

ARTIGO

## O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais

*The Familism in Health Services: expressions in paths assistance*

Francielle Lopes ALVES<sup>1</sup>

Regina Célia Tamaso MIOTO<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo discutir o familismo no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil. Baseia-se na revisão de literatura acerca do familismo na política social e em sua expressão nas trajetórias assistenciais de usuários de serviço de saúde. Estas são tomadas como processos e identificadas como preconizadas, por combinação simples e combinação múltipla. Nessas trajetórias, através de suas diversas configurações, as famílias articulam diferentes práticas e recursos para garantir o acesso a serviços de saúde ou para suprir as próprias deficiências dos serviços. A lógica familista manifesta um nó crítico dos sistemas de proteção social e demonstra que a efetivação da atenção às necessidades ocorre somente com a disponibilidade de distintas redes.

**Palavras-chave:** Familismo. Política Social. Trajetórias Assistenciais. Saúde.

**Abstract:** The article aims to discuss the participation of the family and its decisive role in access to brazilian public health services. It is based on familism literature review on social protection and its expression in the assistential paths of health service users. These are taken as processes and identified as recommended by simple and multiple combination. There, through its various settings, families articulate different practices and resources to assure access to health services or supplement its deficiencies. The familist logic expresses a critical node of social protection systems and demonstrates that the effectiveness of attention to the needs occurs only with the availability of distinct networks.

**Keywords:** Familism. Social Policy. Assistential paths. Health.

*Submetido em: 26/01/2015. Aprovado em: 18/03/2015. Aceito em: 05/04/2015*

---

<sup>1</sup> Assistente Social. Mestre em Serviço Social e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Assistente Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: <francialves@hotmail.com>.

<sup>2</sup> Assistente Social. Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, Brasil). Professora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas (UCP, Brasil). Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq. E-mail: <regina.mioto@gmail.com>.

## Introdução

O presente artigo tem como objetivo discutir o familismo no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil. Parte do levantamento de trajetórias assistenciais de usuários de um serviço eletivo de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e apreende o acesso nos termos de Cohn et al (1991), ou seja, na sua formulação pelos usuários no cotidiano e na vinculação com as condições mais imediatas de disponibilidades nos serviços. Para os autores, a população monta uma “cesta básica” de serviços a partir dos conhecimentos e da percepção que possui, e dela tentará usufruir. Sob a ótica da expressão concreta do direito à saúde na vida dos usuários, a participação da família nas estratégias desenvolvidas e nos recursos utilizados para o acesso tornam-se objetos dessa discussão.

Assim, este trabalho problematiza um dos aspectos estruturantes das políticas sociais do Estado capitalista, que, como aponta Souza (2000), assume a incapacidade de resposta da satisfação das necessidades pela compra e venda de bens e serviços no mercado e confirma a dependência da sociedade sob sua égide de distribuição de trabalho e de recursos entre seus membros a partir de normas de solidariedade. Nesse contexto, Estado e família “[...] possuem um papel extremamente relevante no sistema, pois normatizam a vida dos indivíduos, definindo e impondo direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência.” (SOUZA, 2000, p. 2). O mesmo autor, parafraseando Offe (1990), aponta que família e o Estado são organizações sem as quais o sistema capitalista

não seria capaz de ser institucionalizado. Na esteira dessa discussão, este trabalho, inicialmente, introduz o debate sobre o familismo no campo da política social e, em seguida, traz evidências sobre a participação decisiva da família nas trajetórias de acesso aos serviços de saúde e sobre as formas como se configura tal participação. Finalmente, delineiam-se algumas considerações em torno da questão levantada.

## Família, proteção social: a tônica do familismo

O familismo é uma expressão que vem ganhando força no contexto do debate da política social, particularmente, a partir dos anos de 1990, e caracteriza-se pela máxima designação de obrigações à unidade familiar. A constituição e a oferta de recursos e serviços pressupõem a responsabilidade primeira e máxima às famílias na organização do bem-estar de seus membros em correlação com a falta de provisão de bem-estar estatal (ESPING-ANDERSEN, 2000). Cabe refletir o familismo como elemento organizativo da política social, que admite a gestão pública de riscos atrelada ao desempenho doméstico/familiar (FRANZONI, 2008), e pelo estabelecimento de diferentes possibilidades – ou impossibilidade – de correspondência entre as necessidades a serem atendidas pelas famílias e as condições efetivas para atendê-las quando inseridas em diferentes contextos sociais, econômicos, culturais e de classe. Assim, a família é componente fundamental das políticas sociais, na produção e no usufruto de bens e serviços.

