POLÍTICA SOCIAL E OS PROCESSOS DE RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DE SANTA SATARINA

Bruno Grah[1]
Keli Regina Dal Prá[2]

Resumo
O presente artigo se constitui de projeto de pesquisa em andamento e visa problematizar o programa de internação domiciliar Melhor em Casa, lançado pelo governo federal em 2011 com a finalidade de redefinir a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Os programas de internação domiciliar atualmente são veiculados como alternativa para o bem-estar do paciente, mas não escondem a intencionalidade de diminuição de custos relacionados aos cuidados. Isto posto, considera-se que as políticas sociais brasileiras estão orientadas para o que se denominaria familismo onde se observa que sua fragilidade tensiona a família na responsabilização do cuidado como algo naturalizado. O objetivo do trabalho constitui-se em analisar a incorporação e o processo de responsabilização das famílias no programa de atenção domiciliar Melhor em Casa em um município de Santa Catarina, em que serão entrevistados os usuários do programa.

Palavras-Chave*:* Política Social; Cuidado Dimiciliar; Família; Programa Melhor em Casa.

1 INTRODUÇÃO

Conhecer como o processo de responsabilização das famílias se expressa no cotidiano dos usuários dos serviços públicos de saúde se constitui preocupação central do trabalho. O artigo compreende a proposta de pesquisa apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFSC – PPGSS para o processo seletivo de mestrado no semestre de 2015/01, tendo sido engendrado a partir de observações e estudos acumulados ao longo da trajetória profissional como assistente social na área da saúde, especificamente na atuação junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC.

Uma das constatações observadas no trabalho enquanto profissional atuante no âmbito hospitalar é a de que o assistente social é chamado para ações que envolvem as famílias, que se revelam principalmente no suporte que estas podem oferecer com relação aos cuidados que o familiar adoecido demanda, onde são realizadas articulações com a rede de serviços, pensando-se a proteção social à família frente às suas necessidades. Desta forma, se relembrarmos que hodiernamente as políticas sociais latino-americanas estão norteadas para o que se denominaria familismo (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.5), vai se observar que a fragilidade das políticas sociais tende a tensionar a família na responsabilização do cuidado. Poder-se-ia, frente a este contexto, evidenciar discussões na literatura que sinalizam que as famílias vêm sendo cada vez mais chamadas para responder pela provisão do bem estar, traduzidos em processos instaurados no campo das políticas sociais que relegam à família a responsabilização pelo cuidado (MIOTO, 1997).

[1] brunograh@hotmail.com - Universidade Federal de Santa Catarina.
[2] keliregina@yahoo.com - Universidade Federal de Santa Catarina.

Desta forma, o objetivo do trabalho constitui-se em analisar a incorporação e o processo de responsabilização das famílias no programa de atenção domiciliar Melhor em Casa em um município de Santa Catarina. Os objetivos específicos são: a) Identificar as necessidades e demandas dos usuários beneficiários do programa Melhor em Casa; b) Identificar as formas de acesso às necessidades por parte dos usuários; c) Analisar as repercussões causadas na família frente à demanda de cuidado.

Haja vista o trabalho se caracterizar como sistematização de pesquisa em andamento, serão ralizadas considerações sobre as discussões teórica e metodológica do projeto, não sendo abarcado no trabalho, pelos motivos anteriormente apresentados, a apresentação e análise dos dados de pesquisa.

2 POLÍTICA SOCIAL E FAMILISMO

Quando se aborda o trabalho do assistente social no âmbito da política de saúde, de maneira geral, e no contexto hospitalar, de maneira específica, a discussão sobre a família e a relação com as políticas sociais evidencia uma polarização que coloca ao profissional dilemas no processo de trabalho. Cotidianamente no âmbito da atuação profissional o assistente social é chamado para ações que envolvem as famílias, que se revelam principalmente no suporte que esta pode oferecer com relação aos cuidados que o familiar adoecido demanda e a articulação com a rede de serviços, pensando-se a proteção social à família frente às suas necessidades.

Outrossim, poder-se-ia discorrer os conceitos elaborados por Esping-Andersen (1991) ao analisar os sistemas de proteção social nas diferentes sociedades. O autor supracitado menciona os conceitos de desfamilização e familismo, sendo este último o prevalecente no âmbito das políticas sociais latino-americanas e, não diferentemente, nas brasileiras. A desfamilização poderia ser conceituada enquanto “o grau de abrandamento da responsabilidade familiar em relação à provisão de bem-estar social” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.135). Ainda segundo o autor a desfamilização está intrinsecamente relacionada com o processo de independência da família e diminuição dos encargos familiares em relação ao parentesco por meio das políticas sociais familiares. O familismo, ao contrário, está presente nos sistemas de proteção social “em que a política pública considera – na verdade insiste – em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.5).

