



## **3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social**

**Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”**

**Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015**

---

**Eixo: Direitos geracionais**

### **Famílias e novas alternativas de cuidado frente às lacunas do sistema de proteção social brasileiro**

**Alessandra Cabral Pereira<sup>1</sup>**

#### **Resumo**

Este estudo suscita o debate em relação ao cuidado, considerando não apenas o cuidado aos usuários dos serviços de saúde, mas também no âmbito de suas famílias. Em busca da garantia do mínimo necessário à manutenção e cuidado para com a família os sujeitos tem criado alternativas de cuidado. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica a partir da literatura que trata de sujeitos sociais, seu processo de formação, experiências e contextos que impulsionam os sujeitos na criação de alternativas de cuidado diante das lacunas deixadas pelo Sistema de Proteção Social Brasileiro.

**Palavras-chave:** Família. Sujeitos sociais. Proteção social. Cuidado em saúde.

#### **Abstract**

This study raises the debate regarding the care , considering not only careful on users of health services, but also within their families. In search of the minimum of the guarantee necessary to maintain and care for the family the subject has created new care alternatives. This study is a literature review from the literature that deals with social subjects, their training process , background and experiences that drive the subjects in creating alternatives of care front the gaps left by Brazilian Social Protection System.

**Keywords:** Family. Social subjects. Social protection. Health care .

#### **Introdução**

São vários os fatores que podem influenciar nas condições de cuidado da família, desde a sua concepção do que é o cuidado até as questões relacionadas ao trabalho e ao acesso às diferentes redes de apoio incluindo a rede de serviços disponível.

Tal estudo adquire relevância ao suscitar o debate em relação ao cuidado não apenas dos usuários dos serviços de saúde, mas também no âmbito de suas famílias, considerando as dificuldades que as mesmas vêm enfrentando, bem como as alternativas que elas têm encontrado para garantir esse cuidado. Portanto, o cuidado é aqui

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. E-mail do autor: lessacp@ig.com.br

considerado como o cuidado mútuo, pois o usuário adoecido, que demanda cuidados, pode também ser o provedor de cuidados para com sua família.

### **1. O Cuidado Mútuo**

Não há como desconsiderar que o mesmo sujeito que está inserido de forma precária no mercado de trabalho, seja ele o sujeito adoecido ou outro membro da família, também responde por responsabilidades no cuidado familiar como, por exemplo, tendo que comparecer à escola, aos serviços de saúde, ou prover o sustento. Este sujeito/trabalhador/cuidador por vezes não consegue atender a todas as demandas que lhe são colocadas. A capacidade de cuidado mútuo da família se torna então fragilizada.

Enquanto aguarda o tratamento de saúde, o sujeito adoecido percorre os caminhos das agências da Previdência Social, do Ministério do Trabalho, da Defensoria Pública, e busca nas mais diversas instâncias a garantia do mínimo necessário ao sustento/cuidado para com a família e para com sua própria saúde, durante o seu tratamento. Em muitos casos ocorre que outro membro da família, seja o cônjuge – frequentemente a mulher; o filho jovem ou o idoso aposentado, se insere de forma precária no mercado de trabalho para garantir o sustento e o cuidado da família.

Muitas famílias buscam na rede de serviços públicos o atendimento às demandas que surgem nesse período, mas devido às lacunas no Sistema de proteção Social brasileiro nem sempre elas são atendidas.

Segundo Lobato (2009) o acesso às políticas sociais é precário, pois os programas apresentam baixa cobertura, gerando uma demanda reprimida. A autora indica ainda o problema da priorização de financiamento para as políticas focalizadas no âmbito da assistência social (como o Benefício da Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família) em detrimento dos serviços regulares de assistência social “[...] que são aqueles prestados pela rede sócio assistencial e que atuam diretamente nas necessidades individuais e familiares dos cidadãos” (LOBATO, 2009, p.727).

Restrições de financiamento, universalização incompleta e baixa eficácia das políticas de seguridade social comprometem a garantia dos direitos sociais no Brasil (LOBATO, 2009) e na prática afetam diretamente o acesso dos usuários aos serviços de saúde, assistência social, educação, etc. A incapacidade da rede de serviços assistenciais

para atender as demandas de todos os sujeitos, se configura em lacunas no sistema de proteção social brasileiro. Frente a essas lacunas, os usuários dos serviços públicos e suas famílias têm criado alternativas de cuidado.

