

FAMÍLIAS MONOPARENTAIS FEMININAS E APOIO NOS CUIDADOS EM SAÚDE

Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski¹

Resumo: De modo semelhante a o que acontece com várias políticas sociais, a área da saúde tem convocado as famílias a serem corresponsáveis pelos cuidados. Dados censitários revelam que quase 40% dos lares são chefiados por mulheres, o que quer dizer que os encargos repassados serão assumidos por mulheres que não contam com auxílio direto do cônjuge ou que contam com redes de suporte frágeis. Nesse contexto, busca-se responder a dois interrogantes: será que todas as famílias monoparentais atendidas pelos serviços públicos de saúde têm o mesmo perfil? E, quais os mecanismos de suporte que dispõem para enfrentar os cuidados em saúde? O trabalho resgata elementos de pesquisa de campo realizada junto a famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina de duas comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Florianópolis, Santa Catarina, e busca chamar a atenção para a diversidade de situações que há por trás da categoria “famílias monoparentais” e os mecanismos de suporte que dispõem essas famílias. Conclui-se que se as políticas de saúde levassem em consideração a multiplicidade de famílias atendidas poderia se potencializar o vínculo entre as famílias e as equipes de saúde da família, elemento importante na corresponsabilidade preconizada pela ESF

Palavras-chave: Famílias, monoparentalidade feminina, cuidados em saúde.

INTRODUÇÃO

A monoparentalidade feminina é um dos elementos marcantes na nova configuração das famílias brasileiras: se em 1996, 26% das famílias eram chefiadas por mulheres, dados da PNAD de 2011 revelam que 37,4% dos lares têm como pessoa de referência uma mulher². Falar em chefia feminina dos lares (ou famílias chefiadas por mulheres) remete a um conjunto de situações, condicionadas pela idade da mulher, número e idade dos filhos, condição civil da mulher (solteira, separada, viúva e até com companheiro/marido sob o mesmo teto), pela rede social que lhe dá suporte, e pelos seus vínculos com o mercado de trabalho ou o recebimento de pensões ou aposentadorias.

No contexto dos cuidados com saúde é importante compreender as mudanças pelas quais as famílias vêm passando, haja vista que o novo modelo de atenção em saúde - plasmado na Estratégia

¹ Economista, Doutora em Sociologia Política. Professora/pesquisadora do Departamento de Economia e Relações Internacionais da UFSC, Florianópolis, Brasil. E-mail: carmen.gelinski@ufsc.br

² As mudanças nas famílias têm sido acompanhadas de alterações conceituais na coleta de dados populacionais. Alterações que, sem dúvida têm a ver com as relações/representações de gênero. A mais notória delas, se refere à substituição do termo “chefe de” família/domicílio para “responsável por” família/domicílio. O uso do termo “chefe” esteve associado, desde o Censo de 1920, à autoridade de um dos membros, sobre os outros, e à sua condição de provedor. Essa acepção seria a forma usada até 1991. A partir do Censo de 2000 a denominação “responsável por” passaria a ser oficialmente usada pelo IBGE, embora muitos textos ainda usem ambos os termos como sinônimos.

Saúde da Família (ESF) - convoca as famílias a serem corresponsáveis nos cuidados (GELINSKI, 2011). Numa dimensão mais ampla, esse repasse de responsabilidades faz parte das mudanças, em curso desde a década de 1970, que se operam no interior dos sistemas de bem-estar social, e que configuram o chamado *welfare mix* ou *pluralismo de bem-estar*³. Nesse novo modelo, o Estado perde centralidade na execução das políticas sociais e convoca segmentos da sociedade civil, como o setor comercial, as organizações não governamentais (ONGs) e as redes de suporte informal (famílias, amigos e vizinhos) para assumir carga importante na proteção social⁴.

A preocupação que norteia este artigo é resgatar a diversidade de situações que há por trás da categoria monoparentalidade feminina no contexto dos cuidados em saúde, para compreender as estratégias de apoio que lançam mão as famílias atendidas pelo sistema público de saúde. Alguns interrogantes instigam esta reflexão: Se o universo dessas famílias é frágil, o que ocorre quando problemas de saúde se apresentam? Será que o tipo de apoio tanto da rede oficial quanto da rede informal é a mesma para todas as famílias monoparentais femininas? Será que todas as famílias monoparentais têm o mesmo perfil? Quais os mecanismos de suporte que dispõem para enfrentar os cuidados em saúde? A intenção é verificar se o formato da família e da rede de suporte que a cerca, condiciona a forma como ela se relaciona com os serviços de saúde e o itinerário terapêutico que é seguido pelas mesmas na busca por atenção para sanar moléstias ou doenças. Entende-se que uma análise minuciosa das características das famílias monoparentais poderia levantar elementos que permitam verificar se as políticas de saúde levam em consideração a heterogeneidade dos seus usuários, o que poderia fortalecer o vínculo entre as famílias e as equipes de saúde da família, elemento importante na corresponsabilidade prevista pela ESF.