Tal como expõe Campos (2012), o “casamento” entre política social e família não é novo e foi institucionalizado em âmbito estatal na criação das primeiras formas de seguro social no século XIX. O familismo, como produto dessa combinação, tem influências da doutrina social católica e do princípio de subsidiariedade, de forma a “[...] limitar la interferência pública a aquellas situaciones en las que fracasen las redes sociales primarias – léase familia.” (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 74), com base em protótipos de arranjos familiares e de trajetória vital, os quais, cabe ressaltar, não garantem autossuficiência em relação à produção de serviços pessoais e sociais necessários ao bem-estar. Como expõe Souza (2000, p. 1), “[...] antes de alcançar os indivíduos, os benefícios concedidos pelo Estado passam por um “filtro redistributivo” do bem-estar, que é a família – regras familiares realocam recursos e responsabilidades à medida que o bem-estar de seus membros é alterado.”

No Brasil, o caráter familista da política social pouco se abalou ao longo de sua história, embora se reconheça a existência de disputa entre projetos que firmam a família como parceira na condução das políticas sociais, marcados ora pela “desfamiliarização”<sup>3</sup>, ora pela “familiarização”. O primeiro movimento, sinalizado pelas perspectivas da Constituição Federal de 1988, mostra-se com “fôlego” limitado no

---

<sup>3</sup> A desfamiliarização é lógica de orientação das políticas públicas para redução da dependência individual da família, “[...] que maximizan la disponibilidad de los recursos económicos por parte del individuo independientemente de las reciprocidades familiares o conyugales.” (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 66).

plano político e institucional; o segundo, alimentado pela tese neoliberal, reduz a política social à questão do combate à pobreza. Apresenta-se como argumento central a promoção do crescimento econômico com base em mercados competitivos como única forma de melhorar o padrão de vida dos mais pobres (MIOTO, 2008; GOLDANI, 2004). Dessa forma, continua-se insistindo na família como principal responsável pela provisão de bem-estar. Expressões dele podem ser buscadas, por exemplo, no conteúdo de algumas legislações ou programas que compõem as políticas de seguridade social brasileira. Na Política Nacional de Assistência Social (2004), é evidente o *locus* privilegiado que ganha a família. Segundo Rodrigues (2011), ela é tomada nas suas possibilidades de proteção e também da opressão. “Mais que alvo da proteção, a família é demandada e considerada como sujeito ativo e imprescindível para a proteção.” (RODRIGUES, 2011, p. 120-121). Desafios estão na ordem de romper a prevalência do entendimento da família como a principal responsável pela proteção, que condiciona a intervenção pública à situação de falência na provisão do bem-estar para os seus membros (MIOTO, 2011).

No que tange à política de saúde, Miotto e Dal Prá (2012) discutem a relação entre família e serviços sociais com foco em programas nacionais recentemente implantados (Brasil Carinhoso e Melhor em Casa), avaliando sua tendência familista a partir de três aspectos: a) o objeto dos programas, baseados em serviços, que, respectivamente, se voltam às famílias com crianças e em condição de miséria e à normatização da participação das famílias

no cuidado em saúde, marcando uma inflexão nos rumos da política social; b) o reforço da família no cuidado em saúde e a focalização no acesso aos serviços educacionais infantis à pobreza extrema como indicadores do distanciamento da universalidade dos direitos sociais; c) a privatização da provisão de bem-estar através de dois atores: mercado e família.