Entendemos que não basta ao usuário dos serviços de saúde ser atendido exclusivamente em relação à sua doença. Este sujeito apresenta um conjunto de demandas que ele pode ou não ter condições de atender sozinho, ou pode ou não contar com uma rede social de apoio (caso possua). A ajuda mútua é potencializada quando uma rede social de apoio é forte e integrada (ANDRADE; VAITSMAN, 2009).

Devemos considerar aqui que a Lei Orgânica da Saúde já prevê como um dos princípios básicos do SUS, a integralidade das ações, que no documento é definida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Políticas efetivas que se destinam a enfrentar questões complexas, condicionadas por múltiplos fatores, requerem a integração de ações (Burlandy et al, 2014), por isso o usuário precisa ser visto em seu contexto, não apenas como um sujeito isolado nos espaços de saúde.

Dessa forma a definição de cuidado que aqui utilizaremos é a de cuidado como valor, apresentada por Pinheiro e Mattos (2007) que o apreendem como uma ação integral que engloba os três eixos temáticos com o qual ele é comumente tratado na literatura: o eixo da formulação de políticas públicas de saúde, o eixo do conhecimento técnico incorporado nas políticas de saúde (as tecnociências) e o eixo da operacionalização da política de saúde. Segundo os autores, o cuidado como valor exige o “reconhecimento do *ethos* cultural de quem é cuidado, pois negar isso é negar a possibilidade efetiva de sua (re)valorização” (PINHEIRO; MATTOS, 2007, p. 21).

Só a partir do reconhecimento do *ethos* cultural dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, da troca de saberes, será possível alcançar a integralidade das ações em saúde. Segundo Pinheiro, “a ‘integralidade’ é assim concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2015).

Entendemos que a análise do cuidado em saúde deve considerar diversos fatores que potencialmente também afetam este processo, tais como questões de ordem cultural, vivências, contextos, e o processo de formação desses sujeitos sociais.

A seguir são abordadas questões relacionadas com o processo de cuidado em saúde, os sujeitos sociais, envolvendo suas práticas cotidianas e estratégias de cuidado e como isso se apresenta nos espaços/Instituições de cuidado em Saúde.

## **2. Sujeitos Sociais e alternativas de cuidado**

Na abordagem das questões referentes ao cuidado em saúde e o cuidado familiar é importante considerar que não há como estabelecer uma forma “ideal” de cuidado que expresse a realidade dos diversos sujeitos sociais. A forma como os grupos se organizam para desempenhar o cuidado depende de fatores relacionados ao contexto, às experiências e interpretações por eles trazidas.

Portanto, este tema remete a reflexões sobre questões correlatas, tais como o processo de formação dos sujeitos sociais, o processo de circulação de crianças, a maternidade transferida e a violência simbólica. Estas questões contribuem para compreensão de situações vivenciadas pelas famílias que exercem o cuidado. Existem experiências, vivências, por trás de cada família que não necessariamente serão categorizadas como “normais” por parte do profissional e da Instituição de cuidado. Quando não reconhecidas as “normalidades” de cada família há o risco da violência simbólica e do não atendimento à necessidade do sujeito e sua família, com consequências diretas no processo de tratamento.

Os estudos sobre circulação de crianças e maternidade transferida são aqui citados para indicar como alguns grupos sociais criam novas alternativas de cuidado diante de uma questão que afeta suas condições para exercê-lo.

Refletir sobre as diferenças entre os sujeitos que demandam cuidado e/ou os que são protagonistas no processo de cuidado é fundamental para que seja assegurado aos mesmos o respeito às suas singularidades, e para que existam espaços abertos à troca de experiências e saberes nas Instituições de Saúde.

A análise do cuidado em saúde deve levar em consideração as diferenças entre os sujeitos sociais que desempenham o papel de cuidadores e também entre os que recebem

o cuidado. A literatura que trata da formação dos sujeitos sociais indica a necessidade de serem considerados o contexto e experiências dos sujeitos e alerta sobre o risco da violência simbólica quando essas questões são desconsideradas (BOURDIEU, 2008; COSTA, 2002; NEVES, 2006; FONSECA, 2002; KEHL, 2000).