AS MÚLTIPLAS FACETAS DA MONOPARENTALIDADE FEMININA

A caracterização a seguir foi elaborada a partir da análise temática de dados obtidos em entrevistas com usuárias de duas comunidades do município de Florianópolis, atendidas pela Estratégia Saúde da Família⁵.

Cabe salientar que a tipificação aqui construída possui limites flexíveis e que algumas das entrevistadas a rigor poderiam estar em mais de uma das tipologias apresentadas. A despeito disso,

³ Cf. Johnson (1990), Mishra (1995) e Pereira (2004).

⁴ Para uma discussão sobre os limites da proteção social via famílias, ver Gelinski (2013).

⁵ A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC). Sobre a metodologia da pesquisa, ver Gelinski (2010).

entende-se que retratar a diversidade de situações que se abrigam na categoria *monoparentalidade feminina* é fundamental para esclarecer os seguintes aspectos: os percursos terapêuticos dessas famílias, se elas interagem com os agentes da política pública (e a forma como se dá essa interação), os elementos que dispõem para cumprir a sua parte da corresponsabilidade e o tipo de proteção social em saúde que essas famílias precisariam receber.

a) Mulheres chefes do lar idosas, com doentes acamados ou em situação de vulnerabilidade

Neste grupo se inserem mulheres que têm sob os seus cuidados pacientes (quase sempre filhos) em condições de saúde incapacitantes (que podem ir desde acidentes que causaram paralisia, e que mantêm o paciente num leito, até situações de pacientes com distúrbios mentais severos). Neste grupo encontram-se, também, mães chefes de família que assumiram essa condição quando jovens, por ocasião da separação ou falecimento do companheiro e que agora se encontram aposentadas ou recebem algum tipo de pensão.

Quanto às mães idosas e com pacientes acamados, se de um lado a sua situação é mais precária se comparada àquelas mais jovens, e que se encontram no mercado de trabalho, por outro lado, percebe-se que recebem mais atenção das equipas da Saúde da Família, nos quesitos marcação de consultas e entrega de medicamentos no lar. Elas relatam receber visitas com mais frequência do que as mais jovens, fato que se justifica pela presença de doentes acamados e também pela presença da usuária no domicílio em horário comercial, quando as ACS fazem as visitas.

Durante as entrevistas às chefes de família com pacientes acamados foi possível perceber profundos laços de afeto com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Nas entrevistas em que estas estavam presentes eram tratadas como se fossem filhas. Recebiam apelidos carinhosos e havia demonstração efusivas de afeto. Especial alegria demonstrava uma usuária viúva de 73 anos com a visita da ACS. Ela morava com três filhos, dois deles com problemas de saúde: uma acamada com deficiência mental congênita, que ficava se arrastando pelo chão e usava fraldas, e o outro, surdo-mudo e dependente de drogas. Percebeu-se o elevado grau de dependência dessa usuária em relação às visitas das ACS. Para ela, a presença da ACS é uma das poucas “janelas” de contato com o mundo, pois a deficiência da filha a impede de sair de casa, pelo qual vai pouco à unidade de saúde. Observa-se que o laço criado não parece estar ligado necessariamente à resolutividade de todas as demandas apresentadas.

Eu sou assim, quando posso me arrumo. Tomo um chá, um comprimidinho que tenho em casa. Às vezes compro (o remédio), porque nem sempre dá para ir lá, né? Não é fazer

pouco do pessoal do posto, que eles são legais. É difícil ir ao posto por causa da minha filha. E, além disso, tenho dificuldade de sair sozinha para a rua. Quem vai sair comigo?

Cabe destacar que não foi possível perceber o mesmo grau de proximidade entre as ACS e as mulheres mais novas, o que pode levar a questionar se a efetividade da proteção social outorgada pela ESF não estaria atrelada ao desenvolvimento de vínculos afetivos. Isto é, se haveria mais proteção para as idosas (e suas famílias), que se encontram praticamente confinadas nas suas casas, do que para as mais jovens que se encontram no mercado de trabalho. Essa hipótese ganhou força ao ouvir de uma ACS, numa reunião de equipe, que algumas mulheres teriam pedido que as visitas fossem realizadas nos fins de semana. A essa fala seguiram-se vários comentários das outras ACS, tais como o fato de estar fora do horário de trabalho delas ou, ainda, de que os fins de semana são destinados a cuidarem das suas próprias casas. A forma como o tema foi conduzido denota que a dupla condição das ACS (de mães e trabalhadoras) lhes restringe a possibilidade de dar um atendimento diferenciado para as usuárias que estão ausentes dos lares em horário comercial.

