

O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais

The role of family and primary network in the reform of social policies

Mauro Serapioni ¹

Abstract *The crisis of Welfare State has been contributing to rediscover the family, primary networks and communities as fundamental actors to perform social policies. The family, particularly, has attracted more and more attention of governmental institutions and social scientists for its role of protection, help and care. Actually, there are many proposals of social policies based on the conception of “community care”, which aim to hold the community co-responsible for social and health problems. The Brazilian Family Health Program is one of these strategies, whose the main objective is to provide basic health care to families and communities. However, constant changes at the organization of the family, basically in its composition, structure and function, make difficult development of effective policies focused on the family participation. In the light of this context, it is important to design adequate strategies to promote a continuing education process for health professionals, which could complement their knowledge in familiar and community approaches. Thus, social policy makers have opportunity to introduce innovative and creative ideas at community level, which could valorize the role of informal care, specially, that delivered by relatives, in order to integrate these activities to them carried out by the institutional care providers.*

Key words *Family, Family health program, Informal care, Community care, Social policies*

Resumo *A crise do Estado de Bem-Estar Social tem contribuído para a redescoberta da família, das redes primárias e da comunidade como atores fundamentais na efetivação das políticas sociais. A família é cada vez mais objeto de atenção das instituições governamentais e dos cientistas sociais pela grande quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado que ela desenvolve. Atualmente, há várias propostas de políticas sociais baseadas na concepção de “cuidado comunitário”, que objetivam co-responsabilizar a comunidade em relação aos problemas sociais e de saúde. Uma das estratégias é o Programa de Saúde da Família, que visa oferecer serviços de atenção básica às famílias e às comunidades. Observa-se, porém, uma profunda transformação na organização da família, na sua composição e estrutura e sua função. O desenvolvimento de uma política mais efetiva nessa área deve promover um processo de educação continuada dos profissionais, aprofundando sua formação quanto à abordagem familiar e comunitária. Os planejadores de políticas sociais dispõem de várias possibilidades para introduzir novas e criativas iniciativas em nível de comunidade, que ofereçam a oportunidade de valorizar o papel do cuidado informal, em particular o cuidado subministrado pelo parentesco, e para integrá-lo às atividades realizadas pelos serviços institucionais.*

Palavras-chave *Família, Saúde da família, Cuidado informal, Cuidado comunitário, Políticas sociais*

¹ Universidade Estadual do Ceará, Mestreado em Saúde Pública. Av. Paranjana 1.700, Serrinha, 60740-020, Fortaleza CE. mauro_serapioni@yahoo.es

Introdução

A família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros. Há um geral reconhecimento, hoje em dia, de que ela está no centro das funções de cuidado. Uma grande parte do cuidado acontece no lar. A vida quotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família. É no seu contexto social que se salva a saúde e se lida com as doenças. A família representa, na verdade, a unidade básica de atenção à saúde; é o primeiro nível de atenção à saúde. Nesse sentido, o cuidado familiar constitui o fundamento do cuidado comunitário. Uma pesquisa realizada em 1996 pela *British Medical Association* evidenciou que 80% das doenças menores são diagnosticadas e tratadas em casa, sem a intervenção dos profissionais de saúde (Siza, 2000). Há quase vinte e cinco anos, Levin (1979) tinha chegado às mesmas conclusões, registrando que 75% de todo o cuidado com a saúde aconteciam no contexto informal da família extensa. Ainda no Reino Unido, estima-se que cerca de 5,7 milhões de pessoas estão regularmente envolvidas na provisão de cuidados na comunidade (Clarke, 2001). Calculando o número de horas dedicadas ao cuidado de familiares, alguns investigadores chegaram a estimar os gastos financeiros equivalentes ao total do orçamento dos serviços sociais e de saúde (Finch, 1989).

No geral, as pesquisas dos últimos 25 anos têm destacado o papel fundamental da família e das redes sociais na atenção e na promoção da saúde, nas três seguintes direções (Siza, 2000): 1) no fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados; 2) no desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social no âmbito do parentesco extenso, da vizinhança e do associacionismo de ajuda mútua; 3) no melhoramento do acesso aos serviços de saúde, graças a sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso.

As pesquisas epidemiológicas e psicossociais têm demonstrado os efeitos positivos das relações sociais na evolução de inúmeras patologias. Coesão e solidez dos laços familiares podem reduzir a percepção da gravidade dos eventos mórbidos. Segundo vários autores, a mortalidade e a morbidade são significativa-

mente mais elevadas entre as pessoas com escassas relações sociais (Glenn, 1975; Cobb, 1976; Berkam & Syme, 1979; Finch, 1989; Andrade & Vaitsman, 2002). Portanto, hoje em dia, todos reconhecem que a família contribui, de maneira fundamental, para o bem-estar da população e recomendam que as políticas sociais, os governos e as organizações não-governamentais apoiem as famílias no desenvolvimento dessa importante tarefa.

Entretanto, a crise do Estado de Bem-estar Social vem promovendo, nos países industrializados, uma série de questionamentos sobre o papel do Estado e da sociedade na resolução dos problemas sociais (Smith & Ingram, 1993). É como se a teia de solidariedade social que embasou a criação do próprio Estado de Bem-estar Social se tivesse esgarçado, à medida que a sociedade transferiu ao Estado toda e qualquer responsabilidade sobre as demandas sociais. Nos últimos anos, há uma tendência de redescoberta dos setores informais, das famílias e da comunidade como atores importantes na efetivação dessas políticas. Em outras palavras, começa-se a recuperar aqueles sujeitos (famílias, comunidades de vizinhos, voluntariado, grupos de auto-ajuda, organizações não-governamentais) que, de diferentes formas e com diferentes níveis de envolvimento, desenvolvem funções assistenciais e de cuidado.