Outro ponto que não pode ser desconsiderado refere-se às diferenças entre os profissionais que exercem profissões voltadas ao cuidado e os sujeitos que integram as redes sociais de apoio e cuidado, e que se tornam cuidadores e apoiadores. O espaço onde se estabelece o relacionamento terapêutico é o espaço entre dois discursos, entre percepções diferentes do corpo e de mundo (BONET; TAVARES, 2007).

Cabe então pensar no sujeito/usuário dos serviços das Instituições de Saúde que necessitem de cuidados de terceiros, como, por exemplo, nas situações de pré e pós-operatório. Esse cuidado, na maioria das vezes, por falta de oferta de estrutura por parte do Estado para desempenhá-lo, acaba sendo realizado exclusivamente pela rede social de apoio dos usuários. Segundo Andrade e Vaitsman “[...] redes são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana.” (2002, p. 927).

Dependendo das vivências de cada sujeito ou grupo social, as redes sociais podem ser compostas por diversos atores com quem se interligaram através da religião, da comunidade, do grupo de jovens, de esportes, de mulheres, saúde, grupos de informação e educação (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Como citado anteriormente é amplo o conjunto de leis e estatutos que instituem de forma compartilhada entre o Estado, a família e a comunidade a responsabilidade sobre a garantia dos direitos de seus membros.

O Sujeito comum tem hábitos e costumes que se diferem segundo sua inserção cultural, social, e as experiências que viveu. Maria Rita Kehl (2000) ao abordar o tema da constituição do Sujeito moderno considera o papel do romance realista nesse processo, e também a própria necessidade posta pelos leitores de se verem retratados nesses romances. A autora aponta que o romance moderno e a psicanálise surgiram da necessidade do sujeito se fazer “ouvir (ler) a partir de uma diferença que precisa do outro para se autorizar como singularidade” (KEHL, 2000). Com essa virada, o romance realista passou a retratar o Sujeito comum, com seus hábitos, seus costumes.

Ainda hoje o Sujeito necessita ser ouvido em sua singularidade. Os espaços e Instituições de cuidado em Saúde precisam retratar a realidade daqueles por eles atendidos, não apenas cumprir um papel de medicar e corrigir os usos e costumes do usuário, grupo ou comunidade.

É preciso considerar que esse sujeito, o Sujeito Moderno, do qual Kehl (2000) nos fala do seu processo de formação ao longo dos anos, pode ser, em diversos aspectos, o mesmo que frequenta os mais diversos espaços e que é atendido por um conjunto de políticas que lhe asseguram direitos e deveres. Suas demandas, interesses e dificuldades não podem ser pensados de forma isolada. Além disto, não podemos deixar de considerar que lidamos com sujeitos em constante transformação, que se inserem numa sociedade moderna que também está em constante transformação (HALL, 2002).

Fonseca (2002) nos chama a atenção ao fato de que não lidamos com apenas um tipo de sujeito social, com sua singularidade. Existem Sujeitos, que vivem suas singularidades. Este é um desafio posto a todos os profissionais e Instituições voltados ao cuidado em Saúde.

Vivemos um tempo em que os tratamentos de doenças seguem protocolos e, as próprias Instituições de Saúde tem toda a sua rotina previamente elaborada para que obtenham selos de qualidade e certificados de Acreditação Hospitalar. Pode-se considerar que este foi um ganho do ponto de vista do controle de procedimentos, da busca de mais qualidade no atendimento e de garantia de um protocolo mínimo de serviços, por outro lado até que ponto este tipo de padronização abre espaço para a singularidade? Essas rotinas e protocolos devem levar em conta a multiplicidade de sujeitos que abrangem e que necessitam ser escutados em suas demandas particulares.

Ao pensarmos as práticas cotidianas dos sujeitos, suas escolhas, sua forma de pensar o mundo, e no caso específico do Cuidado em Saúde, além das estratégias adotadas pelos grupos e sujeitos sociais, outras argumentações contribuem com a nossa reflexão.

Ao falar de distinções, Bourdieu (2008) apresenta a noção de *habitus*, que não pode ser confundida com hábito. *Habitus* são “*princípios geradores de práticas distintas*”, são classificatórios, pois a forma como cada um age tem relação com suas experiências, com seu contexto (BORDIEU, 2008, p. 22).

Essas características se tornam diferenças entre os sujeitos, ou seja, “signos distintivos” apenas quando outro sujeito pertencente a outro grupo/categoria estabelece a diferença.