Quanto às mães chefes de família que assumiram essa condição quando jovens, por ocasião da separação ou falecimento do companheiro, percebe-se que, apesar da idade, ainda exibem o papel de “chefe” do grupo familiar. É o caso específico de mulheres que acolhem os filhos (e netos) que também tenham passado por um processo de ruptura familiar. Ou ainda, trata-se daquelas que acolhem os filhos que não conseguem morar sozinhos devido a condições financeiras desfavoráveis. Nesses casos, o desgaste físico e emocional provocado pela incorporação de filhos com suas proles parece ser compensado pelo apoio que estes podem proporcionar para a matriarca em casos de doença.

b) Mulheres chefes de família que se encontram subordinadas a outras mulheres – famílias inseridas em outras famílias

Neste grupo encontram-se aquelas que, pela ausência de cônjuge (por separação ou casos de mães solteiras) foram morar com as mães. A noção da chefia familiar neste caso merece ser qualificada. Woortmann (1987, p.68) em estudo sobre famílias carentes de Salvador, Bahia, chama a atenção para a distinção entre “chefe de família” e “chefe da casa”. Para ele “a chefia da casa depende da propriedade da casa e esta muitas vezes pertence à mulher, seja por tê-la construído, herdado dos pais ou em obediência ao padrão segundo o qual a mulher retém a casa na eventualidade de um rompimento do vínculo conjugal” e conclui “é significativo que o mesmo termo designa simultaneamente o grupo doméstico e o prédio que o abriga, base material de sua

realização”. O autor chama a atenção, ainda, para os casos de famílias compostas por mãe e filhos em que a chefia familiar e da casa é desempenhada simultaneamente pela mulher. E, também, para casos em que a mulher, ao construir um novo vínculo conjugal, continuará com a chefia da família, situação em que o novo marido poderá vir a ser considerado chefe da casa (e nunca da família) em função do seu desempenho como provedor.

No caso específico do grupo ora analisado fica claro quem assume a posição de chefia da casa ou da família. As matriarcas reconhecem suas filhas como chefes de família por arcarem com a manutenção das suas respectivas proles. O cuidado dos filhos por parte das avós – as chefes da casa - possibilita a inserção das mulheres mais jovens no mercado de trabalho, haja vista que uma das maiores dificuldades é a obtenção de vaga em creches. Essa solidariedade inter-geracional se expressa numa mão dupla de cuidados: as filhas estão ao tanto das necessidades da matriarca e esta, por sua vez, cuida dos netos e em casos de doença será ela quem aplicará o tratamento terapêutico mais indicado – desde a prescrição de remédios caseiros até o deslocamento com as crianças ao Centro de Saúde ou hospital - para que a filha não perca o dia de trabalho.

Entretanto, há um outro grupo de mulheres que, apesar de serem mais velhas, não se constituem chefes da casa. É o caso de mulheres que em função da idade ou de doença vão morar com os filhos, mas que não perdem a sua característica de chefes de família, por ainda terem filhos ao seu encargo. Exemplo disso, é o caso de uma senhora de 85 anos, que mora com os 5 filhos, quatro deles casados e uma com 30 anos com deficiência mental que exige cuidados intensos. Para ela, a aposentadoria e a pensão que a filha recebe lhe possibilitam ter certa autonomia financeira para administrar a “sua” família – restrita a ela e à filha – inserida em outra família. Nesse caso, se parece haver uma certa autonomia financeira, a responsabilidade nos cuidados da saúde é dividida: enquanto a usuária é responsável por cuidar dos problemas de saúde (e da medicação) da filha deficiente, por outro lado, quem administra a medicação de uso contínuo que ela ingere é de responsabilidade do filho (o “chefe da casa”). Antes de ir trabalhar, ele deixa separados os medicamentos que a mãe deve tomar ao longo do dia.

Independente do motivo que tenha levado à constituição destas “famílias inseridas em outras famílias” tem que se atentar para o fato de que a disponibilidade da família ampliada se constitui em mecanismo de suporte diante de adversidades, dentre elas a doença. Além disso, estas famílias certamente têm contato com as ACS, pois sempre haverá alguém na residência para recebê-las, o que pode potencializar os recursos terapêuticos oferecidos pela ESF.

c) Mulheres com cônjuges em situação de risco social decorrentes do uso ou tráfico de drogas ou mulheres com cônjuges com problemas de saúde

Neste grupo encontram-se mulheres que arcam com a responsabilidade familiar, mas que não necessariamente tem ausência de cônjuge. Eles tanto podem estar enfrentando dependência de drogas, estar presos por problemas com a lei, ou ainda, estar enfrentando problemas de saúde que os impeçam de trabalhar.

