessoas que não são parte dela, e também se é remunerada ou não.

intersección de la familia y de las políticas sociales, vinculado a las cuestiones de ciudadanía social y las problemáticas de inserción social. (LETABLIER, 2007, p. 67).

Nesse contexto, a autora compreende que a família é, além de uma unidade social fundamental para a sociedade, também uma unidade de produção econômica de bem-estar e serviços. Ou seja, dentro do enfoque das feministas, a família assume o papel de trabalho de reprodução social, e o cuidado é o elo invisível dessa trama, predominantemente assumido pelas mulheres. Dessa forma, as relações estabelecidas entre Estado, família e mercado são constitucionais para a proteção social dos indivíduos.

O que se tem é a tradição naturalizada do cuidado realizado pela família, acreditando que ela irá arcar com os custos e com as necessidades de seus membros. Em análise realizada por Sunkel (2006), na América Latina o cuidado permanece como atribuição dos familiares, assim, a resolução das questões referentes a ele fica atrelada à condição da classe social dessas famílias.

Diante desses elementos apresentados, percebe-se a importância do cuidado para compreender as relações que se estabelecem entre família, política social, serviços e saúde. Apesar de ainda ser tratado como algo natural e invisível, o cuidado vem sendo debatido e percebido como elo entre o sistema de proteção social e a produção de bem-estar social desenvolvida pela família.

4 PESQUISA DE CAMPO

Nesta seção, inicialmente, apresenta-se o percurso metodológico desenvolvido durante a pesquisa empírica, identificando o lócus da pesquisa e explicando de que forma ocorreu a escolha e a aproximação com os sujeitos. Num segundo momento, realiza-se a apresentação e a análise dos dados, que se desdobra em dois momentos: no primeiro, delimita-se a exposição a dois eixos temáticos que descrevem os temas abordados e explicitam os resultados da pesquisa; no segundo, faz-se a análise tendo por base os resultados obtidos, com a finalidade de responder aos objetivos propostos neste estudo. Destaca-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob processo nº 1609 FR 400170, e atendeu aos requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.1 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Nos itens subseqüentes serão elencados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, esclarecendo como foram selecionadas as clínicas de internação que serviram de lócus da pesquisa, na instituição de saúde investigada, e também como se escolheram, dentro da equipe de profissionais que trabalham na mesma instituição, os sujeitos de pesquisa.

4.1.1 Sujeitos da pesquisa

Com o intuito de abarcar situações bastante diversificadas, optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde que trabalham no Hospital Universitário (HU) da UFSC, em particular, na Clínica Médica III¹⁰ (CM III) e na Unidade Neonatal¹¹. Tal escolha remete às características da população atendida nesses espaços, que

¹⁰ A CM III é uma Unidade de Internação que possui trinta leitos e atende às seguintes especialidades: nefrologia, clínica médica, cardiologia, pneumologia, endocrinologia, neurologia, gastrologia e reumatologia. Seu público alvo são homens e mulheres a partir dos quatorze anos de idade, no entanto a unidade se caracteriza com uma demanda maior no atendimento de adultos e idosos.

¹¹ A Unidade Neonatal é destinada a recém-nascidos prematuros e àqueles que necessitam de cuidados especiais logo após o nascimento e ou nos primeiros dias de vida. A unidade tem dezesseis leitos que estão divididos em seis leitos de UTI, seis leitos de cuidados intermediários e quatro leitos de segunda etapa do método canguru.

abrange desde recém nascidos até adultos e idosos, e expressa demandas diferenciadas, o que possibilitou observar os momentos diferenciados do ciclo vital. A opção por realizar a pesquisa nesta instituição tem relação direta com o fato de ser um Hospital Escola, pois este é um espaço de formação e que tem como perspectiva o trinômio ensino, pesquisa e extensão. O HU é um órgão formador de concepções e práticas pedagógicas, onde o processo educativo deve estar imbuído no processo assistencial, dessa forma ocorre a possibilidade de recriá-lo constantemente.

A escolha dos sujeitos a serem entrevistados, se deu a partir da equipe multiprofissional que compõe o quadro das Unidades selecionadas. Os profissionais que frequentam cotidianamente as duas Unidades de Internação e, portanto, compõem a equipe multiprofissional são: enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e médicos. Inicialmente, houve a preocupação de assegurar uma representatividade mínima de cada categoria profissional selecionada, considerando-se que é variável o número de profissionais por área em cada Unidade. Dessa forma, no que diz respeito aos profissionais do Serviço Social e Psicologia, entrevistou-se aquele presente na Unidade. Em relação aos enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos recorreu-se às chefias de serviços para obter a escala de plantão mensal de todos os turnos de trabalho, a fim de efetuar um sorteio aleatório para definir os sujeitos da pesquisa, já que essas categorias têm um número maior de profissionais.

Na Unidade Neonatal, na escala de plantão da enfermagem, havia nove enfermeiras e trinta e quatro técnicos de enfermagem, dentre os quais foram sorteados, inicialmente, três enfermeiras e seis técnicos e auxiliares de enfermagem. Na escala da medicina, havia treze neonatologistas e foram sorteados quatro médicos para participarem da pesquisa.

Na Clínica Médica III, a enfermagem contava com oito enfermeiras e vinte e seis auxiliares e técnicos em enfermagem na sua escala de plantão, e realizou-se o sorteio de três enfermeiras e de quatro técnicos de enfermagem. Quando se recorreu ao Serviço de Clínica Médica para solicitar a listagem dos profissionais médicos staffs¹², a fim de proceder ao sorteio, foi explicado que seria difícil localizar esses profissionais, visto que desempenhavam a rotina da Unidade no período matutino e tinham outros compromissos relativos a funções com a docência. Nesse sentido, procurou-se a Unidade para localizar algum

¹² Termo utilizado para os médicos que supervisionam os residentes em medicina.

staff e verificar a possibilidade de participação na pesquisa, mas em conversa com os outros profissionais da equipe e com alguns médicos residentes de clínica médica, percebeu-se que dificilmente se poderia contar com a colaboração desses elementos pela dificuldade em “achar tempo” para a participação na pesquisa. Assim, optou-se em realizar a pesquisa com os médicos residentes em clínica médica, que atendem diretamente os usuários desse serviço. Somando os residentes de primeiro com os de segundo ano, totalizaram-se treze residentes, dentre os quais foram sorteados quatro.

Pensando em garantir uma representatividade mínima das categorias profissionais participantes, definiu-se um número inicial de entrevistas, que ao longo do processo seria reavaliado a partir do critério de saturação¹³. Nesse sentido, optou-se em realizar, na Unidade Neonatal, duas entrevistas com as enfermeiras, quatro entrevistas com técnicos e auxiliares de enfermagem, duas entrevistas com a medicina e uma entrevista com cada profissional de Serviço Social e Psicologia que respondiam pela Unidade. Na Clínica Médica III, fizeram-se duas entrevistas com as enfermeiras, três entrevistas com técnicos de enfermagem, duas entrevistas com médicos residentes e uma entrevista com cada profissional de Serviço Social e Psicologia que são responsáveis por esta Unidade. Somando os indivíduos entrevistados nas duas Unidades, obteve-se um total de dezenove entrevistas.

Importa destacar que se sorteou um número maior de profissionais de cada área do que aquele que se pretendia entrevistar, por dois motivos: inicialmente, porque poderia haver a desistência dos sujeitos em participar da pesquisa; e também pela opção do critério de saturação.

Ao se definir os sujeitos da pesquisa, buscou-se marcar as entrevistas em datas e horários propícios para os profissionais. Para tanto, conversou-se com cada sujeito, explicando quais eram os objetivos e a metodologia da pesquisa e, diante dos esclarecimentos, todos se dispuseram a participar. As entrevistas foram orientadas por meio de um roteiro, anexo a este trabalho, com questões abertas, sendo que cada entrevistado pôde emitir livremente sua opinião sobre o assunto. Porém, mesmo tendo-se um roteiro de perguntas para orientar o processo, durante as entrevistas detectaram-se, nas falas dos

¹³ De acordo com Fontanela et al (2011, p. 390), considera-se haver saturação empírica quando o pesquisador constata deles dispor e que há saturação teórica quando a interação entre o campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização. Ou seja, ao fim de certo tempo, quando os dados coletados deixam de ser novos, configurando-se uma estrutura comum sobre o objeto estudado.

profissionais, alguns aspectos que não estavam contemplados no roteiro, sendo possível complementá-lo, graças à interação fundamental com os sujeitos.

Os setores distintos pesquisados proporcionaram aproximações com o campo em contextos bem opostos. Na Unidade Neonatal, a aproximação se deu antes da pesquisa, pois é o campo em que se trabalha e onde já se tem uma relação estabelecida com a equipe. Ao contrário, na Clínica Médica III, não se havia tido nenhum contato, inclusive, não se tinha relação alguma com os profissionais entrevistados. Entretanto, a pesquisadora foi bem recebida em ambos os setores.

Dentre o universo dos dezenove entrevistados, houve a prevalência do gênero feminino, com apenas dois homens participantes. Esse número pode indicar que o cuidado, mesmo quando realizado no âmbito hospitalar, é efetuado predominantemente pelas mulheres.

No Quadro 1 a seguir, apresentar-se-á a categoria profissional a que pertencem os sujeitos que participaram da pesquisa e também suas principais características. Cabe ressaltar que, para preservar a identidade dos profissionais entrevistados, enumeraram-se os sujeitos de 01 a 19, em ordem aleatória e diferenciada da enumeração utilizada na apresentação dos dados.

| Categoria Profissional | Idade | Sexo | Escolaridade | Tempo de trabalho na saúde | Tempo de trabalho no HU | Sector em que atua |
|-------------------------------|--------------|-------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Enfermeira | 36 | Fem. | Especialização | 17 anos | 17 anos | NEO |
| Enfermeira | 30 | Fem. | Mestre | 10 anos | 09 anos | NEO |
| Enfermeira | 25 | Fem. | 3° grau | 04 anos | 01 ano | CM |
| Enfermeira | 56 | Fem. | Especialização | 32 anos | 31 anos | CM |
| Auxiliar de enfermagem | 52 | Fem. | Ensino médio | 30 anos | 28 anos | NEO |
| Auxiliar de enfermagem | 63 | Fem. | Ensino médio | 40 anos | 16 anos | NEO |
| Técnica em enfermagem | 57 | Fem. | Ensino médio | 26 anos | 26 anos | NEO |
| Técnica em enfermagem | 33 | Fem. | Especialização | 17 anos | 10 anos | NEO |
| Técnica em enfermagem | 27 | Fem. | Ensino médio | 05 anos | 01 ano | CM |
| Técnica em enfermagem | 23 | Fem. | Ensino médio | 06 meses | 06 meses | CM |
| Técnico em enfermagem | 53 | Masc. | Ensino médio | 31 anos | 03 meses | CM |
| Assistente Social | 31 | Fem. | Especialização | 06 meses | 06 meses | NEO |
| Assistente Social | 30 | Fem. | Mestre | 03 anos | 01 ano | CM |
| Psicóloga | 49 | Fem. | Doutora | 18 anos | 16 anos | NEO |
| Psicóloga | 26 | Fem. | Especialização | 04 anos | 02 anos | CM |
| Médica | 45 | Fem. | Especialização | 19 anos | 15 anos | NEO |
| Médica | 47 | Fem. | Especialização | 22 anos | 17 anos | NEO |
| Médica | 25 | Fem. | 3° grau | 01 ano | 04 meses | CM |
| Médico | 28 | Masc. | 3° grau | 01 ano | 04 meses | CM |

Quadro 1 – Perfil dos Sujeitos

A pesquisa contou com a participação de quatro enfermeiras, sete auxiliares ou técnicas de enfermagem, duas assistentes sociais, duas psicólogas e quatro médicos. O perfil dos participantes é bem diversificado, no que se refere à idade e ao tempo de serviço dos sujeitos, conforme observado no Quadro 1, pois há profissionais que estão ingressando na carreira enquanto outros estão prestes a se

aposentar. Um aspecto que chama atenção é o fato da maioria dos profissionais da CM III ter menos de um ano de tempo de serviço na instituição, pois são provenientes do último concurso público realizado para o hospital, com o objetivo de tentar suprir a falta de funcionários, que é um grave problema, em âmbito nacional, para os HU.

Dessa forma, tiveram-se características díspares entre os setores alvo da pesquisa, pois enquanto a Unidade Neonatal é caracterizada por uma maioria de profissionais que já trabalham há muito tempo no hospital, exercendo suas atividades naquele setor, a CM III caracteriza-se por uma renovação no quadro funcional. Um aspecto que foi observado durante a realização das entrevistas é que uma parte dos profissionais trabalha em duas ou mais instituições de saúde, e por esse motivo eles acabam observando diferenciações importantes no que se refere à forma como cada instituição estabelece relação com os usuários e suas famílias.

4.1.2 Procedimentos para a coleta de dados

Conforme já visto, na introdução deste trabalho, apresentou-se o tema central deste estudo, definiram-se os objetivos e indicou-se a linha teórica e metodológica e a opção pela pesquisa qualitativa. A fim de mostrar qual o caminho metodológico seguido, esclarece-se que a coleta de dados foi realizada nos meses de março, abril e início de maio de 2011, quando se realizaram as entrevistas com cada um dos sujeitos, sempre no horário de trabalho dos profissionais, conforme sua própria escolha. As entrevistas foram gravadas, depois foram transcritas por uma pessoa qualificada e conferidas, numa segunda leitura, pela investigadora. As entrevistas tiveram uma média de duração de vinte e cinco minutos, sendo que a entrevista mais curta teve a duração de treze minutos e a mais longa teve a duração de cinquenta minutos.

Os dados coletados em cada entrevista foram submetidos ao procedimento realizado para a análise e interpretação dos dados, em que se elencaram os eixos temáticos mais presentes nas entrevistas, os quais foram analisados no contexto mais amplo a partir das categorias selecionadas, com base na proposta de Minayo (2008, p. 100), para quem “é preciso: (a) buscar a lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações; (b) situar os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; (c) produzir um relato dos fatos em que seus atores nele se reconhecem”. O processo reflexivo sobre o material obtido no campo deu-se a partir do suporte teórico e dos objetivos que amparavam o estudo.

Em relação ao critério de saturação, utilizou-se uma adaptação dos procedimentos propostos para constatar a saturação teórica de Fontanella et al (2011)¹⁴, dentre os quais se destacam os seguintes:

- a) “imersão” cada registro – em que os pesquisadores “exploram” individualmente cada uma das entrevistas;
- b) compilar as análises individuais – compila-se os temas e tipos de enunciados identificados, em que os parágrafos das transcrições sejam identificados, um a um, facilitando o manejo dos trechos;
- c) reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria – em cada categoria são reunidos os correspondentes temas e tipos de enunciados identificados e consensuados;
- d) codificar ou nominar os dados – a nomenclatura deve representar o conjunto de ideias, valores, sentimentos, etc., abrangendo as manifestações dos entrevistados que contribuem para compreender melhor o que expressaram;
- e) visualizar os temas e tipos de enunciados – trata-se de uma alocação que permita a visualização dos elementos analíticos com que se trabalha; seu propósito é permitir uma visualização de como se distribuíram os tipos de enunciados identificados ao longo das entrevistas, porém o número de recorrências não é importante *per se*, pois apenas revela o que teria sido mais comumente enunciado, refletindo históricos pessoais específicos, sem possibilidades de generalização para o universo estudado; contudo, mesmo os temas que aparecem uma única vez devem ser discutidos, pois podem ser produtos de visões mais abrangentes ou profundas de um participante em particular;
- f) constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria – soma-se a frequência de aparecimento de novos temas ou tipos de enunciados, em cada entrevista; isto proporcionará uma constatação mais objetiva do processo de

¹⁴ Verificar o texto “Amostragem em pesquisas qualitativas: propostas de procedimentos para constatar saturação teórica” de Fontanella et al (2011).

saturação, pois percebe-se que ao longo das entrevistas não há novas ocorrências.

Os autores citados indicam ainda que o

[...] tratamento adequado dos significados atribuídos ao processo saúde/doença é de particular interesse para quem se dedica a estudar aspectos da promoção, prevenção e assistência à saúde considerando as perspectivas dos sujeitos implicados. [...] Porém, em qualquer momento histórico-cultural, a área da saúde precisará conhecer as representações e experiências subjetivas de usuários e profissionais, pois sempre se defrontará com diversidades socioculturais, dinâmicas epidemiológicas e mudanças tecnológicas cujas repercussões subjetivas, individuais ou coletivas merecerão ser compreendidas. Portanto, pesquisas qualitativas em saúde precisarão ser feitas continuamente, na tentativa de captar e explorar essa realidade empírica processual, sempre em construção, cabendo aos pesquisadores procurar zelar pelo rigor científico dessas produções. (FONTANELLA et al, 2011, p. 393).

Delineamos a pesquisa de campo, apresentando os relatos sistematizados a partir da realização das entrevistas conforme APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os profissionais de saúde. Para tanto, realizou-se a leitura atenta de cada entrevista, destacando temas e dados em comum com o objetivo de visualizar os elementos e aspectos importantes a serem analisados.

4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Com o intuito de estabelecer a reflexão sobre os dados coletados, delimitou-se a exposição em dois eixos temáticos que descrevem os temas abordados e explicitam os resultados da pesquisa, no qual se estabelecem algumas reflexões teóricas, em interlocução com a interpretação da pesquisadora. Em seguida, será elaborada a análise em torno da temática, visando responder aos objetivos propostos neste estudo.

O primeiro eixo, denominado **Concepções e expectativas dos profissionais sobre família**, sistematiza as informações referentes à concepção dos participantes da pesquisa acerca da família, às perspectivas sob as quais os profissionais de saúde compreendem as famílias usuárias do serviço, bem como referentes às expectativas sobre os seus papéis e sobre os familiares como acompanhantes de um serviço público de saúde.

O segundo eixo temático, definido como **A Família no Cuidado**, trata dos aspectos relativos à inserção das famílias na instituição, através do campo do cuidado. Consideram-se, nesse âmbito, as interferências dos valores morais e religiosos dos profissionais no atendimento aos usuários e às suas famílias, bem como as condutas dos profissionais em razão do perfil familiar e das condições de permanência para o acompanhante durante a internação.

4.2.1 Concepções e expectativas dos profissionais sobre família

Tendo em vista uma sistematização dos dados coletados que subsidie o debate e responda aos objetivos desse trabalho, e diante da riqueza do material empírico, optou-se pela subdivisão do presente item em quatro subitens, a saber: concepções dos profissionais sobre a família; como os profissionais concebem as famílias atendidas no serviço; papéis destinados às famílias durante a internação; e expectativa dos profissionais em relação à família durante a internação.

4.2.1.1 Concepções dos profissionais sobre a família

A concepção dos profissionais de saúde sobre família é o grande pano de fundo para o desenvolvimento deste estudo. Os trechos das falas referentes a este eixo temático trouxeram elementos basilares para a análise que se propõe, pois foi possível observar a concepção que os participantes têm sobre a família sob várias dimensões. Inicialmente, merece destaque que a grande maioria dos sujeitos entrevistados, quando foi questionada sobre a sua concepção de família, se mostrou um tanto reticente, pensativa, denotando certa dificuldade de responder e conceituar. Apesar dessa dificuldade, foi possível identificar que as famílias são compreendidas através de três indicadores básicos, não necessariamente excludentes, que são: consanguinidade, relações e domicílio. Nessa perspectiva, as concepções sobre família apareceram de três formas: a primeira, como relação de consanguinidade e parentesco; a segunda, como sua rede de relações; e a terceira que inclui,

embora de forma subliminar, a referência de família a partir do domicílio, ou seja, do conjunto de pessoas que coabitam na mesma residência.

Em relação àqueles que entendem a família como aquela constituída por laços consangüíneos e de parentesco, muito vinculada à estrutura nuclear, tem-se as seguintes falas:

[...] Na verdade, assim, apesar da gente saber que a família é muito além dos laços consangüíneos [...] mais coincidentemente as pessoas que eu considero que são as pessoas mesmo, do meu dia-a-dia, que quando eu estou com algum problema eu recorro, é aquela pessoa que tu liga todo dia, é a minha família nuclear mesmo. (SUJEITO 1).

Bom, família, pelo conceito que se tem, família pode ser uma família ..., pode ser uma família ..., pode ser uma família constituída entre um pai e uma mãe e aí vem toda uma árvore genealógica. A família é um elo sentimental muito grande, é um grau de parentesco muito grande que se dá em relação ao casal que se forma e que constituem toda árvore genealógica de cada ramo, né? [...] Considero a família extensa também, com certeza, e aí os seus pares, porque ninguém faz um verão sozinho, pode até ser padrão famílias entre casais homossexuais, também constituem família, nisso eu sou muito aberta. [...] (SUJEITO 4).

[...] Eu acho que acaba sendo mais o marido e os filhos. (SUJEITO 6).

Observa-se, em um dos depoimentos, que apesar de inicialmente se referir à família como um desdobramento da árvore genealógica – relação de parentesco – o participante sempre menciona família relacionada com seus pares (casal), até casais homoafetivos, o que configura a estrutura de família nuclear, tendo em sua base de formação a união de um casal.

Ainda nas falas de alguns sujeitos que referem a concepção de família vinculada a laços consangüíneos e de parentesco, foi possível identificar que a concepção de família de cada pessoa é relacionada à

sua própria experiência de família, ou seja, é a experiência individual que prevalecerá para o desenvolvimento do que se entende por família:

Família é tudo de bom pra mim, acho que pra mim tem um conceito, assim, Mariana: Deus tá em primeiro lugar, porque sem Deus a família desmorona e não é legal, então, assim, eu ponho Deus em primeiro lugar em tudo, principalmente, na família, e depois vem a família, que pra mim é tudo, é tudo de bom. Assim eu me sinto, a minha família eu amo e sem a família eu acho que não... num todo, assim, mas principalmente os irmãos, mãe, pai. Mas tem primos, tios, cunhadas também, assim, é um todo. (SUJEITO 11).

Pra mim família, é que eu acho que cada um tem uma concepção, dependendo da família que foi criada, né. A minha sempre foi muito unida, sabe, assim, eu sempre tive uma atenção muito boa dos meus pais, principalmente dos meus pais, dos meus avós, até hoje eu moro no mesmo terreno que meu pai, minha avó mora, então, eu tenho a minha avó como a minha segunda mãe, e a concepção, assim, eu acho que o alicerce de tudo, tudo que tu tem na vida vem da tua criação e a criação independente de quem foi, da criação dos teu pais, acho que é uma coisa que é recorrente, assim. Então, a minha concepção de família, pra mim, é quase que tudo, senão tudo, quase tudo. [...] São as pessoas com laços consangüíneos. [...] (SUJEITO 14).

A partir desses discursos, depreende-se que, mesmo com as transformações sociais que incidem sobre a família contemporânea e com “o declínio progressivo do modelo tradicional da família nuclear e a pluralidade de formatos e dinâmicas familiares que emergem na sociedade contemporânea” (TRAD, 2010, p. 27), o modelo de família nuclear, desenvolvido no contexto da sociedade moderna, ainda conforma o imaginário de grande parte dos profissionais. Por isso, Trad (2010, p. 29) chama atenção para a cautela que se deve ter na busca pela elaboração conceitual da categoria família, a fim de não se adotar “modelos universais e generalizantes”. Tal zelo deve ser rigorosamente observado, tanto na análise sobre a estrutura e dinâmica familiar, como

na análise sobre “os sentidos e práticas relacionados com saúde-doença-cuidado no contexto familiar”. Qualquer modelo explicativo de pretensão universalista deve ser considerado incapaz para abarcar tamanha complexidade, reconhecendo o caráter plural que a família possui no contexto da contemporaneidade.

Na esteira desse debate, Sarti (2010, p. 93) aponta que, no campo da saúde coletiva, observa-se uma noção de família, “como se todos soubéssemos do que se trata, tal é a forma naturalizada com que se pensa família.” A autora refere-se ao modelo atomizado, prevalente em nossa sociedade, que identifica a família como unidade nuclear de base biológica. Desse modo, apesar das transformações societárias que provocaram mudanças na estrutura das famílias, o modelo ainda hegemônico de família nuclear tem um forte significado simbólico, vive no imaginário social e é considerado como modelo ideal a ser alcançado.