O âmago da questão traz à tona o aprofundamento do conhecimento em torno da incorporação da família pela política social brasileira e condiz com premissas historicamente colocadas, principalmente quando se observa que a família tem sido tratada como espaço natural do cuidado. Laurell (1994) contribui com a discussão ao sinalizar as prerrogativas endossadas pelo Banco Mundial, cujos entendimentos indicam que saúde é pertencente ao mercado e o governo (Estado) assumiria, nesta área, as responsabilidades por problemas que o âmbito privado não quer ou não pode resolver. De forte apelo neoliberal, a tendência desmonta os serviços sociais prestados pelo Estado e, no caso da saúde, apregoa que o principal responsável pela saúde é o indivíduo e sua família ao adotarem condutas saudáveis, sendo o mercado o prestador de serviços de saúde em casos de enfermidades.

Acerca do processo histórico que propiciou a face da política social em épocas contemporâneas, que aqui será explanado de forma brevíssima, Pereira (2010) resgata o contexto de crise de um Estado de bem-estar pós-bélico que permite relembrar um panorama de arrefecimento econômico, desequilíbrio fiscal e a perda da legitimidade das políticas sociais públicas, cujas repercussões se espraiaram e influenciam a estruturação das políticas sociais em contextos recentes. Sob a égide de

uma narrativa neoliberal, viu-se desenhar a reestruturação das políticas sociais com recomendações para uma atuação mais ativa da iniciativa privada em contrapartida a um modelo onde o Estado imperava como principal agente regulador.

Diante da mudança de paradigma, entreviu-se que as ações antes de responsabilidade do Estado foram sendo transferidas para a família e sociedade, pulverizando a provisão da proteção social para múltiplas fontes, como o Estado, o mercado, as organizações voluntárias e caritativas e a rede familiar. Neste agregado de instâncias fomentadoras do bem-estar, é possível identificar quatro setores principais, quais sejam: o setor oficial, identificado por meio do Estado; o comercial, representado pelo mercado; o setor voluntário, identificado com as organizações sociais e não-governamentais; e o setor informal, caracterizado pelas redes primárias de apoio desinteressado e espontâneo, dentre os quais se encontra a família, a vizinhança e os grupos de amigos próximos (PEREIRA, 2010).

Esse modelo prevalecente, que se poderia denominar pluralismo de bem–estar, coloca em voga uma estratégia de esvaziamento da política social como um direito de cidadania, expandindo a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas e a ruptura da garantia de direitos. No âmbito das discussões acerca do pluralismo de bem-estar e os conceitos veiculados pertencentes a essa doutrina, importa destacar a “co-responsabilidade ou parceria e solidariedade”, cujos princípios corroboram a criação de redes informais e comunitárias, que incentiva a desinstitucionalização e a desprofissionalização no campo das políticas sociais, enaltecendo a “valorização do papel voluntarista da família como fonte privada de proteção social” (PEREIRA, 2010, p.36).

Neste cenário a família, no seu caráter informal, vai ganhando relevância e se tornando favorável diante de um esquema de pluralismo de bem-estar, que apregoa e valoriza a flexibilidade provedora. O desejo espontâneo de cuidar, a predisposição para proteger e educar que caracteriza a família vai sendo estrategicamente utilizada como preceito para a responsabilização das famílias.

Frente às explanações realizadas, reitera-se a função das redes de caráter informal enquanto estruturas que suprem o hiato dos serviços sociais públicos no provimento do bem-estar e do cuidado, ou seja, “esta é uma perspectiva em que as redes funcionam no sentido de suprir as deficiências deixadas pelas políticas sociais implementadas pelo Estado liberal” (RIBEIRO, 2005, p.06). No que tange à proteção social, são salientados os serviços estatais como significativos para o processo de cuidar do familiar com doença crônica. Para Simon et al (2013), esse tipo de apoio contribui para redução da sobrecarga dos cuidados pelo cuidador, podendo ser prestado por uma equipe multidisciplinar, que proporciona suporte para a saúde física e o treinamento para o cuidado no domicílio.