Nestas famílias, mesmo que as mulheres se sintam subordinadas à figura do cônjuge, a responsabilidade financeira e emocional recai sobre elas. No caso daquelas cuja ausência forçada do marido por conflitos com a lei as leva a assumir quase que integralmente a função de pai e mãe, se defrontam com o desafio de cuidar dos vários aspectos da vida cotidiana (entre eles a saúde) e, não raro, enfrentam incursões policiais efetuadas na região em busca de traficantes. A ausência da figura masculina possibilita que em muitas situações a força policial invada a residência sem maior oposição. A situação dessas mulheres é muito frágil, pois a condição de esposas de presidiários as leva a temer que qualquer esboço de reação durante essas incursões redunde em “castigos” para os seus companheiros na prisão, como não recebimento de visitas durante um determinado período.

Para estas mulheres são mínimas as possibilidades de encontro com as agentes de saúde, pois elas passam boa parte do dia fora e relatam não conhecer como se procede o trabalho delas.

No caso daquelas que têm maridos com problemas de saúde, mesmo tecendo críticas à ESF, algumas reconhecem a efetividade do “sistema de visitas” das ACS, pois garantem o suprimento de remédios de uso contínuo.

Pra mim o posto não resolve nada. Só resolve para o meu marido porque quando ele precisa já falo: fulano está precisando de remédio, eles não fazem esperar, vai já consulta e já dão o remédio. só para isso mesmo que o posto serve para o resto não serve.

Já outra entrevistada confessa que o marido não recebe as visitas, mas é porque ele “deu um corridão nelas”

Meu marido não tem mais condições de trabalhar. Tem épocas que ele não enxerga... e, para dizer a verdade, o pessoal do posto não vem vê-lo. Eu ia ao posto, fazia a ficha para eles virem ver ele em casa, eles nunca vinham. Teve uma vez que deu uma crise tão forte que tive que chamar o SAMU. [questiono se o pessoal da SF vem fazer visitas]. Uma vez eles vieram e ele estava atacado da diabete, ele as destratou. Disse um monte para elas. Ele ficou tão bravo pois disse que só o veem lá. Nunca mais vieram.

O desentendimento do cônjuge com as ACS significou uma sobrecarga para esta usuária, pois ela não apenas passou a ter que ir à unidade de saúde para buscar remédios - coisa que as ACS fariam - como também tem que tentar se impor, num jogo de força desigual, para que o marido siga

o tratamento e com isso executar de modo adequado a sua parte na corresponsabilidade nos cuidados.

Tem épocas que está bom, tem épocas que não está bom. Ele não está fazendo tratamento nenhum, por que não está mais nem tomando insulina. Ele não quer mais tomar. [pergunto se é porque não tem o medicamento]. Não, é porque ele não quer mesmo. Eu não posso fazer nada... Ele tem 50 anos e ele sabe o que faz. A minha parte eu faço, eu vou ao posto, eu pego, dou a insulina nele, já se ele não quer, não é criança tu vê, não vou ficar me preocupando, o problema é dele. Já disse mesmo para ele. Eu tenho que me preocupar com o que eu faço.

O peso da responsabilidade que ela tem no seio familiar a torna ciente do imperativo de se cuidar para dar conta dos encargos com a família.

Não posso ficar me preocupando com tudo. Quem vai cuidar dos meus filhos se me dá alguma coisa? Ninguém né?

Nestas famílias, com chefia feminina e que aparece a figura do cônjuge, percebe-se uma situação paradoxal. Se, de um lado, são elas que assumem as rédeas da casa (pela ausência do par ou por doença do mesmo), por outro lado, elas têm dificuldade de impor certas práticas ou proteger as suas famílias de maneira adequada.

d) Mulheres chefes de família com filhos pequenos

Dentre os vários tipos de famílias encontrados este parece ser o mais vulnerável. Se para as categorias anteriores o apoio público é importante, para esta categoria as ações de proteção social são essenciais para garantir a sobrevivência. No dia-a-dia, a difícil articulação entre trabalho e encargos familiares condicionará a inserção destas mulheres no mercado de trabalho e a forma como lidarão com seus problemas de saúde.

A inserção no mercado de trabalho das entrevistadas deste grupo está subordinada às responsabilidades familiares e condicionada por três fatores: número e idade dos filhos e disponibilidade de apoio para os cuidados. Tendo em vista esses elementos, perguntou-se às entrevistadas como se processava o cuidado com a casa e com os filhos, quem ficava com eles, o que eles faziam no horário inverso ao das aulas, quem cuidava deles quando os filhos adoeciam e elas precisavam trabalhar, além de verificar como essas mulheres equacionavam o trabalho e a atenção aos filhos.

As entrevistadas deste tipo de famílias relataram que executam as tarefas do lar geralmente à noite e algumas contam com auxílio de algum familiar próximo, normalmente menor de idade que mora na mesma casa. No horário inverso ao das aulas, os filhos normalmente ficam aos cuidados

desses familiares, permanecem num projeto educacional ou creche do bairro ou, ainda, há o caso daqueles que praticamente ficam em casa sozinhos⁶, sob o olhar mesmo que distante de alguma vizinha nos dias em que a mãe precisa fazer faxinas⁷.