Considerando as práticas nas Instituições de Saúde é comum que essa diferença seja estabelecida quando há uma relação entre o usuário em processo de adoecimento e o profissional de saúde. Isto ocorre, por exemplo, no caso de um profissional de nível superior que frequentou espaços de classe média, ao longo de sua vida, incluindo escolas, centros culturais, viagens, etc., e realiza o atendimento a um usuário dos serviços da rede pública de Saúde, proveniente de uma região habitada por famílias de baixa renda, com baixa escolaridade, inseridas em empregos subalternos.

Por pertencerem a grupos/categorias distintas o profissional tenderá a estabelecer a diferença ao ser confrontado com uma realidade distinta daquela que vive. A partir desse distanciamento entre o espaço social do profissional em relação ao do usuário, corre-se o risco de se considerar que uma determinada prática ou costume de uma classe ou grupo seja “boa” ou “ruim” em relação à outra.

Como afirma Bourdieu (2008) existe um espaço de diferenças, onde cada grupo detém um diferente tipo de capital (social, cultural, econômico, político). É nesse campo de poder que ocorre a disputa entre os atores e os diferentes tipos de capital. Além de apresentar as noções de *habitus*, espaço social e campo de poder, o autor trata da violência simbólica, que ocorre quando tudo que difere da classe dominante (gostos, práticas, costumes) é tido como algo ruim.

As argumentações do autor são de grande valia ao refletirmos sobre a prática do cuidado profissional em Saúde, onde corremos o risco de impor aos usuários os nossos valores, as nossas práticas, a nossa noção de cuidado, em detrimento daquilo que eles trazem como conhecimento, enquanto vivência no seu cotidiano.

Outro ponto que merece atenção dos que trabalham nas Instituições de Saúde é a existência de dinâmicas familiares alternativas, conforme conclui Claudia Fonseca (2002). O Estudo da autora que trata mais diretamente da circulação de crianças comprova que este é um fato presente entre as famílias brasileiras e que não se restringe às camadas mais pobres da população.

Nesse contexto pode ocorrer, por exemplo, que o usuário dos serviços de saúde faça referência a uma família ampla, que tenha mais de uma mãe. São inúmeras as alternativas encontradas pelos sujeitos para garantir o cuidado às crianças. Segundo a autora, “O fato de as camadas abastadas terem adotado, nas últimas décadas, a família nuclear conjugal como norma hegemônica, sem dúvida, explica porque existe uma tendência de ver qualquer desvio dessa norma como problemático” (FONSECA, 2002, p. 51).

Claudia Fonseca (2002) nos chama atenção ao fato de que a modernidade não é tão monolítica. Em contradição ao Sujeito Universal ela aponta a existência de “outras normalidades” e o fato de que a circulação de crianças é apenas uma “*entre várias normalidades possíveis entre as práticas familiares na sociedade complexa atual*” (p. 56).

Quando consideramos as mais distintas alternativas como normalidades o próprio termo indica que para muitas famílias e grupos, situações como a circulação de crianças não é um problema que precisa ser tratado, mas a solução para outros problemas enfrentados pelas famílias e outros grupos sociais.

Na longa pesquisa realizada pela autora foram destacados exemplos de crianças que afirmavam ter mais de uma mãe e um expressivo número de indivíduos que afirmavam terem passado vários de seus anos formativos longe dos genitores. Traz ainda argumentações dos entrevistados em torno do ato de cuidar como sendo algo de todos, não restrito apenas à família biológica e conclui que “apesar do ditado ‘Mãe é uma Só’, de fato muitas pessoas chamam mais de uma mulher por este título” (FONSECA, 2002, p. 57). Esta afirmação nos leva a concluir também que estas crianças circulam por mais de um grupo familiar. Essas outras normalidades com as quais nos deparamos são expressão do que a autora aponta: a existência de diversas relações familiares na sociedade contemporânea.

Os resultados da pesquisa de Claudia Fonseca (2002) sobre a circulação de crianças contribuem com nossas reflexões sobre as distintas referências familiares que podem ser feitas pelos usuários dos serviços de saúde. Quando questionados sobre sua rede de apoio para os cuidados pós-alta os usuários podem indicar a presença de sujeitos que não necessariamente seriam sua rede primária de atenção, mas que devido às

alternativas encontradas ao longo da vida criaram laços de afetividade que lhes coloca nesse lugar.