Ademais, no Brasil, as estratégias de proteção social estão na órbita da organização do trabalho formal. Os direitos sociais ainda subjazem às trajetórias profissionais estáveis e ininterruptas, e o mercado de trabalho se constitui ao redor do sujeito masculino, que, por sua vez, responde pelo sustento da família com seu trabalho, enquanto as esposas e os demais membros da unidade familiar dependerão de direitos sociais derivados, e não pessoais (FRANZONI, 2008). Para a autora, em países como o Brasil, no qual o bem-estar tem caráter estatal-protetor, prevalecem serviços focalizados de educação pública e uma alta proporção da população (setores médios e altos) que recorre a serviços privados. O uso combinado de serviços públicos e privados também responde pela proteção social. Nessa perspectiva, afirma que as possibilidades de bem-estar estão basicamente definidas pela situação socioeconômica das famílias, a qual impõe condições de desempenho para gestão de riscos e interação de práticas de alocação de recursos. Enquanto existem famílias com várias opções para gerenciamento de riscos, existem outras com muito poucas opções. Para algumas, quase tudo se resolve pela compra de serviços ou bens, ou seja, pelo desempenho

mercantil, enquanto outras dependem principalmente de recursos não mercantis.

Franzoni (2008) distingue as práticas de alocação de recursos em três “mundos” para explicar como as famílias lidam com o risco. São “mundos” que coexistem e expressam possibilidades e limites nesse manejo. No primeiro, o “mundo privatizado”, o acesso a bens e a serviços privados é majoritário. No segundo, o “mundo mixto”, a particularidade é a combinação entre mercado e família na gestão dos riscos. Devido a limitações de recursos, as pessoas recorrem ora ao mercado, ora à família, dependendo do seu tamanho e organização:

Estos hogares no tienen poder adquisitivo suficiente para resolver mercantilmente muchas de sus necesidades, pero tampoco cuentan con alta disponibilidad de trabajo no remunerado, por ejemplo, mediante familias extensas que compensen el escaso poder adquisitivo. (FRANZONI, 2008, p. 116).

Por último, no “mundo familiarizado”, as práticas de alocação de recursos giram em torno de um papel ampliado das relações primárias, tanto no trabalho quanto de redes que as famílias constituem para o gerenciamento de riscos. Nesse “mundo”, a renda familiar é, geralmente, insuficiente e instável, porém com o mundo das famílias, pode-se contar permanentemente. A família estabelece trocas mercantis, comunitárias e familiares com pessoas igualmente desprotegidas. Seu alicerce é a disponibilidade e a capacidade de trabalho não remunerado.

Nesse “mundo familiarizado”, confluem estratégias familiares-informais para compensar a debilidade dos mercados de trabalho formais e da política pública. É o trabalho não remunerado, fortemente baseado na divisão sexual do trabalho, que se adapta e se amplia para atender as insuficiências das outras práticas (FRANZONI, 2008). Conforme Mioto (2010), o trabalho familiar está no rol dos recursos da política social, reitera a divisão sexual do trabalho dentro das famílias e mantém a invisibilidade do próprio trabalho. O trabalho familiar compreende o conjunto de atividades relacionadas: às tarefas domésticas; ao cuidado de seus membros, especialmente os dependentes; e aos investimentos que as famílias fazem no campo das relações com outras instituições, que lhes exigem tempo e habilidades.

Ainda para Franzoni (2008), a posição socioeconômica de um trabalhador varia segundo ele disponha de trabalho não remunerado:

Cuanto más dependen las personas de sus ingresos, más desigual es su acceso a bienes y servicios, dado que la distribución del ingreso es, por definición, piramidal. La forma concreta que asume la pirámide depende de las características de la producción y del mercado de trabajo, aunque también del papel regulador del Estado. De igual manera, cuanto más dependen las personas del trabajo femenino no remunerado, más la estratificación social estará moldeada por la división sexual del trabajo. (FRANZONI, 2008, p. 38)

A autora refere que a expansão do âmbito doméstico e do trabalho não remunerado, enquanto esforço para se adaptar e combater deficiências no mercado de trabalho e nas políticas públicas, é uma das expressões do bem-estar “informal-familiarista”. Dito de outra forma, a informalidade do bem-estar é dada pela expansão de uma prática de alocação de recursos para compensar outra. Além disso, reverbera diferenças substanciais entre os estratos sociais e recobra a distribuição desigual do acesso a recursos, incluindo bens e serviços, como propriedade da sociedade capitalista.