O mundo das entrevistadas parece estar composto por duas áreas, em que os vínculos de trabalho estão subordinados à esfera dos vínculos familiares. Os vínculos de trabalho obedecem à lógica e às necessidades impostas pelos vínculos familiares. Embora as entrevistadas reconheçam que dependem do trabalho para sustentar a prole, se a saúde dos filhos assim exigir estão dispostas a abrir mão de vínculos de trabalho mais estáveis ou até deixar de auferir renda (caso das diaristas) para poder atender os filhos.

Mesmo para aquelas que têm cônjuge em casa, se a responsabilidade dos cuidados de saúde dos filhos recai unicamente sobre elas, só lhes resta ausentar-se do trabalho quando os filhos estão doentes e impossibilitados de ir à escola, conforme relatou uma entrevistada: “*Quando vejo que não posso ir trabalhar mando recado no meu serviço, eu ligo e digo que não vou porque os meus filhos estão doentes. Não vou mesmo. Vou deixar os meus filhos para ir na casa dos outros ? Não mesmo!*”. Fica claro que prevalece o papel de mãe sobre o de provedora.

A questão dos cuidados é um dos elementos mais sensíveis na vida das mulheres monoparentais. Se para algumas significa readequação no trabalho para outras pode ocasionar a perda dos vínculos formais com o mercado de trabalho. Conforme se constatou numa reunião de grupo de puericultura de uma equipe, algumas usuárias pararam de trabalhar pela falta de creche para os filhos⁸ ou mesmo por opção para se dedicarem ao cuidado dos filhos. Nesta última situação se encontrava uma usuária, mãe de quatro crianças pequenas, atualmente desempregada, que sobrevive de faxinas e da pensão que recebe do pai da última filha. No encontro de puericultura foi destacada a sua tenacidade para que a filha amamentasse o maior tempo possível. Ao retornar da licença-gestação a filha começou a adoecer e perder peso, motivo pelo qual decidiu afastar-se do emprego. Ela teria optado por deixar o trabalho, pois as faltas ao serviço eram muito frequentes e as empresas não estariam mais aceitando atestados.

Agora está difícil porque as firmas não estão mais aceitando atestado do posto. Porque tem muita gente que não passa pela situação que eu tenho, de cuidar tudo sozinha, e às

6 Uma usuária confessou que com muito sacrifício comprou um *Play Station* para assegurar que os filhos ficassem em casa e não na rua durante a sua ausência.

7 Em trabalho anterior (GELINSKI, 2003) destacou-se o medo das mães, que deixam os seus filhos sem a supervisão de um adulto, de serem denunciadas ao Conselho Tutelar - fato que pode até levar à perda da guarda dos filhos.

8 A falta de creches é apontada por várias mães como o motivo pelo qual se encontram desempregadas. Mãe de quatro filhos reclama da falta de creche: “*Todos os outros 3 filhos vão para a escola. Só a bebezinha está esperando a creche. Enquanto isso faço faxina uma vez por semana*”. Outra mãe com bebê de dois meses cogita deixar a filha com a mãe a partir dos seis meses para não tirar o lugar da creche de outra mãe que precise mais do que ela.

vezes vão lá e pegam atestado sem precisar. Daí a gente acaba pagando por isso, né. Daí hoje em dia está difícil até para dar atestado.

A lacuna deixada, na vida desta e de outras mães, pela falta de um emprego formal e mais regular, é suprida por faxinas eventuais. A faxina é tida como “carta na manga” diante de perda repentina de uma ocupação regular ou da passagem de uma atividade para outra e se constitui em expediente importante de sobrevivência das famílias vulneráveis. Além das faxinas há uma multiplicidade de ocupações/atividades que garantem o sustento destas famílias e ao mesmo tempo permitem compatibilizar os cuidados, como venda de roupas ou elaboração de comidas.

A situação de precariedade destas famílias é muito grande. As que cuidam sozinhas do sustento, e dos filhos ao mesmo tempo, nem sempre conseguem cuidar adequadamente das duas coisas e acabam saindo do emprego para uma atividade mais esporádica. Isso amplia a possibilidade de ter uma situação ainda mais precária no futuro, pois trilham um caminho que lhes veda o acesso à aposentadoria e a outros benefícios sociais.

Concepção de família e apoio nos cuidados

As entrevistadas encontram-se morando nas comunidades estudadas por tempo suficiente para terem construído uma rede de relacionamentos que, dentre outros aspectos, poderia lhes possibilitar auxílio em casos de doença. Percebeu-se que a configuração dessa rede e o entrelaçamento dela com a família consanguínea são elementos cruciais para entender os mecanismos de apoio que dispõem as famílias monoparentais.