Num segundo conjunto de depoimentos, identificaram-se aqueles referentes à compreensão de família a partir da rede de relações, não apenas de parentesco. Nesse sentido, apresentam-se alguns trechos dos depoimentos mais significativos:

Família, pra mim, são assim, todas aquelas pessoas que, pra mim não significa só o laço de consanguinidade. Pra mim, família é aquela pessoa que é o teu amigo, que pode tá te apoiando, é o teu pai, tua mãe, teu irmão, mas assim, eu acho que pra mim o conceito de família é mais ampliado, a questão aqui, por exemplo, a família pode ser uma vizinha, se a mulher não tem companheiro, ela vai buscar outras pessoas que naquele momento podem ser a família dela. (SUJEITO 13).

Hum, família, família é com quem tu pode contar. É, eu penso assim, eu acho que ultrapassa a questão dos laços consangüíneos, né, e aí remete pra questão das relações de amizade, de companheirismo, de vizinhança, é com quem tu pode contar. (SUJEITO 16).

[...] Olha, depois, acaba sendo a família que é, são as pessoas que vivem ao teu redor, com isso, com todos os teus problemas, com todas as limitações, família mesmo, assim, nesse sentido

mais correto. É, tem pessoas que tu se relaciona tanto, todos os dias, que eu convivo mais do que.... A minha família mesmo mora em outra cidade, então, tem colegas meus e amigos meus, aqui, que eu convivo tanto que é família já. (SUJEITO 17).

[...] família, eu entendo que apesar de todos os conflitos que a gente tem é realmente, são as pessoas que vão nos dar apoio quando a gente precisa. E claro, não só a família de sangue, mas a família que a gente escolhe, né. Principalmente os amigos. É a principal rede que a gente tem, é o principal apoio em qualquer situação. (SUJEITO 19).

Nesses depoimentos, fica explícito que parte dos sujeitos compreende o conceito de família a partir da rede de relações estabelecida com pessoas que oferecem apoio e amizade. Observou-se que essa rede de relações se constitui através de uma “rede de solidariedade e de convivência” que possibilita os apoios necessários em situações de crise ou que demandam auxílios práticos diversos.

Esta forma de compreensão é referenciada, na literatura especializada, por Sarti (2005, p. 28-31) que, ao estudar as famílias pobres, demarca que uma de suas características é a sua configuração em rede, “contrariando a ideia de que esta se constitui em um núcleo”. Para a autora citada, a família pobre se constitui em uma rede com ramificações que abrangem o parentesco como uma totalidade e “configura uma trama de obrigações morais que enreda seus membros, num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos.” (SARTI, 2005, p. 31).

Outros depoimentos apontam que os profissionais compreendem a família a partir da unidade domiciliar, e se verifica isso nas falas a seguir:

Então, a minha concepção de família são pessoas que tem algum vínculo, pessoas que estão ligadas por algum vínculo, seja ele biológico, seja ele afetivo ou até mesmo financeiro, pessoas que realmente a gente considera na prática, são as que coabitam na mesma residência e que estão ligadas por alguns desses vínculos. Que podem ser esses

que eu falei, afetivos, biológicos, financeiros ou mesmo por necessidade. (SUJEITO 8).

Tudo, né, é o lugar aonde a gente se encontra e não dá pra disfarçar quem tu é, ali é, tudo que acontece é junto com a família, sabe que tu vai mostrar quem tu é, que moram contigo, são elas mesmo, com o passar do tempo não perde o afeto. [...] além, a esposa, né, porque eu convivi muito pouco com a minha família, talvez por isso eu me direcione mais pra pessoas que eu tenho afinidade. Filho, filho eu tenho, mais mora com a primeira esposa, eu já sou casado de novo [...]. (SUJEITO 15).

Do universo dos participantes, somente dois sujeitos citaram o domicílio, ainda que de forma subliminar, como referência para esta compreensão. Porém, é fundamental destacar que, embora na maioria das vezes não esteja explícito, os institutos de pesquisas e as políticas públicas têm definido a família a partir do espaço doméstico (unidade domiciliar) para formulação e execução de políticas sociais. Trad (2010) explica que a família é adotada como eixo norteador de políticas e programas em saúde pública brasileira, especialmente no âmbito da atenção primária, nas duas últimas décadas. Todavia, para esta autora, tem-se constatado a “ausência ou imprecisão de um marco conceitual sobre família nesta política e nas ações que a integram.” (TRAD, 2010, p. 28). Contudo, o que se evidencia é uma obscuridade sobre a referência de família para as políticas sociais, e embora o domicílio se constitua como um indicador fundamental para a questão dos benefícios sociais, segundo Miotto (2010a), ele “desaparece” quando a questão é o cuidado do usuário. Esta definição obscura remete a um caráter ambíguo, de imprecisão e de múltiplas interpretações. Este contexto corrobora, em parte, a hipótese de que não necessariamente existe uma sinergia entre o conhecimento, as diretrizes e as normativas da política social e a sua materialização pelos profissionais.

O último aspecto identificado no conjunto dos depoimentos foi o entendimento de família a partir do ciclo vital, observando as fases que as famílias atravessam durante seu desenvolvimento:

[...] Então, até por tá estudando isso, eu vou falar um pouco o que que eu entendo por família. Na verdade, eu entendo que é várias pessoas e que em

níveis diferentes, tem várias gerações e que nunca tá pronto, ela tá sempre se modificando ao longo do tempo, porque a gente vai crescendo, passa de criança pra adolescente, então, cada membro vai estar numa fase do ciclo de vida. Então, é um sistema em constante transformação, o tempo inteiro, só que troca entre eles e troca com o meio e eu considero, assim, a base pro desenvolvimento humano, pra construção da personalidade, pra aprendizagem de valores. Então, assim, é bem importante, é fundamental no desenvolvimento do ser humano. [...]. Eu sempre penso em que fase do ciclo de vida essa pessoa que tá doente tá, pra eu poder compreender um pouco em que momento que essa família tava, qual é o impacto que vai ser, diferente se é um jovem ou se é um idoso e claro, qual é a característica das relações entre eles, entre os membros, porque todos, quando alguém adoce, todos são influenciados. (SUJEITO 9).

O referencial do ciclo vital é muito utilizado pela psicologia na abordagem sistêmica. Pode-se depreender que se busca identificar, a partir do desenvolvimento familiar, os impactos e as exigências de cada fase do ciclo vital para então relacionar quais as necessidades/demandas advindas desse processo.

Diante da diversidade de concepções sobre família e ao se constatar a imprecisão de um marco conceitual, no âmbito da formulação das políticas públicas, é fundamental debater sobre os seus efeitos na execução dos serviços. Miotto (2010b, p. 55) explica que, ao assumir a família como referência das políticas públicas, se coloca em movimento diferentes concepções sobre a família e suas “relações com as outras esferas da sociedade, tais como Estado, mercado e trabalho”. A autora menciona ainda que ter a família como referência não significa, em princípio, atender aos princípios de cidadania da carta constitucional de 1988. Logo, na política de saúde, a referência na família abre lugar para desenvolver tanto as práticas que promovem a proteção e a “participação cidadã das famílias”, quanto as que “reforcem a lógica do controle do Estado sobre elas, através da reiteração de práticas de caráter disciplinador, práticas muito presentes na história da política de saúde no Brasil.” (MIOTO, 2010b, p. 55).

Portanto, pensar em concepções de família requer necessariamente que outras variáveis sejam colocadas em discussão. Trad (2010), aponta que a maior parte das características relacionadas às famílias, desenvolvidas principalmente pelo senso comum no mundo ocidental moderno, se refere às camadas médias. Este constitui, para o autor, um dos fatores que impedem o reconhecimento de outros formatos da família contemporânea. Nesse sentido, Trad (2010) elucida que diferentes autores (Fonseca, 1995; Heilborn, 1997; Bruschini, 1993; Sarti, 1995; Szymanski, 2003; Bilac, 2003) têm preconizado evidências empíricas que desvendam alterações significativas nos formatos e nas dinâmicas da família “entre as elites e classes populares no Brasil”. As transformações na família não se processam com a mesma magnitude em diferentes contextos sociais. No Brasil, diz Trad (2010) constata-se a “coexistência de padrões tradicionais e modernos de família”, e na comparação entre regiões ou entre classes sociais, os perfis são múltiplos e heterogêneos. Estas características corroboram, de modo paradoxal, “tanto a importância estratégica de se incorporar gênero e classe social no estudo de família, como a extrema dificuldade de tal empreitada.” (TRAD, 2010, p.46).

Remetendo essas considerações para o ambiente hospitalar, observa-se a complexidade que cerca a questão, visto que são muitos os profissionais que interagem e prestam assistência ao usuário e sua família, cada qual com compreensões bastante distintas. Diante da afirmação feita por Mioto (2010b, p.55), de que de diferentes concepções nascem diferentes formas de formular e executar as políticas públicas, é possível parafrasear a autora, acrescentando que de diferentes concepções nascem diferentes formas de pensar e executar a assistência prestada ao usuário e sua família.

É nesse contexto de contradição e imprecisão que se coloca a necessidade de identificar a partir de qual concepção os profissionais compreendem as famílias atendidas na instituição.

4.2.1.2 Como os profissionais concebem as famílias atendidas no serviço

Sob qual ótica os profissionais compreendem as famílias atendidas no serviço hospitalar? É a partir da sua concepção sobre família? Ou é a partir da concepção de família debatida pela literatura? Ou ainda a partir das necessidades do serviço de saúde em que trabalham? Esses foram alguns dos questionamentos iniciais desta pesquisa. As respostas dos profissionais permitiram identificar que a

compreensão se realiza através de um processo dinâmico de aproximações baseado, primeiro, na sua experiência pessoal, e posteriormente, em outras possibilidades de compreensão.

Os depoimentos a seguir indicam que a experiência pessoal é utilizada como referência também para o desenvolvimento de ações em saúde:

[...] mas não tem como tu não carregar a tua concepção na hora que tu vai dar uma orientação, na hora que tu vai fazer um cuidado. Tanto é que assim, tudo aqui pra gente gira em torno, tá, se o marido não está presente, a primeira pessoa que a gente vai buscar como apoio não é a vizinha, não é a amiga da escola, é o teu pai e a tua mãe e a avó. [...] Então, eu, pelo menos eu, como pra mim a família nuclear é que me dá o apoio, eu penso que acaba sendo muito parecido nas outras realidades familiares. Então, apesar de procurar não misturar pessoal com profissional, eu acabo trazendo um pouco do que eu acredito, um pouco da minha vivência fora daqui para minha realidade de trabalho. [...] Acho ainda que precisa de um trabalho com a equipe, que eu acho que ainda não é redondo, isso. Talvez pela própria concepção de família que cada um carrega, vamos ter diversas ações diferentes no acolhimento, no recebimento dessa família que está chegando[...]. (SUJEITO 1).

É, então, é a partir dessa família minha e da minha experiência que eu já tive. Aí eu consigo entrar dentro das mães, no nosso caso, aqui, e entender as dificuldades que elas têm, de estar com um filho prematuro, que é o nosso trabalho[...]. (SUJEITO 2).

Nessas afirmações fica explícito que a experiência pessoal é utilizada para algumas ações cotidianas que integram a assistência prestada ao usuário como, por exemplo, o acolhimento, tão debatido entre as equipes de saúde que desenvolvem essa ação em sua prática diária, em especial, após a publicação da PNH.

Em outro conjunto de depoimentos, pode-se observar claramente que, quando não existe coincidência entre a sua concepção e a

experiência pessoal de família e a realidade das famílias atendidas, o profissional vai buscar outras formas de compreensão para obter a resposta do que se espera da família usuária. Isso pode ser observado nas seguintes declarações:

Eu tenho algumas dificuldades de, justamente, até, às vezes, a gente conversa... que como a vivência da gente, a experiência da gente é diferente, às vezes, muito diferente do que a gente vê aqui, eu, às vezes, não entendia alguns relacionamentos que a gente via e inclusive por ajuda de profissionais das áreas de psicologia, do próprio Serviço Social, nos mostravam que dentro daquele problema, daquela sistemática, daquela situação é o que acontecia e às vezes eu tinha dificuldade pra entender. Porque são, assim, situações muito diferentes do que a gente tava habituada. Agora, quinze anos, tudo isso, eu já mudei até um pouco a minha maneira de pensar. (SUJEITO 6).

A gente sabe que as famílias têm que ter essa rede de apoio mínima pra poder continuar enfrentando a situação que tá vivendo aqui, né. E aí, às vezes, eles não têm a família de laços consanguíneos. Então, acaba sendo família, nessa concepção de que pode ajudar, de que pode contar, aquelas que se aproximam, aquelas que a pessoa, que a pessoa que tá, o paciente, o usuário, né, como vocês falam, né, tá precisando, a gente levanta com ele com quem ele pode contar e passa a ser as pessoas que ele indica pra gente que podem fazer isso. (SUJEITO 16).

Sim, eu busco compreender. Sim, se bem que aqui a gente tem as rotinas pensadas em receber as famílias, principalmente pai e mãe; se for menor, daí fica a mãe (avó materna); entrar as outras pessoas que eles consideram importantes, assim, né. (SUJEITO 13).

Dessas falas, apreende-se também que a ampliação do entendimento de família é possibilitada pelo tempo de inserção no serviço e pelas relações interdisciplinares. Nesse contexto, os

profissionais vão reconhecendo novas dinâmicas e estruturas familiares, diferentemente da sua família de origem. Porém, eles não deixam de apontar as dificuldades que têm para romper a barreira do modelo idealizado e reconhecer as diversidades, os arranjos e as dinâmicas familiares na contemporaneidade.

Assim, o primeiro movimento a ser executado para a apreensão das situações atendidas é remeter à sua vivência, buscando identificar alternativas a partir de sua compreensão sobre o desejável e o indesejável, sobre o certo e o errado. Quando a realidade identificada não traz alternativa dentro do “esperado”, faz-se um segundo movimento, que consiste na ampliação dessa compreensão. Inicialmente, há uma tendência em ampliar para o contexto da família estendida¹⁵, e só posteriormente partir para a inclusão de outras pessoas, adotando-se a idéia de que “família é aquele com quem se pode contar”. Esses movimentos permitem levantar a hipótese de que a mudança de concepções está voltada essencialmente para a necessidade de realização do cuidado/trabalho. Assim, em outras palavras, mais do que uma mudança real em torno da concepção de família, ocorre uma mudança de caráter instrumental.

Além disso, não pode passar despercebido também que, embora os profissionais tendam a ampliar a sua concepção sobre família, isso não acontece com a mesma intensidade quando se faz referência a determinados papéis familiares, em especial, à figura materna. Identificou-se, dentre os depoimentos, que na internação de recém-nascidos e crianças, a figura da mãe é concebida como essencial, como ilustra o seguinte fragmento de entrevista:

Uhum...[...] eu penso mais no profissional, no paciente, no conforto do paciente e tal, a família, se ajudar, tá ótimo, se não, é indiferente. [...] Mas já no Hospital Infantil a família é fundamental, né, porque a mãe, a mãe é tudo pra uma criança. (SUJEITO 15).

Então, pra ti, tem diferença da importância do acompanhamento da família, dependendo do paciente, se é criança ou adulto e idoso? (PESQUISADORA)

¹⁵ “Arranjos familiares estendidos são caracterizados pela presença de uma pessoa cuja relação de parentesco com o chefe do arranjo domiciliar é de ‘outro parente’. Como se trata de uma extensão do tipo nuclear, engloba todas as combinações de arranjo nuclear com a inclusão de uma ou mais pessoas como ‘outro parente’”. (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001, p. 27).

Com certeza, pro adulto já não é tão fundamental como pra criança, pelo menos, eu acho. (SUJEITO 15).

A centralidade da figura materna no acompanhamento e na permanência durante o período de internação de crianças é considerada algo extremamente fundamental para o desenvolvimento e o bem-estar dos pequenos. A experiência profissional como assistente social de uma Unidade Neonatal confirma esta observação. Há uma tendência das equipes em exigir a permanência integral da mãe durante todo o período de internação, sem, no entanto, considerar as possibilidades daquela mãe e de sua família, pois há situações em que a mãe possui outros filhos menores e necessita de suporte para a realização desse acompanhamento. Normalmente, as idas e vindas do acompanhante precisam ser negociadas e esclarecidas com a equipe. Não se colocam em questão, aqui, os benefícios que o acompanhamento da família traz ao usuário que está internado, benefícios esses tão debatidos na literatura nacional e internacional. O 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.

Manifestando-se sobre o assunto, Sarti (2010) afirma que, por não ser problematizada a noção de família com que operam os profissionais, esta aparece relacionada àquela que caracteriza seu mundo cultural. A autora indica ainda que, normalmente, trata-se de “uma concepção moral de família, identificada com a noção do bem e a consequente dificuldade de se pensar o conflito como inerente às relações familiares.” (SARTI, 2010, p. 96). Ela também relaciona a família a noções de solidariedade e complementaridade idealizadas, o que torna difícil a problematização da questão de gênero. Dessa forma, “as relações familiares entre os sexos e as gerações são naturalizadas a partir de categorizações prévias do que se define como homens, mulheres, velhos, adolescente e crianças.”(SARTI, 2010, p. 96).

A maioria dos relatos evidenciou que é a partir da concepção de cada profissional que são compreendidas as famílias atendidas no serviço de saúde. Essa constatação mostra o risco de se adotar interpretações pessoais para identificar as situações atendidas, seja no âmbito hospitalar seja em qualquer serviço de saúde. Uma grande parcela desses atendimentos é caracterizada por situações complexas, permeadas por questões que requerem do profissional um olhar que ultrapasse o seu próprio mundo e busque, na perspectiva da

integralidade, a compreensão da família e de suas situações contextualizada no conjunto das relações sociais. Enfim, pode-se dizer que a prevalência de concepções estereotipadas de família e de papéis familiares associadas aos procedimentos adotados nos serviços tende a reforçar, de acordo com Miotto (2010b), os processos de responsabilização familiar e também o viés “familista” da política social brasileira.

4.2.1.3 Papéis destinados às famílias durante a internação

Ao se observar um breve período histórico, especialmente de meados do século XX até a atualidade, fica evidenciado que houve inúmeras mudanças no que se refere às relações sociais, de gênero e de geração. No bojo das transformações societárias, econômicas, sociais e culturais – onde a inserção da mulher no mercado de trabalho, as alterações nas configurações familiares e as suas possibilidades de proteção são alteradas e ganham destaque – tem lugar o tensionamento nos padrões e papéis familiares que anteriormente eram tidos como imutáveis. Diante desse contexto, se coloca a necessidade de conhecer os papéis atribuídos às famílias, pelos profissionais, durante a internação hospitalar. Discorrendo sobre o assunto, os profissionais indicam que à família cabem vários papéis, dentre os quais se destaca o papel de **auxílio emocional e material**, conforme ilustram as falas a seguir relacionadas:

Ah! eu acho importantíssimo, na Neonatologia e na maternidade como um todo, até eu acho, mas a Neonatologia, eu acho que a família, assim, porque a mãe, naquele momento, aqui, às vezes, tá muito debilitada, muito fragilizada. Puerpério é um momento muito estranho. [...] É muito importante, acho, sem dúvida, acho que qualquer pessoa doente. Que a pessoa tá muito mais fragilizada. É de apoio, de apoio total. (SUJEITO 6).

Ah! é importante em tudo, como eu te disse, como eu já trabalhei em vários setores, assim, várias unidades, então, é muito importante, o paciente adulto que sabe expressar pra gente. Tem que ver quando vem o familiar, até o da UTI geral, assim, que eu trabalhava muitos anos, tu vê, às vezes,

entubado, mas eles tão conscientes, porque a maioria ..., o brilho que eles tem no olhar, aquele aperto de mão querendo dizer: ah! chegou alguém que é meu! Colabora e muito. (SUJEITO 11).

Eu acho que é o apoio de dá o suporte lá fora, né, porque como a gente sabe, a gente, aqui dentro, tá vendo só o bebê e a mãe, geralmente, o pai, algumas vezes, quando ele é mais participativo, só que lá fora, a pessoa, ela deixou o seu mundo, ela deixou tudo que ela tava fazendo, porque ela teve que ficar internada. Tá imaginando se acontecesse comigo hoje, se eu precisasse, fosse ter um filho e precisasse me internar, tudo que eu ia ter que deixar lá fora? Então, eu ia ter que contar com essas pessoas pra tá sistematizando, às vezes é uma pessoa que mora sozinha, tem uma conta pra pagar, tem alguma coisa pra fazer, e ela vai contar com essas pessoas, que não necessariamente são o pai e mãe, os amigos é que vão tá apoiando ela lá fora. (SUJEITO 13).

Poder identificar junto com esse paciente, com o usuário, é aquilo que ele mais necessita e tentar atender essas necessidades. De acordo também com a sua possibilidade, né. Porque, da família, no caso, né, e aí, às vezes, o paciente, o usuário não consegue mostrar o que tá precisando. Então, vai depender muito do nível de interação que essa família tem com a pessoa, até pra poder saber e vê junto com ela de fato aonde eles vão ser mais úteis, no que eles de fato podem tá colaborando, né. Mas eu imagino que é isso, é tá super atento, assim, pra identificar ou perceber, se essa pessoa ajudar, as demandas que estão sendo ali apontadas, de todas as ordens, daí, né, econômica, social, é religiosa inclusive, material, ajuda prática, aquela coisa toda. (SUJEITO 16).

Da análise desses depoimentos apreende-se que a família é fundamental para desempenhar o papel de suporte e apoio emocional, identificando, junto ao usuário internado, situações que mereçam

atenção, cuidado e zelo. O apoio emocional é visto pelos profissionais como o ato de estar junto com boa vontade. É a família que auxiliará nas questões materiais (auxílio financeiro) e na organização e execução de tarefas e atividades domésticas, bem como em situações extra-hospitalares. A equipe compreende que os familiares que realizam o acompanhamento devem compartilhar informações (e necessitam fazer essa interpretação) que sejam relevantes para o tratamento, além de conhecer as rotinas do serviço.

Cabe à família também **inserir e mediar a relação do usuário com a equipe de saúde**, como se percebe nas falas aqui transcritas:

Ah! é o apoio ao paciente, tá ali do lado pra ajudar no que ele precisar, ajudar a chamar a gente. (SUJEITO 7).

Eu acho que eles têm que estar acompanhando, têm que tá sabendo o que tá acontecendo, dando apoio em relação, assim, a fechar um diagnóstico, têm que tá junto, têm que tá participando e têm que tá sabendo o que tá acontecendo, assim, isso é importante. (SUJEITO 10).

[...] Eles são uma referência de segurança pro paciente, o paciente se sente seguro, porque se ele tá prostrado e não consegue se cuidar, alguém tá ali pra chamar caso ele precise de alguma coisa ou tá se antenando se alguma coisa tá acontecendo, que às vezes, o pessoal tá trabalhando e não se antena, né. É alguém que tá atento e é uma referência de segurança a mais que o paciente tem. (SUJEITO 18).

Observa-se nestes depoimentos que, apesar de não explicitarem com clareza qual é o papel da família durante a internação, os participantes indicam que a família deve estar junto do paciente, com o objetivo principal de dar apoio e auxiliar no trato com a equipe. Há a sinalização de que a família exerce o papel de elo entre a equipe de saúde e o usuário internado. O fato de ter um familiar acompanhando é considerado pela equipe um fator de segurança para o paciente. É a família que irá acionar o profissional quando o paciente necessitar e também deve ser ela que decidirá, junto à equipe, o itinerário do tratamento.

Outro papel destacado para a família é o de **prestar auxílio para o desenvolvimento do tratamento indicado**, como se pode verificar nas falas que seguem:

É um papel bem importante, tem que dá todo o apoio, o suporte. Igual, às vezes, a gente vê bastante, assim, que a família, às vezes, quando a família não tá dando o apoio bem, a resposta do paciente é totalmente outra, assim, ao tratamento, a aceitação do diagnóstico. A gente trata o paciente, lida com o paciente e lida com as famílias também, então, é as duas coisas que a gente tem que fazer. (SUJEITO 5).