O atual debate sobre o resurgimento da família no cenário das políticas sociais é caracterizado por controvérsias e polêmicas entre as diferentes forças políticas. Tradicionalmente, as forças políticas que sustentaram a modernização haviam identificado a família como um obstáculo à modernização da sociedade. Sucessivamente, os liberais descobriram as potencialidades da família em substituir algumas intervenções do Estado, que eram consideradas burocráticas e muito custosas. A partir dos anos 70, também as forças de esquerda começaram a reconhecer a importância social das famílias.

Antes de analisar as políticas de saúde baseadas no cuidado familiar e comunitário e antes de poder apreciar o efeito dessas políticas, é necessário compreender a natureza das mudanças acontecidas na estrutura e na organização da vida familiar na sociedade moderna. Precisamente, temos de saber como as recentes mudanças nos modelos familiares têm afetado as habilidades das famílias para desempenhar as funções de cuidado informal. Os responsáveis pelas políticas de saúde devem estar conscientes das mudanças ocorridas nas últimas déca-

das na vida familiar, antes de introduzir qualquer tipo de política pública que pretenda incentivar o cuidado informal, seja da família, seja das redes de suporte social.

Antes de discutir, no entanto, o impacto das mudanças nos modelos organizacionais da família, é preciso definir com mais clareza o que nós entendemos pelo termo “família”.

Definição do conceito de família

A família forma a unidade básica da organização social na nossa sociedade. Para alguém ela representa o pré-requisito de um sistema social estável. Muitos cientistas sociais, entretanto, percebem um declínio da família como instituição social e sustentam que a família tem perdido sua autoridade moral e seu sentido de responsabilidade e, somente voltando aos valores da família tradicional, é possível deter o declínio moral. Esse tipo de análise contém uma imagem idealizada da família: um casal heterossexual casado, incluindo os parentes biológicos da criança, formado por um único domicílio monofamiliar. Essa tipologia constitui o que muitos definem como núcleo familiar normal ou família tradicional. (Clarke, 2001)

Analisando, contudo, dados referentes à tipologia e estrutura da família de qualquer país ocidental, industrializado ou em desenvolvimento, pode-se observar que a família não é uma entidade fixa, mas uma pluralidade de formas. Então, diante da existência dos diferentes tipos de família, o uso do termo “família” pode confundir. Vários estudiosos, por exemplo, para evitar essa controvérsia conceitual, têm preferido adotar uma abordagem mais pragmática e preferem falar de “famílias” (Clarke, 2001), de “vida familiar” (Donati & Di Nicola, 1996) ou, ainda, de “formas empíricas de família” (Vaitsman, 1999).

Queremos manter o termo “família” para entender um modelo ideal de família (no sentido jurídico-legal), ou é melhor adotar uma diferenciação social e cultural do termo? Em outras palavras, o conceito de família serve para designar somente as famílias baseadas no matrimônio, ou tem de incluir, também, todas as outras formas de família empiricamente existentes?

Não cabe ao cientista social responder a esse dilema de natureza ética, política e jurídica. Ao cientista social cabe analisar as várias formas em que se verificam as diversas condições

familiares e as implicações que cada uma tem no seu relacionamento com as políticas sociais.

Independente da discussão terminológica e conceitual, a família tem de ser compreendida como: a) intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações; b) mediação entre cultura e natureza; c) mediação entre esfera privada e esfera pública. Nesse sentido, a família deve ser entendida seja como relação intersubjetiva do mundo da vida, seja como instituição (Donati & Di Nicola, 1996).

Mudança da família

Nas últimas décadas, houve significativas mudanças seja na estrutura e funções da família, seja na dinâmica interna da vida familiar. Essas mudanças, porém, têm implicações, também, na provisão de cuidado informal.

Do ponto de vista das funções, a família perde a sua estrutura multifuncional (unidade de produção e consumo, detentora de mecanismos de transmissão cultural de valores e normas, de integração social de seus membros, de socialização primária e secundária das novas gerações, de controle da propriedade) que, tradicionalmente, assumia e que, agora, é assumida por outras agências, como a escola, a fábrica, o mercado, os meios de comunicação, a igreja, etc. (Donati & De Nicola, 1996). Na sociedade moderna, a família tende a se reduzir sempre mais à família nuclear, mantendo um número limitado de funções, entre as quais: a estabilização do equilíbrio da personalidade adulta e a socialização primária dos novos nascidos (Parsons & Bales, 1974). Trata-se, porém, de duas funções, que, embora residuais, são muito importantes, já que somente a família pode desempenhar. Por isso, ainda se considera importante o papel da família na sociedade moderna e contemporânea. De fato, afirmam Donati & De Nicola (1996) que nuclearização não é sinônimo de perda de centralidade da família.