### **O acesso a serviços de saúde e o familismo em trajetórias assistenciais**

Os serviços atuam como ponto de convergência e como mediação de ações vinculadas à proteção social e exercem papel fundamental no desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social, além de possibilitar o enfrentamento aos riscos circunstanciais (MIOTO, 2010). No entanto o acesso aos serviços, bem como a outros bens, está distribuído de forma estratificada por grupos populacionais hierarquicamente organizados. Com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, Travassos *et al.* (2002) constataram que parte da variação no uso de serviços de saúde deveu-se às características das famílias. Entre as pessoas sem restrição de atividades rotineiras, o uso de serviços de saúde está associado à posição no mercado de trabalho do indivíduo e à renda familiar per capita, tanto para os homens quanto para as mulheres. Contudo a posição no mercado de trabalho é relevante para explicar o uso de serviços pelos ho-

mens, e a renda familiar per capita, o uso pelas mulheres.

Além disso, a variável “sexo do chefe da família” pode expressar fatores que capacitam o acesso aos serviços de saúde, como possibilidade de cobertura por plano de saúde, e, também, aspectos sociais, como o fato de as mulheres chefes de família tenderem a acumular responsabilidades no cuidado e na gestão dos recursos financeiros da família.

Essas responsabilidades poderiam limitar a capacidade dessas mulheres de consumir serviços de saúde em relação às mulheres que pertencem a famílias chefiadas por homens. (TRAVASSOS *et al.*, 2002, p. 371).

Ao considerar a heterogeneidade da formação social brasileira e avaliar as diferenças substanciais entre municípios urbanos e rurais, grandes e pequenos, também a renda familiar é reconhecidamente fator de distinções no que tange ao acesso aos serviços de saúde (ISSA, 2013, p. 25). O relatório que trata da cobertura da seguridade social no Brasil reconhece que os serviços e os procedimentos mais sofisticados de saúde estão concentrados no setor privado e são menos acessíveis para a grande parte da população que não possui planos privados ou que não possa fazer o pagamento direto.

Realidades como a brasileira expressam a capacidade coletiva de bem-estar desigualmente distribuída e obedecem à estratificação socioeconômica e de gênero (FRANZONI, 2008). Os serviços de saúde compõem, de forma relevante, esse enfrentamento dos riscos ao se destinarem à

satisfação de necessidades, geralmente percebidas como uma alteração da saúde ou do bem-estar (DONABEDIAN, 1988).

A capacidade dos serviços em neutralizar a necessidade apresentada pelo usuário está vinculada sobremaneira à acessibilidade, que se refere a um conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a produção ou consumo real destes por determinada população. Esta não apenas indica a presença ou disponibilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde: “Incluye aquellas características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales.” (DONABEDIAN, 1998, p. 497). Dessa forma, o acesso se refere aos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de determinada população. Preocupa exacerbar, nessa dimensão, as iniquidades em saúde e a existência de populações socialmente condenadas a elaborar a sua capacidade de utilização da rede, tal como expõem Cohn *et al.* (1991), sendo o acesso à assistência à doença atravessado pela reiteração da condição de desigualdade.

As políticas sociais, por sua restrita cobertura ou pela diferenciação de padrões de acesso e inclusão (entre uma e outra política social), são geradoras de desigualdades entre os cidadãos no alcance de seus direitos de cidadania. (SPOSATI, 2011, p. 108).

O estudo das trajetórias para acesso a um serviço de saúde eletivo de alta complexidade (ALVES, 2010) identifica que elas podem corresponder ao circuito preconizado pelo modelo assistencial, não obstan-

te terem sido também identificadas lógicas informais, fluxos alternativos, protagonistas (im)previstos, que apontam que os marcos legais não garantem por si o acesso.

Identificar e analisar como ocorre o acesso a partir das trajetórias de assistência supõe a cartografia e a reflexão acerca do caminho percorrido pelo usuário, sua dinâmica e movimento, bem como a sequência de acontecimentos em um período. Recuperá-la implica entender como ocorre o acesso, quem são os facilitadores e quais são os limites e barreiras. Uma das preocupações prementes é captar fatos e protagonistas do percurso, ou os contatos com o sistema de serviços de saúde. Busca-se identificar os traços mais relevantes e a partir de que arranjos, barreiras, sujeitos e relações se define a realização do acesso a um serviço ou recurso.