Faz parte do tratamento hospitalar, faz parte do tratamento de saúde, a partir da hora que a gente vê totalmente diferente um paciente que tem o acompanhamento do familiar e o paciente que não tem acompanhamento do familiar, tu logo vê a diferença, até na reação, porque não há medicamento que cure, né, a atenção, muitos desses estão aqui e a gente sente que é carência. (SUJEITO 14).

O papel da família é importantíssimo, porque se a família não é colaborativa o tratamento, ele desanda, né. Ele fica pra trás, porque o paciente geralmente se preocupa com quem tá em casa, como que tá sendo a organização em casa, sem que ele esteja lá, e também essa coisa de ele ficar aqui, muito carente, porque ele precisa de alguém aqui pra também auxiliá-lo, que não só o tratamento em si, mas esse contato com o mundo de fora do hospital que vem através desse familiar é muito importante. (SUJEITO 19).

Identificam-se, nessas falas, aspectos que relacionam a presença da família no ambiente hospitalar com o desenvolvimento de um bom tratamento, ou seja, a presença de um familiar acompanhante auxilia no tratamento do usuário internado. Fica evidenciado que a família tem grande interlocução com a equipe de saúde que, necessariamente,

precisará realizar esse contato, não apenas com os pacientes, mas também com seus familiares.

A leitura das entrevistas levou a observar ainda a presença de discursos bem distintos no que se refere ao papel da família durante a internação, conforme indicado nos seguintes depoimentos:

É a obrigação dela (família) de acompanhar, acompanhar o ... o paciente, seja ele, principalmente se for um idoso, se é assim um familiar próximo, uma esposa, um filho, tal, alguma coisa, isso se dá ao natural, né. Mas eu presto um pouco de atenção, como sempre, nos idosos não dá muita atenção. [...] porque a família conhece a pessoa, acompanha, ele não se sente tão, tão afastado do núcleo dele, porque pode ver, numa internação, que dizer, nos primeiros dias, no primeiro dia é terrível pro paciente, ele não se sente, ele quer ir embora, ele sabe, quer ir embora e tal, já no dia da alta é uma felicidade, sai abanando pra todo mundo, beijando, sabe porque? Porque ele tá indo embora dali e, entre aspas, tá bem, né, não se sabe, não sou o médico, mais é bem, é bem característico.[...] Eu acho que depende do paciente, né, se ele, se ele se mostrar assim um pouco carente, eu acho que a família é obrigada, tem uma obrigação moral de ficar junto com ele, né, nem que seja as vinte e quatro horas, se ele necessita disso, se ele pede isso, mas tem outros pacientes que não, que vivem bem, os parentes vem durante o dia, durante a noite ele dorme sozinho e tá tranquilo. E tem outros que não vêm, só vêm no dia da internação e na alta. (SUJEITO 15).

Embora a gente saiba que às vezes é um fator de complicação, porque às vezes o doente tá conformado com a situação dele, porque o paciente mal chegou e querem tirar daqui, eu entro pra dar, pra fazer a primeira visita e eles perguntam quando que ele vai ter alta. [...] Então, assim, nesse sentido, aí complica um pouco, sabe, mas é claro que também faz toda a diferença e tal, né (a presença da família), o paciente tá todo fragilizado. [...] Tendem a melhorar mais.

Melhorar mais, tem uma boa recuperação, da mesma forma de que quando tem um familiar agitando, tá ali nervoso, às vezes, você vê, assim, pô, ele tava tão bem, chegou aquele filho, chegou aquela filha, piorou. Então, é a mesma coisa, tanto pra bem quanto pra mal. Tanto positivo quanto negativo. (SUJEITO 17).

As interpretações deixam claro que a família tem a obrigação moral de acompanhar o paciente internado se ele assim o desejar. No entanto, também houve a sinalização de que, dependendo da forma como o acompanhante se comporta, a presença dos familiares poderá até prejudicar o tratamento do usuário. Essas afirmações indicam que a família tem uma função a cumprir e que seu comportamento e suas atitudes são previamente definidos e esperados por parte da equipe de saúde.

No último depoimento selecionado para descrição dessa temática observou-se ainda que, de forma minoritária, quase isolada, há profissionais que compreendem que a presença da família não pode estar atrelada a uma exigência institucional:

Então, o papel da família durante a internação, eu sempre procuro deixar claro pra família que o período que o paciente tá aqui dentro a família não precisa estar presente por uma exigência institucional, que é importante pro paciente que a família esteja pelo apoio emocional, pela questão dele se sentir um pouco mais seguro, que a pessoa sai da sua vivência e vem pro ambiente hospitalar, já tem toda ansiedade, a angústia devido ao quadro e ainda tá num ambiente diferente daquele que ela tá acostumada, então, uma pessoa de referência familiar, que ela já tem algum vínculo, isso diminui a ansiedade do paciente, tranquiliza e auxilia no tratamento. [...] Então, eu procuro deixar isso claro pras famílias, né, que é um direito do paciente, mas que não é uma exigência institucional. (Sujeito 8)

Contudo, cabe destacar que esse entendimento é pontual e não corresponde à posição da grande maioria dos profissionais, que aposta na obrigação moral que a família tem com seus membros para exigir a permanência de um acompanhante durante a internação hospitalar.

Como se pode perceber, o direito ao acompanhante, garantido através de uma série de leis e políticas instituídas, traz questões contraditórias para o debate. Primeiro, se reconhece a importância dos movimentos sociais na efetivação de políticas que promoveram o incentivo à presença e à participação dos familiares no âmbito hospitalar e nas ações em saúde, já que anteriormente havia uma grande muralha institucional e o paciente era considerado “propriedade da equipe”. Porém, o que se observa é que o mesmo processo histórico que assegurou o direito ao acompanhante trouxe questões embutidas nessa lógica, uma vez que a partir do momento em que se abre a instituição para a presença do familiar, ocorrem movimentos distintos entre os serviços: o primeiro e mais prevalente é o chamamento da família para assumir o papel de acompanhante, com todas as tarefas e funções a ela atribuídas; o outro é a resistência de alguns profissionais e ou serviços em admitir a presença integral durante a internação, pois no contato prolongado entre famílias e profissionais se colocam em debate distintos saberes e determinadas práticas que não são aceitas pelas equipes, que acabam considerando esse acompanhante como problema. Dessa forma, Costa (2009) afirma que ocorre, nas instituições, o caráter disciplinador sob o manto institucional, sendo instituídos os horários, determinado o número de pessoas, enfim, as regras que normatizam as condutas dos acompanhantes são determinadas pela instituição.

As alterações nos padrões de relação e nos papéis familiares são consequências das transformações ocorridas no nível macroeconômico e social. Dentre todas as transformações ocorridas, pode-se destacar a inserção da mulher no mercado de trabalho. Conforme Gelinski (2010), as representações do papel masculino e do papel feminino não se alteraram com a entrada da mulher no mercado de trabalho. O desempenho de tarefas associadas a cada gênero é uma das principais pautas de luta dos grupos feministas, pois não há uma divisão igualitária do trabalho doméstico.

A partir da análise dos depoimentos dos profissionais, foi possível identificar que se espera da família, durante a internação hospitalar, posturas solidárias, participativas e articuladas que visem auxiliar no tratamento. Mesmo com as significativas mudanças de padrões e comportamentos descritos, ainda se confia na família para desempenhar o seu dito papel. Em nenhum momento se questionou as possibilidades familiares de desempenhar tal função e os conflitos comuns das realidades familiares não tiveram relevância para os participantes da pesquisa. Prevalece a visão da família como apoio, suporte, com relações sem conflitos, regadas de amor e solidariedade.

As complexas questões que envolvem as dinâmicas familiares como, por exemplo: ter filhos pequenos; conciliar os cuidados dos outros membros familiares com o usuário internado; a luta pela sobrevivência – em que há risco de perder o emprego se houver falta para permanecer no hospital – dentre outras, nem sempre são levadas em conta pela equipe de saúde. Enfim, apesar das mudanças elencadas, conserva-se uma expectativa social de que a família cumpra suas tarefas e obrigações, em especial, as de proteção e cuidados de seus membros (MIOTO, 2004).

4.2.1.4 Expectativa dos profissionais em relação à família durante a internação

Para finalizar a apresentação dos dados referentes ao primeiro eixo temático, se coloca em pauta a questão das expectativas que os profissionais/serviço têm em relação às famílias no âmbito hospitalar. Durante os anos de atuação na área da saúde, sempre chamaram a atenção atitudes/ procedimentos da equipe de saúde com a chegada de um novo usuário na unidade de internação. A equipe, nessas ocasiões, logo manifestava as primeiras impressões, que naquele momento estavam recheadas de expectativas em relação ao familiar que assumia o status de acompanhante. Ou seja, como ele iria se relacionar e interagir com os profissionais e com o ambiente? Pensar em expectativas significa projetar condutas e ações esperadas de pessoas ou grupos, no caso, aqui, da família. Quando essas expectativas não eram alcançadas, observava-se certo grau de frustração, que muitas vezes gerava uma interpretação carregada de pré-julgamentos, com olhar de incapacidade frente àquela demanda ou àquele papel a ser desempenhado.

Com essas observações em mente e de posse das respostas dos entrevistados pode-se levantar a hipótese de que as expectativas, de fato, estão relacionadas à equipe de uma forma geral. Elas ultrapassam o nível dos profissionais, individualmente, assumem um caráter mais coletivo e extrapolam para os serviços. Nesse sentido, passa a existir uma correspondência direta entre profissionais, equipes e serviços, portanto, as expectativas são as mesmas para todos. As falas dos profissionais apontam, de maneira geral, para uma expectativa de que a família se comporte como a família ideal, vinculada às concepções estereotipadas e idealizadas. No entanto, foi enfatizado também, por alguns profissionais, que a expectativa em relação às famílias é a de que elas auxiliem nos cuidados. Há ainda aqueles profissionais que afirmam que esperam que as famílias se sintam acolhidas pelo serviço. Além disso, foram identificados discursos que tendem a classificar as famílias

atendidas como “capazes ou incapazes”, enquanto outros ainda afirmam não ter expectativas em razão da diversidade de famílias usuárias do serviço.

Dos participantes que relacionaram suas expectativas com a família dita ideal obteve-se estes depoimentos:

Na verdade, todo mundo espera que família seja a família exemplo. Então, a gente até brinca que tem fases que a gente diz: “ai que época boa que a gente tá!” - que é aquela época das mães que vêm, que entram sorridentes e que ficam na unidade, que ..., então, pelos comentários e até pela experiência própria, a gente sempre espera, né, que o perfil da família que se apresenta para aquele neném que acabou de nascer, seja o perfil muito próximo do que seria o ideal: uma família presente, bem estruturada, com bons laços, uma rede de apoio boa. Então, eu acho que isso que a equipe espera. [...] É o que nem sempre condiz com a nossa expectativa. (SUJEITO 1).

A gente espera que eles sejam sempre afetivos com a criança. Então, assim, aquela família que já rejeita mais é encarada de uma forma negativa. Então, a gente sempre espera que a família esteja interessada, esteja ansiosa, estressada, mas também que esteja aberta a conversar, a escutar o que a gente tem a dizer. Essa seria a família ideal, né. (SUJEITO 12).

Nesses depoimentos identifica-se a expectativa relacionada ao estereótipo de família nuclear idealizado, em que os membros estabelecem boa relação entre si e formam uma boa rede de apoio, organizada e disposta para suprir as demandas advindas de uma internação hospitalar.

Em relação aos sujeitos cuja expectativa é a de que a família venha para auxiliar nos cuidados, obtiveram-se os seguintes fragmentos de falas:

Olha, essa expectativa que eu acho que a instituição, embora tratando de humanização, que é filosofia e tal, mas que a família vem pra ajudar só e não pra atrapalhar, que ela seja uma extensão dessa imagem, sinceramente falando, em termos

de clínica, não fala daqui ou fala da UTI, mas de uma forma geral. [...] existem lugares que pedem, tu vai pra clínicas tu vê que pedem, quando o paciente é acamado, já pede pros familiares ficar pra ajudar no banho, pra levar pro banheiro e não sei o quê, e que não é, familiar não é pra cuidar do paciente, é pra ter a companhia, pra ele se sentir seguro, pra ter alguém da referência dele ali, um ambiente que ele está totalmente a mercê de todo mundo.[...] Então, assim, que não faça perguntas, que não incomode, que não crie problema, mas que ajude, essa é a expectativa do profissional da saúde. (SUJEITO 4).

Sempre tem a expectativa de que eles vão nos ajudar, que eles vão nos ajudar principalmente a deixar o paciente tranqüilo, a deixar a gente fazer rápido o nosso diagnóstico e o tratamento. E às vezes a gente até espera, assim, que pelo menos eles não atrapalhem. Às vezes, o paciente tá tranqüilo e o se o familiar não fica em cima, não causa mais ansiedade, já tá bom. (SUJEITO 5).

Ah! que colabore no cuidado, assim, que esteja ali perto, que chame quando precisa, que ajude. (SUJEITO 7).

Depreende-se dessas falas que há uma expectativa de que os familiares/acompanhantes estejam dispostos a facilitar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, seja tranqüilizando o paciente, seja acompanhando os procedimentos e o tratamento. A postura do familiar deve ser sempre cordial, sem muitos questionamentos e com bastante disposição para auxiliar no que for preciso. Extraiu-se também, dos depoimentos, a indicação de que a família é chamada para permanecer em acompanhamento por período integral quando o usuário é acamado ou requer atenção especial.

Alguns profissionais, no decorrer do seu discurso, classificam as famílias, como boas e más ou “capazes e incapazes”. Selecionou-se o seguinte depoimento:

Ah! eu acho que é a expectativa de que a família venha, se envolva, participe. Família, eu to dizendo o pai e a mãe, porque quando chega um neném, principalmente de longe, vem o pai,

muitas vezes a gente nem vê a mãe, quando é de outros municípios. Então, a gente espera que essa mãe venha, que ela se envolva com esse neném, e há expectativa de que o neném melhore pra que ela possa ter o envolvimento. A gente, às vezes, até comenta: agora estamos com umas mães boas! Agora estamos com uma leva de mães difícil! Porque parece também que uma vai passando a insegurança pra outra, como elas ficam todas juntas, né, no hotelzinho, então, uma acaba passando a insegurança pra outra. Então, às vezes, uma mãe que estabelece uma relação legal também passa esse astral para as outras. (SUJEITO 13).

Identifica-se que a classificação das famílias, pelos profissionais, ocorre de maneira natural, quase inconsciente, e muito relacionada à figura ideal de família construída no seu universo cultural. Mioto (2004) traz para debate o fato de que, a partir da crença pessoal dos profissionais, independente das condições objetivas de vida e das próprias atribuições da convivência familiar, a família deve ser capaz de proteger e cuidar dos seus membros. Decorre disso uma distinção básica para os processos de assistência, que é a distinção entre famílias capazes e incapazes. Essa forma de categorização das famílias “se encontra fortemente arraigada tanto no senso comum, como nas proposições dos políticos e técnicos responsáveis pela formulação de políticas sociais e organização dos serviços.” (MIOTO, 2004, p. 51).

Contudo, no depoimento a seguir tem-se outra expectativa, que difere das elencadas anteriormente:

Olha, eu acho que a expectativa é que a gente, que do ponto de vista profissional, é que, pelo que essa equipe, que a família se sinta acolhida, eu posso falar aqui pela Neo, acolhida pela certeza de que tá num local que vai ter o atendimento necessário tanto com técnico como o acolhimento, o carinho, o aspecto psicológico, vai ser visto como um todo, porque eu acho que isso é importante. Durante a internação que tu quer saber, né? Que vai ser fácil a comunicação dos profissionais com a família, que aqui a gente sempre procura não botar uma barreira, assim, não tem horários pré-determinados pra os boletins médicos, que em outros setores tem. Então, a

gente procura sempre estar muito próximo da família, a gente é muito aberto, qualquer dúvida que a família tenha a gente procura esclarecer, e sempre tem um profissional, tanto da enfermagem como o médico, junto, ali. Então, eu acho que a nossa expectativa é que sempre seja um canal aberto entre a família e os profissionais do nosso setor. (SUJEITO 6).

O participante entende que a família deve sentir-se acolhida e com facilidade de trânsito e de comunicação dentro da Unidade de Internação. É uma percepção distinta daquela expressa pela maioria dos profissionais, pois remete a uma inter-relação com a equipe, com responsabilidades compartilhadas.

Outros sujeitos apontaram expectativas dos profissionais relacionadas à presença integral de um familiar durante a internação, bem como relacionadas às atitudes deste no ambiente hospitalar:

Eu acho que a instituição como um todo, o serviço como um todo espera da família um papel de protagonista no cuidado do paciente. Eu acho que isso fica bem presente durante a internação, e as equipes em geral. Claro que alguns profissionais já têm esse entendimento e a gente procura discutir essas situações com os profissionais pra que haja um entendimento maior sobre isso, mas em geral, a expectativa é que a família esteja sempre presente no hospital, sem considerar a questão socioeconômica, trabalhista da família e a questão do vínculo também. E na alta hospitalar, então, é bem claro, que às vezes a gente tem paciente que precisa permanecer mais tempo, receberam a alta clínica, mas precisam de alguns encaminhamentos sociais que a gente precisa fazer e manter o paciente aqui mais alguns dias, e é uma resistência extrema e uma pressão extrema em cima da gente e o julgamento em cima das famílias. (SUJEITO 8).

É uma coisa que eu observo que os profissionais têm a expectativa, tanto das famílias e até mesmo do próprio paciente é que a família, ela seja muito tranquila e não questione, ela não questione nada, né, ela simplesmente aceite tudo de uma forma

tranqüila, né. [...] Que a família aceite, que só vai poder falar com o médico tal horário, que o médico não pode falar tal dia, que ela não tenha ansiedades, que não tenha medos, que não tenha nada, que não sinta, né. Então, eu percebo que, claro que pra eles é difícil de lidar com tudo isso, eles não sabem muito como fazer, né. A outra questão que eu observo é que às vezes eles têm a expectativa que a família dê muito suporte pro paciente e nem toda família consegue, né. (SUJEITO 9).

Esses depoimentos têm em comum a percepção de que, em geral, a equipe de saúde possui a expectativa que a família assuma um papel de protagonista no cuidado e acompanhamento do usuário. Espera-se que os familiares se submetam às normas institucionais sem questionar e sem expressar sentimentos provenientes da internação do seu familiar. Esses dois sujeitos cujas falas foram aqui registradas não concordam com a posição hegemônica das equipes de saúde. Mencionam ainda que, ao sugerirem a prorrogação da alta hospitalar, por razões que não são clínicas, há resistências dentro da própria equipe de saúde, fato esse que reforça a prevalência do modelo biomédico e corrobora a visão curativa, sem levar em conta a integralidade das ações e o próprio conceito ampliado de saúde. Outro aspecto relevante apontado diz respeito às expectativas projetadas na família, sem levar em consideração, na maior parte das vezes, o contexto social, econômico e afetivo das realidades atendidas.

Através das contribuições de Mioto (2004), elucida-se que a maioria dos técnicos já reconhece a diversidade de famílias, porém a concordância sobre as transformações da família tem se concentrado nos aspectos referentes à sua estrutura e composição. No entanto, isto ainda não ocorre quando se trata das funções familiares. Há uma tendência em se esperar o mesmo padrão de funcionalidade, independente do lugar em que estão localizadas na linha de estratificação social baseada em princípios culturais tradicionais referentes ao papel paterno e, sobretudo, materno.

Em outro conjunto de depoimentos verifica-se a expectativa dos sujeitos em relação à função da família no que se refere ao desempenho de tarefas tanto na internação como na alta hospitalar:

Depende do envolvimento que tem esse profissional com a família, se é um envolvimento bastante próximo, contínuo, né, e a gente vê essa

evolução desse acompanhamento, eu acho que são as melhores, sobretudo nesses casos que o familiar tá sempre junto, né. Na maternidade, onde nós estamos, e na pediatria, me parece que é uma expectativa boa de confiança, de que esse familiar vai dar conta do processo extra-hospitalar. Com as demandas que ainda tem por fazer, muitas vezes, né, retorno, exames, uso de medicação, então, o profissional, eu acho que ele vê com uma certa segurança que esse paciente tá indo pra casa, justamente porque ele tem um familiar que acompanhou o processo e sabe o manejo em casa de como tem que ser feito, né. (SUJEITO 16).

Acho que a principal expectativa é que eles se adaptem bem ao ambiente hospitalar, assim, que eles consigam entender que aqui a gente faz o possível pra que tenham uma hospitalidade normal. (SUJEITO 18).

Bem, eu acredito que é disponibilização dos familiares, pra que acompanhem essa internação, não pra que estejam ali fazendo o papel da equipe, não, mas que estejam ali na hora que o paciente está mais carente, na hora que ele receber um diagnóstico, que esteja ali pra realmente dar um apoio pro paciente, porque acaba que a equipe não consegue fazer isso, tudo, né. Então, a expectativa, eu acho, eu acredito, que é de um familiar tá acompanhando, tá vindo visitar pra que esse paciente não fique sozinho, pra que realmente a família seja a rede de apoio desse paciente. (SUJEITO 19).

Da análise desses depoimentos confirma-se a tese de que a maioria dos profissionais tem a expectativa de que a família/acompanhante deve estar disponível e pronta para colaborar, cumprindo as normas estabelecidas e com boa adaptação ao ambiente hospitalar. Outro aspecto levantado é a função essencial que é atribuída à família na volta para a casa, onde é necessário dar conta de todas as exigências que um tratamento de saúde requer, seja na busca de medicamentos, marcação de exames e retorno do usuário no

ambulatório, seja nos cuidados de higiene e conforto, que também ficam a cargo da família. As exigências são inúmeras e fica explícita a sobrecarga a que é submetida essa família, ainda mais quando há algum membro internado.

A observação desses elementos remete à orientação da política social brasileira que, nas últimas décadas, tem sido tema de constantes debates. Alguns processos estão bastante evidenciados, como os processos de focalização e de responsabilização da família na provisão de bem-estar social. Conforme já citado neste estudo, a partir da década de 1990, acentua-se o “caráter familista” do sistema de proteção social, com o Estado confiando na capacidade da família de cuidar e proteger seus membros ao delinear suas políticas e normativas. O Estado, ao deixar de assumir a função de assegurar a proteção social em âmbito universal, mantém como critério de execução das políticas sociais a seletividade e volta-se para os mecanismos tradicionais de solidariedade social. Campos e Mioto (2003) observaram que é histórica a centralidade da família na condução da política brasileira. Nos serviços de saúde, ela vem sendo incorporada como parceira no processo de cuidado e promoção à saúde, na expectativa de proporcionar condições de cuidado e proteção aos seus membros. A pesquisa em pauta traz elementos que reafirmam a responsabilização familiar na proteção de seus membros.

Ainda no processo de análise, identificou-se que há profissionais que, compreendendo a diversidade e complexidade do universo familiar, evitam criar qualquer tipo de expectativas, com se constata na fala que segue:

Não tenho expectativa, não crio, assim, uma rotina, não imagino nada, sabe, só deixo acontecer, realmente eu, eu particularmente, não crio. Não, porque aqui tem n famílias, é muito diversificado, não tem o que, realmente, não tem como esperar. (SUJEITO 10)

Ressalta-se que o participante deixa em evidência que esta é uma posição individual, o que pode ser decodificado como contraponto do grupo em que o sujeito está inserido.

Por fim, expõe-se uma fala emblemática, que possibilita diversas interpretações:

As famílias são indiferentes. São, são, porque poucos ajudam, né. No Infantil, já são fundamentais, porque há pouco tempo atrás o

profissional tinha que fazer tudo, com o paciente, com a criança, então, agora, depois que a lei obriga o hospital a acolher, dar toda a estrutura por vinte e quatro horas, poxa vida, facilita muito! A higiene fica toda com o familiar, né. (SUJEITO 15)

Identifica-se um discurso contraditório e se coloca em questão as diferenças do ciclo vital. Nas unidades em que o paciente é a criança, se reconhece a mãe como figura central para o cuidado. Fica explicitada a colaboração efetiva nos serviços, em que as mães cumprem tarefas que deveriam ser exercidas por profissionais. No entanto, relacionando esta fala com o conjunto amplo deste eixo temático, é possível apreender que, mesmo na unidade de internação de adultos e idosos, no caso, a Clínica Médica III, a família é tida como fundamental, tanto no suporte emocional como no auxílio prático, já que há um déficit no número de profissionais para a realização do cuidado. Outro elemento apontado é a alteração da legislação que permite a permanência integral de um acompanhante, tema este que será posteriormente abordado no presente trabalho.