Ao se referirem à família, algumas entrevistadas fizeram menção ao núcleo familiar restrito, composto pelas pessoas que moram na mesma residência (ela, filhos, sobrinhos menores, algum amigo e o cônjuge em alguns casos) - ou, ainda, por parentes que moram nas proximidades. Outras se referiam à família num sentido ampliado que também incluía os moradores próximos sem grau de parentesco direto, com os quais foram estabelecidos vínculos estreitos.

A pesquisa possibilitou constatar que a infraestrutura que cerca as moradias pode ter influência na percepção da ideia de família. A noção de família ampliada é mais frequente entre aqueles moradores que vivem em condições mais precárias. Talvez a exiguidade dos terrenos e a proximidade física em que os moradores dessas áreas se encontram criem condições para que se formem laços de solidariedade, que se traduzem em ações concretas de apoio emocional e até

financeiro. Na contramão dessa situação, percebeu-se que nas moradias com melhores condições de renda parece primar a noção de família como uma entidade individual e quase autossuficiente.

A condição de auxiliaadoras das famílias carentes já foi apontada por pesquisas realizadas no país⁹ e mesmo em relatos de outros países essa faceta se faz presente¹⁰. Entretanto, chamou a atenção, nas declarações das entrevistadas, o fato de que a despeito de muitas afirmarem se sentir parte de uma grande família, **a sensação de segurança que essa rede ampliada poderia lhes proporcionar só é perceptível nas declarações daquelas que têm famílias consanguíneas morando nas proximidades.** Quando questionadas diretamente a respeito de quem recebem auxílio em caso de doença afirmaram:

Minha mãe ajuda. A gente corre em primeiro lugar para a mãe. Pego direto o morro, em direção à casa dela. Quando eles (os filhos) ficam doentes é a minha mãe mesm. Eles não podem ir à creche.

Conto com a ajuda dos filhos. Às vezes é a caçula, às vezes é a filha mais velha. Numa emergência até dá para chamar a avizinha.

Quando meu filho tem problema de saúde ele fica muito com a avó dele, a mãe do pai. Eu o levo lá, daí ela cuida (mulher que mesmo separada conta com a ajuda da ex-sogra).

Nos depoimentos das entrevistadas percebe-se que há dois tipos de necessidades: as relativas ao tratamento terapêutico e as relativas ao cuidado dos filhos para não perder o dia de trabalho. Ambas entrelaçadas quando problemas de saúde se apresentam. No que se refere ao apoio para enfrentar essas necessidades, aquelas que têm mãe ou irmãs **por perto** se sentem mais amparadas do que aquelas que não dispõem desse apoio:

*Quando meus filhos têm problema de saúde quem cuida sou eu mesma. Não tenho parentes. **Conto mesmo é com a ajuda de Deus...** Com os vizinhos posso contar um pouco. Quando fui para ganhar neném meus outros filhos ficaram com a vizinha.*

[com quem posso contar?] só com meu marido mesmo.

È difícil receber ajuda. Tem uma filha que lá uma vez ou outra vem. Ela mora aqui perto, mas trabalha todos os dias. Só no final de semana vem por aqui. Quando fico doente me cuido sozinha.

Nas declarações das entrevistadas que moram distante dos familiares, ou das que não têm outros parentes além do núcleo familiar restrito, ou daquelas que não conseguiram formar uma rede

9 Ver por exemplo: Lima (2006), Woortmann (1997), Guedes e Lima (2006) e Sarti (2007).

10 Em estudo realizado na Espanha, De Miguel (1998, citado por SÁNCHEZ VERA e BOTE DÍAZ, 2009, p.130), destaca que há evidências empíricas que mostram que as famílias de classe baixa são mais “ajudadoras” que as de classes altas. Ele aponta quatro motivos que explicariam essa condição: “(a) As famílias pobres tendem a ser mais ajudadoras porque elas têm mais situações de precariedade entre os seus membros; b) a isso deve se acrescentar que são mais extensas têm mais membros em situações de insegurança e menor renda per capita; c) talvez seja que as famílias das classes mais baixas são mais generosas; d) podem estar mais pobres precisamente porque são mais altruístas. A realidade é uma combinação dessas quatro hipóteses”.

que substitua a família, fica patente o sentimento de desamparo. Na hora dos cuidados se declaram estar sós ou afirmam contar apenas “com a ajuda de Deus”. Afirmção que, longe de ser um simples aforismo, parecia se referir a convicções profundas das entrevistadas.

Detalhe importante é que as possibilidades de auxílio parecem estar sempre atreladas a outras mulheres (WOORTMANN, 1987; BOEHS, GRISOTTI e AQUINO, 2007). Na formação de vínculos, as mulheres atuam como verdadeiros nós de uma rede. São elas que detectam as necessidades umas das outras e criam um ambiente propício à ocorrência de trocas. Essa rede funciona até mesmo para aquelas que têm cônjuges e que afirmam não poder contar com eles:

O meu marido só sabe gritar; Quem fica com os dois pequenos quando estou doente é a minha filha mais velha de 15 anos.