Do ponto de vista da estrutura, ela se transforma de extensa para nuclear. Geralmente, atribui-se ao processo de industrialização e urbanização a responsabilidade pelo declínio da família extensa e o surgimento da unidade familiar nuclear. Essa hipótese, entretanto, tem sido questionada por vários estudiosos por várias razões:

1) considerando o índice de expectativa de vida prevalente nos séculos 18 e 19, não era

muito comum a coexistência de três gerações no mesmo lar, e não era comum que os avós pudessem cuidar das crianças;

2) evidências demonstram que a industrialização não tem levado à redução do tamanho da família, mas tem incentivado a formação de famílias extensas, uma vez que a ocupação de homens e mulheres na indústria tornou necessária a presença de outros parentes no domicílio;

3) outros estudiosos têm questionado a posição da família nuclear contemporânea como isolada do parentesco. É questionado, em particular, o fato de a nuclearização ser interpretada como isolamento e quebra das relações com o parentesco. Litwak (1960), por exemplo, contrapõe o conceito de família nuclear de Parsons (1974) ao conceito de “família extensa modificada”. Para Litwak (1960), a família isolada mantém importantes relações com a família de origem, embora não haja coabitação. Em outras palavras, a família nuclear é independente como domicílio, mas continua sendo parte do grupo mais amplo do parentesco. Nesse sentido, Rosenmayr e Kockeis (1963, *apud* Finch, 1989) falam de “intimidade a distância” para expressar essa nova configuração familiar. A relação extensa do parentesco e o suporte recíproco representam aspectos importantes da vida da família contemporânea (Clarke, 2001). Existe uma rede de parentesco não-residencial que provê ajuda e suporte em caso de necessidade. Os avós e outros parentes, como demonstram muitas pesquisas, continuam sendo provedores de cuidado dentro da família extensa. Por isso, os sociólogos preferem falar de “família extensa modificada”, ao invés de “família nuclear isolada” (Morgan, 1975).

No geral, existem ainda diversas interpretações das consequências dessa nova dinâmica familiar: alguns autores sustentam que o resultado dos novos modelos familiares é a progressiva desmembramento e dissolução dos laços de parentesco e de reciprocidade familiar, até chegar ao “final da família”. Outros autores, ao contrário, analisando estudos empíricos realizados sobre a família, afirmam que os signos que revelam a vitalidade das redes familiares são diversos e abundantes (Finch, 1989; Comas D’Argemir, 1997; Donati & Di Nicola, 1996). De fato, a diversificação e a mudança das formas de convivência não significam a perda da importância da família na sociedade moderna. Segundo Comas D’Argemir (1997), apesar das formas de convivência terem mudado profundamente, os vínculos de parentesco, especial-

mente aqueles intergeracionais, têm se reforçado, contradizendo o modelo parsoniano da família nuclear.

Nas últimas décadas, a família tem passado por várias crises nas sociedades industrializadas ou naquelas em desenvolvimento. As diferentes crises que têm afetado a família propiciam o surgimento de novo tipo de família (e não a sua extinção, como teorizaram as correntes evolucionistas) e novas reflexões sobre a família. Por isso, o interesse de cientistas sociais, de profissionais e de políticos tem sido sempre maior. Nesse sentido, Ferrari & Kaloustian (1998) afirmam que *a família brasileira, em meio a discussões sobre a sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância... e de lugar inicial para o exercício da cidadania.*

Novos padrões de família

Entre os fatores que têm resultado no surgimento de novas formas familiares cabe destacar as mudanças na legislação que regula as relações conjugais e de filiação; a ruptura da dicotomia entre papéis públicos e privados, segundo o gênero; o crescente processo de individualização econômico e cultural dos sujeitos; a pluralização dos estilos de vida; a igualdade entre os sexos e a consequente ruptura de casamentos sentidos como insatisfatórios (Vaitsman, 1999; Donati & Di Nicola, 1996).

A mudança dos modelos familiares, um dado inegável, é objeto de análise e debate nos principais fóruns internacionais. Realmente, a redução do número de filhos, o retardamento do matrimônio, o atraso da maternidade, o aumento da porcentagem de divórcios e o incremento das uniões de fato representam alguns dos indicadores familiares que caracterizam os países industrializados, como também muitos países em desenvolvimento. Esses fenômenos têm tido um impacto relevante na estrutura dos núcleos familiares, produzindo significativas mudanças e novas formas de organização familiar (De Ussel, 1996). Junto com o padrão de família nuclear que ainda representa o arranjo residencial predominante, observa-se o surgimento das seguintes tendências de organização da família: 1) pluralização das formas familiares; 2) aumento das famílias monoparentais; 3) aumento das famílias com um único elemento; 4) surgimento das famílias reconstituídas.

Também no Brasil, segundo Vaitsman (1999), observa-se esse mesmo processo de diferenciação da estrutura familiar: *O Brasil jamais foi uma sociedade homogênea quanto às suas formas de família... Atualmente as formas empíricas de famílias correspondem cada vez menos à família conjugal moderna estável e nuclear. Este modelo entrou em crise.* Uma pesquisa realizada em Florianópolis em 1993 (Rech *et al.*, *apud* Takashima, 1998), constatou que 73,3% das famílias entrevistadas eram de tipo nuclear; dessas, 40% se autodenominavam “desestruturadas”, ou seja, “com problemas na dinâmica de interação”. As famílias matrifocais representavam 23,3% da amostra. O dado surpreendente dessa pesquisa – na opinião de Takashima (1998) – foi o fato de que 64% dos “pais físicos” eram considerados ausentes pelas mães entrevistadas. Os mais recentes dados do censo demográfico sobre População e Domicílios do IBGE (IBGE, 2000) confirmam essa tendência. A proporção de mulheres responsáveis pelo domicílio passou de 18,1%, no ano 1991 para 24,9% no ano 2000.