Inferiu-se, dos depoimentos colhidos, que os profissionais, geralmente, executam aquilo que acreditam como verdade, o que muitas vezes está relacionado ao seu universo cultural e às suas experiências pessoais. Constatou-se, a partir da visão dos profissionais, que o serviço desenvolve um movimento relacionado às expectativas sobre o desempenho de funções de famílias idealizadas, em que a mulher assume o papel protagonista de cuidadora. O cuidado está permeado nas falas e pode apreender o alto grau de incerteza e de relações conflitantes ao qual pertence. É esse universo do cuidado no âmbito hospitalar que se buscará revelar no próximo eixo temático.

4.2.2 A família no cuidado

Neste eixo temático, a partir dos dados coletados, será abordado a inserção da família no “campo do cuidado” e as condutas diferenciadas em razão de perfis familiares diferenciados. Para tanto, optou-se pela subdivisão do presente item em cinco subitens, a saber: O campo do cuidado; Interferências dos valores morais e religiosos; Perfis familiares diferentes no cuidado e condutas diferenciadas na assistência; Quando as normas não são cumpridas; Quem realiza o acompanhamento? Quais condições de permanência?

4.2.2.1 O campo do cuidado

Na área da saúde, o cuidado é tema de densa discussão acadêmica e, nos últimos tempos, vem ganhando destaque nas ciências sociais a partir do enfoque das feministas. No âmbito hospitalar, o cuidado é extremamente relevante, pois todos os usuários que se encontram internados dependem de cuidados de outrem. Esses cuidados são uma das atribuições das equipes de saúde. Porém, sabe-se que eles não são realizados somente pela equipe de saúde, que tem na enfermagem um grande protagonista, mas tradicionalmente a família é incluída nesse processo. Em razão dessa constatação, é pertinente compreender a inserção da família no campo do cuidado no espaço intra-hospitalar.

Do conjunto de depoimentos, observa-se que há distinções sobre essa questão, e identificaram-se, de forma geral, três formas de compreensão dos sujeitos: a primeira é aquela que compreende a inserção da família no cuidado com o objetivo de instrumentalizá-la para o pós-alta; a segunda, e a mais prevalente, é aquela que entende a família como co-participante na realização dos cuidados básicos de higiene e conforto, e nesta, a equipe de saúde conta com a ajuda dos familiares para efetuar esses cuidados; por fim, a terceira é aquela que entende que não é de responsabilidade dos familiares a realização dos cuidados com o paciente, e sim da equipe de saúde, em especial, da enfermagem.

Em relação aos entrevistados que entendem que a internação é um período em que a família necessita se instrumentalizar/capacitar para a realização dos cuidados no retorno ao domicílio, tem-se os seguintes fragmentos de fala:

Eu acho, eu sempre digo pra elas, assim: aqui é um hospital e nós estamos aqui. Vocês até podem pensar assim: ah! mais elas estão lá, tem que fazer. Claro que a gente tem que fazer, mas eu digo pra elas: vocês têm bebezinhos especiais, que necessitam de mais cuidados, de mais atenção, então, a gente está aqui pra ir introduzindo vocês, pra que vocês vão aprendendo como cuidar desse bebê, pra quando vocês chegarem em casa não se atrapalharem. Eu sempre falo isso pra elas. [...] Eu acho que é uma maneira de eu fazer com que elas entendam que eu não tô empurrando o serviço pra elas, eu tô tentando ensinar pra quando elas forem pra casa, aí não precisa chamar a mamãe, a vovó, chamar todo mundo, ou daí chega uma

bisbilhoteira lá e diz: aí, tá fazendo errado. Então ela chama, sabe o que tem que fazer. (SUJEITO 3).

Pode ser responsável pelo cuidado sim, com certeza. Aprender aqui, enquanto tá aqui, nas orientações que são dadas. Nas condições diferentes, na sua saída, é a tia, como a gente já teve, que assumiu a adoção. Então, se não tiver alguém que vá assumir esse papel, que muitas vezes é uma mãe adolescente... (SUJEITO 4).

A família acaba sendo um coadjuvante no processo de... do tratamento, né. Do paciente, porque é pra essa família que o paciente vai tá voltando, ainda com algumas vulnerabilidades, né. Então, ele tem que participar desse processo pra se dar conta do que tá acontecendo, pra ter um manejo mais adequado depois que for pra casa com esse paciente, né. Então, assim, ele faz parte do tratamento, da assistência, na verdade, eu acho que há pacientes que não pode haver a assistência sem ter um familiar junto, responsável por ele, que acompanhe, que conheça o processo, que até conheça as nomenclaturas que são utilizadas, né, nas patologias. Enfim, eu acho que é imprescindível. [...] Ou seja, coparticipe desse cuidado, que o paciente também, dependendo da faixa etária, é meio que dado a ele essa autonomia de acordo com a patologia que ele tem, de ele se autocuidar. Então, não é que o familiar tenha que assumir todos os cuidados, ele tem que tá acompanhando. [...] Mas aqui, na maternidade, é diferente, porque a criança é um ser dependente, né. Então, que ele vá assumir toda a responsabilidade pelo segmento dessa criança, aí sim, eu acho que na maternidade, essa é uma condição fundamental pra alta, se não tem um acompanhante, não pode ir embora. Esse familiar, esse adulto responsável, esse cuidador, enfim, não saiba direitinho quais são as tarefas que ele vai ter que desempenhar. Por isso que é importante ele ficar aqui dentro ao longo da internação, pra

equipe ter consciência também nele, de que ele vai desempenhar bem esse papel lá fora, porque tem que ser ele e ele né, então... É, não tem nenhuma alternativa, então ele tem que ser esse cuidador. (SUJEITO 16).

Nestes discursos apreende-se que o período de internação pode servir para capacitar os familiares que serão responsáveis pelo cuidado do usuário no domicílio. No caso de usuários adultos, em especial, quando o paciente ficar dependente ou requerer procedimentos técnicos que precisarão ser efetuados em casa. Já no caso de crianças, o ambiente hospitalar torna-se um espaço de “ensinamento” de procedimentos de saúde mais básicos, como o banho e a troca de fraldas, adequados ou inadequados. Os familiares, principalmente a mãe, são inseridos neste ambiente. Normalmente, eles são observados ao realizarem tais cuidados, que são avaliados ou não pelos profissionais. Pelas observações realizadas, os profissionais justificam essa conduta através do Estatuto da Criança e do Adolescente, visando assegurar a proteção das crianças.

No entanto, cabe, aqui, uma reflexão acerca do contexto e da forma como esses “ensinamentos” são realizados. A experiência como profissional permite dizer que muitas orientações e exigências das equipes de saúde às famílias (no âmbito hospitalar) são desenvolvidas com o total desconhecimento da realidade da população atendida. Dessa forma, ao retornarem para casa, as famílias não conseguem pôr em prática os ensinamentos adquiridos no ambiente hospitalar. A interlocução com as Unidades Básicas de Saúde para os acompanhamentos das situações é feita de forma pontual, em situações avaliadas como graves pelas equipes. Observa-se um descompasso entre as proposições e solicitações requeridas às famílias pelos profissionais de saúde e as condições necessárias para que essas requisições sejam efetivadas, seja pelo contexto cultural e educacional seja pelas condições materiais e de subsistência. Isso revela que o desenvolvimento de ações intersetoriais é fundamental para a consecução da integralidade do atendimento e que estas ainda não foram amplamente incorporadas na prática cotidiana das ações em saúde.

Ainda referentes aos participantes que compreendem a inserção da família no cuidado como forma de instrumentalizar os familiares, apresenta-se os próximos depoimentos:

Nós somos os responsáveis pelo cuidado, ninguém tem que ficar com a carga da

responsabilidade, porque a gente é responsável pelo paciente, por aquele cuidado. Até a gente não vê muito, aqui, mas a gente vê em clínicas médicas. Ah! tem familiar, aquele paciente, então deixa tudo pra ele, deixa banho, tem coisas, até medicação, se for o caso, que o pessoal deixa pra eles fazerem, mas não é o papel deles, o nosso papel é esse, eles tem o papel de, se essa pessoa vai com alguma coisa pra casa, então ele tem que aprender como vai ser em casa, né. Entendeu, se o paciente ficar dependente de uma sonda, a mãe tem que aprender porque ela vai levar aquela criança pra casa. Então ela tem que saber, mas não que isso não é o nosso papel enquanto cuidadores, né. Eu acho que a família aprende pra coparticipar. (SUJEITO 13).

Responsável mesmo, daqui pra fora, eu acho que a partir, que os cuidados aqui dentro cabem à equipe prestar. E eu só penso da seguinte forma, se eu to com um paciente acamado e ele vai permanecer acamado daqui pra fora eu tenho que ensinar o familiar a cuidar daquele paciente que tá acamado, porque a gente, eu penso da seguinte forma, a enfermagem não é interna, é externa também. Então, como é que eu vou deixar uma pessoa acamada ir pra uma casa que não tem qualidade de vida, né, ele não vai ter qualidade de vida, porque a mãe dele não tá dando banho direito. Eu acho que se não quer fazer, não tem problema, ninguém vai obrigar, é interessante fazer pra aprender ou então nem que seja olhar. (SUJEITO 14).

Esses sujeitos afirmam que a equipe é a responsável pelos cuidados prestados aos usuários no período de internação, no entanto, enfatizam a importância de que os familiares aprendam os procedimentos que podem ser realizados no domicílio após a alta hospitalar. Dessa forma, o período de internação também pode ser utilizado para “capacitar” os familiares.

Em relação à importância do acompanhante na colaboração do cuidado durante a internação hospitalar, alguns fragmentos de entrevistas são esclarecedores:

Eu acho que tem várias situações, tem aquele paciente que realmente, por alguns anos que ele não tem como se cuidar, que ele é dependente mesmo de cuidados, que a família tem que fazer tudo; e tem aquele paciente que só numa situação mais aguda, que é uma doença aguda que a família tem que naquele momento que tá bem, fazer essas coisas de alimentação, de suporte. O que pode ser compartilhado, principalmente entre a equipe da enfermagem e o familiar. Porque tem coisas que, assim, acho que legalmente, em termos, a enfermagem é que teria a obrigação de fazer, mas se a família tá aí e pode fazer, acho que não é errado, se tem condições de ajudar. Também acho que pro paciente, às vezes, é mais fácil, tem que ver se tem condições. (SUJEITO 5)

[...] aqui, nas clínicas médicas, eu observo, assim, que tem pacientes que eles são bastante dependentes e se não tem muito quem cuidar ou vem pouco, por exemplo, a enfermagem tem uma expectativa que venha alguém, que tenha alguém e às vezes não tem. Nesse caso, enquanto eles estão aqui, a equipe tem que dá conta disso, né, às vezes de dá alimentação, de levar no banheiro enfim, né, mas não é toda família que dá conta disso, assim, mas eu acho que essa questão do questionamento, eu observo bem fortemente. (SUJEITO 9)

Eu acho, assim, em fazer determinado cuidados, por exemplo, assim, uma higiene oral, um banho. Eu acho que a gente tá ajudando, mas se tem um familiar do lado fazendo os cuidados do paciente, isso aí colabora bastante com ele também. [...] Tanto com a equipe como com o paciente, se bem que, assim, vou ser bem sincera, tem pessoas, na equipe e em todo lugar, assim, tem pessoas que não gostam. (SUJEITO 11)

Na análise desses depoimentos, fica evidenciado que a equipe conta com o familiar para realizar cuidados que não demandam uma “técnica profissional”, como auxiliar no banho, dar a alimentação, trocar fralda, buscar algum objeto que o paciente solicite. Essas ações são

compreendidas como cuidados familiares, pois já eram desenvolvidas no âmbito doméstico. A presença do acompanhante já está instituída, mesmo que alguns profissionais tenham manifestado a resistência de colegas em aceitar a presença permanente de um familiar, em razão do caráter fiscalizador que a figura do acompanhante representa.

Alguns dos profissionais entrevistados dão outras indicações sobre a importância da família como colaboradora do cuidado, tais como:

Entre aspas, né, porque eu não gosto e não faço isso, por exemplo, o paciente tá dormindo, eu deixo a medicação com o familiar pro familiar dá, né, isso eu trago de outros lugares, que a gente não sabe se vai dar e se der pode tá errado. Então, poderia ajudar nesse sentido, mas não. Mas na alimentação.... ah! sim, sim, ajuda bastante, ajuda nós, o nosso serviço, entendeu? Mas com a higiene, assim, também, não faz diferença, se a maioria, eu acho que noventa por cento sai do ambiente, da enfermaria quando é o banho, higiene né, não faz diferença também, se ajudar, é melhor. Porque o serviço é muito pesado, vamos dizer assim, então, ajuda bastante. [...] Por exemplo, um paciente, um exemplo, um paciente que é completamente dependente, se o familiar ajudar, é menos um profissional que vai tá me ajudando a virar aquele paciente, pra trocar, pra fazer a higiene dele, então, esses mínimos detalhes é que adiante bastante. Ajudar a virar, ajudar a trocar, essas coisas, já é suficiente. [...] Não tem nada a ver o ajudar com o cuidar [...]. (SUJEITO 15).

[...] e com os cuidados de maneira geral, como alimentação e higiene, também eu acho que pode tá auxiliando, aí, a enfermagem, até porque assim alguns pacientes nem aceitam essa coisa da enfermagem auxiliar no banho... Então, eu acho que vai muito de paciente pra paciente, mas ele é bem importante na higiene, na alimentação, na alimentação, mesmo, eu acho mais tranquilo que seja um familiar que o pessoal da enfermagem... Porque o paciente fica mais a vontade, pode, né? Se sente mais disposto a se alimentar ou não, dizer

o que gosta e o que não gosta. E alguns cuidados de higiene também é bem importante, se ele, principalmente quando é um marido, se é um casal que... aí fica uma coisa mais tranquila. [...] A família não deve tá assumindo, mas tá auxiliando. [...] A gente teve paciente que a família não acompanhou, assim, que a gente via que o paciente não melhorava, principalmente por falta dessa família. E era um paciente que era acamado, que naquele momento tava acamado e demandava muito mais, a equipe teve que transferir, eles transferiram pra frente do posto de enfermagem e mesmo assim acabavam não dando conta. [...] Porque muitas vezes ele queria que os profissionais ficassem ali só pra ouvi-lo e acaba não tendo profissional disponível pra isso. [...] Então, quando o acompanhante não fica, a equipe fica bem angustiada, principalmente por causa da solicitação do paciente, mas acaba a equipe tendo que organizar e prestar ali os cuidados né, os cuidados necessários... Essa coisa da alimentação, que muitas vezes passa pro acompanhante, a equipe vai fazer, o paciente não vai ficar, né, sem se alimentar, mas isso pra equipe é um agravante. É um agravante não, é um complicador, porque aí vai demandar mais aquele paciente, mas a equipe consegue se organizar, mas fica a angústia da equipe, principalmente nessa coisa da carência do paciente. (SUJEITO 19).

Observou-se que a maioria dos sujeitos entende que ter um acompanhante é fundamental. Quando o paciente fica sozinho, ocorrem questionamentos por parte da equipe e isso pode ser considerado um complicador à medida que aumenta a demanda de trabalho. É possível constatar discursos contraditórios, de profissionais que afirmam, inicialmente, que a presença de um familiar não fará diferença, mas logo em seguida garantem que a/o acompanhante auxilia bastante a equipe. Outra questão indicada por um dos sujeitos é o fato de não considerar como cuidado e sim como ajuda as ações desenvolvidas pelos acompanhantes. Esses dados ilustram como é nebuloso o campo do cuidado, pois quando este não é executado por profissional habilitado, acaba sendo considerado como algo desempenhado de forma automática

e natural. Dessa forma, passa para o campo da solidariedade, sem levar em conta a carga de trabalho que está imbuída na ação.

No entendimento de parte dos entrevistados, o cuidado deve ser realizado pela equipe de saúde, mas há o reconhecimento da importância da permanência de um familiar no período de internação, conforme atestam os depoimentos a seguir:

Olha, eu acho que é mais a parte de apoio, mesmo, até porque eles não são, muitas vezes, orientados, não sabem como fazer. Tudo bem, se eles querem ajudar, a gente pode também orientar, mais, assim, de primeiro momento, chegar, eles não sabem o que fazer, eu acho que eles não são... (SUJEITO 10).

Nenhum. Não, nenhum, a responsabilidade do cuidado do paciente, relativo a procedimento, manipular dados, informações é profissional, ele tá sob os cuidados profissionais, a responsabilidade é nossa. O familiar, ele é, é um coadjuvante, ele tá ali pra amparar, pra ser uma fonte. Claro, né, que a maioria dos familiares acabam cuidando, como já cuidavam em casa, no limite do que cuidavam em casa. Da comida, alcançar objetos, ajudar, mas ele não é responsável pela prevenção de escaras, por exemplo, ter a consciência de trocar de tantas em tantas horas, posicionar um membro do paciente ou então se responsabilizar pela alimentação, não é responsabilidade dele. Se ele está internado a responsabilidade é nossa, mas se o familiar tá presente e é mais confortável pro paciente e é uma relação de ajuda que vai aliviar, se vai dar segurança pro paciente, melhor, pra gente, tudo bem, não vou tirar a colher da mão de um familiar. [...] O que pode acontecer é que às vezes isso é mal interpretado e a equipe passa a descuidar, né, num descuido da enfermagem, ela delega ao familiar essa responsabilidade, mas isso não é o correto. [...] Mas acaba acontecendo... pela questão de que é muito paciente dependente pra pouco funcionário cuidar, só por isso, não é preguiça, malandrice, não é. Se tu tá ocupada com um paciente totalmente dependente, tu tá dando um banho, depois vai fazer um curativo, depois

vai aspirar, por exemplo. Vai levar, isso, uns quarenta minutos ou mais, se tiver um familiar lá no quarto que vá dando essa alimentação, pro paciente não esfriar o café ou não se sentir desatendido, é claro que... que esse funcionário vai ficar muito mais tranquilo fazendo esse, preso num quarto fazendo um trabalho, do que se tiver alguém lá, ele vai ficar mais tranquilo. [...] Então, a gente acaba tendo aqui trinta familiares e trinta acompanhantes, tá, e eu acho que, acho que sim, dificilmente a equipe gosta que um paciente fique sozinho no setor, dificilmente, sempre quando não tem o familiar a gente: - Ué, mas não tem ninguém, não vem ninguém visitar, nunca vi ninguém com ele. É uma coisa que se comenta nas passagens de plantão. Porque tem pacientes que ficam ansiosos, depressivos, é muito chato quando eles ficam sem um familiar, porque daí a gente sabe que deveria redobrar a atenção, mas como é que tu vai redobrar a atenção se tu tem um banho de leito, um curativo grande, né. Porque um paciente que anda por aí tudo, caminha, é independente, mas tem uma alteração psicológica, tipo aqueles que tentam se matar, intoxicação exógena e se internam, preocupam tanto quanto. É tão preocupante quanto um paciente que tá com falta de ar. Que tá com dor no coração, é a mesma coisa, porque existe um risco implícito ali e a gente tem que tá atento, se tiver um familiar junto é uma tranquilidade. [...] E nesse caso o familiar tá vigiando. Nos outros casos, o familiar tá alimentando, nos outros casos o familiar tá conduzindo ou abrindo uma janela, acendendo uma luz, e são coisas simples que as pessoas, assim, economizam muito tempo, o paciente não se esgota, porque às vezes é uma coisa pequena, mas se demora muito (para a equipe chegar) e ele acaba se estressando, né, então, nesse sentido, a gente gosta muito quando tem um familiar. (SUJEITO 18).

Diante da riqueza de informações obtidas, pode-se constatar que, apesar de haver o entendimento de que o cuidado, no ambiente hospitalar, é atribuição do profissional, a presença de um acompanhante

em período integral facilita para que o familiar seja inserido no “campo do cuidado”. Nesse contexto, há certa “tranquilidade” por parte dos profissionais com relação aos pacientes que têm um acompanhante, podendo vir a ocorrer, conforme salientado por um dos participantes, um “descuido” e, conseqüentemente, alguém da equipe delegar algumas funções aos acompanhantes. Porém, essa situação é justificada em razão do número de profissionais disponíveis para atender os usuários, o que caracteriza uma deficiência institucional. Aqui fica claro que a abertura do espaço institucional para as famílias também está relacionada ao repasse de funções, antes tidas como exclusivamente profissionais e agora compartilhadas entre equipe e família. Os sujeitos identificam a permanência de um familiar como um fator de segurança e de conforto emocional para o paciente. Novamente é indicado, através das falas, que a família vem sendo a ligação entre usuário e equipe de saúde.

O que se pode apreender é que o acompanhante, representado pela figura de um familiar, é solicitado pelas equipes de saúde, mesmo que de forma velada, para auxiliar nos cuidados com o paciente internado. Há um consenso de que o conjunto de ações desenvolvidas pelos familiares tem grande impacto no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais, pois eles executam inúmeras ações que aliviam a carga de trabalho em todo o ambiente hospitalar. A família é tida como parceira essencial no processo de saúde-doença-cuidado, e é no campo dos serviços, em especial, na saúde, que se evidencia a grande demanda de atribuições e responsabilidades repassadas às famílias. Todavia, nem todas essas famílias têm as mesmas condições materiais e culturais, e isso faz com que as possibilidades de usufruírem dos serviços também sejam desiguais. É na relação entre os serviços oferecidos e as reais necessidades da população que fica demonstrado como o cuidado é dividido (serviços x família) e qual fração cabe a cada um, e diante dos dados apresentados, pode-se inferir que a família está em grande desvantagem.

O próximo depoimento aborda alguns elementos, dentre os quais, a questão da alta hospitalar:

Então, bom, a nossa preocupação maior é sempre com a alta hospitalar, depois que o paciente tiver que ir pra casa. Eu entendo que a família tem uma parte nesse cuidado, mas que em alguns momentos a gente não pode exigir da família um cuidado maior, por exemplo, assim, quando tem o rompimento de um vínculo, o paciente está há muitos anos sem ver a família. Então, eu procuro

me colocar no lugar do paciente, também, porque a gente também vivência essas situações na nossa família, então, a gente não pode forçar um vínculo que não existe. Então, a gente procura acionar as secretarias municipais de saúde, o Ministério Público, algumas situações a gente já teve a experiência aqui, de, porque realmente não tinha vínculo familiar nenhum, por mais que houvesse alguns familiares não tinha vínculo familiar nenhum pra responsabilizar essa família, tu não pode responsabilizar uma família numa situação que não tem vínculo nenhum. [...] Mas num contexto geral eu acho que é isso que tem acontecido, por conta dessas questões (mudanças sociais) que acabam sobrecarregando a equipe e aí a equipe chama e responsabiliza a família pelo cuidado. (SUJEITO 8).

A situação descrita instiga reflexões sobre as situações em que há o rompimento dos vínculos familiares. Neste caso, a rede de proteção social precisa ser acionada, pois o usuário não contará com a família para lhe prover os cuidados. Aqui se tem claro o encargo de responsabilidade que é atribuído à família. Outro aspecto abordado é o de que, em decorrência do aumento de atendimento a usuários moradores de rua, a dependentes químicos e também a pacientes com diagnósticos relacionados à saúde mental, as equipes de saúde sofrem uma sobrecarga de trabalho e dessa forma, chamam a família para compartilhar o cuidado.

Ao pensar na sobrecarga das famílias, Aguirre (2009, p. 93-94) levanta questões pertinentes sobre as obrigações familiares e sobre a forma como se pode compartilhá-las: quem assume os custos do cuidado das pessoas dependentes? Como se devem compartilhar os papéis e as responsabilidades entre o Estado, a família, o mercado e a comunidade? Para autora, há diferentes respostas que podem ser dadas a essas perguntas. Porém, é necessário “desprivatizar” esta questão, de modo que a discussão sobre quem presta cuidados às pessoas dependentes deve ser tema de análise acadêmica, do controle social e político, além da discussão sobre reorganização do sistema de proteção social, reforma dos sistemas de saúde e desenvolvimento de serviços sociais.