Independente de contarem ou não com o auxílio de parentes ou de membros da comunidade, chamou a atenção que somente uma das entrevistadas incluiu a unidade de saúde na hora de responder quem a auxiliava nos cuidados em saúde:

Isso aí é comigo mesmo. Às vezes quando tem um problema de saúde, alguma febre, já corro no posto, pego remédios.

Essa resposta chamou a atenção para a ausência do poder público na hora de conceder apoio às mães trabalhadoras. Além delas enfrentarem dificuldades para conseguir vagas nas creches, diante de casos de doença têm que “fazer toda um ginástica” para deixarem os filhos com alguém ou faltarem ao serviço, pois não podem levar os filhos à escola com quadro de doença.

As necessidades de apoio para os cuidados em saúde se intensificam quando os problemas de saúde atingem as próprias mulheres. As respostas dadas por elas, ao serem questionadas sobre o que fazem quando adoecem e quem lhes cuida, são emblemáticas:

*(o que faz quando adoecer?) **Ai meu Deus...** Eu cuido da minha irmã (que é vizinha) e ela cuida de mim.*

Eu mesma me cuido. Eu sou uma pessoa que se estou doente não deito, não durmo.

***As mulheres não podem adoecer.** A mãe não pode adoecer. Eu fico irritada quando fico doente, uma dor de garganta, uma dor de cabeça porque tenho que trabalhar mesmo assim. **As mães têm que ser um polvo, tem que ter vários braços.** Um (filho) grita, outro chama. Agora os meus já estão bem grandinhos, já ajudam bastante. (U6, mãe de quatro filhos, com idades entre 7 meses e 8 anos, migrante e sem parentes).*

Pelo papel central que as mulheres desempenham na dinâmica dos cuidados familiares, elas não se entregam facilmente quando a doença as alcança. Em estudo feito entre mulheres de camadas populares em Manaus, Gutierrez e Minayo (2009) assinalam o quanto o adoecimento da mãe/esposa pode ser um evento perturbador para uma família nuclear. Situação que, sem dúvida, é mais

perturbadora para as famílias monoparentais. Se as de famílias nucleares se se sentem compelidas a continuarem ativas, as mães/chefes de família monoparentais simplesmente “se recusam” a ficar doentes, muito mais se levar em consideração um aspecto citado por Gutierrez e Minayo (ibid.) a respeito de que normalmente a ajuda – quando ela existe - é destinada à rotina da casa (cuidar dos filhos ou dos serviços da casa) e não da doente em si, que se vê na contingência de se cuidar/tratar sozinha. A negativa de aceitar a doença pode estar relacionada ao aspecto destacado por Aureliano (2010) entre mulheres mastectomizadas, vítimas de câncer de mama. Para elas, o fato de pararem por causa da doença, e não se dedicarem ao que sempre faziam (lavar, cozinhar, varrer), mais do que um alívio das suas estafantes atividades, significaria uma inutilização ou desvalorização de si mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento realizado junto a famílias monoparentais de duas comunidades atendidas pela ESF do município de Florianópolis permitiu verificar a heterogeneidade de grupos existentes dentro dessa categoria. As características de cada tipo de família condicionam a forma como ela se relaciona com os serviços de saúde e o itinerário terapêutico que seguem quando procuram atenção para os seus problemas de saúde.

Retornando à interligação da configuração da família e as possibilidades de apoio, Boehs, Ribeiro, Grisotti et al (2009) destacam que as condições de vida atuais têm reduzido a rede de apoio para o cuidado dos filhos, pois as mães precisam voltar logo ao trabalho e as avós e outras pessoas da rede familiar também trabalham fora ou moram distantes. Nesse contexto, este artigo destacou as dificuldades que as mães trabalhadoras enfrentam quando surge um quadro de doença. A provisão do apoio dependerá do formato da família e da rede de solidariedade constituída ao redor dela. As mulheres entrevistadas mostraram que têm que contar com esquemas próprios tanto para o acesso a tratamento terapêutico quanto para auxílio no cuidado com os filhos ou, ainda, para cuidar delas mesmas.

Esses elementos remetem aos aspectos apontados por Martin (1995) e Nunes (1995), ao discutir os limites da nova configuração dos sistemas de proteção social. Mais especificamente, aos riscos da proteção social estar assentada em bases tão frágeis como as redes de solidariedade primárias ou sócio-familiares, que não se constituem em mecanismos sólidos e duradouros de proteção social, nos moldes da proteção outorgada pelo Estado. O caráter anônimo e ligado à noção

de cidadania da proteção estatal contrasta com o apoio outorgado no espaço doméstico que precisa de constantes mecanismos de ancoragem. Martin (1995) destaca também, que a solidariedade baseada no papel dos parentes pode acentuar as desigualdades em vez de compensá-las, haja vista que pode haver pessoas que não contam com ninguém, para as quais morar sozinhas não é uma opção, mas uma situação imposta por circunstâncias da vida. Para elas “pobreza e precariedade se coadunam com isolamento e solidão” (p.65). Nesse sentido, alerta que segmentos sociais com redes de suporte mais restritas estariam automaticamente excluídos dos mecanismos de proteção via solidariedade familiar.