Família, funções assistenciais e políticas sociais

Há um consenso entre os cientistas sociais em reconhecer uma correlação inversa entre funções exercidas pelas famílias e desenvolvimento de políticas sociais. Historicamente, o aumento de serviços ofertados pelo Estado de Bem-Estar corresponde a uma contração das funções familiares, ou seja, quanto mais funções são concentradas nas famílias, tanto menos relevante é o papel das agências de serviços extrafamiliares e vice-versa (Donati & Di Nicola, 1996). Essa correlação, contudo, tem duas diferentes interpretações: a) uma interpretação negativa por parte de quem enfatiza os efeitos de erosão e debilitação cultural e social da família, como consequência da contínua intrusão dos mecanismos de políticas sociais e de outras agências de mercado, efeitos que Habermas (1997) chama de colonização do mundo da vida e que reduzem a família a uma simples esfera privada e dependente das instituições do Estado de Bem-Estar. A consequência mais marcante é o fato de a família ser sempre mais regulada por códigos alheios que quebram a solidariedade familiar; b) uma interpretação positiva no sentido de que a família nuclear – sempre mais reduzida no número de seus componentes e, portanto,

com menos recursos humanos para lidar com todos os problemas relacionados à reprodução primária – precisa de uma rede de serviços que a liberte do fardo de desempenhar inúmeras tarefas e facilitem a sua dedicação prioritária às funções afetivas (Donati & Di Nicola, 1996). Embora sustentadas por correntes ideológicas opostas, ambas as interpretações dessa correlação apontam para uma mudança nas relações entre família e instituições de *welfare state* e uma revalorização do sistema de cuidado informal. De fato, é importante superar a lógica atualmente prevalecente de satisfação das necessidades, fortemente baseada na polarização entre serviços ofertados pelas instituições públicas e serviços adquiríveis no mercado. Essa polarização se sustenta na aceitação do pressuposto de que, na sociedade contemporânea, a família é isolada do parentesco e de sua comunidade. Entretanto, muitas pesquisas têm demonstrado com o, apesar das mudanças ocorridas na estrutura da família e nas relações comunitárias, o campo das redes sociais e da solidariedade primária (relações de parentesco, de amigos e de vizinhos) persiste e continua tendo uma significativa relevância para os sujeitos, também nas sociedades urbanizadas (Donati & Di Nicola, 1996). Realmente, a dinâmica demográfica (com redução da natalidade e o envelhecimento da população) e as novas tendências econômicas (com efeitos no trabalho e nos índices de emprego dos jovens), junto a outros fatores socioeconômicos e culturais, têm contribuído para incrementar os intercâmbios material, social e afetivo entre diferentes gerações (Comas D’Argemir, 1997). Da mesma forma, têm aumentado, também, as tradicionais funções assistenciais exercidas pela família, entre elas, as de proteção, de ajuda e de cuidado das pessoas dependentes por motivos de saúde ou de idade. Essas atividades são pouco visíveis porque não se fazem no marco das relações trabalhistas e são caracterizadas por sua dimensão moral e afetiva (Comas D’Argemir, 1997). Cabe destacar, de acordo com a experiência de muitos países ocidentais, que a maior parte das funções assistenciais realizadas no âmbito da família ou em nível de comunidade é realizada por mulheres. Finch (1989) afirma que, no Reino Unido, segundo as fontes estatísticas, a grande maioria de pessoas recebe cuidados por parte do parentesco e que as mulheres subministram entre 75 e 85% desses cuidados.

Iniciativas de solidariedade e de ações coletivas de apoio representam, segundo Takashi-

ma (1998), “formas de organização cotidianas das famílias e experiências vitais” dos setores mais necessitados da população da América Latina. Em relação ao Brasil, as pesquisas têm revelado várias atividades e redes de solidariedade no nível doméstico ou no nível comunitário. Takashima (1998), por exemplo, tem identificado três áreas de organização solidária: a) *redes espontâneas de solidariedade em tre vizinhos – casos de morte, de incêndio, doença etc.*; b) *práticas informais organizadas – a própria comunidade assume a criança abandonada, denuncia casos de violência etc.*; c) *práticas formalmente organizadas, com agente externo motivador. Exemplos: sacolão; fábrica de sabão; projeto de geração de renda...*

A valorização das redes sociais e da família é quase contemporânea ao surgimento da crise econômica e fiscal dos Estados de Bem-Estar. Nesse contexto, sublinha Carvalho (1998), ressurge também a família e a comunidade. Essa convergência tem, de fato, levado a reconhecer o papel das redes sociais e, no geral, do chamado terceiro setor como importantes atores para satisfazer as necessidades sociais. Obviamente, essa posição pode assumir diferentes significados: 1) Pode ser entendida como uma resposta à crise econômica e fiscal do Estado de Bem-Estar valorizando o trabalho da família e das redes sociais primárias, o que significa, como afirmam Donati & Di Nicola (1996), “uma reprivatização de serviços e modalidades de satisfação das necessidades” e, paralelamente, um parcial redimensionamento do empenho do Estado em relação às necessidades das comunidades.

2) Pode ser entendida como uma resposta às novas necessidades e demandas relacionadas mais à qualidade de vida, que à segurança material. Nesse sentido, a valorização de cuidado informal e de redes sociais poderia representar uma maior preocupação do Estado com os aspectos relacionais, de humanização e de personalização das intervenções sociais. Se isso acontecesse, estaríamos diante de um processo de transição que nos levaria em direção a uma sociedade de serviços, ou seja, estaríamos diante de uma enorme mudança socioeconômica e cultural: a passagem de um Estado de Bem-Estar a uma Sociedade de Bem-Estar (Donati & De Nicola, 1996).

No contexto do Brasil, a retomada da família e das redes sociais como referência das políticas públicas é justificada, também, como a estratégia mais adequada – ao lado das intervenções sociais tradicionais (saúde, educação, ha-

bitação, renda, etc.) – para desenvolver programas sociais efetivos para enfrentar a pobreza (Draibe, 1998).