Os profissionais que atuam nas Instituições de Saúde devem estar atentos a essas “outras normalidades”, ultrapassando assim uma visão monolítica dos sujeitos, pois corremos um grande equívoco quando: *“Pressupomos o que é ‘normal’ a partir da nossa experiência pessoal (no caso de muitos pesquisadores, uma experiência de classe média alta), ou de modelos livrescos calcados na ideia de um Sujeito Universal”* (FONSECA, 2002, p. 55).

Reconhecendo a existência de outras normalidades devemos respeitá-las entendendo que na maioria das vezes não são praticadas como algo idealizado, heroico, mas foram as alternativas legítimas adotadas por muitos grupos familiares, para assegurar o cuidado aos seus membros num contexto em que são precários os serviços e as políticas de proteção social aos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Lidar com “outras normalidades” é desafiador não apenas do ponto de vista de aceitá-las e respeitá-las como um tipo diferente de alternativa daquela que poderia ser adotada pela família do profissional, como também perante as exigências legais postas à Instituição. Pode ocorrer, por exemplo, que uma criança/adolescente, um idoso, ou pessoa com deficiência, que não possa responder por seus atos, compareçam aos serviços de saúde acompanhados de pessoas que exercem o papel de cuidadores, porém não são seus responsáveis legais. Neste caso, certamente poderão enfrentar até mesmo impedimentos burocráticos para a realização de determinados procedimentos.

Segundo Costa (2002) outro ponto fortemente relacionado à noção de cuidado e pouco abordado na literatura é em relação à maternidade transferida. A autora aponta que foram inúmeras as mudanças que ocorreram no século XX que trouxeram uma nova configuração ao espaço doméstico, como a saída das mulheres do espaço da casa e a agregação de novos afazeres ao cotidiano das mulheres (como o trabalho em domicílio). Com esses adventos, o cuidar teve que ser transferido a outras mulheres.

Se no início do século XX havia a forte presença das amas de leite e ao longo dos anos foi crescendo o número de mulheres envolvidas no trabalho remunerado de cuidar dos filhos daquelas que passavam a conquistar novos espaços para além do doméstico,

ainda hoje encontramos inúmeras situações em que mulheres contam com outras mulheres na garantia do cuidado familiar, estabelecendo redes sociais (Costa 2002).

A autora esclarece ainda que os ganhos obtidos no sistema de proteção social brasileiro estão diretamente relacionados à saída das mulheres do espaço doméstico e à luta dos movimentos feministas para que ações que garantam o cuidado dos indivíduos sejam desenvolvidas pelo Estado. Esta argumentação é muito importante quando falamos de cuidado, para que não limitemos a responsabilidade do mesmo sobre a família.

Como o cuidado ao longo dos anos foi assegurado no espaço doméstico, foi retardada a montagem de sistemas públicos de proteção social, o que se expressa na atual carência de serviços como creches e abrigos em condições de assegurar aos seus usuários o cuidado almejado pelas famílias. Segundo Costa:

Através dos tempos, a maternidade transferida cobre a deficiência dessas estruturas. A delegação de cuidados da casa - expressão polissêmica, referida a cuidado de coisas e de pessoas em circunstâncias diversas - se dá porque não há outra alternativa. Essas práticas protecionistas, com pouco apoio do setor público, consolidaram extensas redes de proteção e dependências armadas na intimidade das casas (COSTA, 2002, p. 306).

Quando pensamos o cuidado em saúde podemos tomar como exemplo os sujeitos em situação de doença, e a baixa quantidade de espaços que sirvam de local para recuperação pós-alta. Existem sujeitos que não contam com nenhum tipo rede de apoio, e aqueles que contam com vínculos afetivos e familiares, mas que devido às precárias condições de moradia e renda não tem condições, por exemplo, de retornar ao domicílio após a alta hospitalar. O período de reestabelecimento pós-operatório que poderia ser realizado em casa, seguindo as recomendações da equipe profissional, se torna inviável em muitas situações.

Nessa conjuntura, diante da fragilidade de recursos públicos que atendam a essa demanda ocorre uma busca por parte dos sujeitos por ampliar sua rede de apoio procurando na igreja, na vizinhança o suporte que deveria encontrar no aparelho estatal.