O panorama da literatura que se buscou tratar permite refletir sobre o reforço que os laços de solidariedade (de amizade e familiares) possuem, que se materializam nos serviços e nos conhecimentos produzidos e difundidos a partir dessas práticas. Além de indicar a “naturalização da responsabilidade da família e do caráter instrumental que ela assume nos dispositivos e diretrizes oficiais” (MIOTO, 2012, p.132), evidenciam a confirmação do caráter de pluralismo de bem-estar social (PEREIRA, 2010), pois além de explorarem o papel do “setor informal” na proteção social, sinalizam o papel do Estado enquanto “setor oficial” na corresponsabilização por esse bem-estar.

São incontestáveis as repercussões que uma doença crônica coloca para o indivíduo e a família, principalmente quando esta doença gera limitações e coloca para o sujeito adoecido uma relação de dependência e incapacidade. Essa sobrecarga no cuidado, os gastos gerados, são colocados pela ausência de alcance dos serviços

públicos nessas dimensões presentes na vida do sujeito e da família. Elucida-se o argumento em situações de desospitalização de usuários em situações de doença crônica ou em pós-cirúrgico em virtude de uma agudização de uma doença crônica. Os programas de internação domiciliar e *home care* falam a favor disso, pois "são veiculados como grande alternativa para o bem-estar do paciente, mas não escondem o seu objetivo que é a diminuição de custos. [...] A produção de cuidado passa a ser 'tecnificada', com a transferência de tecnologia de cuidados à família [...]. (MIOTO, 2012, p.133).

Mioto (2012) ao realizar a discussão sobre os programas de atenção domiciliar argumenta a veiculação dos programas como grande alternativa para o bem-estar do paciente, contudo, em suas nuances, não camuflam a intencionalidade de redução dos custos com as internações hospitalares, além de ocorrer a transferência de um cuidado tecnificado para as famílias. Exemplos que sustentam a argumentação podem ser vislumbrados em documentos produzidos pelo próprio Ministério da Saúde, dos quais podemos destacar o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008). Ao se observar o texto, entrevê-se a sumarização de práticas a serem realizadas pelo cuidador e é reforçado no próprio documento que "a carência das instituições sociais no amparo às pessoas que precisam de cuidados faz com que a responsabilidade máxima recaia sobre a família e, mesmo assim, é geralmente sobre um elemento da família" (BRASIL, 2008, p.10).

Neste sentido, problematiza-se as repercussões vivenciadas pela família, que se materializam nas mudanças e reorganizações que esta enfrenta com a realidade de um familiar doente e dependente. Destarte, as necessidades de cuidado e suporte se acentuam, sendo muitas vezes vislumbrada a sobrecarga da família. No âmbito das políticas sociais a categoria "campo do cuidado" (MIOTO, 2012, p.129) tem sido a roupagem que identifica o principal meio de responsabilização das famílias. Sob a prerrogativa do cuidado observam-se, nos serviços, as principais estratégias de transferência de custos do cuidado para as famílias, tanto financeiros, quanto emocionais e de trabalho.

A discussão que se realiza evoca ao debate sobre a distribuição dos serviços e acesso aos mesmos. Trata-se de se pensar nos mecanismos redistributivos, tanto no que concerne à transferência de recursos monetários, como a presença de serviços sociais no território, sejam eles educacionais, sanitários ou sociais. Observar como os recursos públicos estão distribuídos é elemento preponderante nos processos de produção e reprodução das desigualdades. Assim, serviços desigualmente distribuídos, tanto no que diz respeito ao número quanto à qualidade, evidenciam como se coloca a distribuição da riqueza.

A forma como as famílias usufruem dos serviços vai se apresentar como elemento fundamental na medida em que estes recursos são essenciais para o bem-estar das famílias e na forma como se dá sua organização. Aí é que se observa a importância dos serviços em ações vinculadas à proteção social, entendendo essas mesmas ações desenvolvidas por serviços públicos de incumbência do Estado conferindo materialidade por meio da garantia de direitos sociais. Pensar essa garantia exige um movimento de redistribuição de recursos pelas políticas sociais, a distribuição dos serviços no território e a qualidade dos serviços ofertados (MIOTO, 2012, p.131). Neste sentido, segundo Mioto (2012, p.129), há o imperativo da produção de serviços frente às necessidades da população e "no bojo dessa equação – serviço ofertado e necessidades – ou na solução dessa equação é que se materializa o processo de responsabilização da família".