A discussão das trajetórias passa pela avaliação de como os recursos e as estratégias são utilizados e como se modificam à medida que os serviços são requeridos. (ALVES; MIOTO, 2014, p. 153).

Para se submeter ao tratamento cirúrgico para obesidade pelo SUS, o usuário deveria realizar avaliações especializadas (de médicos, nutricionista e psicólogo, entre outros) e exames e, muitas vezes, não encontrava possibilidade de realizá-los na instituição em que foram solicitados. A necessidade ou era apresentada nos espaços do SUS ou usuários e famílias lançavam mão de outros recursos e estratégias para alcançar o acesso, muitas vezes para que ocorresse em tempo oportuno. Evidenciou-se a relação de dependência entre o controle dos usuários (que demanda

tempo e trabalho) e os processos de operacionalização dos serviços de saúde que estão diretamente associados à fragmentação da atenção e aos limites históricos da implementação do SUS. Como afirmam Cohn *et al.* (1991), à população cabe, cotidianamente, elaborar estratégias de “resistência” para suplantare barreiras e dificuldades.

As trajetórias dos usuários para acessar um serviço de saúde eletivo de alta complexidade apontam a existência de combinação de recursos, bem como a combinação de uso de serviços de distintas naturezas e a participação dos diferentes sujeitos, entre eles os trabalhadores da saúde, a família e os agentes clientelísticos.

O acesso aos serviços pode ocorrer em correspondência ao circuito preconizado pelo modelo assistencial e pelas normas que orientam a atenção ao usuário. Essas trajetórias que obedecem à ordem e à sucessão do sistema constituem trajetórias preconizadas. Elas acompanham o fluxo proposto pelo sistema, estão atreladas a recursos, estratégias e participação de sujeitos que, de alguma forma, vão viabilizar a sua consecução.

Cabe ressaltar que, muitas vezes, os usuários já utilizam serviços de saúde que tratam de conduzi-los entre os serviços do sistema, o que exige qualificar as trajetórias como processos, que contemplam, portanto, redefinições e combinações para sua consecução. Tal característica ora remete à dinâmica própria do sistema nas suas estratégias de referência, ora mostra-se produto de limites dados pela gestão do sistema ou por barreiras que se im-

põem, as quais se traduzem em reconduções entre serviços, remanejamento de recursos ou viabilização de estratégias que os sujeitos envolvidos passam a adotar.

As trajetórias podem ser caracterizadas a partir dessas combinações e se configuram de forma simples ou múltipla. As trajetórias de combinação simples, no que tange ao acesso e ao uso dos serviços, são aqueles em que os usuários recorrem ao uso de serviços públicos e privados para efetivar um acesso. Podem ter caráter de exceção ou de exclusão e também particularismos. A exceção dá-se pela impossibilidade de acessar o serviço pelo plano de saúde do qual o usuário é titular. É pelo SUS que se busca conformar o acesso quando os usuários de planos de saúde, em situação singular e eventual, não encontram a oferta do serviço pelo plano. O caráter de exclusão indica que o acesso ao serviço do SUS, mesmo sendo ofertado, não foi possibilitado, pelo tempo inadequado ou por outras barreiras, e a procura pelo serviço privado foi a estratégia definida. Podem-se incluir ainda, entre as trajetórias de combinação simples, as que contemplam o particularismo, nas quais a relação pessoal mantida com agentes clientelísticos é característica fundamental. Em geral, o acesso é viabilizado por esse interlocutor.

As trajetórias de combinação múltipla são aquelas em que o acesso ocorre a partir do uso de serviços de saúde públicos e privados. Variam entre os de desembolso direto de valor integral ou com oferta de desconto quando pedido médico do SUS, de atenção suplementar, além de contar com a participação direta de outros agentes ou

interlocutores, como, por exemplo, a intervenção direta de agentes clientelísticos. São produtos de barreiras e de oportunidades que se apresentam ao longo da construção do acesso. Essas trajetórias de uso combinado contemplam usuários de maior renda familiar; por outro lado, as trajetórias preconizadas, mais dependentes dos serviços públicos, foram feitas por usuários que mencionaram menor renda familiar.

