

# Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um “Welfare-Mix”\*

Frédéric Lesemann\*\*

Claude Martin\*\*\*

*Resumo:* O objectivo deste artigo é apresentar, a partir de um balanço efectuado em oito países industrializados, a maneira como os sistemas nacionais de políticas sociais que podem ser tão diferentes como o da Suécia e dos Estados Unidos, por exemplo, recorrem ao apoio informal e às solidariedades familiares na reformulação das suas intervenções impostas pela necessária adaptação aos novos constrangimentos económicos, políticos e administrativos. Esta comparação incide sobre as políticas relativas à prestação de cuidados aos idosos dependentes, que representam, simultaneamente, em cada um desses países com Estado-providência, um novo “risco social” e um desafio sócio-político de primeira ordem.

A reflexão sobre as solidariedades familiares, a entreajuda, os suportes sociais, o apoio relacional e comunitário, constitui hoje uma componente importante dos debates sobre o futuro da protecção social e dos Estados-providência (Jobert, 1988; Pitrou, 1994; Laville, 1994; Martin, 1994a). Na realidade, os sistemas de segurança social e de assistência — implementados nas sociedades industrializadas após a segunda guerra mundial para garantir a protecção de certos grupos contra um conjunto de “riscos” — estão em crise, devido às próprias transformações que essas sociedades conhecem: aumento do desemprego, envelhecimento da população, dificuldades de inserção social dos jovens, etc.. Preocupados pelo aumento dificilmente controlável do custo desses sistemas, os governos redefinem os parâmetros, as condições e os meios dessa protecção, mas

\* Tradução de Ana Dominguez. Com a revisão científica de Anália Torres, docente do Departamento de Sociologia do ISCTE e investigadora do CIES.

\*\* Université de Montréal.

\*\*\* École Nationale de la Santé Publique.

também encaram, muitas vezes, a hipótese de adoptar restrições orçamentais.

Diversas estratégias são implementadas para atenuar essa inflação: redução de certas prestações, restrição do acesso a certos serviços, descentralização da sua gestão, processos de privatização, atribuição de ajudas financeiras aos indivíduos para que estes encontrem por eles próprios o que necessitam num mercado de serviços. Também podemos evocar a generalização dos processos de avaliação visando o aumento e o controlo da eficácia das organizações e dos profissionais, comparando os seus objectivos, os seus meios e o seu desempenho. Finalmente, podemos lembrar também as tentativas para que se reconheça que uma contribuição já é, ou poderia ser, fornecida pelos recursos primários constituídos pelas famílias, pelas pessoas mais próximas, pela vizinhança, e pela entreajuda ao nível da casa e da comunidade, garantindo por este meio uma forma de “protecção proxima”.

O interesse pela questão do papel real e potencial das solidariedades familiares e/ou informais tem aqui a sua origem, pelo menos se adoptarmos o ponto de vista das políticas sociais e da sua racionalidade de gestão. Esta leva-as a desenvolver uma relação instrumental que passa então a ser reconhecida como um “recurso” suplementar ou substitutivo no grande empreendimento da satisfação das necessidades de cuidados de saúde, de vigilância, de alojamento, de inserção, de reabilitação e até mesmo de socialização, a propósito das quais os governos parecem estar a descobrir que poderiam muitas vezes ser satisfeitas de maneira mais eficaz e vantajosa por intermédio de recursos simples e flexíveis, que assentem nas relações primárias e privadas.

Uma tal perspectiva, por muito interessante que seja de um ponto de vista de gestão, merece ser discutida e debatida. Conduz ao desenvolvimento de uma zona de reflexão intermédia entre o campo das políticas sociais e o da família. Para abordar estas questões, os especialistas destes dois campos de pesquisa são levados a desviarem-se dos seus campos predilectos, a transpôr as fronteiras conceptuais e académicas. Entre outros efeitos, estas interrogações podem ter contribuído para (re)activar, pelo menos em França, algumas problemáticas ou alguns objectos no campo das ciências sociais da família, como a análise das redes de parentesco (Segalen, 1991a; Le Gall & Martin, 1988; Coenen-Huther, Kellerhalls & Von Allmen, 1994) e das solidariedades familiares (Pitrou 1978; 1991; Martin, 1994d). O que Martine Segalen realça nestes termos: “*O renovar do interesse sociológico pelos vínculos de parentesco resulta da inversão das posições ideológicas, e das mudanças demográficas e sociais profundas que afectaram o corpo social, e nomeadamente o seu envelheci-*

*mento. Devido à crise do Estado-providência, as outras formas de solidariedade, nomeadamente as solidariedades familiares entre as gerações foram reconhecidas*” (Segalen, 1991a: 233).

A intenção deste artigo é precisamente a de apresentar, a partir de um balanço efectuado em oito países industrializados<sup>1</sup>, a maneira como os sistemas nacionais de políticas sociais que podem ser tão diferentes como o da Suécia e dos Estados Unidos por exemplo, recorrem ao apoio informal e às solidariedades familiares na reformulação das suas intervenções imposta pela necessária adaptação aos novos constrangimentos económicos, políticos e administrativos. Esta comparação incide sobre as políticas relativas à prestação de cuidados aos idosos dependentes, que representam simultaneamente, em cada um desses países com Estado-providência, um novo “risco social” e um desafio sócio-político de primeira ordem. Com efeito, o aumento da esperança de vida e, consequentemente, o envelhecimento global da população dos países industrializados colocam este campo de intervenção entre os principais problemas sociais a resolver nos próximos anos, sabendo que são definidas políticas para manter mais facilmente a dependência dos idosos ao domicílio, nomeadamente com recurso à ajuda prestada pelo meio familiar.