Destarte, a partir das considerações realizadas, entende-se que o papel da política social em relação ao setor informal (a família) deve estar voltado para ações

que ofereçam alternativas realistas de participação cidadã. Nesse sentido, objetam-se ações que pressionem as pessoas a assumirem responsabilidades além de suas forças e de sua alçada. Para tanto, é condição *sine qua non* a influência de um Estado partícipe naquilo que tem como monopólio: a garantia de direitos. Desta forma,

> para além do voluntarismo e da subsidiaridade típica dos arranjos informais de provisão social, há que se resgatar a política e, com ela, as condições para a sua confiabilidade e coerência, as quais se assentam no conhecimento o mais criterioso possível da realidade e no comprometimento público com as legítimas demandas e necessidades sociais reveladas por esse conhecimento. Ou seja, é preciso reinstitucionalizar e reprofissionalizar as políticas de proteção social e levá-las a sério (PEREIRA, 2010, p. 40).

Sobre tais condições o contexto econômico e social brasileiro corrobora a tendência de resolver na esfera privada questões de ordem pública. Frente à proteção social fragilizada e a ausência de direitos, "é na família que os indivíduos tendem a buscar recursos para lidar com as circunstâncias adversas" (ALENCAR, 2010, p. 63). Assim, em situações adversas como desemprego, doença, velhice, encaradas como drama da esfera privada, apresentam-se como responsabilidades dos membros da família, ou mais especificamente da mulher, haja vista ser esta a principal responsável pelos cuidados dos filhos menores de idade, idosos, doentes e deficientes (ALENCAR, 2010).

3 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA: O CENÁRIO E A METODOLOGIA

Como ensejo para a discussão coloca-se em pauta o Programa Melhor em Casa, lançado pelo governo federal em 2011, engendrado em um contexto de redefinição da atenção domiciliar no SUS. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o programa atende pessoas com necessidades de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, com oferta de assistência multiprofissional gratuita nos lares dos enfermos, com o discurso de um cuidado mais próximo da família. São colocados outros emolumentos como redução de filas nos hospitais, melhora e ampliação da assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde com atendimentos domiciliares e redução dos riscos de contaminação e infecção. Neste sentido, problematiza-se as repercussões vivenciadas pela família, que se materializam nas mudanças e reorganizações que esta enfrenta com a realidade de um familiar doente e dependente. Destarte, as necessidades de cuidado e suporte se acentuam, sendo muitas vezes vislumbrada a sobrecarga da família neste processo.

O objetivo do trabalho é analisar a incorporação e o processo de responsabilização das famílias no programa de atenção domiciliar Melhor em Casa, tendo como objetivos específicos: a) identificar as necessidades e demandas dos usuários beneficiários do programa Melhor em Casa; b) identificar as formas de acesso às necessidades por parte dos usuários: pelo setor oficial (Estado), comercial (mercado), ou informal (família); c) analisar as repercussões causadas na família frente à demanda de cuidado.

Para a realização da investigação optou-se pelo método de pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1998, p.10) é entendido como aquele capaz "[...] de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas". Neste sentido, entende-se que a pesquisa qualitativa, no âmbito das ciências sociais, oferece subsídios para a busca de respostas para questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Interessa-se pelos

espaços mais profundos das relações, ultrapassando o aparente e a quantificação de fenômenos e processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

Pressupõe-se a entrevista semiestruturada com beneficiários do programa Melhor em Casa como técnica mais adequada para coleta de dados. Como não é possível abranger o universo de beneficiários do programa, opta-se por um número inicial de entrevistados cuja inclusão ocorrerá de forma progressiva, tencionando a saturação do conteúdo. A entrevista semiestrutrada pode ser entendida como

> aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessa à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 2006, p. 146).

Como assinalado anteriormente, a presente pesquisa será realizada com beneficiários do programa Melhor em Casa. Para isso, deve ser realizado levantamento dos serviços no Estado e será eleito um serviço observando a possibilidade de desenvolver o estudo em um município de Santa Catarina[3].

Após serem coletados os dados da pesquisa, proceder-se-á com a análise dos dados obtidos. A análise de conteúdo se torna uma ferramenta importante para a análise de dados qualitativos na medida em que permite a descoberta do que não está aparente, daquilo que se apresenta por trás dos conteúdos manifestos (MINAYO, 2002). Em um primeiro momento desta etapa da pesquisa, pretende-se realizar a leitura inicial dos dados extraídos por meio da entrevista, objetivando uma pré-análise do conteúdo, no intuito de escolher o material e prepará-lo para a análise (GIL, 1991). Posteriormente, far-se-á o exercício de desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto (MINAYO, 2002). Esta etapa compreenderá também o tratamento do material coletado no ensejo de avançar para uma análise com o objetivo de articular os conteúdos com conceitos da teoria que lançará luz às discussões que se pretendem realizar com o desenvolvimento da pesquisa.