De acordo com Mioto (2011), é sob a égide do cuidado que se articulam diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias, sejam custos de natureza financeira, de

exigência de trabalho, sejam referentes à carga emocional. Essa relação se torna ainda mais evidente quando se coloca duas questões: a das configurações da família contemporânea e a da desigualdade social. Os serviços moldam níveis de adequação e de requisições para as famílias e isso demonstra o caráter contraditório dessa relação.

No contexto do cuidado é que se desenvolvem e que se manifestam as relações entre equipe de saúde, usuários e suas famílias. O cuidado acaba sendo o pano de fundo dessas relações.

4.2.2.2 Interferências dos valores morais e religiosos

No cotidiano dos serviços, tem-se percebido que alguns profissionais utilizam os seus valores morais¹⁶ e religiosos como subsídios para interpretar as demandas e a realidade da população atendida. Diante desse contexto, buscou-se apreender se os valores morais e religiosos presentes na concepção dos profissionais sobre família podem interferir na orientação das ações desses profissionais, voltadas aos usuários e às suas famílias. A partir do discurso dos participantes, identificou-se que expressiva maioria dos profissionais entende que esses valores podem interferir na assistência prestada ao usuário. Há também aqueles que, apesar de identificar preconceitos e julgamentos, compreendem que isto não interfere na assistência desenvolvida junto ao usuário e à sua família.

Os sujeitos que entendem que os seus valores interferem na assistência assim se manifestaram:

Pode, pode. Com certeza, tanto pro lado negativo como pro positivo [...] mas o que falta mesmo melhorar ainda é a concepção das pessoas, porque cada pessoa traz consigo a sua concepção, a sua cultura, os seus paradigmas e os seus preconceitos e aí, não é todo mundo que tolera a visita, porque acha que tá incomodando, atrapalhando o trabalho. (SUJEITO 4).

Eu diria que sim, de a pessoa ter uma concepção, acha que, como ela acha que uma família tem que

¹⁶ O dicionário Aurélio define moral como "conjunto de regras de conduta consideradas como válidas, éticas, quer de modo absoluto para qualquer tempo ou lugar, quer para grupos ou pessoa determinada". No entanto, os valores morais estão em "crise" pela velocidade que as transformações sociais estão ocorrendo, e nem sempre a sociedade incorpora essas transformações sem resistências, e isso reflete incisivamente na propagação de preconceitos e julgamentos dos tidos "fora dos padrões".

agir, com base, muitas vezes, até mesmo na sua própria família, na sua história pessoal. E aí ela jogar, né, do tipo: mais eu, quando a minha mãe adoeceu, eu trabalhava, mas eu dava conta, eu ia no hospital, eu dormia, porque que ela não pode? Eu conseguia [...] Eu considero principalmente essa questão moral, mais até do que religiosa. (SUJEITO 9).

A gente procura é, como equipe, como a gente não cuida sozinho, não é um médico único pro paciente, então, a gente costuma conversar e discutir pra que não prevaleça a opinião de uma pessoa sobre as outras, pra que todo mundo concorde, por exemplo, até onde investir numa criança com uma sequela grave, porque os valores da gente podem entrar na decisão do tipo de tratamento, né, que a gente vai oferecer pra criança, então, a gente procura diluir isso usando o grupo. (SUJEITO 12).

Que às vezes os próprios preconceitos que a pessoa traz, né, sei lá, por inúmeras coisas, a gente pode até ver quando acontece de uma mãe querer tentar aborto, né, e depois está aqui dentro com o filho. Muitas vezes, isso o profissional não aceita e daí fica falando: - Ah! tentou e agora tá aí. E às vezes trata aquela mulher de forma diferenciada.[...] Eu acho que influencia, os valores, as crenças, o que a pessoa acredita ou às vezes a mãe tem um jeito de cuidar e não é o jeito que eu, por exemplo, gostaria que ela cuidasse do filho, eu vou lá, ajeito a cama e quando ela vem, arruma o neném do jeito dela e fica todo descoberto. Então, às vezes, a gente acabada tendo esse, até um pouco rígido e diz: - Olha, não é assim. A gente cuida aqui por dois meses, mas e em casa? É ela que vai cuidar. (SUJEITO 13).

Eu acho que sim, eu penso que sim, porque vai que um profissional lá tem uma concepção de que família é só as pessoas formadas por laços

consanguíneos, por exemplo. Aí tem um paciente, lá, cuja a família dele, de referência, são os amigos do trabalho ou são, é um vizinho tipo homossexual, por exemplo, enfim, que não seja a família consanguínea. Talvez, por esses valores, o profissional de saúde negligencie esse apoio familiar e não valorize e rechasse, inclusive, o que vai causar um impacto negativo no paciente. Então, infelizmente, acho que isso existe, a gente sabe que isso existe, né, as próprias concepções de família, quando elas estão impregnadas de preconceito, valor moral, né, tanto depreciativo como não, pode interferir, né. (SUJEITO 16).

Pode-se inferir, desses testemunhos, que a relação estabelecida entre profissionais e usuários e suas famílias está permeada de valores morais, bem como de julgamentos e preconceitos com relação às situações atendidas nos serviços. Constatou-se que há inúmeras interferências nos julgamentos dos profissionais entre o certo e o errado, a partir de suas crenças e costumes. Foram citadas posturas de caráter depreciativo, pré-julgamentos de situações atendidas, tratamentos aos usuários e suas famílias de forma diferenciada (aqui, na questão do aborto), inclusive, interferindo na decisão do tipo de tratamento. Todos esses elementos contribuem para se afirmar que os valores morais e religiosos de cada profissional podem ter efeitos positivos ou negativos e, muitas vezes, disciplinador.

Nesta lógica, Sarti (2010, p. 94) indica que uma das dificuldades reside em considerar que nas ações de saúde se encontram ou se defrontam dois pontos de vista: o da família, com suas realidades socioeconômicas e culturais, e o dos profissionais de saúde, com a cultura de especialistas, certamente atravessada por suas experiências pessoais e seus valores morais e religiosos. Confirmando esta apreensão, apresenta-se o depoimento de dois sujeitos que indicam essa relação conflituosa entre equipe e família:

Com certeza, assim, tu diz mais na questão de religião e moral... Porque às vezes, você indica um tratamento e a família acaba não entendendo, ou não é de acordo com que eles acreditam. A gente até explica, conversa e tenta respeitar na medida do possível, porque você tem toda uma crença religiosa, mas também tem que se impor um pouco aquela, que tá no hospital pra tratar,

então, tem que ter uma terapêutica a ser seguida. (SUJEITO 17).

Eu acho que uma coisa que chama mais atenção, assim, é quando o paciente, né, ele é de determinada religião que não aceita algumas coisas, alguns procedimentos. Então, a equipe acaba ficando revoltada com aquilo, porque a equipe não tem, né, aquele cuidado de, não vamos respeitar, porque a equipe trabalha pra que seja realizado o tratamento e o paciente fique bem, então, acaba meio que deixando esses valores de lado. Então acaba questionando muito e tendo uma visão, não tem? Essa visão voltada ao respeito da religiosidade, dos costumes, das crenças. [...] alguns preconceitos... sim, preconceitos... com certeza, bastante, principalmente quando o paciente é dependente químico, é alcoolista, tu vê, assim, que eles ficam mais irritados de ter que atender esses paciente, porque acaba sendo um paciente mais solicitante e aí tem: - Ah! porque é um bêbado, porque... (SUJEITO 19).

As duas realidades entram em embate, há dificuldade em aceitar a crença religiosa das famílias atendidas e, em muitas situações, tenta-se sobrepor o conhecimento científico e institucional sob a justificativa de que há uma terapêutica a ser seguida.

Em relação aos sujeitos que entendem que os valores morais e religiosos não interferem na assistência prestada, colheram-se os seguintes depoimentos:

Eu acho que só se tu não souber separar. Eu, particularmente, não coloco o que eu acho correto em relação à religião pra impor aquilo que eu acho, é o que tu acha e eu vou respeitar e não vou interferir em nada, assim, eu não coloco a minha opinião. Não, acho que todo mundo procura saber a tua ideia, a tua religião, por exemplo, e respeitar. [...] Nos julgamentos, tem, tem gente que julga, mas eu acho, assim, que da família tem que saber porque que ela não tá ali, as vezes eles realmente não podem dá atenção ou parar toda uma vida pra..., isso é muito pessoal. (SUJEITO 10).

Não, eu acho que na assistência prestada não. [...] Na minha concepção, eu consigo, né, eu, falando como profissional, eu consigo, até mesmo porque eu acho que essa diversidade não vem de agora, já é uma coisa muito antiga, eu acho que antigamente era mais difícil, que não era uma coisa que se via tanto, é não era tão exposto, né. Agora, outros profissionais eu não sei te dizer, pelo menos as pessoas que trabalham comigo até então, lógico, comentários, brincadeiras de uma forma normal, eu não acho... nós comentamos, como uma pessoa normal, mas em questão de prestar serviço, de atender o paciente de uma forma diferente, jamais. (SUJEITO 14).

Não, isso aí, os preconceitos mais claros, identificados, assim, como é que eu vou dizer, Aids ou questões de abandono, entende? De familiar, morador de rua, promiscuidade, quando são identificados durante a internação, isso é tratado com absoluto sigilo e as pessoas não deixam de cuidar, não deixam de ir lá, não deixam de fazer. [...] Muitas vezes as pessoas até querem, assim, se posicionar, mas logo já é cortada, isso é uma coisa evitada exatamente porque a gente sabe que isso pode dar um problema danado e em segundo lugar, assim, a gente não pode proibir as pessoas de ter as suas próprias opiniões, né, não cabe ao coordenador do plantão, ao Enfermeiro ou à chefia proibir as pessoas de ter a sua própria opinião. O que a gente pode impedir é que a pessoa divulgue essa opinião, né. [...] E isso a gente procura fazer sempre, assim, e é por isso que de uns tempos pra cá a gente adotou uma postura bem clara, assim, tudo que tem a ver com resultados de exames que possa vir a gerar esse tipo de pensamento, né, a gente delega pro Médico. [...] Nem os Enfermeiros, nem os Técnicos de Enfermagem conversam com os familiares sobre questões pessoais, íntimas, mesmo que relacionadas aos exames [...]. (SUJEITO 18).

Nestes depoimentos, é possível observar que, até mesmo os entrevistados que afirmam que seus valores morais e religiosos não interferem na assistência ao usuário, deixam claro, nos seus discursos, que julgamentos e preconceitos são recorrentes nas equipes em geral, e isso se manifesta em conversas e comentários que a equipe faz no cotidiano. Outro aspecto apontado é o de que há um movimento das chefias para coibir a expressão de opiniões que, de alguma forma, irão propagar ideias carregadas de julgamentos depreciativos. Inclusive, existe orientação para que a equipe de enfermagem evite conversar com os pacientes sobre suas questões pessoais. Isso pode ter duas interpretações: a primeira seria o repasse de responsabilidade a outras categorias profissionais, e a segunda é a falta de preparo técnico para lidar com questões subjetivas, mas que podem ter impactos na identificação de diagnóstico ou na prescrição do tratamento. Compreende-se que essas duas situações precisam ser consideradas quando se pensa em trabalho de equipe de saúde.

Essas definições parecem reforçar o caráter fragmentado do trabalho multiprofissional, ainda mais quando se leva em consideração que é a enfermagem que permanece com esse usuário e, conseqüentemente, com o familiar acompanhante, por vinte quatro horas. Ou seja, as outras categorias profissionais desenvolvem o seu trabalho num determinado período do dia e muitas vezes respondem por dois ou três setores diferenciados, o que impossibilita o atendimento da totalidade das situações. Já a enfermagem permanece na Unidade de Internação e acaba estabelecendo um contato contínuo por todo o período de permanência daquele usuário. Nesse sentido, é fundamental que todos os membros da equipe estejam capacitados a lidar com a diversidade e complexidade do universo familiar, além disso, trata-se de um hospital escola, que tem o intuito de disseminar concepções e práticas, formando os futuros profissionais.

A título de ilustração, apresentam-se alguns trechos dos depoimentos que exemplificam como os valores morais e religiosos estão latentes no contexto hospitalar e de que forma eles podem interferir na assistência prestada:

Em geral, quando a gente, quando a família toma a iniciativa e já está aqui como acompanhante, não há nenhum conflito, mas quando a gente tem que chamar a família pra conversar ou por algum motivo que precise conversar com a equipe médica, existe uma resistência, uma resistência familiar de vir, porque tem essa questão da

dinâmica de trabalho, do rompimento de vínculo, que daí já é um fator que acaba dificultando essa aproximação e a equipe também vê isso com maus olhos, considera, julga, julga a família. Por conta de que não veio até agora, não vai assumir, vamos ter que ficar, vamos ter que assumir os cuidados desse paciente, mas era pra família estar aqui ou era pra família assumir este paciente nos casos de alta, que as vezes tem que aguardar um pouco pra gente poder entender um pouco a dinâmica familiar e fazer os devidos encaminhamentos, aí a equipe tem uma resistência muito grande em relação a isso e nos cobra muito. Por mais que a gente justifique, coloque no prontuário, mas a equipe tem essa cobrança e tem esse olhar de julgamento mesmo. (SUJEITO 8).

[...] Então, já teve situações de uma familiar, eu lembro que ela estava super sobrecarregada, já não aguentava mais, ela estava se sentindo mal fisicamente naquele dia e ela se negou (a colocar o paciente na balança para pesar, após hemodiálise) e ela foi muito questionada pela equipe de que se então, de que tinham que chamar outra pessoa, de que se ela não estava dando conta tinha que ser outro, só que não tinha outra pessoa, não... Só tinha um marido e um filho jovem, que estava estudando e trabalhando e o marido que trabalhava, era só ela mesmo, né. Então, foi uma situação bem delicada, bem difícil, ela até levou pra direção isso, porque ela ficou muito ofendida, né, mas foi uma situação mais pontual, de uma forma geral, eu percebo que é tranquilo, assim, eles, mas eles solicitam bastante justamente porque o paciente realmente precisa muito. Tem uma questão, por exemplo, que é um problema, né, tá, existe o transporte, por exemplo, na Hemodiálise, né, eles têm direito a transporte pela prefeitura e tudo, só que a Hemodiálise fica no quarto andar, então, o motorista deixa na portaria e a pessoa tem que subir até o quarto andar e o motorista traz, mas não leva até lá em cima e dependendo do paciente ele sobe sozinho, mas tem pacientes que não podem... Então, às vezes,

precisa vir o familiar justamente por isso, porque precisa alguém levar da portaria até o quarto andar, às vezes ele precisa de ajuda, assim, de pegar no braço pra caminhar ou até mesmo cadeira de rodas, então, é a, a equipe solicita, tem que ter um familiar, justamente. Já na Par Vida, que é uma clínica de Hemodiálise que tem lá em São José, é no térreo. (SUJEITO 9).

Ficam esses fatos reais ou porque o plantão falou que fulano veio aqui tal horário e trouxe tal coisa e falou tal coisa, então, assim, fica muito na percepção de corredor de quem trabalha e se define, às vezes não, então, tal paciente não tem uma família efetiva ou uma rede de apoio familiar efetiva, porque a pouca que tenho, o que tinha veio aqui e fez tal coisa ou não vinha, só telefonava, enfim, então começa, né, infelizmente tem esse tipo de coisa. (SUJEITO 16).

Aí às vezes assim eu até já vivi situações em que, como te falei, não era nada daquilo que a equipe estava falando de fulano, entendeu? Isso aí teve aqui: - esse aqui não adianta, daí já direciona, desvia... [...] Principalmente nos pacientes que internam e reinternam com facilidade, né. Vão interferir, porque você olha pra tudo com outros olhos [...]. (SUJEITO 17).

Os depoimentos evidenciam diversas situações que ocorrem no cotidiano do ambiente hospitalar e apontam questões extremamente relevantes para se pensar a assistência e que normalmente são desconsideradas tanto pelas equipes como pelos gestores da saúde. Observou-se que parte dos profissionais condena tais posturas, mas que elas são recorrentes nesses espaços. Chama atenção, dentre esse rico universo de elementos, o fato mencionado de que a equipe absorve “percepções de corredor”, ou seja, a partir de interpretações individuais daquela realidade, que são socializadas com parte da equipe, criam-se estigmas que não conferem com a realidade. Porém, esses fatos têm impactos sobre a assistência. É o que se propõe discutir no próximo item desse eixo temático.

4.2.2.3 Perfis familiares diferentes no cuidado e condutas diferenciadas na assistência

Com o intuito de avançar no debate sobre a incorporação da família pelos serviços, realizada através dos profissionais, é necessário identificar como os participantes identificam o perfil das famílias usuárias e se há condutas diferenciadas em razão do perfil familiar. A partir dos depoimentos foi possível observar que os entrevistados reconhecem aspectos facilitadores e dificultadores nos familiares acompanhantes para a efetivação do atendimento ao paciente.

Por perfil facilitador identificam aquela família que corresponde às expectativas relacionadas a concepções estereotipadas, idealizadas pelos profissionais de saúde. Ou seja, aqueles que são cordiais no diálogo, questionam na medida do que a equipe entende por aceitável, estão disponíveis para realizar o cuidado e, sobretudo, têm um bom relacionamento com a equipe em geral. Em contrapartida, os familiares que apresentam aspectos dificultadores para a assistência têm características opostas e são classificados como exigentes, porque questionam as condutas e os cuidados, têm posturas agressivas, desconfiança dos procedimentos indicados e ao permanecerem como acompanhantes trazem problemas ao usuário, cuja origem é do ambiente tido como privado e doméstico.

Apresentam-se alguns trechos dos depoimentos que explicitam esses aspectos:

Então, tem famílias que são, deixa eu pensar... que até ajudam no cuidado, no dia-a-dia, a maneira como se relaciona com a equipe, a maneira como se relaciona com o próprio filho, o próprio bebê, isso acaba sendo um facilitador nos cuidados do dia-a-dia. A gente percebe, então, assim, que flui melhor o dia, a equipe acaba ficando até mais tranqüila no trabalho, tem a reciprocidade. E já existe o perfil de família que são dificultadoras, que, ou por não confiarem no cuidado que está sendo prestado, né, a desconfiança, às vezes a gente percebe que tem mães que ficam ao lado dos seus nenéns, ou pais que ficam porque tem necessidade de ficar, porque querem estar perto do seu neném, tem pais e mães que ficam porque tem medo de se ausentarem, né, vai acontecer alguma coisa, mais que existe, existe, e às vezes as condutas são diferenciadas ou adaptadas ou

mudadas em função do perfil apresentando. (SUJEITO 1).

Tem, sim, com certeza, como nós também, dependendo do atendimento que a gente vai ter, a gente vai se manifestar de uma forma. Por exemplo, aquele casal do... aquele que é empresário.... Ele já criou uma situação, ainda vai ser dar abertura pra ele estar com as asas bem abertas, ter liberdade de ida e vinda, sem respeito nenhum, porque ele é ameaçador, ele, domingo, me ameaçou e eu na hora não me toquei e isso que ele já me conhecia, a gente já tinha conversado outras vezes e tudo. Então, assim, tenta impor o medo. Então, tem, como a gente tem o pai do outro bebê, que são dois, na realidade, eles vêm até a coisa na boa, ela mesmo me contou, eu nem sabia, não tem problema aqui, já tá tudo ok, então, depende muito do perfil familiar. Também das questões socioeconômicas, da questão intelectual, então, né, acho que abrange tudo e pra cada perfil de familiar você tem que fazer um plano de estratégia, não tem um protocolo único e exclusivo e pra todo mundo é igual, não, porque tem pessoas que tu tem que descer um pouquinho mais, tem outra que tu tem que dar uma driblada aqui, muitas vezes infelizmente, fechar os olhos pra algumas coisas, senão tu vai criar um problema. Eu acho que com os tipos de perfil que tu vai pegando, conforme os dias de trabalho, tu vai pegando, tentando modelar isso. (SUJEITO 4).

A partir do momento em que a equipe identifica o perfil da família do usuário internado, levando em consideração, aspectos facilitadores e dificultadores para a assistência, como questões socioeconômicas e culturais, se pensa em diferentes estratégias de ação e na forma de abordar e de interagir com esses familiares. Essas estratégias vão sendo discutidas e reconsideradas no decorrer da internação, conforme a relação estabelecida entre família e profissionais.

Outro aspecto observado é o que diz respeito ao perfil facilitador ou dificultador do profissional, o qual vai influir na construção da relação com o usuário e sua família, pois a maneira como ele conduz a

situação também provocará impactos na empatia ou antipatia de ambas as partes, ocasionando repercussões em todo o período de internação.

Alguns entrevistados indicaram que, quando há perfis familiares identificados como dificultadores, é necessário repensar a abordagem do paciente e de sua família, conforme demonstram os depoimentos a seguir:

Sim, sim, percebo. No geral a gente sempre nota, quando a família vai nos ajudar ou quando vai, não digo um empecilho, mais eles às vezes dificultam um pouco o nosso lidar com o paciente, coisas dos familiares separados e que às vezes o paciente tá bem tranquilo, mas o familiar não tá. Daí a gente tem que fazer aquele trabalho com o familiar e não só com o paciente. (SUJEITO 5).

Tem, com certeza, tem famílias que a própria postura da família já facilita, até o relacionamento com a própria equipe e tudo, isso vai ajudar em todo o tratamento e outras que a gente tem mais dificuldade, aí cabe à equipe ter que conseguir passar por algumas dificuldades pra poder atingir o objetivo esperado. (SUJEITO 6).

Sim, aham, tem, tem, isso vai muito de cada família mesmo, de cada acompanhante, de cada pessoa que tá ali, tem gente que realmente facilita, levam numa boa o que tá acontecendo, outros parece que colocam um monte de empecilhos, não, não faz isso, não faz daquela forma, faz desse jeitinho e mesmo, às vezes, a gente tem que explicar: não, tem que ter paciência. E tu tem que saber o que tu tá falando. (SUJEITO 10).

Observa-se que, ao reconhecer uma postura dificultadora naquele familiar acompanhante ou nos familiares que vêm visitar o paciente, a equipe sente a necessidade de intervir junto a esses familiares, com o objetivo de que não haja interferências externas no andamento do tratamento. Não fica clara a forma de intervenção adotada e nem qual a proposta de trabalho nestas situações, o que se pode depreender é que permanecerá a análise individual dos profissionais.

Alguns sujeitos afirmaram que existem as famílias problemas, como se observa nos seguintes fragmentos de falas:

É assim: a família faz, porque às vezes, tem determinadas ocasiões, Mariana, que realmente, às vezes, principalmente aqui, na Neo, que a enfermeira, porque eu vou ser bem sincera pra ti, tem família que é compreensiva e tem família que é uma ..., tem família que é bem abusada, que tu tem que respirar fundo pra não chegar aos extremos, então, tem hora que realmente precisa. (SUJEITO 11).

Existe tanto aquela família que vem pra trazer um sabor como aquela família que vem visitar pra trazer mais um problema, né, esses a gente costuma dizer que não são os bem vindos, porque é só mais um problema, vem contar a história de um vizinho que brigou com o outro vizinho e outros também assim: - Ah não, mas tu não estás bem ainda pra ir pra casa. Né? Mas por quê? Tá certo que todo mundo trabalha, todo mundo tem seus compromissos, mas não entende que o paciente tá aqui e que tem outras pessoas pra se tratar e que precisam daquele leito que ainda tá ocupado com um paciente que já tá até bom. Então, tem esse lado, tem familiar que dificulta a alta, tem pacientes, tem familiares que querem a alta antes do tempo, então, é tudo isso que tu tens que tentar segurar. (SUJEITO 14).

As famílias tidas como problemas não são bem-vindas, pois não correspondem às expectativas e não cumprem o papel a elas designado. Levando em conta os aspectos dificultadores para a assistência, é possível estabelecer outras classificações provenientes desse contexto como, por exemplo: famílias ou familiares estressados, abusados, desconfiados, agressivos, entre outros. Isso denota o caráter depreciativo que se dá para a relação estabelecida entre famílias e profissionais de saúde.