Se a solidariedade familiar tem os seus limites, a ausência dela impõe às famílias um elevado encargo. Mesmo com as suas fragilidades ou deficiências, as famílias ampliadas se constituem em mecanismos importantes de proteção social na tentativa de sanar o vazio do Estado como elemento efetivo de proteção via políticas públicas. A compreensão dos mecanismos de acesso aos serviços de saúde a partir da dinâmica e da estrutura das famílias poderia potencializar o vínculo entre as estas e as equipes de saúde da família, elemento importante na corresponsabilidade preconizada pela Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- AURELIANO, Waleska de Araújo. “Por que eu?”: a construção de sentidos para o câncer de mama. 1º Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana. **Anais...** Florianópolis, 14 a 16 de setembro de 2010. Universidade Federal de Santa Catarina. CD Rom.
- BOEHS, Astrid Egger; GRISOTTI, Márcia; AQUINO, Marly Denise Wuerges de. Rotinas das famílias com crianças lactentes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, USP, v.15, n.5, set./out. 2007.
- BOEHS, Astrid Eggert; RIBEIRO, Edilza Maria; GRISOTTI, Márcia et al. A cultura do paracetamol e dipirona: percepção dos profissionais de saúde da ESF sobre os itinerários terapêuticos das mães de crianças de 0 a 6 anos. In: *III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal*, 2009, Florianópolis. III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, 2009.
- DE MIGUEL, Jesús M. *Estructura y cambio social en España*. Madrid, Alianza Editorial, 1998.
- GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz G. . Campanha de combate ao trabalho infantil doméstico: uma avaliação. *Atualidade Econômica*, Florianópolis, v. 15, n.44, p. 13-14, 2003. Disponível em: <http://cnm.ufsc.br/files/2013/09/boletim-44.pdf>
- _____. *Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via Estratégia Saúde da Família*. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PSOP0389-T.pdf>

_____. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. *Política & Sociedade*, v. 10, p. 97-114, 2011. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2011v10n19p97>

_____. *Welfare state*, políticas sociais e os limites da proteção social via famílias. VII *Encontro de Economia Catarinense*, APEC, Florianópolis, 2013.

GUEDES, Simoni Lahud; LIMA, Michele da Silva. Casa, família nuclear e redes sociais em bairros de trabalhadores. In: BARROS, Myriam Lins de. *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Papel da mulher de camadas populares de Manaus na produção de cuidados da saúde. *Saúde & Sociedade*, v.18, n.4, p.707-720, 2009.

JOHNSON, Norman. *El Estado de Bienestar em transición: la teoría y la práctica del pluralismo de bienestar*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, 1990.

LIMA, Eliete Maria de. *A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Florianópolis, UFSC, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2006.

MARTIN, Claude. Os limites da proteção da família: introdução a uma discussão sobre as novas solidariedades a relação Família-Estado. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.42, p.53-76, maio 1995.

MISHRA, Ramesh. *O Estado Providência na sociedade capitalista*. Oeiras/Portugal: Celta, 1995.

NUNES, João Arriscado. Com mal ou com bem, aos teus te atém: as solidariedades primárias e os limites da sociedade-providência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.42, p.5-25, maio 1995.

PEREIRA Potyara A. P. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o Neoliberalismo. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (orgs.). *Política social: alternativas ao Neoliberalismo*. Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço social, 2004(b).

SANCHEZ VERA, Pedro; BOTE DIAZ, Marcos. Familismo y cambio social: el caso de España. *Sociologias*, Porto Alegre, n.21, p. 122-149, 2009.

SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez, 2007.

WOORTMANN, Klaas. *A família das mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987.

Single parents women and support in health care

Abstract: Similarly to what happens with various social policies, health has called the families to be co-responsible for the care. Census data show that almost 40% of households are headed by women, which means that charges will be passed assumed by women who do not have support of a spouse or who have weak support networks. This article seeks to answer two interrogations: Will all single parents have the same profile? And what support mechanisms they have to face the health care? The work reintroduces elements of field research with vulnerable families with two female single parenthood communities served by the Family Health Program (ESF) in Florianópolis, Santa Catarina. It is called attention to the diversity of situations that are behind the category "single parents" and, from there, to investigate the mechanisms of support available to those families. We conclude that health policies take into account the multiplicity of families served could reinforce the link between families and family health teams, an important element in responsibility advocated by ESF.

Keywords: Families, single-parent female, health care