4 NOTAS CONCLUSIVAS

O presente trabalho compreendeu discussões de uma proposta de pesquisa em andamento e, por este fato, ainda não apresenta resultados de pesquisa para análise. A proposta de-pesquisa foi formulado a partir de estudos e da experiência de trabalho do autor como assistente social no âmbito hospitalar. Desta forma, das discussões que se realizaram e do ensejo de pesquisa, destacam-se alguns apontamentos a título de notas conclusivas.

É sabido, de acordo com as discussões trazidas ao longo do presente trabalho, que as política sociais brasileiras, na contemporaneidade, apresentam configurações fortemente familistas, onde o cuidado é tomado como algo natural e a família assume grande parcela na provisão do bem-estar. O Programa Melhor em Casa pode ser tomado como um modelo representativo do caráter familista da política de saúde. Enquanto programa de cuidados domiciliares, deixa claro a pretensa de transferência

[3] Destaca-se que atualmente, no Brasil, a maior concentração de municípios que participam do Programa Melhor em Casa está localizada na região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo. Em seguida, e em ordem decrescente, estão as regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Destes municípios, cerca de 63% possuem população superior a 100 mil habitantes e concentra 82% de todas as equipes de atenção domiciliar. Entre abril de 2012 e julho de 2014, foram realizadas cerca de 183.739 mil admissões ao Programa Melhor em Casa (NETO & DIAS, 2014).

dos cuidados em saúde para a família, por vezes especializado, quando nomeia um familiar como o responsável pela manutenção do cuidado diário.

Além da falta de políticas sociais que atendam às necessidades de cuidados domiciliares, há a defasagem de mecanismos e políticas de conciliação entre trabalho e responsabilidades familiares para aquelas pessoas que precisam acessar o trabalho e se defrontam com exigências de cuidado no âmbito domiciliar e familiar. Essa discussão se aplica também às repercussões causadas na família em virtude do adoecimento de um dos membros, pois

> o envelhecimento e a incidência mais alta de doenças crônicas geraram novas necessidades de assistência a pessoas mais velhas e as tendências mostram que as responsabilidades familiares aumentaram, enquanto o desenvolvimento de serviços formais de assistência ainda se mantém incipiente (OIT, 2011, p.02).

No mesmo sentido considera-se que a necessidade de combinar o trabalho com as atividades domiciliares faz com que as famílias recorram a estratégias (geralmente privadas, familiares e femininas) que vão depender essencialmente dos recursos financeiros das famílias e da oferta de serviços. Destarte, na ausência do serviço público, as famílias com mais recursos recorrem ao mercado para ter acesso a serviços privados de cuidado, o que coloca os grupos mais vulneráveis em situação desvantajosa (OIT, 2011).

Considera-se, não obstante, que os resultados de pesquisa poderão contribuir com o desvelamento no tocante à responsabilização das famílias pelas políticas sociais, tendo como recorte o já destacado Programa Melhor em Casa, que pela seu caráter recente de implementação ainda não apresenta produções consideráveis sobre o seu ethos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. M. T. Transformais econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: Sales, M. A.; Matos, M. C; Leal, M. C. (orgs). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Guia prático do cuidador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Melhor em Casa** (2013). Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa. Acesso em: 25 de set. de 2014.

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

GIL, A. C**. Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

LAURELL A C. La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AS (comp) Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. México: UAM Xochimilco/Fund. F. Ebert, 1994.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MIOTO, R, C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, H. B M. (org). **Serviço Social**: questões contemporâneas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2012, 125-133.

_____. Família e Serviço Social. In: Serviço Social e Sociedade. nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.

NETO, A. V. O.; M. B. DIAS. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, out, 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho e responsabilidades familiares**: novos enfoques. Brasília, 2011. Disponível em: < http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/br_nota_1_695.pdf>. Acesso em: 05 de jul. de 2014.

PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C; LEAL, M. C. (orgs). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2010, p. 25-42.

RIBEIRO, K. S. Q. As redes de apoio social e a educação popular: apertando os nós das redes. In: **Anais do V Colóquio Internacional Paulo Freie** [online]. 2005; Recife, Brasil. Recife (PE): UFPE. GT Educação Popular/nº 06. Disponível em: http://www.anped.org.br/reunioes/27/ gt06/t068.pdf

SIMON, B. S. et al. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, 7(esp):4243-42, maio, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.