Família e políticas de saúde

A necessidade de uma mudança na relação família-políticas sociais tem marcado o debate internacional e nacional nos últimos 15 anos. Relativamente ao Brasil, vários estudiosos vêm criticando o trabalho até hoje desenvolvido com as famílias. Carvalho (1998) afirma que a *família tem sido uma ilustre desconhecida nas diretrizes e programas propostos pela política social brasileira* e recomenda retomar a família e a comunidade *como pontos de partida de práticas sociais alternativas e não simplesmente alternativas*. Isso significa que é urgente implementar intervenções e atividades de apoio que possam alterar a qualidade da vida e a exclusão social das famílias brasileiras. Para Vasconcelos (2000), as atenções prestadas à família são consideradas práticas conservadoras e pouco eficientes, “porque estão presas a uma cultura tutelar de relação com as classes populares”, que não aceita a “autonomia da família por não confiar em sua capacidade”. Um exemplo destas práticas, segundo Carvalho (1998), é “a enorme resistência a programas de complementação da renda familiar já existentes... há dezenas de anos em vários países do mundo”. Essa postura resulta – ressalta Vasconcelos (2000) – *em aumentos de custos dos programas, em expansão exagerada da burocracia gestora e em perda de qualidade*.

Outra crítica se refere à persistente fragmentação e individualização das políticas sociais dirigidas às famílias, que, segundo Takashima (1998), provocam “duplicidade ou descontinuidade no atendimento às famílias” e não integram os diferentes projetos, resultando em uma série de ações atomizadas. Recomenda-se, portanto, o surgimento de propostas de integração das diferentes intervenções no campo social, com vistas a superar a atual fragmentação, seja das políticas públicas (direito à saúde, à educação, à habitação, ao transporte, à segurança etc.), seja das do indivíduo (direitos da mulher, da gestante, da criança, do idoso, do trabalhador etc.). A grande maioria das políticas sociais, de fato, se dirige – segundo Vasconcelos (2000) – para o “atendimento individualizado das pessoas, desconhecendo o universo familiar e comunitário em que vivem”. *A ten-*

ção à família – acrescenta Carvalho (1998) – *tomou-se periférica. Quando existente, não era o alvo, mas sim a mulher, o trabalhador, a criança.*

Igualmente questionadas são as políticas de saúde voltadas para a família, com sideradas ainda centradas em práticas tradicionais. Embora se reconheça a importância do Programa de Saúde da Família (PSF) como primeira estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, vários estudiosos evidenciam sua abordagem ainda fundamentada no individualismo assistencial. Para Neto (2000), é preciso desenvolver, no âmbito dos serviços de atenção primária, uma abordagem familiar que considere a família, não somente como geradora de crises, mas também de soluções.

Na experiência cotidiana, observa-se que qualquer tipo de intervenção da equipe do PSF é considerado familiar: *Nas visitas às famílias, a atenção fica muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam, como a amamentação, o uso de re-hidratante oral, o controle da hipertensão, etc.* (Vasconcelos, 2000). Nesse sentido, é a unidade familiar, e não os indivíduos, que deve ser tomada como base de referência para desenhar os programas dirigidos à saúde da família (Draibe, 1998). Para Feuerwerker & Almeida (2000), o problema maior que a estratégia do PSF enfrenta para sua consolidação e ampliação encontra-se na área de recursos humanos. Não há ainda profissionais com perfil, competências e habilidades necessárias para compor uma equipe apta a desenvolver uma abordagem familiar. Outro problema premente é a dificuldade de encontrar soluções definitivas para as relações trabalhistas com os profissionais do PSF, que permitam resolver o problema da rotatividade (Bessa & Penaforte, 2002).

De qualquer forma, a valorização da família e das redes sociais, no contexto da crise do *Welfare State*, reflete certa consciência do esgotamento da opção pelo indivíduo como eixo das políticas e dos programas sociais. Hoje em dia, em níveis internacional e nacional, há um consenso sobre a importância de 1) retomar a família como unidade de atenção das políticas públicas; 2) desenvolver redes de apoio e de envolvimento em todas as famílias e comunidades; 3) realizar uma melhor integração entre famílias, serviços públicos e iniciativa do setor informal.

Uma nova proposta de política social: o cuidado comunitário

Atualmente, há um grande número de propostas de políticas sociais baseadas na concepção de “cuidado comunitário” (*Community Care*), que aproximam a assistência institucional e a não-institucional, a formal e a informal, incluindo as redes de solidariedade primárias (parentesco, amigos, vizinhos) e o voluntariado. A proposta de *Community Care* surge nos anos 70, na área de saúde mental, como crítica às modalidades de provisão dos serviços institucionais: *Havia o convencimento que qualquer forma de cuidado comunitário era preferível ao tratamento dentro das instituições* (Clarke, 2001). No Reino Unido, a *Community Care* foi amplamente discutida entre cientistas sociais e atuantes no campo dos serviços sociais e de saúde. O mesmo Relatório Griffiths (1988) recomendou aos serviços públicos desempenharem um forte papel de suporte a favor dos recursos de cuidado informal: famílias, amigos, vizinhos e outras pessoas locais. Sucessivamente, no ano 1990, o governo conservador desse país lançou uma reforma do setor saúde (*National Health Service and Community Act*), baseada em alguns princípios do cuidado comunitário, com o propósito de reequilibrar a relação entre cuidado formal e informal, e de estabelecer parceria entre estado, indivíduos, famílias e grupos de voluntariado (Clarke, 2001). Vale ressaltar que o governo conservador não queria somente envolver famílias e grupos de voluntariado na provisão do cuidado, em concordância com as filosofias profissionais e os valores de desinstitucionalização e descentralização desse momento, mas pretendia também reduzir o papel de prestadores das autoridades locais de saúde e, em consequência, com a despesa sanitária. De fato, como aponta Barnes (1997), o incentivo à prestação de cuidado informal é, sem dúvida, uma política custo-efetiva, mas, ao mesmo tempo, representa uma estratégia de privatização da *Community Care*.