O acesso e a utilização dos serviços podem decorrer da interferência dos trabalhadores da saúde no “confronto” entre a necessidade e as diferentes possibilidades de recepção ou acolhimento dessa necessidade pelo trabalhador no momento de constituição de um espaço intercessor e a partir da operação do “autogoverno” que faz o trabalhador – aspectos do trabalho em serviços de saúde discutidos por Merhy (1997). Quando, por exemplo, ele acolhe a necessidade de um usuário realizar uma consulta ou um exame, muitas vezes, o ato de incluí-lo em um mutirão ou em uma lista de agendamentos, antes imprevisto, depende dessa característica do trabalho em saúde. Em geral, a deliberação quanto ao público que usufruirá desses serviços a partir dessas formas de acesso obedece às normas institucionais, as quais o trabalhador, dependendo de seu *status*, pode superar. A intervenção profissional pode ser definitiva quanto à continuidade do atendimento do usuário do serviço de saúde. É possível afirmar que, a partir da situação singular que este apresenta, dada a trajetória de assistência, ele pode se beneficiar da operação do “autogoverno” de algum profissional.

Conforme Barozet (2006), o clientelismo, operado por agentes que compõem redes por vezes duradouras, formais e visíveis (redes partidárias) ou informais (mas não menos eficientes na redistribuição dos recursos públicos) também responde bem às formas de superar a insegurança a que está relegada a população. Esse fenômeno tem perenidade e está apoiado em relações humanas de intercâmbio entre grupos que manejam recursos. Não pode ser entendido apenas como uma reação passiva dos eleitores mais necessitados, mas deve ser compreendido como “[...] un cálculo razonado e incluso estratégico frente a lo que pueden ofrecer los políticos” (BAROZET, 2006, p. 80), quer seja ou não momento de campanha eleitoral.

A interferência tanto de profissionais de saúde quanto de agentes clientelísticos no acesso aos serviços de saúde, geralmente, acontece articulada pela família, através de suas redes sociais. De acordo com Azevedo (2010), é a partir de referências próximas ao cotidiano que as redes de solidariedade são tecidas no cruzamento indissociável das esferas públicas e privadas. Portanto, as possibilidades de contatar esses sujeitos para o acesso aos serviços dependem, em grande medida, da organização dos recursos e dessas redes, o que significa que as famílias mais bem situadas socialmente tendem a usufruir de redes mais amplas e com maior poder de interferência no espaço público.

No processo de construção do acesso, e diante da rotatividade de obstáculos interpostos, a família ganha proeminência em vários momentos, o que confirma sua perspectiva como o “canal natural” da

proteção social (MIOTO, 2008). Como já afirmamos, o envolvimento da família na trajetória dos usuários é crucial no estabelecimento dos confrontos e nos enfrentamentos necessários para se efetivar o uso dos serviços do SUS. A família é protagonista na oferta de condições para trajetórias de utilização combinada, e para o acesso a serviço privado, particularmente, em quase todos os casos, foi necessário contar seu apoio. A opção por serviços dessa natureza decorreu, especialmente, da inacessibilidade do mesmo serviço na rede pública.

Desse modo, o que era demanda para o serviço público de saúde, em um cenário de adversidades, passa a ser objeto de intervenção da família. Tal como refere Folgheraiter (1994), a família atende as necessidades de bem-estar de seus membros por meio de seus cuidados e de sua proteção, e isso permite que muitas dessas necessidades não se transformem em demandas para os serviços de políticas como saúde e assistência social.

A família contemporânea é centro de adoção de decisões racionais que a configuram como rede, pois

[...] vive no interior de uma densa rede de relações e de trocas entre parentes: entre famílias e entre indivíduos de diversas famílias. O termo não é casual: indica uma pluralidade de direções, um entrelaçado de relações e de trocas nem sempre diretas ou lineares; mas indica também uma atividade de apoio, ou pelo menos de proteção. Além disso, assinala também um dinamismo não exclusivamente ditado por regras adscritas e rígidas, mas pelo jogo das necessidades

e escolhas. (SARACENO; NALDINI, 2003, p. 105-106).