Em alguns discursos, observa-se também que os entrevistados identificam que a maioria das famílias é facilitadora para a assistência:

Tem, mas muito pouco. Talvez um por cento por ano. Ou são neutros ou ajudam, né, porque ajudam, olha, isso aí eu te trago até uma

experiência bem, de outro hospital, não sei se eu posso te dizer. As mães que passam vinte e quatro horas com os filhos, elas sabem a medicação que ele vai tomar, a hora que ele vai tomar, o que que ele vai fazer e o que que ele não vai fazer, isso, lá, já interferiu em vários acidentes que poderiam ser feitos, entende? Então, se ela interferir nesse acompanhamento, é bom. Ela ajuda. De uma certa maneira, ela ajuda o profissional a fazer a coisa certa, vamos dizer assim, entre aspas, não que ele faça as coisas erradas, mais um acidente pode acontecer, entende? (SUJEITO 15).

Tem, tem, comumente são facilitadores, a grande maioria são facilitadores. A grande maioria faz com carinho, elas procuram seu espaço, né, ficam amigas dos Médicos, do pessoal da Enfermagem, do pessoal da limpeza, eles se integram muito bem, a grande maioria se integra muito bem, eles vem, assim, sabendo que estão fora de casa, num lugar, num espaço que é dos outros, digamos assim, e que também é um espaço que não tem dono, todo mundo manda, todo mundo desmanda, né, e eles conseguem se adaptar, assim. Tem familiares que são extremamente exigentes, num grau fora da realidade, que acabam gerando vários atritos, o paciente fica desconfiado, no final, ele já olha pra quem tá cuidando atravessado, sempre achando que não vai dar certo, porque a pessoa tá fazendo errado. Geralmente, quando eles agem assim, é porque tem um familiar bastante descontente, bastante desconfiado e manifesta junto ao paciente. (SUJEITO 18).

Novamente identifica-se, no discurso, que ter um familiar acompanhante é um fator de proteção, inclusive, para prevenir possíveis erros da equipe de saúde. A relação estabelecida com a equipe de saúde e o grau de adaptação dos familiares ao ambiente hospitalar terão repercussões no êxito do tratamento bem como no desenvolvimento do cuidado. Ao se analisar o conjunto de depoimentos, constatou-se que a maior parte dos profissionais identifica que as famílias têm um perfil mais facilitador do que dificultador para a assistência, sendo este último considerado por muitos como uma exceção no cotidiano dos serviços.

No que se refere aos perfis diferenciados das famílias atendidas, buscou-se saber se são recomendadas condutas diferenciadas em razão do perfil familiar. Do conjunto dos depoimentos, constatou-se que, de forma geral, cada situação pode requerer encaminhamentos distintos e os profissionais procuram flexibilizar as condutas indicadas, dentro do limite institucional, mas também a partir das interpretações individuais, como se verifica nas respostas apresentadas a seguir:

Com certeza. [...] Não, acontece ou por uma questão de linguagem, para ser compreendido melhor, então, você acaba tendo que adequar a sua fala, adequar o seu comportamento, em função ou pela escolaridade, ou pelo nível social, pela agressividade ou não naquele momento da família, tá, então, com certeza. Condutas do tipo de visitas, a gente sabe que tem o horário de visitas pré-estabelecido, não é? Mas aí aquela realidade daquela família é diferente, é uma família que às vezes não tem condições de se transportar, veio de longe, viajou na madrugada. Aí você vai definir, não, existe essa regra? Existe, mas nesse momento, em virtude da situação dessa família, então, é a questão das individualidades no cuidado, né, que a gente flexibiliza. (SUJEITO 1).

Muitas. Nossa! É berrante, sabe? E eu fico extremamente chateada com isso aí. Muito, é bem diferenciado, sabe.[...] Tratamentos diferentes, sim, principalmente se a mãe tem uma profissão lá que se destaca um pouco, já tem outro tom de voz, até porque essa mãe já entende mais, eu acho, mais assim as pessoas se perdem. (SUJEITO 2).

Muito, isso é uma coisa que a gente sempre leva em conta. Se essa família não, até em questão de alta, de saber se o paciente pode ir pra casa ou não pode ir. (SUJEITO 5).

Já, já, muitas vezes, aqui no nosso setor. Situações diferenciadas, às vezes, assim, por ser situações que são problemáticas. Problemas, assim, de mães

com drogas, que tá cada vez mais comum, a gente tem que ter uma postura, embora às vezes discorde dos profissionais da própria obstetrícia daqui, se a conduta nossa diferenciava da conduta da obstetrícia. Por que? Porque a gente queria ver a proteção do bebê e elas viam o direito da mãe na questão da amamentação, então, houve um impasse bem importante, assim, e foi uma conduta bem diferenciada, que a gente contra-indiciou. (SUJEITO 6).

Depreende-se que, em especial na alta hospitalar, são observadas, pela equipe, situações de extrema vulnerabilidade, como é o caso do aleitamento materno quando a mãe é dependente química, em que precisa ser realizada conduta única, discutida e consensuada entre neonatologistas e obstetras. Há também condutas diferenciadas em razão do nível de compreensão que a família apresenta ou do seu nível social, que remeterá ao acesso ao tratamento ambulatorial. Já quando a família apresenta um maior nível escolar, demonstrando compreensão dos termos utilizados pela equipe, há uma tendência da equipe de não se opor a prestar todas as informações solicitadas pela família. No entanto, quando uma família exige explicações e esclarecimentos sobre a situação do paciente, mas apresenta um nível escolar reduzido e não aparenta ter um “domínio do assunto”, muitas vezes é interpretada como uma família questionadora e inconveniente.

No depoimento que segue identificou-se que os profissionais buscam pensar e definir condutas a partir da realidade social apresentada pela família:

Já teve situações, sim, que a gente precisou sentar, conversar e dizer: - Olha pra essa. Mas assim, vai muito do profissional que tu tá conversando, já teve profissionais que foram abertos, que entenderam, outros que até entenderam mas no fundo tu percebe que eles ainda tão julgando e acham que não é bem assim. Às vezes, acham até que a gente tá com uma postura de passar a mão na cabeça, de bonzinho, mas na verdade, a gente tá acolhendo aquela família na singularidade dela, mas muitas vezes não é visto. Mas eu, assim, eu percebo muito as situações que são, assim, bem delicadas, as situações que eu considero mais é raiva, sentimentos e é muito difícil pra equipe mesmo. Eu entendo, porque é muito difícil tu

receber toda essa carga, sendo que ela é dirigida pra ti e tu conseguir entender que não é pra ti de verdade, mas é dirigido pra ti, e aí tu recebe aquilo e aquilo te provoca raiva, te provoca sentimentos também e tu tem que dá conta disso e entender, não é pra mim. É difícil esse exercício pra eles, né, sobrecarrega, ritmo forte, então, eu tento, às vezes, muitas vezes, dizer: - Olha, é porque essa família, ela tá revoltada, tá difícil de entender, que vão perder esse familiar, às vezes tão com sentimento de culpa por coisas, da equipe, aí eu tento sensibilizar e eu percebo que às vezes eles conseguem perceber que eles não dão conta, que eles entram num enfrentamento com a família, assim. (SUJEITO 9).

Desse modo, fica evidente que há, no interior da equipe de saúde, profissionais disponíveis para discutir a intervenção e os encaminhamentos a serem propostos em situações que demandam condutas diferenciadas. Como também há aqueles que, apesar de acatar a decisão da equipe multidisciplinar, continuam julgando e questionando tais intervenções. Observa-se igualmente a dificuldade de alguns membros da equipe em compreender posturas mais agressivas dos familiares que estão, naquele momento, vivenciando um alto nível de estresse por causa da internação.

Em contrapartida, outro participante da pesquisa apontou que há profissionais que definem condutas sem levar em consideração a realidade familiar:

A gente não costuma, a gente costuma observar mais enquanto ao quadro clínico do paciente do que a família. [...] é mais importante, apesar da gente saber que a evolução da criança tá relacionada à família, porque a criança tá inserida, tanto, pra nós, pode ser melhor, dependendo da família, mesmo assim, a gente tenta enxergar a criança separada da família, pra não deixar envolver, tenta ser o mais justo possível, né. [...] Mas para as questões da alta, isso tem que ser levando em conta. Até com que peso a gente dá alta, tudo depende do perfil familiar. [...] mas em decisão se vai dá alta, por exemplo, pra casa ou não, claro, aí, vai depender do suporte que aquela criança tem. (SUJEITO 12).

Sobre esse depoimento é interessante observar que, mesmo considerando a evolução clínica do paciente como o aspecto mais importante para prescrever tratamentos iguais, apesar dos contextos familiares serem distintos, o que evitaria possíveis discriminações e preconceitos, ainda persiste o reconhecimento da importância da família e de seu contexto. Esse reconhecimento é considerado essencial no processo de adesão ao tratamento. Essa lógica, fortemente enraizada no modelo biomédico, coloca a seguinte questão: será que compreender a criança separada da realidade familiar, para evitar condutas injustas, não reforça o tratamento desigual a realidades desiguais?

Já num outro conjunto de depoimentos é possível identificar que os profissionais flexibilizam e adequam as condutas indicadas conforme a realidade apresentada:

Já, teve uma mãe que tinha deficiência mental que se atrapalhava com determinados cuidados com a criança, então, foi permitido que a mãe dela viesse, ficasse junto com ela no Canguru. Então eu acredito que na medida do possível a gente sempre tem que individualizar o cuidado. Então veio a mãe, ficou cuidando dela e do neto, também porque a mãe fazia muito tempo que não tinha um bebê em casa. (SUJEITO 13).

Ah! sim, sim, pela questão social. Medicação a ser receitada porque não tem na rede básica. Entendeu? Às vezes, o melhor antibiótico seria aquele, mas ele não vai comprar. Vai ter que tentar adequar. [...] E na internação, assim, é bem difícil, inclusive, assim, é na Alta hospitalar, porque a gente sabe da realidade daquele paciente, que não vai ter acesso ao tratamento em casa – Aí, mas lá em casa vai ser pior e tal. Mas chega uma hora que tem que dizer não, tem mais pessoas precisando leito, é aqui, não vai adiantar continuar. (SUJEITO 17).

Então, tu se refere é quando o paciente não tem essas condições de retornar pra casa com condições mínimas de cuidado. (PESQUISADORA).

Não tem. Não tem, aqui ele tem todo um aparato, vai pra casa, quem que vai alimentar, trocar

fralda, quem que vai? Às vezes, não tem nem como sair daqui. Seria esse paciente que eu falei, a gente fica constrangido.... Não tem como ele sair daqui, então, ele vai ter que ficar mais...É bem complicado. (SUJEITO 17).

Nesses depoimentos é possível identificar que se “abrem exceções”, que se flexibilizam normas e condutas a partir das dinâmicas e realidades sociais dos usuários. Dessa forma, pontua-se uma questão fundamental para o acesso e a continuação do tratamento após a alta hospitalar, pois verificar quais as possibilidades de aquisição do medicamento ou do retorno ambulatorial põe em cheque o êxito da internação. Contudo, quando se tem que prolongar a alta sob a justificativa de que é um “caso social¹⁷”, parte da equipe demonstra resistências.

Em um dos depoimentos, o sujeito apontou aspectos sobre a importância do trabalho multidisciplinar para a definição de condutas diferenciadas:

Acho que não, porque a gente acaba resolvendo, e ultimamente a Psicóloga e a Assistente Social, por causa da residência multidisciplinar, eles estão muito presentes, muito presentes, então, o trabalho pegou uma, assim ele pega vários aspectos específicos muito bem elaborados por cada profissional. Antigamente, a gente fazia isso, mas agora não precisou mais, então, é mais tranquilo pra nós, pra eles e pra família, porque esses profissionais orientam a gente, eles, eles, claro que a autoridade é nossa, porque a gente é quem cuida né, tá sob os cuidados da, mas essa conduta que tá sendo trabalhada junto com a Psicóloga e a Assistente Social, ela é muito mais humana, muito menos técnica, digamos assim. [...] É que tá sendo feito e se consegue, tem tratamento diferenciado sim, tem, por exemplo, se é uma

¹⁷ Termo regularmente utilizado pela equipe de saúde, especialmente pela medicina, quando a internação se mantém não mais pelas condições clínicas do paciente, mas pelo aguardo de algum encaminhamento para a rede de proteção social ou de decisão judicial. Ou seja, o usuário está de alta clínica, mas necessita de outros encaminhamentos que visam sua proteção e o atendimento integral. Nestes casos, muitos membros da equipe frequentemente afirmam: “este não é um problema da saúde, e sim do Estado”, fala esta que evidencia o olhar fragmentado da seguridade social e principalmente a prevalência do modelo biomédico nas instituições de saúde, além de não reconhecerem a instituição hospitalar como parte deste Estado.

família, assim, acontece e é bem frequente, de internar um senhor idoso de setenta anos que não vem ninguém, não vem ninguém, não vem ninguém, aí, lá pelas tantas, eles telefonam e dizem assim: - Ah! a família não quer mais saber dele, já largaram de mão. - Mas como assim, largaram de mão? - Ah! ele bebia, incomodava tanto, vendeu tudo que tinha e só deu prejuízo, só incomodou e abandonaram, largaram de mão. Mas tá, então tá, já que a Assistente Social chama o conselho tutelar, eles acabam tendo que vir, digamos assim. (SUJEITO 18).

Ao analisar este depoimento, observa-se que, por um lado, o Serviço Social e a Psicologia são vistos como suporte para a equipe no campo da família/cuidado, particularmente. Por outro lado, contraditoriamente, o depoimento revela a forma subsidiária como tanto a família quanto os assistentes sociais e psicólogos estão incluídos no processo terapêutico. O fato de que tais profissionais são chamados apenas em situações interpretadas como complexas e de conflitos, e de que as questões das famílias são colocadas na equipe especialmente quando apresentam problemas vem denotar o forte enraizamento das bases do modelo biomédico, o que se legitima com a associação realizada em torno da autoridade de uma profissão e com a afirmação de que as ações de tais profissionais promovem ações “mais humanas e menos técnicas”.

Por fim, elegeram-se dois depoimentos que demonstram que a relação estabelecida entre a equipe, o usuário e os familiares possibilita um atendimento de forma diferenciada:

Entre a gente, a gente acaba indo lá mais vezes, porque como a família é esse elo, mas não é uma coisa, assim, ah! já que ela chama muito eu vou lá mais, não é, é uma coisa natural, o outro que tá sem acompanhante e quase não chama a gente acaba indo menos, inconsciente, assim. (SUJEITO 7).

A gente se apegava, mais em alguns momentos. Assim, eu tento não me apegar, mais às vezes a família é tão educada, tão carinhosa, é tão solicitante e tu acaba atendendo com mais frequência, sim. (SUJEITO 10).

Aprender o que os profissionais de saúde identificam como aspectos facilitadores e dificultadores e quais condutas diferenciadas são indicadas dentro do ambiente hospitalar, em instituição pública, acrescenta novos elementos para a análise. Em estudo elaborado por Monticelli e Boehs (2007), constata-se que a equipe classifica parte dos familiares como estressados, ou seja, aqueles que questionam as condutas e os cuidados. E diante desse perfil, “alguns componentes da equipe, principalmente os da enfermagem, têm diferentes reações: ficam com medo, chamam a enfermeira, perdem a paciência, enfrentam, ou ainda ignoram.” (MONTICELLI; BOEHS, 2007, p. 474). Essa constatação é confirmada na presente pesquisa, o que reforça a idéia de que a equipe de saúde necessita desenvolver habilidades para lidar com o perfil considerado dificultador ou estressado. Também se depreende que há formas diferenciadas de tratamento, e pode-se dizer até que há cuidados diferenciados quando existem preconceitos permeando a relação entre usuário e profissional de saúde.

4.2.2.4 Quando as normas não são cumpridas

No momento da internação, o usuário e sua família são informados sobre as normas e regras estabelecidas pela instituição, especialmente aquelas direcionadas ao familiar acompanhante, como: permanência do acompanhante, horário da troca de acompanhante, quem poderá receber alimentação, onde dormir, onde tomar banho, horário de visita, quantas pessoas podem permanecer no quarto, enfim, são muitas informações recebidas já no primeiro momento. A família precisa lidar com a tensão de ter um membro que necessita de internação hospitalar, definir quais as possibilidades de um familiar permanecer acompanhando, além de se adequar a esse novíssimo ambiente.

Essa situação de tensão faz com as famílias nem sempre consigam ou queiram seguir tais preceitos e, decorrente disso, tentam burlar, resistir ou superar as regras estabelecidas. Nesse sentido, se faz necessário saber quais os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde quando uma família não atende às normas e condutas recomendadas.

Nos depoimentos analisados, identificaram-se diferenças entre as unidades de internação pesquisadas e distinções também entre os membros da mesma equipe. Em uma das unidades, a grande maioria dos entrevistados relatou que realiza procedimentos semelhantes quando ocorrem situações em que familiares não cumprem as regras

institucionais estabelecidas, pois buscam definir os encaminhamentos com a equipe multidisciplinar. Já na outra unidade de internação identificaram-se, de forma geral, ações diversas e não acordadas entre os membros da equipe.

Entre aqueles que buscam definir com a equipe multidisciplinar quais procedimentos serão adotados tem-se as seguintes manifestações:

Graças a Deus se a família também tem rede de apoio, a equipe também tem, que daí seria Serviço Social, a Psicologia, não tem como, né, são essenciais, porque infelizmente, na ausência desses profissionais, a Enfermeira acaba sendo um pouquinho de psicóloga, acaba sendo um pouquinho de Assistente Social, acaba sendo Enfermeira, acaba sendo um pouquinho de tudo e isso sobrecarrega e a gente não tem preparo pra isso, não é? A gente não tem preparo, a gente tenta é, como que se diz, empurrar com a barriga, tampar o sol com a peneira e resolver, é apagar o fogo, a gente tenta apagar fogo e isso a gente vê muito que acontece final de semana, feriado, agora vai mudar um pouquinho porque vocês vão começar a fazer plantão e tal, mas é bem difícil, porque a gente não tem pernas pra tá dando conta de todos os braços da assistência. (SUJEITO 1).

É como eu te disse, é complicado, entendeu, fica aquela coisa de disse me disse, vai pra psicóloga, pro serviço social, a psicóloga vem saber como é que é, e a gente fala a opinião da gente, também porque às vezes é preciso saber que a gente também é ser humano, tá, a gente passa dessa porta é funcionária, mas lá fora eu tenho meus problemas, tenho família, a gente, então, a gente também tem hora que tu vem que tu também não tá bem. (SUJEITO 11).

A gente chama o Serviço Social, né, e a gente procura trabalhar com a equipe multidisciplinar, até pra ver porque essa família não tá atendendo a expectativa. O que que tá acontecendo, porque que essa mãe vai pra casa e não volta, o que que tem lá fora, não tem essa rede de apoio, né, tem

que saber o porquê das coisa, né, porque é muito fácil eu tá ali, tá julgando, mas nem sabe que essa mulher tem, sei lá, mais três filhos, fica um com cada vizinho, enfim, né. [...] Então eu vejo assim, que a gente sempre procura, a equipe toda, conversar, conscientizar aquela mãe do que é a norma, do que é o correto e também nos casos que interferem diretamente na assistência, pensa no que é melhor, né, pro neném, se é a mamadeira, o bico. (SUJEITO 13).

Observa-se que as definições dos procedimentos são discutidas com a equipe multidisciplinar, pois há o entendimento de que o olhar de uma profissão é insuficiente frente à complexidade das demandas apresentadas, é preciso compartilhar o saber das disciplinas envolvidas na assistência. Há a preocupação em compreender a dinâmica familiar para, a partir de então, propor as intervenções necessárias. Quando não há uma equipe multidisciplinar instituída, ocorre uma sobrecarga para a enfermagem que, sozinha, tem que tomar decisões relacionadas ao cotidiano da unidade de internação. Outro aspecto observado é o de que o profissional traz consigo problemas e conflitos de foro íntimo, mas que podem interferir no processo de trabalho.

Em outro conjunto de depoimentos, constatam-se reações diversificadas e procedimentos definidos a partir de interpretação individual:

Dependendo, age de cada forma, mas eu, quando penso assim, essa mãe é rebelde, então, eu já falei tudo que eu tinha pra falar e ela não tá me entendendo, eu passo pro silêncio. [...] Aí fica tudo certo, bom, eu não vou querer botar uma coisa na cabeça dela que ela não tá querendo ouvir, né? Porque eu sei que o neném vai ter que ficar ali, ela não vai levar o neném, então eu passo a bola. (SUJEITO 2).

Assim, daí, varia de profissional pra profissional, alguns comunicam a gente, a gente vai lá e conversa, outros acabam falando, sei lá, de uma maneira tranqüila e daí tá tudo bem, outros acabam sendo mais ríspidos, vai de pessoa pra pessoa. (SUJEITO 7).

Eu, particularmente, quando presencio algumas atitudes erradas, ou vejo alguma coisa, eu tento comunicar e dizer: - Olha, tá acontecendo isso e isso, tem como tu ir lá conversar com a pessoa? Quem sabe ela vai te escutar, porque eu não quero confusão. Como eu tenho o atendimento direto com o paciente, eu evito de fazer esse atrito, porque eu tô toda hora ali junto dele, né, então eu evito de tá forçando, vamos dizer assim, na hora, até porque não cabe ali, mas eu procuro comunicar a enfermagem. (SUJEITO 10).

Na verdade, assim, o primeiro passo é a gente toma, nós que somos técnicas, é, chama a atenção, né, verbal mesmo, a gente senta, a gente conversa, explica os prós e os contras, a gente sabe que realmente nem tudo, todo mundo adora um doce, adora, mas aquele paciente não pode, mas porque que não pode, se é tão bom, tem que explicar, [...] geralmente eu levo pra enfermeira pra ver se ela consegue resolver de alguma outra forma, né, mas aí eu não sei se eles perdem o direito de visita ou se não perdem, eu não sei como é que é isso. (SUJEITO 14).

Esses depoimentos confirmam as análises elaboradas por Monticelli e Boehs (2007) sobre as reações dos profissionais de saúde frente a situações inesperadas ou indesejadas, conforme se abordou em item anterior. Pode-se apreender que, quando não há uma orientação das chefias, em especial, da enfermagem, sobre como agir diante dessas situações, ocorrem interpretações e definição de procedimentos individuais, o que descaracteriza o trabalho multidisciplinar e uma proposta de atendimento integral.

Em outros depoimentos, ficou explícito também que algumas famílias usuárias desenvolvem resistências em cumprir as regras impostas pela instituição:

Tem que conversar primeiro, explicar as rotinas e tal, passo e pergunto se entenderam, tento explicar do ponto de vista aqui pela UTI Neonatal, do ponto de vista, né, que nós somos ruins, mas é de prevenção pro bebê.[...] Explico que eu vou deixar no livro registrado pra próxima pessoa do turno já

saber que a vó já veio e tal. Explico pra eles terem noção que a gente tem esse controle, mas às vezes, infelizmente, tem aqueles que sempre tentam, igual a um sabonete, todo mundo vai tentar, nós também, às vezes, forçamos alguma situações, porque foi do nosso interesse e que é compreensível, é isso do ser humano, às vezes tu até diz não, mas tu tenta pra um pai, uma mãe e tu até vai lá, então eu acho que é inerente do ser humano. Só que às vezes tu precisa ser mais incisiva, porque não depende só de ti, depende de todo mundo [...] (SUJEITO 4).

Assim, depende muito da situação, não quer dizer que as regras são essas, assim, algumas exceções eu percebo que vai mais tranquila, que fala com jeito, que explica, que mobiliza o profissional, assim, né, eu percebo que eles acabam cedendo, quando é uma família, que ela é uma família mais de enfrentar, de que eles falam que não é pra fazer a família vai lá e faz, eles falam pra não fazer vai lá e faz, não entendem, não conversam, eles tendem a ficar mais rígidos, já teve casos que eu vi, assim, de eles tentarem, tentarem, tentarem impor e até ter uma hora de eles largarem de mão. (SUJEITO 9).