Na perspectiva sociológica da política social baseada no cuidado comunitário (e não somente na perspectiva econômica), as famílias e as redes informais da comunidade devem ser consideradas não apenas destinatárias da atenção à saúde, mas também sujeitos ativos que podem contribuir, com recursos próprios, para o processo de produção da saúde. A idéia básica do “cuidado comunitário” é a co-responsabilização e a participação da comunidade local

em relação aos problemas sociais e de saúde.

Entretanto, isso não significa, na opinião de Folghera i ter (1991), que as instituições formais subministram cuidados dentro da comunidade (*care into the community*). Essa era a idéia essencial da descentralização dos serviços na comunidade que tem caracterizado a primeira fase do Estado de Bem-Estar Social, que incluía a assistência domiciliar e os serviços descentralizados em nível local. Essa política de desinstitucionalização dos serviços de saúde, embora tenha ofertado serviços essenciais às famílias e comunidades, não pode ser ainda considerada uma política de *community care*, na medida em que não se preocupa em fortalecer a autonomia das famílias, da comunidade e, no geral, das redes primárias. A premissa do cuidado comunitário é que a comunidade se torne um sujeito autônomo de produção de cuidado, dentro dela mesma (*care by community*), cujo papel é não somente identificar problemas, mas também gerar soluções.

É importante, também, salientar que a *community care* supõe que ainda existam sólidas relações comunitárias. Analisando, contudo, as atividades de cuidado informal que se desenvolvem na comunidade, observa-se que a maioria delas é realizada pelas famílias e pelo parentesco, quase sempre, por parte da população feminina. Famílias e parentesco não são a mesma coisa que comunidade. Comunidade implica relação, participação e solidariedade entre as diversas células de um âmbito geográfico. Para evitar a “natureza problemática” e a escassa definição do conceito de “comunidade”, alguns autores têm proposto termos alternativos. Abrams e colaboradores (1989) e Baldwin (1993), por exemplo, preferem falar de “cuidado vicinal” (*neighbourhood care*) para identificar aquela parte da comunidade que está envolvida em atividades de ajuda e suporte em favor de pessoas que moram nas redondezas de um lugar. Bulmer (1987) tem sugerido o termo “grupo primário” (*primary group*), composto de vizinhos, amigos e parentesco. Para Bulmer (1987), essa definição considera a proximidade geográfica, os interesses compartilhados e os laços afetivos a base da relação social e do cuidado informal. O conceito de “grupo primário” elaborado por Bulmer (1987) torna explícito o fato de que a família e o parentesco representam a maior fonte de cuidado comunitário.

De qualquer forma, é preciso que as intervenções sociais que visam a desenvolver atividades de cuidado informal se preocupem em

reforçar as relações sociais e os laços comunitários em nível de parentesco, de vizinhança ou de grupos primários.

Algumas estratégias de cuidado comunitário

Os planejadores de políticas sociais dispõem de múltiplas possibilidades para introduzir novas e criativas iniciativas em nível de comunidade, que oferecem a oportunidade de valorizar o papel do cuidado informal, em particular o cuidado subministrado pelo parentesco, e para integrá-lo às atividades realizadas pelos serviços institucionais. Nesse sentido, o cuidado comunitário pode oferecer uma ampla gama de respostas dentro de um *continuum* formal-informal de divisão do trabalho assistencial. De fato, as atividades de cuidado não-profissional – realizadas por diferentes atores, tais como a família, as redes primárias (parentesco, vizinhos e amigos) e as redes mais organizadas (grupo de auto-ajuda, voluntariado etc.) – podem desenvolver um papel significativo em relação às novas patologias crônico-degenerativas e psicossociais, que geralmente requerem uma assistência de longo prazo.

O grande desafio, porém, é conseguir formas de entrelaçamento, em nível local, entre assistência formal e informal, para garantir, seja um mínimo de coordenação necessária, seja o respeito e o reconhecimento da lógica diversa e das diferentes peculiaridades de cada uma (Giarelli, 2003). Trata-se de planejar a atenção de maneira que a subministração dos serviços dos profissionais de saúde e a assistência informal realizada pelas famílias, vizinhos e amigos possam reforçar-se reciprocamente. Esse tipo de integração é desejável em tese, mas difícil de ser realizado, sobretudo pela tendência de as organizações de saúde formais burocratizarem e colonizarem o setor informal (Habermas, 1997). Nesse sentido, Baldwin (1993) assinala que, tradicionalmente, os serviços de *community care* foram desenhados a partir de abordagens hierárquicas e verticais, baseadas em estratégias de racionalização econômica dos serviços, ao invés de serem orientadas pela filosofia dos usuários.