A situação exemplificada acima se torna muito mais latente quando ocorre a ausência de condições de cuidado por parte da família, mas traz nela também um problema que não é percebido quando o cuidado logo de imediato é assegurado pela família ou rede de apoio no domicílio, o que Costa (2002) aponta como a ocorrência de

maternidade transferida quando as mulheres desempenham o papel de cuidadoras nos ambientes hospitalares e em domicílio nos moldes de *home care*.

Além da circulação de crianças e da maternidade transferida, outra realidade de muitas famílias e grupos sociais é o crescimento do número de idosos provedores, com destaque para o papel das idosas. Tal situação não é nova, e tem se configurado como mais uma alternativa das famílias para preencher a lacuna deixada pelo sistema de proteção social brasileiro na garantia do cuidado aos sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

Esta realidade cresce acompanhando o desmonte do Estado, e a precarização das condições de trabalho, que tem levado as famílias mais jovens a se inserirem no mercado de trabalho de forma vulnerável e recebendo para tal remuneração que não permite ao trabalhador dar conta do seu sustento e de sua família (NEVES, 2006).

A autora discute a situação dos idosos provedores e destaca que mesmo aqueles indigentes tem assumido esse papel. Em sua pesquisa destaca que não são as mesmas razões que levam um idoso a se tornar o provedor de filhos e netos, e enfoca principalmente no papel das idosas provedoras, dado que esta condição tem sido mais presente entre as mulheres do que entre os homens (NEVES, 2006)

Um dos principais benefícios voltado atualmente à manutenção dos idosos é o Benefício da Prestação Continuada (BPC). A Constituição Federal de 1988 instituiu a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la promovida por sua família. Tal Benefício foi regulamentado pela Lei orgânica da assistência social, que impõe um corte de renda de até ¼ de salário mínimo per capita na família.

Há uma grande demanda por tal benefício, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2014) em 2012, 1,7 milhões de idosos eram beneficiários do BPC. Se por um lado isso demonstra uma ampliação do número de idosos que alcançaram esse tipo de proteção, por outro, expressa um alto número de idosos vivendo em situações de pobreza, muitas vezes com suas famílias, cuja renda não atinge nem ¼ de salário mínimo per capita.

Neves (2006) chama atenção ao fato de que para a maioria desses idosos beneficiários de programas e benefícios sociais a condição de indigência não é nova, é consequência de uma vida laborativa inseridos informalmente no mercado de trabalho. Segundo a autora, não apenas os recursos da aposentadoria e do BPC são direcionados ao sustento dos filhos e em especial dos netos, mas ocorre ainda a busca itinerante por recursos em instituições filantrópicas (como roupas, cestas de alimentos, brinquedos, remédios, etc.).

Outro ponto a ser considerado em relação à situação dos idosos provedores é quanto ao crescente número de idosos inseridos no mercado de trabalho. Se por um lado a garantia desse direito no Estatuto do Idoso é um avanço, pois valoriza a condição da pessoa idosa para exercer a atividade laborativa que lhe interessa, prevendo punição às situações de preconceito para com os mesmos (BRASIL, 2003), por outro lado é algo que merece atenção quando são questionados os possíveis motivos de tal inserção. O que é um direito talvez tenha se tornado para muitos idosos a única alternativa para manter o sustento da família, tendo em vista a insuficiência da aposentadoria para cumprir com essa função.

Idosos que anteriormente tiveram dificuldades para prover o cuidado e o sustento dos filhos agora se veem na condição de cuidadores/provedores de filhos e netos (NEVES, 2006).

Presenciamos um tempo em que duas gerações (filhos e netos) não conseguem alcançar sua independência. Questiona-se sobre qual o cenário que irá se configurar com o passar dos anos, quando os atuais idosos provedores não estiverem mais presentes? De quem virá o cuidado e o sustento para essas gerações? Elas irão perpetuar a condição de indigência ou o Estado assumirá o seu papel de promotor de proteção social?

Tal lugar ocupado pelos idosos expressa uma contradição, pois estes alcançaram o momento de suas vidas em que tem o direito de serem público prioritário nas políticas de proteção social e mesmo assim acabam assumindo o papel de protagonistas do cuidado. Entre cuidar e serem cuidados acabam ocupando a primeira condição tendo em vista que seus filhos muitas vezes não podem ocupar este lugar.