Normalmente, no meu contexto de trabalho, né, algum membro da equipe busca falar pra esse familiar, reservadamente, tenta ver o que tá acontecendo, revê com eles essas normas e até impor alguns limites, caso essas normas não seja por ele cumprida e aí começa a vir as sanções, não pode entrá, não pode fazer isso. Caso, assim, não cumpra, então, eu acho que por aí que é feito, né. (SUJEITO 16).

Há uma tendência dos familiares em tentar superar as regras impostas, tendo em vista o contexto de crise e estresse que estão vivenciando. No entanto, em muitas situações, essas atitudes são consentidas por profissionais de saúde, conforme demonstram Monticelli e Boehs (2007, p. 472), ao afirmarem que os “[...] procedimentos executados que se sobrepõem à norma são variados e não se constituem propriamente em ações rotineiras e despropositadas, pelo

contrário, são desenvolvidos com a clara intenção de ajudar e promover maior conforto e bem-estar”. Porém, dependendo da postura adotada pela família, a equipe de saúde opta por uma maneira mais flexível ou mais rígida nos procedimentos adotados e, em situações extremas, a família pode sofrer sanções como, por exemplo, ter o direito de visita negado.

Por fim, um dos entrevistados não se identifica como co-responsável para discutir e propor procedimentos nessas situações:

Aqui da Neo eu acho que sempre é, daí não é muito pra nós, porque normalmente quem toma essa postura é o pessoal da enfermagem. Mas o que a gente vê, assim, que as meninas tentam conversar, tentam intervir conversando. Teve caso que teve que ser adotadas medidas extremas, de proibir a entrada de um pai, inadequado, já que esses pais vieram alcoolizados, drogados e daí tumultua totalmente, até a própria família que tá ali, né. Então, já teve momento de ir a fundo, mas é mais na parte da enfermagem mesmo. (SUJEITO 6).

Observa-se que a medicina, por vezes, não se coloca no contexto interdisciplinar e, dessa forma, não coloca no seu horizonte a necessidade de compartilhar decisões que dizem respeito à rotina da unidade de internação. Certas atribuições, que dizem respeito ao cotidiano dos serviços e à relação com os familiares acompanhantes, são delegadas a outras categorias profissionais, especialmente à enfermagem, que permanece integralmente na unidade. Quando ocorre esse entendimento, há um repasse das responsabilidades e uma descaracterização do caráter interdisciplinar das equipes de saúde, reforçando apenas a multidisciplinaridade.

Do conjunto de depoimentos apresentados infere-se que não há consenso entre os profissionais com relação ao modo de agir nas situações de conflito, inclusive, sobre os procedimentos que serão adotados quando as regras institucionais são burladas. Apesar de haver um movimento na direção de se pensar em ações discutidas a partir das equipes multidisciplinares, constatou-se que essa ainda não é uma prática desenvolvida por todos os profissionais.

4.2.2.5 Quem realiza o acompanhamento? Quais as condições de permanência?

Com a abertura dos serviços de saúde para a permanência integral do acompanhante ao usuário internado no ambiente hospitalar, algumas demandas precisaram ser atendidas pela instituição, como as que se referem a acomodações, alimentação, banho, entre outras, para os familiares acompanhantes. Apesar da alteração da legislação em que se assegura o direito ao acompanhante no âmbito institucional, a estrutura física dessas instituições manteve-se a mesma, o que, em parte, dificultou o acolhimento dessas famílias. A incorporação do acompanhante, pelos serviços de saúde, recolocou em cena questões como a sobrecarga da mulher na realização do cuidado.

Durante a realização das entrevistas pode-se confirmar que os acompanhantes são predominantemente do sexo feminino:

A mulher está mais presente, sem dúvida, principalmente nos casos que o paciente tá nesse ciclo da terceira idade, o idoso, o paciente que tem uma idade mais avançada, porque daí, geralmente, a esposa não trabalha, tá em casa e acaba assumindo mais essa relação do cuidado mesmo. (SUJEITO 8).

É, as mulheres, na maioria, é claro, as mulheres, e aí normalmente as mulheres que não exercem nenhuma “função”, que não estão trabalhando, e aí se considera que elas estão, assim, disponíveis, sendo que muitas vezes ainda elas têm que assumir todo o restante da casa, pra dar suporte pras pessoas que estão trabalhando, cozinhar, arrumar a casa, então, enfim, elas se vêem, às vezes, bem sobrecarregadas, daí, às vezes, ela diz que tá precisando de ajuda, mais aí ele fala: mas eu trabalho. (SUJEITO 9).

Mais mulheres, os homens, quase nunca. (SUJEITO 10).

A mãe, geralmente. As mulheres, é, mãe, tia, tia, madrinha, é, geralmente, estão mais presentes. (SUJEITO 14).

Mais, muito mais mulheres. Até o próprio pai, ele vem menos que a mãe. (SUJEITO 15).

As mulheres são as cuidadoras, mulher tem mais esse perfil. (SUJEITO 17).

A mulher. São mulheres, a grande maioria são mulheres, porque eu acho que a mulher é um cuidador nato, né. (SUJEITO 18).

Verificou-se que a função de cuidadora é atribuída à mulher como algo próprio de sua natureza. As mulheres são identificadas como as pessoas mais disponíveis para a realização de tal tarefa, pois há uma interpretação de que os homens têm outras obrigações que impedem a sua permanência como acompanhantes. A sobrecarga da mulher fica explícita nos depoimentos dos sujeitos e muitas vezes, o trabalho doméstico não é considerado como trabalho pelos familiares do paciente internado.

Batthyány (2010, p. 89) aponta a importância de se considerar separadamente cuidado familiar e trabalho doméstico, pois ambas são atividades não remuneradas e dirigidas a outras pessoas da família, e que ainda não têm um campo de investigação suficientemente desenvolvido. Esses aspectos levantam diretamente a questão sobre a posição da mulher e sua igualdade em várias esferas da sociedade, mas principalmente no campo da família e do trabalho. O discurso dos participantes confirma a desigualdade de gênero e reforça a posição da mulher como cuidadora nata.

A permanência do acompanhante no HU demandou reorganização e articulação entre os setores para acomodar os familiares que assumem a função de acompanhar o usuário durante a internação. Estabeleceram-se rotinas e normas diferenciadas em razão da especificidade dos setores que compõem a instituição, além de se observar a procedência das famílias usuárias do serviço, pois como o HU é referência estadual para diversas especialidades, acaba recebendo usuários provenientes de todo o estado de Santa Catarina e os acompanhantes permanecem integralmente na instituição. Na Unidade Neonatal é permitido o acesso livre dos pais, no entanto, a alimentação só é liberada para um acompanhante. A unidade conta com o chamado hotelzinho, que é um quarto com quatro camas e uma poltrona, para acomodar as mães que estão com seus filhos internados na unidade, contudo, este número é insuficiente para acomodar todas as mães, como se pode perceber nas falas que seguem:

[...] É. eu acho que ainda tem dificuldades, que aquilo que a gente tava conversando antes, a gente tem problemas ainda no sentido, assim, Hotelzinho. [...] Que não é, não tem condições e a gente tem que acabar fazendo escolhas que a gente fica com dois corações, né. Quem tem mais direito, quem somos nós pra eleger qual é a mãe que tem mais direito de ficar perto do seu filho, né? Então, talvez, claro, se a instituição tivesse um Hotelzinho maior. Outra questão: só a mãe tem alimentação, mas tem muitos pais que estão mais presentes que a maioria das mães, por que não, né? E a gente sabe que é uma questão até financeira, institucional, que a gente tem que criar essas normas, né. Só que ainda assim, perto de outras instituições, eu acho que o hospital ainda tenta dar o seu jeito e vai muito dos profissionais que estão aqui, né, porque se a gente fosse, ah! não tem vaga no Hotelzinho e fica por isso, e aí, o que que a gente acaba fazendo? Se descabelando pra dar um jeito, bota uma poltrona aqui, puxa uma caminha ali e arruma lugar na casa da voluntária, consegue uma refeição por baixo dos panos, que não poderia, mas a gente dá o cartãozinho, é o jeitinho brasileiro. Eu acho que, em partes, consegue graças também à perseverança dos profissionais que ali atuam. (SUJEITO 1).

Eu acho que assim, falando aqui pela Neo, eu acho que a gente tá bem organizada nisso entendeu? Nós temos uma equipe multidisciplinar pra acompanhar e se envolver com tudo isso, quando a gente tem um problema aqui a gente passa para o Serviço Social, passa pra psicologia e a gente tem feito esse trabalho. Infelizmente não acontece num todo do hospital, isso eu te garanto, até porque eu já trabalhei em várias as unidades. [...] Assim, tem no Hotelzinho e o Canguru, na medida do possível a gente tem se quebrado muito quando não tem, vai pra aquela senhora, em qualquer canto se dá jeito, agora, no resto da instituição, eu acho que é muito desconfortável, porque fica na cadeira, embora se tenha por lei,

sabido por lei, que criança e idosos tem direito a acompanhante. (SUJEITO 4).

Nem aqui e muito menos no Infantil, às vezes, as mães vêm, tem bebê que tá mamando, no infantil, por exemplo, tem um quarto pra essas mães ficarem, mas esse quarto tem poucos leitos, então, umas não podem ficar durante a noite, tem família que é separado o neném, aqui também. (SUJEITO 12).

Fica explícito, nos depoimentos, que os profissionais se articulam para acomodar o maior número de acompanhantes em período integral na instituição. Tanto a questão das acomodações para pernoitar como a da liberação de alimentação são alvo de flexibilizações que têm o intuito de acolher aquela família. Quando os profissionais não conseguem utilizar os equipamentos institucionais para esse acolhimento, se recorre a uma voluntária que recebe, em sua residência, familiares acompanhantes para pernoitar. Porém, nem sempre há vagas na casa dessa voluntária, o que dificulta a permanência de um acompanhante para o usuário. Observa-se, nas falas, que é o profissional quem agirá, burlando as normas institucionais, para assegurar o direito ao acompanhante, porém, novamente infere-se que passa pelo crivo individual a avaliação de qual acompanhante é merecedor de realizar todos esses esforços para acomodá-lo.

Nas clínicas de internação, em que o público alvo é o adulto e o idoso, é permitido um acompanhante em período integral. Na Clínica Médica III, há uma poltrona reclinável, doada pela Associação dos Amigos do Hospital Universitário (AAHU), que fica ao lado do leito do paciente, destinada para a permanência dos familiares acompanhantes. A alimentação é liberada para o acompanhante do paciente criança e adolescente, idoso, deficiente físico ou mental e para aqueles que não que residem na grande Florianópolis, o que impossibilita a ida diária para casa. As outras situações deverão ser avaliadas pelo Serviço Social. Essas condições são mencionadas nos depoimentos a seguir:

Mais o espaço físico não comporta, os banheiros. Tu já viu banheiro de clínica, como que é? Eu não entraria nem pra fazer xixi, o mofo lá é terrível, aquele piso nojento, que tu tem nojo pra tomar banho e tem que colocar um romper pra ti poder tomar banho, então, imagina, assim, o

acompanhante usando o banheiro, o paciente usando o banheiro, então, eu acho que não tem suporte físico. Jogam uma filosofia, se dá uma filosofia, só que não dá suporte, vamos colocar em prática, mas vamos tentando acertar de acordo como vai indo, então, eu acho que isso dificulta bastante o trabalho. (SUJEITO 4).

Nem sempre é dadas essas condições, em algumas unidades é bem complicado, como a emergência, é complicado, a alimentação, a gente tem alguns critérios pra conceder a alimentação, então, nem sempre são dadas essas condições, é exigido da família e em contrapartida não se dá sempre essas condições. A família fica sobrecarregada, fica aqui muitos dias, tem a questão da casa de apoio, que não tem aqui pra encaminhar todas as dificuldades, então, é complicado. (SUJEITO 8).

Observa-se que há uma solicitação para que os familiares fiquem acompanhando o usuário, no entanto, não são oferecidas a eles todas as condições necessárias para essa permanência. Existe a percepção da sobrecarga da família. Há também a indicação de que, mesmo sendo uma diretriz nacional, veiculada com mais ênfase a partir da PNH, as instituições não seguem as diretrizes e justificam-se em razão de limitações estruturais.

Nos depoimentos, alguns participantes disseram que entendem que há condições de permanência do acompanhante:

Assim, em vista de outros locais, eu nunca trabalhei em nenhum outro local, mas em vista de que eu passei noites em hospitais, com os meus pais, de tios meus que já foram internados em outros hospitais, eu penso assim, é em questão de dormir. Vamos supor, a questão de alimentação, eles tem direito, né, se não moram muito próximo, o HU ainda dá a alimentação, assim como qualquer outro hospital. Mas o meu pai já ficou em hospital particular e eu dormi em cadeira de plástico, né, sendo que aqui é um hospital público e ainda oferece uma poltrona estofada. Lógico que as pessoas reclamam, vão reclamar, sempre vão reclamar, porque nunca tá tudo bom, né, porque até mesmo não é uma cama, mas não tem

condições de colocar. [...] Né, então, o HU, em termos de acolher, vou refazer a tua pergunta, acolher os familiares, eu acho que ele acolhe super bem. Até mesmo porque ele chama o familiar. A gente vê o tratamento aqui, do pessoal aqui, do Serviço Social, que eles vão em busca da família e quando a família tá aqui eles vão atrás pra ver o que podem fazer com a família, então eu acho que o acolhimento, a começar por aí, por buscar. [...] A única coisa que eu acho, assim, tem paciente que precisa de acompanhamento familiar, tem paciente que às vezes não precisa, o quarto tá apertado, eu penso assim: é bom a família tá presente? É, mas por um lado, também nós temos um quarto pra quatro pacientes e se tornam oito ali dentro, então, até mesmo pra organização do local. (SUJEITO 14).

[...] Não sei se dá pra dizer que minimamente é suficiente, né, mas é suficiente, o cara não tá em uma cadeira comum, em ângulo de noventa graus, pelo menos ele consegue reclinar um pouco. Alimentação: é difícil um familiar ficar sem, é difícil, a maioria acaba ganhando, mesmo com as restrições que já foram tantas vezes colocadas, né. (SUJEITO 18).

Eu acho que sim, pelo menos, pelas minhas experiências em outros hospitais que eu fiz estágio, é mais ou menos semelhante, claro que não são as condições ideais, a gente tá no SUS e já meio que se acostumou com as coisas como elas são, acho que os pacientes e os familiares também. Claro que poderia ser muito melhor. (SUJEITO 5).

Também aqui se explicita a comparação com outras instituições hospitalares, inclusive, com serviços particulares. Dessa forma, depreende-se que, por se tratar de um serviço público, as condições são suficientes, ou seja, o que é oferecido pelo público, para o acompanhante permanecer na instituição, não deve ser alvo de reclamação ou exigência por parte da população, pois se interpreta

como algo doado e não como direito instituído. Chama atenção uma das falas, quando é mencionado que a instituição chama a família e por isso deve acolher bem o familiar. Com isto, fica evidente o quanto a família é acionada no período de internação.

Durante a descrição dos subitens deste eixo temático, pode-se inferir que os profissionais desenvolvem a assistência aos usuários de saúde a partir de suas concepções e crenças. As interpretações pessoais permeiam a efetivação da política de saúde, especialmente na relação serviço x usuário. Com o intuito de responder aos objetivos propostos neste estudo, no próximo item, tentar-se-á discutir as questões que se fizeram presentes, com maior força, no conjunto das entrevistas, e que parecem, nesse momento, as mais significativas.

4.3 A INCORPORAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO SERVIÇO DE SAÚDE E A LÓGICA DA RESPONSABILIZAÇÃO

Considerando os objetivos do estudo, de identificar e analisar as concepções de família por parte dos profissionais de saúde, estabelecer relações entre tais concepções e as ações e os procedimentos empreendidos por eles e ainda investigar como as famílias são incorporadas na “gestão do cuidado”, os dados obtidos através das entrevistas permitem retomar alguns aspectos que articulam o debate em torno do tema proposto.

A discussão do tema foi situada no bojo da configuração das políticas sociais, especialmente após a década de 1990, e a relação da família com as políticas sociais foi abordada, sobretudo, a partir das transformações dos sistemas de proteção social, após as crises fiscais dos países desenvolvidos nos anos 1970. Esse cenário modificou o formato dos sistemas de proteção social e convocou os setores da sociedade, principalmente a família, para assegurar a provisão de bem-estar social. (MIOTO, 2008; PEREIRA, 2004). Esse debate foi ressaltado no campo da política de saúde e constituiu a base de sustentação da análise empreendida. Nessa perspectiva, algumas questões ganharam relevância pela sua recorrência na fala dos entrevistados. Dentre elas, destaca-se que a expectativa da equipe de saúde é a de que a família assuma um papel de protagonista no cuidado e no acompanhamento do usuário. Tal expectativa se concentra nas mulheres, especialmente na figura materna, que continuam como principais acompanhantes durante todo o período de internação. Além disso, evidenciou-se também que os profissionais, geralmente, direcionam suas ações a partir daquilo que acreditam como verdade e

que, na maioria das vezes, está relacionado ao seu universo cultural e às suas experiências pessoais.

Pode-se observar que as concepções dos sujeitos entrevistados sobre a família estão marcadas pela questão da consangüinidade, da rede de relações e da referência na unidade domiciliar. A compreensão dos profissionais sobre as famílias usuárias se realiza através de um processo dinâmico de aproximações baseado, primeiro, na sua experiência pessoal e posteriormente, se articulam outras possibilidades de compreensão. Contudo, o que se observa é que a mudança de concepções está voltada essencialmente para a necessidade de realização do cuidado/trabalho, não havendo forçosamente uma mudança real em torno da concepção de família. Isso revela o caráter instrumental que as concepções de família podem assumir no contexto dos serviços e das políticas sociais.

Além disso, o estudo permitiu captar que a experiência pessoal é utilizada para algumas ações cotidianas que integram a assistência prestada ao usuário. Os julgamentos sobre o certo e o errado e os preconceitos pautados em crenças e costumes são recorrentes nas equipes e ocasionam inúmeras interferências no processo assistencial. A relação entre equipes de saúde e usuários e suas famílias é marcada por embates, atravessada pelas realidades socioeconômica e cultural de cada um dos sujeitos envolvidos. Nesse contexto, se articulam formas diferenciadas de tratamento e de cuidados a partir de preconceitos e pré-julgamentos.

Em relação ao cuidado, pode-se observar que ele é entendido como algo natural e intrínseco às famílias. O familiar, representado pela figura do acompanhante, é solicitado pelas equipes de saúde, mesmo que de forma velada, para auxiliar nos cuidados com o paciente internado. Há um consenso de que o conjunto de ações desenvolvidas pelos familiares tem grande impacto no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais, pois aqueles executam inúmeras ações que aliviam a carga de trabalho em todo o ambiente hospitalar. Essa constatação reforça a centralidade na família para assegurar a proteção. Com efeito, mesmo após acessar os serviços, a família ainda cumpre papel central no controle do tratamento e, inclusive, os sujeitos mencionam que o familiar acompanhante é um fator de proteção, pois contribui para prevenir possíveis erros da equipe de saúde. Assim, a família tem grande protagonismo no campo do cuidado em saúde e esse protagonismo não se constrói de forma linear e harmônica. Ao contrário, as relações entre profissionais e famílias se movimentam num campo

bastante contraditório, onde se opõem e se encontram interesses, expectativas e possibilidades.

O caráter contraditório da relação fica evidenciado, pois são inúmeros os fatores envolvidos nesse contexto, desde as impressões pessoais de cada situação atendida até as orientações das políticas sociais em nível nacional, estadual, municipal e local, além do conjunto da legislação que trata dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços.

A referida legislação remete especialmente ao conjunto de políticas e regulamentações já instituídas¹⁸ que asseguram o direito ao acompanhante durante a internação e dentre elas encontra-se a carta dos direitos dos usuários do SUS, amplamente divulgada pelo Ministério da Saúde. Esta carta, promulgada em 2006, pela Portaria n.º 675, e que se baseava em seis princípios básicos de cidadania, buscava assegurar ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde. Em 2009, foi realizada revisão da carta, revogando-se a Portaria n.º 675 e instituindo-se a Portaria n.º 1.820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Com uma linguagem mais acessível e algumas alterações no conteúdo, o documento permanece citando o direito do cidadão (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso) ao acompanhante, constituído por pessoa de sua livre escolha, nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei. Nas demais situações, o paciente terá direito a acompanhante e/ou à visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas. Entre os dispositivos que possibilitam a incorporação do acompanhante pelos serviços tem-se a diária de acompanhante, que foi incorporada na tabela de procedimentos especiais do SIH-SUS.

No entanto, o que se observa é que – apesar das ações dos movimentos sociais no processo de proposição e garantia de efetivação de alguns direitos dos usuários do SUS, dentre eles o direito ao acompanhante – na prática cotidiana, não existe a real efetivação do que prevê a legislação.

Conforme Miotto (2010a), as exigências dos serviços estão cada vez mais sofisticadas e o que se verifica é a requisição de uma presença articulada e inteligente das famílias nos serviços. A participação das

¹⁸ O Estatuto da Criança e do Adolescente; a humanização do parto; a legalização do alojamento conjunto; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a humanização do cuidado ao recém-nascido (Método Canguru); a PNH; as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde; o Guia Prático do Cuidador; a cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”; o Estatuto do Idoso, entre outros.

famílias é tanto mais requerida quanto mais se verifica o déficit de profissionais e as deficiências nos serviços de saúde, e não como um direito instituído e respeitando as possibilidades que a realidade familiar apresenta. A orientação “familista” da política social brasileira reforça a lógica de responsabilização e escamoteia a lógica de direitos.

Pode-se depreender, então, que ocorre o aumento das exigências aos familiares, apesar das transformações da sociedade contemporânea não passarem despercebidas pelos profissionais. Isso fica evidente nos depoimentos dos entrevistados:

[...] por conta das situações que vem sendo cada vez mais comuns, envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida, a mudança na estrutura familiar, nos tipos familiares, muitas separações, famílias pequenas que não tem aquela quantidade grande de filhos, então pacientes que não tem vínculo familiar que a gente atende aqui moradores de rua, pacientes dependentes químicos, então por conta dessas questões eu acho que as equipes tendem a ficar sobrecarregadas também e a exigir mais a presença familiar. (SUJEITO 8).

Então, é... É porque assim na emergência, é porque eu trabalhei um ano na emergência né antes de vir pra cá, na emergência o que eu observava é que tinha uma diferença entre Enfermagem e Medicina, a Enfermagem queria que a família permanecesse e solicitava e a Medicina não queria, porque a Medicina entendia que atrapalhava, que incomodava, que enchia a emergência e que ficava uma bagunça e que era melhor tirar todo mundo de lá pra ficar mais vazio, mais tranquilo. [...] Então eu percebia que havia uma divergência dentro da equipe e isso as vezes causava conflitos né, a Enfermagem de uma forma geral eu via que solicitava bastante, porque o processo de trabalho lá deles é muito acelerado, acontece muitas coisas ao mesmo tempo, então ter um familiar é um fator de proteção ao paciente assim de poder tá atento, de pode pedir caso a pessoas esteja sentindo alguma coisa, se piora, porque a equipe não dá conta de tá monitorando todos os pacientes mesmo né e até mesmo pra cuidados tipo alimentação, levar no banheiro e tal,

se tem alguém que fica essa pessoa é melhor assistida mesmo né, não que deveria ser assim, mas acaba... (SUJEITO 9).

Fica explícito que um dos fatores desse chamamento das famílias para os serviços é a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde. Apesar de não haver consenso dentro da equipe sobre a permanência integral de um acompanhante, observa-se que o familiar acompanhante é convocado a permanecer na internação para auxiliar nos cuidados e, em grande parte das ocasiões, o direito assegurado torna-se secundário em detrimento do processo de trabalho das equipes. Dessa forma, pode-se dizer que houve a ampliação dos direitos, com ampla divulgação do advento da legislação, mas houve também, e de forma intensa, a ampliação das exigências para que as famílias se responsabilizem pela proteção de seus membros.