Apesar das dificuldades apontadas, Bulmer (1991) apresenta algumas estratégias para fortalecer o papel do cuidado informal em nível local: a) *estimular a sociabilidade entre vizinhos de casa*, para incrementar as relações interpessoais

de vizinhança. Um estudo realizado na Inglaterra tem demonstrado que as estruturas de relação entre vizinhos poderiam oferecer uma quantidade relevante de apoio social;

b) *promover grupos de auto-ajuda em nível comunitário*. Existem experiências nesse setor (pais de crianças com distúrbios mentais, familiares de pacientes que receberam alta do hospital etc.) que demonstram que o apoio recíproco de pessoas que vivem a mesma experiência pode constituir uma forma vital de cuidado comunitário;

c) *mobilizar as redes de suporte social* para identificar as pessoas que têm necessidade de cuidado e que ainda não são atendidas pelos serviços sociais;

d) *descentralizar a subministração de assistência formal*, em nível de bairro e domicílio, para que os profissionais dos serviços fiquem mais perto das pessoas assistidas. A experiência já realizada tem demonstrado que essa tarefa é factível, embora seja preciso trabalhar a coordenação dos diferentes serviços;

e) *reforçar a assistência formal em nível domiciliar* para as pessoas idosas e não-auto-suficientes. Trata-se de uma importante atividade, sobretudo para as pessoas que vivem longe de seus familiares;

f) *dar maior suporte a quem assiste*. Reconhece-se que o peso da assistência que recai nos cônjuges e, sobretudo, nas mulheres, é tão grande que se faz necessário dar suporte às pessoas que assistem a outros. Por isso, é necessário organizar “serviços de trégua” ou de internação momentânea do assistido numa instituição apropriada.

Algumas considerações conclusivas

Ao final deste trabalho, parece-nos importante, para evitar mal-entendidos e interpretações não adequadas, sublinhar algumas premissas que têm orientado essas reflexões.

1. A ênfase à importância da família na reorganização das políticas sociais não significa devolver à família o “fardo” da crise do Estado de Bem-Estar Social, chamando os sujeitos a retomar velhas e novas responsabilidades assistenciais. Essa premissa é importante para evitar que as considerações aqui elaboradas sejam confundidas com as políticas de “privatização forçadas” desejadas e/ou implementadas para as correntes políticas conservadoras e neoliberais. Vale ressaltar que, também dentro da cul-

tura progressista e de esquerda, a *community care* tem recebido, pelo menos no passado, uma avaliação crítica, tendo sido considerada um conjunto de atividades assistenciais delegadas aos sujeitos (geralmente às mulheres) que, tradicionalmente, eram responsáveis pelo cuidado informal (Waerness, 1989). Mais recentemente, como destaca também Draibe (1998), “pode-se constatar uma saudável redução das polarizações das ideologias, e a família pode passar a ser vista sem tantos ranços e vieses anacrônicos...”, de forma que a mesma *community care* pode ser valorizada ou criticada por sua flexibilidade, sua potencialidade de reduzir a lógica burocrática da organização do atendimento e para aprimorar a relação entre cuidado formal e cuidado informal. E não pelo simples fato de ser considerada uma política social de cunho neoliberal.

A *community care* pode ser considerada uma resposta adequada à crise do Estado de Bem-Estar e da organização burocrática dos serviços sociais e de saúde, desde que:

a) não sejam desmanteladas as políticas públicas tradicionais: a *community care* não deve legitimar o desmantelamento dos serviços de saúde existentes. De fato, a *community care* não pretende renunciar à cultura de organização e planejamento adotada pelos modelos de organização burocráticos. Em outras palavras, quem critica radicalmente o Estado de Bem-Estar Social e deseja uma sua total “desregulamentação” não tem a capacidade de imaginar as desastrosas consequências de uma sociedade privada dos serviços socioassistenciais básicos. O informal, por si mesmo, não poderia resolver os grandes problemas de nossa época (Folgheraiter, 1991);

b) haja uma pluralização dos atores do sistema assistencial e de cuidado, passando de um ator único (o estado) a múltiplos atores institucionais e não institucionais de política social (famílias, parentesco, redes de vizinhos e de amigos, voluntariado etc.);

c) haja uma requalificação das intervenções assistenciais baseadas em novas modalidades de organização e de trabalho, que identifiquem as famílias e as redes informais das comunidades, não somente como destinatárias das prestações, mas também como sujeitos que possam contribuir com recursos próprios (às vezes insubstituíveis) no processo de atenção à saúde.

2. A *community care* não é somente uma nova maneira de subministrar o cuidado – de acordo com a filosofia que a resposta deve ser a mais

próxima possível do nível em que surge a necessidade. Ela representa, também, uma legitimação social do setor informal, das redes sociais primárias, que se tornam sujeitos com tarefas e responsabilidades de cuidado. Nesse sentido, a *community care* reconhece que a) a maior parte das demandas de atenção já encontram uma resposta no nível informal, sem envolver serviços públicos e profissionais de saúde (Comas D'Argemir, 1997); b) muitas necessidades, que têm origem na queda das relações primárias (setor informal) ou no seu mau funcionamento, não podem sempre ser satisfeitas através dos serviços organizados (setor formal). Há que reconhecer que existem necessidades que podem ser satisfeitas somente por entidades particularmente flexíveis e dentro de um contexto relacional (Donati e Di Nicola, 1996); c) há sempre uma exigência maior de assistência personalizada, relacionada a diferentes e novos estilos de vida, mas atentas aos aspectos relacionais, afetivos e psicológicos das pessoas. Como aponta Draibe (1998): "É principalmente no campo dos chamados serviços sociais pessoais... inevitavelmente atravessados por laços afetivos" que se há de reconhecer a liberdade dos indivíduos e das fa-

mílias de buscarem alternativas assistenciais. Nesse sentido, compartilhamos com Litwak (1960) a introdução do conceito de "Funções compartilhadas", para expressar a idéia de um papel complementar entre sistema formal e informal de cuidado. O autor, em outras palavras, aponta para a necessidade de articular o setor formal com o setor informal, considerando dois subsistemas distintos, porém integrados sinergicamente, para que funcionem dentro de uma estrutura de rede, com recíproco reforço.