As impossibilidades do exercício do papel de pais podem ser derivadas de fatores conjunturais, como o aumento do índice de desemprego e de rebaixamento do valor do salário, de mortes prematuras, destacando-se os

assassinatos e os acidentes de trânsito. E fatores que inviabilizam o exercício da responsabilidade, paternal ou maternal, como é o caso da incidência de doenças mentais e o uso qualificado como abusivo de drogas, especialmente do álcool (NEVES, 2006, p. 365).

Maternidade transferida, circulação de crianças e a condição de idosos provedores são questões que devem ser consideradas por profissionais que atuam em profissões de cuidado e lidam cotidianamente com essas situações. Estas questões devem ocupar não apenas o lugar de reflexão, e de respeito às singularidades, mas também o lugar do debate e da luta para que a população que necessita recorrer a essas alternativas tenha preenchida a lacuna deixada pelo aparelho estatal. A partir de um leque maior de alternativas, as famílias podem ter mais liberdade de fazer sua opção sobre a forma de cuidado que melhor lhes atende.

### **3. Considerações Finais**

Muitos são os contextos em que estão inseridos os sujeitos sociais que demandam cuidado em Saúde. Este cuidado num campo específico não pode ser visto de forma isolada, pois ele também se manifesta através de inúmeras redes que se estabelecem entre os sujeitos sociais. Dessa forma, a análise do cuidado em saúde deve considerar as vivências e saberes que são trazidos pelos sujeitos, usuários dos serviços de saúde e suas famílias.

Reconhecer as diferenças e os costumes, que são moldados por contextos, culturas e experiências, contribui para uma prática que busca minimizar as situações onde o usuário dos serviços se torna vítima de violência simbólica. A violência simbólica ocorre onde a realidade apresentada por um sujeito é vista como algo ruim, como práticas erradas que precisam ser corrigidas, em prol de um único padrão de cuidado (BOURDIEU, 2008).

Observamos nas experiências da atualidade que da mesma forma que temos famílias, singularidades e sujeitos, podemos falar também em cuidados, que se expressam das mais diversas formas segundo as lacunas e alternativas encontradas por cada grupo de sujeitos sociais. Tais termos são tratados no plural indicando que a realidade dos indivíduos não é monolítica, e que lidamos com realidades que precisam ser consideradas e respeitadas.

A família pode não ter condições afetivas, financeiras, psicológicas ou sociais de assegurar o cuidado aos seus membros, mas cabe ao Estado oferecer as condições necessárias para que o mesmo seja assegurado aos sujeitos.

O profissional que atua nos serviços de saúde deve estar atento a essas e outras questões, buscando a garantia dos direitos dos usuários, respeitando suas singularidades e opções de vida, fazendo a mediação entre as questões objetivas do seu espaço de trabalho, as demandas apresentadas pelos usuários, e as questões relacionadas ao macro, que muitas vezes não são conhecidas pelos sujeitos e suas famílias e que afetam diretamente no processo de cuidado e precisam ser trabalhadas junto com usuários, familiares e equipe de saúde.

## Referências

ANDRADE, G.R.B., VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, v. 4, 2002, p. 925-934.

BONET, O. e TAVARES, F.R.G. O Cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R. (orgs). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 263-277.

BOURDIEU, P. Espaço Social e Espaço Simbólico. In: BOURDIEU, P. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas: Papius, 2008, p. 13-33.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Benefício da Prestação Continuada**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde**, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**, lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, 2003.

BURLANDY, L., et al. Intersetorialidade e potenciais conflitos de interesse entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Vigilância Sanitária em Debate**, p. 124-129, 2014.

COSTA, S. G. Proteção Social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, Ano 10, n. 2, p. 301-323, 2002.

FONSECA, C. Mãe é uma Só? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 49-68, 2002.

KEHL, M. R. **A Constituição Literária do Sujeito Moderno**. 2000. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/19133258/Maria-Rita-Kehl-A-constituicao-literaria-do-sujeito-moderno>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

LOBATO, L. de V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, N. 3, p. 721-730, 2009.

NEVES, D. P. **As Idosas Provedoras e o Enraizamento Familiar**. In: BRITES, J. e FONSECA, C. (orgs). **Etnografias da participação**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. p. 359-379.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R. (orgs). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 15-28.

\_\_\_\_\_. Integralidade em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 9 mar. 2015.