Diante de todas essas constatações, pode-se afirmar que a maioria das práticas profissionais reforça a transferência de responsabilidades à família, pois, a partir das concepções dos profissionais sobre família, se naturaliza e se acredita numa obrigação moral do papel familiar. Os processos de responsabilização familiar são reforçados por duas lógicas: a primeira, e que vem a ser o pano de fundo dessa orientação, é o viés “familista” da política social brasileira; a segunda é a prevalência de concepções estereotipadas, que se mantêm dominantes e que são avigoradas nas exigências realizadas pelos serviços. Como não há uma rede de proteção social de caráter universal e que abarque as demandas da população de forma integral, são os profissionais que imprimem, nas suas ações cotidianas, a lógica da responsabilização, e que efetivam a atual orientação da política social sob a égide neoliberal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração desta dissertação, surgiram algumas questões e considerações relativas às concepções dos profissionais de saúde sobre a família, as quais podem acarretar repercussões para a assistência prestada ao usuário e ainda sobre a forma como a família é inserida no “campo do cuidado” no interior dos serviços. No entanto, mais do que buscar respostas, pretendeu-se problematizar o objeto de estudo, pois se verificou que a temática é complexa e se desdobra ocasionando diversas interpretações, contradições e também questionamentos.

Após as crises fiscais dos países desenvolvidos, nos anos 1970, modificam-se as configurações da proteção social e os setores da sociedade, especialmente as famílias, são exortados a assumirem o papel de provedores de bem-estar. No bojo do denominado pluralismo de bem-estar, as famílias assumem centralidade no campo das políticas sociais, desconsiderando a redução de sua capacidade protetiva, redução esta associada não apenas ao processo de empobrecimento das famílias, mas também às mudanças ocorridas na sua estrutura e organização. Merecem destaque a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, os novos formatos de famílias, o envelhecimento da população e a presença cada vez maior de famílias menores.

Nessa perspectiva, os autores abordados nos aportes teóricos desse trabalho revelam que o Estado brasileiro desenvolve suas políticas sociais orientadas por um alto grau de “familismo”, cuja relação família e proteção social é historicamente marcada pela responsabilização da família. Diferentemente dos países da Europa Ocidental, não houve, no Brasil, um sistema de proteção social nos moldes do *Welfare State* e dessa forma, a adoção da política econômica neoliberal reforçou a redução de investimentos estatais em políticas sociais. Assim, o Estado, que sempre foi restrito em seu padrão de proteção social, torna-se ainda mais encolhido nas suas funções estatais. E mesmo com a promulgação da Constituição de 1988, que incorpora preceitos de cidadania e de direitos sociais, iniciam já no início da década de 1990, medidas para alinhar o Brasil às propostas neoliberais, que são contrárias aos princípios constitucionais. Tais medidas redirecionam o papel do Estado para a racionalização dos gastos em políticas sociais e com proposta de descentralização dessas ações para o mercado, a sociedade civil e principalmente para as famílias.

Nessa lógica, o sistema de proteção social assume um caráter focalizado e fragmentado, desenvolvendo políticas sociais prioritariamente para as camadas pobres. Pode-se afirmar que se privilegiam os pobres e se coloca a família como central no desenvolvimento de suas ações e proposições.

O SUS, implementado na década de 1990, cuja proposta estabelece como princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização dos recursos e participação popular, está na contracorrente da orientação estatal e seu processo de implantação foi marcado pela rediscussão do papel do Estado, com ênfase na focalização do gasto público em setores mais pobres. É nesse contexto que a família é acionada para ser parceira ativa nos processos de saúde-doença-cuidado e passa a ser referenciada nos dispositivos e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde.

No entanto, a incorporação da família, pelos serviços de saúde, tem se mostrado um processo repleto de conflitos. Agregado a esta constatação, há um vasto quadro de desafios cada vez mais complexos que necessitam ser enfrentados pelos serviços de saúde, como o aprofundamento das inúmeras vulnerabilidades sociais e econômicas.

Diante dessa realidade, saber como os profissionais de saúde compreendem as famílias atendidas nos serviços de saúde, aqui, especificamente no âmbito hospitalar de um serviço público, é fundamental para promover reflexões acerca da necessidade de debate do tema. As inquietações que circulam o objeto se justificam, pois a relação cotidiana desses profissionais com as famílias dos usuários internados em instituição hospitalar pública é atravessada pelo entendimento que cada profissional traz consigo.

Conforme já apontado, ao se adotar interpretações pessoais para identificar as situações atendidas, diminuem-se as possibilidades de realizar ações na perspectiva da integralidade, pois se desconsidera a compreensão da família e de suas situações contextualizada no conjunto das relações sociais. Além disso, apesar de no decorrer da análise se ter identificado que pode haver a mudança de concepções de família por parte dos profissionais, esta acontece essencialmente para a realização do cuidado/trabalho.

A família dos dias de hoje distingue-se, em vários aspectos, daquela do início da década de 1970, e mesmo com as transformações ocorridas na sociedade contemporânea, o papel reservado à família, na reprodução social e na função de proteção dos seus membros, se mantém conservado, independente de suas condições de vida. Nesse sentido é importante salientar que, quando se faz referência às famílias

usuárias dos serviços públicos de saúde, há que se considerar que estas, na sua maioria, são pobres, ou seja, têm muito menos recursos para o enfrentamento de situações adversas. Portanto, a sobrecarga familiar, por ocasião da ocorrência de eventos, como o adoecimento, tende a ter efeitos muito mais danosos.

Observando esse contexto e relacionando-o com as concepções de famílias por parte dos profissionais de saúde de um serviço hospitalar, indaga-se de que forma as famílias usuárias se inserem nos serviços, com todas as requisições e expectativas a ela relacionadas. Pois é preciso considerar que, na atualidade, se tem um número reduzido de pessoas na rede familiar, principalmente de pessoas com quem se pode contar para auxiliar nos cuidados sucessivos e ordenados solicitados pelos serviços, já que os membros adultos da família necessitam se inserir no mercado de trabalho, ainda que de forma precarizada, para assegurar o sustento. Desse modo, não se pode tentar enquadrar as famílias em modelos e padrões predeterminados, porque a complexidade que envolve as relações familiares e as inúmeras alterações e movimentações que se processam ao longo de seu desenvolvimento são difíceis de mensurar.

Os dados da pesquisa empírica revelam que é também baseada nas experiências pessoais que grande parte dos profissionais de saúde desenvolve ações cotidianas na assistência prestada ao usuário. Esta constatação possibilita inferir que as proposições da política de saúde nem sempre são efetivadas pelos profissionais. Conforme já foi postulado por Nassif (2009), em estudo realizado sobre o acompanhante na maternidade,

[...] nem todos os profissionais conhecem a legislação ou acreditam nessa filosofia, como seria o esperado, já que esta é uma premissa que está sobejamente incluída na política governamental brasileira e em todas as propostas ou implementações de ações de humanização vigentes nesse país. Somente esta constatação já é suficiente para revelar que a incorporação de filosofias como essa não depende exclusivamente da divulgação das mesmas; há que se dar voz aos sujeitos que cotidianamente desenvolvem assistência ao parto e nascimento, a fim de identificar quais são suas definições, seus valores e suas disposições para colocar em prática esse ideário. (NASSIF, 2009, p. 251).

Isto confirma uma das hipóteses iniciais, de que nem sempre existe uma sinergia obrigatória entre as proposições das políticas e dos programas sociais e a efetivação dessas ações por parte dos profissionais. Dessa forma, é necessário que se desenvolva um amplo debate entre os profissionais de saúde e a população usuária, num momento que anteceda a promulgação e a divulgação de legislações e orientações referentes às ações em saúde. Posteriormente a essa divulgação, é imprescindível que se pensem ações de curto e longo prazo para instrumentalizar e promover o diálogo com todos os profissionais, a fim de possibilitar a apropriação e incorporação dessas legislações e orientações por parte dos profissionais. Considera-se que só o conhecimento das legislações, diretrizes e orientações do Ministério da Saúde não é suficiente para mudar as concepções individuais dos profissionais, mas esse processo de diálogo auxiliará, mesmo que vagarosamente, a incorporação de novas perspectivas.

No âmbito da investigação realizada, foi possível identificar que a inserção da família no “campo do cuidado” é efetivada por intermédio dos profissionais, principalmente por compreenderem que os familiares são co-responsáveis na realização dos cuidados e sob a justificativa de instrumentalizar a família para a alta hospitalar. Confirma-se o quão nebuloso é o campo do cuidado, tendo em vista os discursos contraditórios observados e a forma naturalizada como este é entendido, visto como atribuição e obrigação moral das famílias. Conforme é apontado por Aguirre (2009) e Mioto (2011), é imprescindível que se pense o cuidado como objeto de política pública, para que sejam compartilhadas as responsabilidades dos custos do cuidado que hoje está a cargo, principalmente, da família. A desconstrução da naturalização desta incumbência familiar deve ser debatida, especialmente frente às desigualdades sociais da sociedade contemporânea, considerando que a família não tem encontrado suporte público para que possa promover a proteção de seus membros.

As fontes analisadas legitimaram as evidências reveladas pelos dados empíricos, de que as mulheres são as protagonistas no acompanhamento do paciente e, conseqüentemente, na inserção e no desenvolvimento do cuidado. Com relação a esse aspecto, Gelinski (2010) afirma que,

[...] se para a geração anterior de mulheres a inserção no mundo produtivo era uma forma de emancipação contra a dominação patriarcal ou uma opção para a reafirmação da auto-estima feminina, na atualidade a incorporação das

mulheres ao mercado de trabalho é algo natural e necessário para a sobrevivência do grupo familiar. Entretanto, a naturalidade com que deve ser vista a participação feminina no mundo do trabalho deve ser compreendida de acordo com o grupo social ao qual as mulheres pertencem. Se as de classes mais remediadas o fazem depois de ter-se qualificado ou em idade mais tardia, para as mulheres das classes subalternas o imperativo de garantir ou de contribuir para a sobrevivência do seu grupo familiar lhes impõe a inserção precoce em atividades precárias com escassas garantias trabalhistas, como o trabalho doméstico ou as faxinas. Tais observações são importantes para situar as usuárias dos serviços de saúde, pois da forma como na prática esses serviços tem sido configurados (com foco nas populações mais desfavorecidas) serão essas mães as que preferencialmente acessarão as unidades básicas de saúde. (GELINSKI, 2010, p. 212-213).

Também no âmbito hospitalar pode-se confirmar que são as mulheres as grandes articuladoras entre famílias e serviços, pois mesmo com sua inserção no mercado de trabalho ela continua a ser protagonista no desenvolvimento do cuidado, além de permanecer desempenhando as tarefas domésticas. Dessa forma, é indispensável que se pense em políticas públicas que reconheçam essa realidade e proponham alternativas para desonerar a intensa carga de trabalho e responsabilidade atrelada às mulheres. A necessidade de investimento público nessa demanda específica, ou seja, para as famílias em situação de vulnerabilidade social, torna-se ainda mais urgente quando se observa, no cotidiano hospitalar, as dificuldades que as famílias enfrentam para realizar o acompanhamento integral do usuário internado, as quais se intensificam quando a internação é prolongada. Assim, implementar cuidadores públicos é uma alternativa a ser refletida.

No que se refere às ações e aos procedimentos efetuados pelos profissionais no âmbito hospitalar, constatou-se que as concepções, os valores e as crenças culturais dos profissionais têm repercussões na assistência prestada por eles ao usuário, pois é a partir do universo pessoal que grande parte dos profissionais faz interpretações das situações atendidas. Identifica-se que, embora ainda sejam em número

menor, há práticas que visam o direito e compreendem a família na sua singularidade, fazendo uma leitura adequada das suas possibilidades.

A relação entre usuário/família e equipe de saúde adquire aspectos pluridimensionais, pois são colocados em jogo os saberes e as práticas familiares em confronto com os conhecimentos científicos desenvolvidos no tratamento das doenças. Essa interação não ocorre de forma harmônica, pois além da relação usuário/família x equipe, se colocam, num mesmo espaço, relações intrafamiliares e multiprofissionais em que se sobressaem interesses diferenciados. Esse espaço é caracterizado por conflitos e interesses referentes ao contexto amplo em que se desenvolvem as relações sociais e os elementos que as compõem. Ora, analisar todos os elementos que compõe a ação não é um exercício de fácil apreensão, ainda mais diante do forte enraizamento do modelo biomédico no cotidiano dos serviços de saúde.

Levando em conta os resultados da pesquisa, percebe-se que os profissionais têm um papel central na efetivação da política social sob orientação do viés “familista”, pois a maior parte das práticas profissionais reforça a transferência de responsabilidades à família. As famílias encontram-se sobrecarregadas, uma vez que precisam dar conta de todas as suas obrigações de fórum doméstico, além da interlocução com os serviços. Constatação esta indicada pelos aportes teóricos utilizados neste trabalho, os quais sinalizam que a proteção social está centrada na família e ela desempenhará seu papel, dentro de seus limites e de suas possibilidades, já que não obtém retaguarda das políticas públicas. Nesse contexto, os serviços de saúde precisam conhecer quem são as famílias usuárias, sem ignorar as reais condições dessas famílias ao assumir o protagonismo no cuidado.

Para o Serviço Social, o debate apresentado é importante, porque permeia o exercício profissional e ilustra como as ações profissionais podem avigorar a responsabilização da família frente às políticas sociais. Dessa forma, a discussão conflui para um dos debates da profissão, no qual se intenciona problematizar a universalização de políticas públicas, aqui, em especial, a política de saúde, pensada de acordo com os ideais da reforma sanitária e a perspectiva do projeto ético político do Serviço Social.

Todas as questões aqui apresentadas poderão ser tomadas como indicadores para o desenvolvimento de novos estudos. Porém, fica o desafio aos gestores e trabalhadores da saúde de incorporar o debate sobre o papel da família no cotidiano dos serviços, considerando especialmente o contexto social em que vivem as famílias usuárias. Pois é fundamental que se criem estratégias de inserção das famílias nos

serviços sem reforçar ainda mais a sobrecarga que vem a ser, para elas, o desempenho da proteção de seus membros.

REFERÊNCIAS

ACANDA, J. L. **Sociedade Civil e Hegemonia**. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 2006.

AGUIRRE, R. Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado. In: _____. **Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado en Uruguay**. Montevideo: Rosario Aguirre, 2009. p. 23-86.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 08, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v814a04.pdf> Acesso em: 25 maio 2011.

BARROS, F. S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. de B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010.

BATTHYÁNY, K. Cuidado de personas dependientes y género. In: AGUIRRE, R. **Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado em Uruguay**. Montevideo: Rosario Aguirre, 2009. p. 87-123.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra Reforma: desestruturação do Estado e a Perda de Direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOFF, L. **O Cuidado Essencial**. Disponível em:

<http://www.leonardoboff.com/site/vista/2001-2002/cuidado-ess.htm>

Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Rideel, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em: 21 jul. 2011..

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em 03 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
Acesso em: 09 maio 2011

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRUSCHINI, C. Uma abordagem sociológica de família. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 01-23, jan./jun. 1989 Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol6_n1_1989_1artigo_1_23.pdf. Acesso em: 15 nov. 2010.

CAMPOS, M.; MIOTO, R.C.T. Política de Assistência Social e a Posição da Família na Política Social Brasileira. **Ser Social**, Brasília, n. 12, p. 165-190, jan./jun. 2003.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122. 2003.

CHIZZOTTI, A. **A Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, M. D. H. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho em serviços. In: MOTA, A. E. (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos**: ensaios sobre reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1998. p. 97-113.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DE MARTINO, M. Políticas Sociales y Família: Estado de Bienestar y Neo-liberalismo Familiarista. **Fronteiras**, Montevideo, n. 4, p. 103-114, set. 2001.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. de. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 1998. p. 9-29.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 84-116, 1991.

_____. La Economía Familiar. In: _____. **Fundamentos sociales de las economias postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000a. p. 69-98.

_____. Un nuovo examen comparativo de los distintos regimes del bienestar. In: _____. **Fundamentos sociales de las economias postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000b. p. 101-132.

_____. Riesgos sociales y Estados de Bienestar. In: _____. **Fundamentos sociales de las economias postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000c. p. 49-66.

FALEIROS, V. P. **A política social no Estado capitalista**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**: revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 254-283, 1990.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 389-394, fev. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011.

GELINSKI, C. R. O. G. **Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via Estratégia Saúde da Família**. 2010. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Programa de Pós Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GOLDANI, A. M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista brasileira de estudos de população**, São Paulo, v. 19, n. 1, jan./jun. 2002.

_____. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 72, n. 91, p. 07-22, 1994.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. de O. L. Considerações ético-políticas sobre a produção de cuidado como bem-comum. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

HIRATA, H. Teorias e práticas do *care*: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, N.; MORENO, R. (Org.). **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: SOF. p. 42-57. (Coleção Cadernos Sempre Viva. Série Economia e Feminismo, 2.)

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais 2007**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php

?id_noticia=978&id_pagina=1. Acesso em: 29 nov. 2010.

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

LETABLIER, M. T. El trabajo de “cuidados” y su conceptualización en Europa. In: PRIETO, C. (Ed.). **Trabajo, género y tiempo social**. Espanha: Complutense, 2007.

LIMA, E. M. **A Proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, 2007.

MARTIN, C. Os limites da proteção da família. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 42, p. 53-76, maio 1995.

MARX, K. **O Capital**. Tradução Reginaldo Sant’Anna. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1. 2008.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1997 a 1998**. Brasília: IPEA, 2001.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de economia política**, São Paulo, v. 26. p. 119-136. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf> Acesso em: 21 fev.

2011.

MENICUCCI, T. M. G. Política de saúde no Brasil: entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social e Sociedade**, n. 87, p. 58-75, 2006.

_____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf>
Acesso em: 02 jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MIOTO, R. C. T. **As ações profissionais do Assistente Social na Atenção Básica de Saúde: contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da integralidade**. Florianópolis: UFSC; CNPq, 2010a. (Breve Relatório de Pesquisa 2007-2010).

_____. **Cuidados Sociais dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis**. Brasília: UNB; CEAD, 2000. (Cadernos Capacitação em Serviço Social e Política Social, 04).

_____. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, A. B. A. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010b. p. 51-66.

_____. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, I. et al.(Org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez; CAPES, 2008. p. 130-148.

_____. **Família e política social: relações entre famílias e serviços**

públicos. Florianópolis: UFSC; CNPQ, 2011. (Projeto de pesquisa).

_____. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 55, p. 114-130, abr. 1997.

_____. Famílias e assistência Social: subsídios para o debate do trabalho dos Assistentes Sociais. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.). **Famílias e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010c.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política Social, Família e Juventude**. São Paulo: Cortez; UERJ, 2004.

_____.; MITJAVILA, M.; LIMA, T. C. S. Família e saúde: direitos e práticas. In: SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. R. (Org.). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à Saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: EdUFSC; Ed. Lagoa, 2004. p. 185-200.

_____.; CAMPOS, M. S.; LIMA, T. C. S. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas: contribuição ao debate sobre o papel da família na provisão do bem-estar social. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, v. 10, n. 1. p. 165-185, jan./jun. 2006.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e família no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia do alojamento conjunto**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____.; BOEHS, A. E. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Revista da escola de enfermagem**, São

Paulo, v. 41, n. 3, p. 468-477, set. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/18.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2011.

NASSIF, A. A. **O acompanhante na maternidade**: concepções dos profissionais da saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Curso o método em Marx**. Disponível em:
<http://www.sergiolessa.com/>
Acesso em: 17 jul. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

OROZCO, A. P. Amenaza Tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema econômico. **Revista de economía crítica**, [S.l.], n. 5, p. 7-37, marzo 2006.

PEREIRA, P. A. P. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I. et. al (Org.). **Política Social**: alternativas ao Neoliberalismo. Brasília: UNB, 2004.

_____. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. dos. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro na UTI. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2. mar./abr.

2007.

SARTI, C. A. Famílias Enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-36.

_____. O lugar da família no Programa Saúde da Família. In: TRAD, A. B. A. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 91-104.

SCHUTZ, F. **A intersectorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SILVA, M. O. da S.; YASBEK, M. C.; DI GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SUNKEL, G. **El papel de la familia en la protección social en América Latina**. Chile: CEPAL, 2006. (Série Políticas Sociales, 120).

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO. 1989.

TRAD, L. A. B. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: TRAD, A. B. A. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 27-50.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v.1, n. 18, 2008. p. 120-144.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1 Identificação e experiência profissional do sujeito

- 1.1 Codinome: Idade: Sexo: M () F ()
1.2 Categoria Profissional
1.3 Quantos anos de experiência profissional?
1.4 Quanto tempo trabalha nesse serviço?

2 Concepções sobre família

- 2.1 Qual a concepção que você tem de família? (ou) Quem é família para você?
2.2 É a partir dessa concepção que você compreende as famílias que são atendidas nesse serviço?
2.3 Qual é o papel da família durante o período de atendimento nesse serviço?
2.4 Você entende que a família é responsável pelo cuidado do paciente? Em que momentos? De que forma? Ela é responsável tanto na internação como na alta hospitalar?

3 Relações entre famílias/profissionais/serviço

- 3.1 Os valores morais e religiosos presentes na concepção de família dos profissionais podem interferir na orientação das ações profissionais voltadas aos usuários e às suas famílias?
3.2 Você já presenciou ou definiu condutas profissionais diferenciadas em razão do perfil familiar?
3.3 Há famílias que apresentam aspectos facilitadores ou dificultadores para o atendimento do usuário? Exemplifique.
3.4 Quais as expectativas que os profissionais/serviço têm em relação às famílias? E você comunga dessas expectativas?
3.5 Quando uma família não atende às normas/condutas recomendadas pelos profissionais/ serviço, quais são os procedimentos adotados para enfrentar a situação?
3.6 Como você descreve a relação família x serviço de saúde?
3.7 Os serviços de saúde têm se organizado para receber a família/acompanhante durante período de internação? E quanto a esse setor, especificamente?
3.8 Há condições para permanência integral de um membro familiar no hospital durante internação?
3.9 Qual integrante da família se responsabiliza mais pelo acompanhamento?
3.10 Você acha que aumentaram as exigências em relação ao papel da família no acompanhamento hospitalar nos últimos anos?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir você pode aceitar ou não fazer parte do estudo ou ainda desistir de sua participação, sem ter que apresentar nenhuma justificativa ou motivo, podendo fazê-lo inclusive por telefone, sem qualquer prejuízo, em qualquer momento, se assim desejar.

Se concordar em participar desta pesquisa assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A identidade dos informantes será mantida em absoluto sigilo. Os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas o nome do sujeito da pesquisa não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIAS E SERVIÇOS PÚBLICOS

A finalidade dessa pesquisa é conhecer e discutir as relações que se estabelecem entre as famílias e os serviços públicos, considerando que os serviços públicos são essenciais para o atendimento de necessidades de seus usuários, mas também requerem a organização do tempo e dos recursos das famílias. Por isso, esse estudo necessita ouvir tanto as famílias como os profissionais dos serviços. Através das informações prestadas espera-se entender como as famílias se organizam para atender as necessidades de seus membros e as demandas dos serviços e como as famílias são incorporadas pelos serviços públicos que são os responsáveis pela execução das políticas sociais. Espera-se que o conhecimento gerado por esse estudo contribua para o aprimoramento da qualidade dos serviços ofertados e para a melhoria da qualidade de vida das famílias.

Metodologia: Coleta de dados com profissionais terão como instrumentos de pesquisa entrevistas e Grupo Focal. A pesquisa com as famílias será realizada através de entrevistas.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através das pesquisadoras: Professora Dra. Regina Célia Tamaso Mioto (coordenadora), telefone para contato: (48) 37219297 ramal 23 Mestranda Mariana Silveira Barcelos, telefone para contato: (48) 84184550 Mestranda Pâmela Guimarães Lino, telefone para contato: (48) 37219297

Assistente Social/ Mestre Francielle Lopes Alves, telefone para contato: (48) 84017070

Assistente Social/Residente Camile Alves Cezar, telefone para contato: (48) 84546720

Assistente Social Fernanda Schutz, telefone para contato: (48) 37219297

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO:

Eu, _____, RG _____,

CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer tipo de penalização.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Telefone para contato: _____