As trajetórias identificadas são marcadas pelo familismo também na medida em que se depende da família para se estabelecer uma relação com os serviços de saúde para que os usuários possam efetivamente deles fazer uso. Para o acesso aos serviços privados, as famílias são cruciais na provisão financeira; para o acesso aos serviços públicos, em maior grau, as famílias articulam práticas administrativas e participam de práticas formais e informais ligadas às deficiências dos serviços (SARACENO, 1996).

Para a autora, a relação família-serviços envolve a burocracia dos serviços, e a ela estão associadas as atividades necessárias para o acesso ao próprio direito e para a sua fruição. Entre os trabalhos desenvolvidos pelas famílias, esse é o chamado trabalho de consumo, ou seja, aquele

[...] que não compreende apenas a compra e eventual transformação de bens, mas também o trabalho necessário para utilizar adequadamente os serviços públicos e privados que hoje constituem uma parte importante dos recursos familiares. (SARACENO; NALDINI, 2003, p. 277).

O trabalho da família no acesso e no uso dos serviços ganha outra conotação quando se avaliam as diferenças nas suas condições materiais e culturais, ou seja, quando se avalia a desigualdade social. Essas diferenças fazem com que as possibilidades de usufruírem dos serviços também sejam desiguais. Ainda assim, quem estiver desprovido dessa rede, ou a tiver de

forma escassa, ou pouco articulada, encontra-se mais só e mesmo indefeso tanto relativamente às exigências quanto aos riscos ligados à sua participação na sociedade, assim como se encontra incapacitado de aproveitar suas oportunidades (MIOTO, 2009; SARACENO; NALDINI, 2003).

### Considerações finais

As trajetórias de acesso expressam os desafios contemporâneos das políticas sociais e dos direitos que requisitam, e sua análise contempla o tratamento dos pormenores localizados entre o plano do virtual (o texto legal) e o que se realiza na vida da população. Preocupa demonstrar que não há linearidade nesse processo: diferentes são os sujeitos e diversas são as articulações. A lógica de sistema é interrogada, e iluminam-se as “costuras” necessárias à efetivação da atenção às necessidades em torno de distintas redes.

Para Sposati (2011), as condições de acesso estão entre os desafios à universalização de políticas sociais tradicionais em contextos de desigualdades sociais. No âmbito da operação da política, a autora afirma a necessidade de se atentar para

[...] as condições objetivas de vida dos usuários dos serviços para que possam, de fato, contar com os procedimentos desses serviços. Não existem condições para que indivíduos ou famílias sejam provedores de pré-condições de políticas sociais. (SPOSATI, 2011, p. 109).

Essas pré-condições para o acesso e o uso de um serviço (como, por exemplo, transporte escolar, alimentação, uniforme para

o acesso à educação) geralmente estão a cargo das famílias, que, no que concerne à atenção à saúde, são demandadas a participar de todas as etapas do processo e de todos os seus “custos” em um cenário dilemático que é o brasileiro – país latino-americano com maior percentual de famílias incorrendo em gasto catastrófico em saúde (DINIZ, 2007).

Cabe às famílias, assim, assumir os “vazios” do Estado e cumprir o que se considera sua “função natural”, o que incorre em trabalho e sobrecarga. Tal lacuna do Estado é, por vezes, ocupada pelos operadores do clientelismo, ranço de uma cultura que trata como particulares os bens e serviços públicos. Por outro lado, a saúde como mercado ganha campo para expansão. De acordo com Conill ([2014]), a reforma publicista da saúde brasileira foi acompanhada de um crescimento exponencial de seguro privado.

Em nenhuma outra reforma com construção de sistemas nacionais ocorreu isso. Em muitas capitais, a cobertura de planos de saúde é superior a 50% da população, e o SUS é suplementar ao seguro privado, e não o inverso. (CONILL, [2014], p. 3).

A observação e a sistematização das trajetórias expõem dilemas cotidianos pungentes, necessidades multidimensionais e de atendimento ágil a demandas comumente “estacionadas” em filas desumanas. Muitos outros serviços podem ofertar elementos que complementem ou aprofundem a discussão ora apresentada e que permitam, da mesma forma, vislumbrar a lógica familista das políticas e das práticas, tão coerente com as demais características

inerentes à nossa sociedade. Importa, ainda mais, conferir à crítica concretude nas práticas profissionais e na gestão dos serviços, no conteúdo e na orientação das políticas, em respeito às famílias e como caminho para a necessária superação das desigualdades sociais.