3. Finalmente, é importante desenvolver novas políticas sociais que reconheçam o valor do trabalho assistencial das mulheres e que, em vez de reduzir as intervenções públicas, realizem uma melhor integração entre a rede de serviços públicos e as iniciativas de serviços informais (famílias, grupo de apoio etc.), para fins de envolver outros membros da família, em particular os homens no papel de cuidadores (Fadiga Zannatta, 1993). De fato, como reforça também Comas D'Argemir e Roca (1996), as novas situações de dependência física e psicológica demandam uma dedicação maior no âmbito privado, que mostra ser necessária uma maior redistribuição do trabalho entre homens e mulheres.

Agradecimentos

O autor agradece à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) pela bolsa concedida no período de maio/2004 a dezembro 2005. O autor também agradece ao professor Itamar Filgueiras e ao jornalista Zacharias Bezerra de Oliveira, pela revisão do texto em português, e a Helena Carvalhede e João Santiago Martins, do Centro de Documentação da Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo apoio e disponibilidade.

Referências bibliográficas

- Abrams P, Abrams S, Humphrey R & Snaith R 1989. *Neighbourhood care and social policy*. Department of Health, HMO, Londres.
- Andrade GRB & Vaitsman J 2002. Apoio social e redes: conectando solidários e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(4):925-934.
- Baldwin S 1993. *The myth of community care*. Chapman & Hall, Londres.
- Barnes M 1997. *Care, community and citizens*. Longman, Londres.
- Bessa O & Penaforte J (orgs.) 2002. *Médico de família. Formação, certificação e educação Continuada*. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.
- Berkman LE & Syme SL 1979. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109.
- Bulmer M 1987. *The social basis of community care*. Allen & Unwin, Londres.
- Bulmer M 1991. Famiglia e community care oggi, pp. 257-270. In Donati e Matteini (orgs.). *Quale politica per quale famiglia in Europa*. Angeli, Milão.
- Carvalho MC 1998. A priorização da família na agenda da política social, pp. 93-108. In SMKaloustian (org.). *Família brasileira a base de tudo*. Unicef-Cortez, Brasília-São Paulo.
- Clarke A 2001. *The sociology of healthcare*. Pearson Education, Londres.
- Cobb S 1976. Social support as a moderator of distress. *Psychomatic Medicines* 38.
- Comas D' Argemir D 1997. Els canvis en les estructures i formes de convivència, pp. 9-36. In *La nova Europa social i els...*, Diputació de Barcelona, Barcelona.
- Comas D' Argemir D & Roca J 1996. El cuidado y la asistencia como ámbito de expresión de la tensión en tre biología y cultura, pp. 57-69. In J Contreras (coord.). *Reciprocidad, cooperación y organización comunal*, VIIº Congreso de Antropología.
- De Ussel JI 1996. Cambio recientes de la familia española. *Sociedad y Utopía, Revista de Ciencias Sociales* 7.
- Donati P & Di Nicola P 1996. *Lineamenti di sociologia della famiglia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Draibe SM 1998. Por um reforço da proteção à família: contrabúio à reforma dos programas de assistência social no Brasil, pp. 109-130. In SMKaloustian (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. Unicef-Cortez, Brasília-São Paulo.
- Fadiga Zanatta L 1993. Donne e politica sociale. Una lettura al femminile delle politiche sociali, pp. 47-68. In P Donati (org.). *Fondamenti di Politica Sociale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Ferrari M & Kaloustian SM 1998. In introdução, pp. 11-15. In SMKaloustian (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. Unicef-Cortez, Brasília-São Paulo.
- Feuerwerker LCM & Almeida M 2000. O programa de saúde da família e o direito à saúde. *Olho Mágico* 6(22):22-29.
- Finch J 1989. *Family, obligation and social chance*. Polits, Oxford.
- Folghera i ter F 1991. Quale community care? Una teoria e un modello organizzativo per l'innovazione, pp. 47-72. In Folghera i ter e Donati (orgs.). *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*. Centro Studi Erikson, Trento.
- Giarelli G 2003. *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Angeli, Milão.
- Glenn ND 1975. The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females. *Journal of Marriage and the Family* 3.
- Griffiths R 1988. *Community care agenda for action*. H.M.S.O, Londres.
- Haerbas J 1997. *Teoria dell'agire comunicativo*. Il Mulino Bolonha.
- IBGE 2000. *Censo demográfico 2000: Características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro.
- Levin L 1979. *Self-care lay initiatives in health*. Prodist, Nova York.
- Litwak E 1960. Occupational mobility and extended family cohesion. *American Sociological Review* 25(1):71-96.
- Morgan DH 1975. *Social theory and the family*. Rutledge and Kegan, Londres.
- Neto MM 2000. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. *Olho Mágico* 6(22):5-9.
- Parsons T & Bales RF 1974. *Famiglia e socializzazione*, Mondadori, Milão.
- Siza R 2000. Famiglia, relazioni sociali e salute. *Sociologia e Professione* 36-37.
- Smith SR & Ingram H 1993. *Public Policy for Democracy*. The Brookings Institution, Washington.
- Takashima GM 1998. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura, pp. 77-91. In SMKaloustian (org.). *Família brasileira, a base de tudo*, Unicef-Cortez, Brasília-São Paulo.
- Vaitsman J 1999. Dimensões sobre família e gênero no Brasil. *RASPP – Revista Associação Pública Piauí* 2(1): 63-70, jan-jun.
- Vasconcelos EM 2000. A priorização da família nas políticas de saúde. *Revista de APS* 2(4):20-28.
- Waerness K 1989. Assistenza formale ed informale nella terza età. Cosa c'è di sbagliato nella nuova ideologia dell'assistenza comunitaria nel welfare state scandinavo. *La Ricerca sociale* 38.

Artigo apresentado em 6/10/2004

Aprovado em 9/08/2005

Versão final apresentada em 12/09/2005