## Referências

ALVES, F. L. **Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica**. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T. Construindo conhecimento em saúde: as trajetórias de assistência dos usuários como alternativa nos estudos referentes ao acesso a serviços de saúde. In: FAGUNDES, H. S.; SAMPAIO, S. S. (Orgs.). **Serviço Social: questão social e direitos humanos**. Florianópolis: UFSC, 2014. p. 145-158.

AZEREDO, V. G. Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. **Serviço Social & Sociedade**, n. 103, 2010, p. 576-590.

BAROZET, E. Relecturas de la noción de clientelismo: una forma diversificada de intermediación política y social. **Ecuador Debate**, Quito-Ecuador, n. 69, dic. 2006, p. 77-101.

CAMPOS, M. S. **O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz?** In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (EN-

PESS), 13., 2012, Juiz de Fora. **Anais...**, Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

CONILL, E. M. Sistema ou cobertura universal em saúde? **Portal da Inovação na Gestão do SUS.** Brasília: Organização Pan-americana de Saúde – OPAS; Ministério da Saúde, [2014]. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/blog/2014/05/05/sistema-ou-cobertura-universal-em-saude-leia-a-entrevista-com-a-pesquisadora-eleanor-conill>>. Acesso em: 6 maio 2014.

DINIZ, B. P. C. *et al.* Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F. G. *et al* (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**, v. 2. Brasília: IPEA, 2007. p. 143-166.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud.** Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales.** Barcelona: Ariel, 2000.

FOLGHERAITER, F. Integrazione di politiche sociali e lavoro sociale nelle comunità locali: la community care. In: DE VITA, R.; DONATI, P.; SGRITTA, G. B. (Orgs.). **La política sociale oltre la crisi del welfare state.** Milano: Franco Angeli, 1994.

FRANZONI, J. M. **Arañando bienestar?** Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Buenos Aires: CLACSO, 2008.

GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 211-250.

ISSA. Universal social security coverage and democracy: the Brazilian path to nation building. In: ISSA (Org.). **Social Security Coverage Extension in the BRICS.** Geneva: ISSA, 2013. p. 18-44.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MIOTO, R. C. T. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. *et al* (Orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008. p. 130-148.

MIOTO, R. C. T. **As ações profissionais do assistente social na atenção básica da saúde: contribuições para o debate sobre intersectorialidade e família na construção da integralidade.** Relatório de Pesquisa 2007-2010. UFSC/CNPq. Florianópolis, 2009. Mimeografado.

MIOTO, R. C. T. Família e Política Social: uma introdução ao debate sobre os processos de responsabilização das famílias

no contexto dos serviços públicos. **XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social/ENPESS**. 2010.

MIOTO, R. C. T. Família, gênero e assistência social. In: CFESS (Org.). **O trabalho do/a Assistente Social no SUAS**: seminário nacional. Brasília: CFESS, 2011. p. 108-117.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 13., 2012. **Anais...** Juiz de Fora: UFJF, 2012.

OFFE, C. Reflections on the welfare state and the future of socialism: an interview. In: OFFE, C., KEANE, J. (eds.). **Contradictions of the welfare state**. 4 ed. Massachusetts: MIT Press, 1990.

RODRIGUES, M. T. Família, gênero e assistência social. In: CFESS (Org.). **O trabalho do/a Assistente Social no SUAS**: seminário nacional. Brasília: CFESS, 2011. p. 118-131.

SARACENO, C. **Sociologia della famiglia**. Bologna: Il Mulino, 1996.

SARACENO, C.; NALDINI, M. **Sociologia da família**. 2. ed. Lisboa: Estampa, 2003.

SOUZA, M. M. C. **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: IPEA, jan. 2000. (Texto para Discussão, n. 699). Disponível em: <[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_](http://www.unisc.br/portal/upload/com_)

[arquivo/1349871877.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1349871877.pdf)>. Acesso em: 14 abril 2014.

SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-373, May./Jun. 2002. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 mar. 2014.