Após ter relembrado rapidamente a evolução das políticas e das práticas relativas aos cuidados prestados a este público nos diversos países em causa, o nosso objectivo será de identificar a maneira como são encaradas as solidariedades familiares, ou mesmo a própria família, bem como as principais dificuldades de uma comparação internacional sobre este assunto: problemas de terminologia, de categorias, em primeiro lugar, mas também problemas de abordagem, de ângulos de visão. Se não se aborda a mesma questão da mesma maneira consoante os países, pode não ser unicamente devido a problemas estruturais — como para nós, aqui, diferenças demográficas, institucionais ou regulamentares —, mas também a maneira de colocar o problema, de o encarar. Tentaremos portanto distinguir essas diferentes formas de abordar o papel das solidariedades familiares nos cuidados prestados na dependência.

## **Família e políticas sociais da velhice: alguns pontos de convergência entre os países**

A preocupação relativa ao papel do domicílio e do apoio informal no âmbito dos cuidados prestados aos idosos manifestou-se em primeiro lugar nos países anglo-saxónicos, logo após o fim da segunda guerra mundial, e estendeu-se seguidamente, na viragem dos anos sessenta, à maior parte

dos países europeus industrializados. Uma crescente consciência do envelhecimento da população, da transformação da sua composição e do papel das famílias — com o impacte que tal facto provoca na sua função de acolhimento — bem como a intervenção acrescida do Estado desde o início dos anos sessenta favorecendo o desenvolvimento dos serviços médicos e sociais assim como o da pesquisa neste campo, constituem factores explicativos da evolução desta problemática. Acrescente-se igualmente uma crítica ao papel das instituições na gestão das populações dependentes. Estes diversos elementos são comuns à maior parte dos países industrializados.

Nos Estados Unidos, E.W.Burgess e a nível mais vasto, o grupo de investigadores em gerontologia social da Universidade de Chicago, desempenharam imediatamente no pós-guerra um papel determinante na formulação da questão do impacte do envelhecimento sobre a sociedade e no estudo do fenómeno (Burgess, 1960). Paralelamente às investigações bio-médicas, desenvolvem-se, graças ao apoio do *Social Science Research Council* (criado em 1943) e da *Nuffield Foundation*, os primeiros estudos de gerontologia social (Tibbits, 1960, 1963). Já em 1944 é criada a *American Association of Gerontology*, e um primeiro documento programático *Social Adjustment in Old Age* (Pollak, 1948) é publicado por O.Pollak em 1948. O título é significativo: a questão do envelhecimento é abordada em termos de adaptação dos idosos às mudanças da sociedade: emprego, reforma, mas também o papel da família e das estruturas tradicionais de acolhimento. É uma problemática unidireccional que considera o indivíduo debatendo-se com mudanças sociais, e que descreve e avalia (com o recurso a escalas de medida) as capacidades dos sujeitos de se ajustarem a estas novas realidades sociais.

Só no fim dos anos cinquenta é que se desenvolveu uma reflexão relativa à adaptação da sociedade aos idosos, essencialmente pelo estabelecimento de medidas de protecção, de apoio e de alojamento. Até essa data, de facto, a questão do papel do Estado, dos serviços sociais ou comunitários destinados aos idosos praticamente não é abordada. Os cuidados, quando prestados fora da família, estão a cargo dos lares ou dos hospitais, geralmente colocados sob a responsabilidade financeira e regulamentar dos governos locais. Por sua vez, as organizações religiosas ou de caridade acolhem os mais desfavorecidos.

Na alvorada dos anos sessenta desponta, tanto nos Estados Unidos como na Grã-Bretanha, a crítica ao papel das estruturas asilares na prestação de cuidados às pessoas portadoras de doenças mentais, mas também a certas categorias de idosos<sup>2</sup>.

Às práticas de reclusão e de afastamento opõe-se-ão então perspectivas de integração social e de desenvolvimento social<sup>3</sup>.

O inquérito conduzido por Peter Townsend acerca dos lares de reformados, entre 1957 e 1961 em Inglaterra e no País de Gales, precisamente com o apoio da Fundação Nuffield (Townsend, 1957, 1962), constituiu nesse aspecto um acontecimento cujo eco se repercutiu muito além do Reino-Únido. Descrevia a situação dramática dos idosos na maior parte dos 200 estabelecimentos visitados. Baseada não só em observações, entrevistas a administradores e enfermeiras, mas também em entrevistas a pensionistas (perspectiva totalmente inovadora nas práticas de avaliação), esta pesquisa evidenciava a função dessas residências como lugar onde se vai morrer, a má qualidade dos serviços prestados e das condições de alojamento, a rápida deterioração dos comportamentos e das atitudes das pessoas internadas, mas sobretudo o facto de que os idosos entravam muitas vezes na instituição não tanto por problemas de saúde mas antes por razões económicas e sociais: rendimento insuficiente e ausência de pessoas chegadas. Para além disso, muitas dessas pessoas teriam desejado e podido manter-se no domicílio, com a condição de receberem um mí-nimo de “apoio social”. Townsend concluía a investigação com um discurso a favor dos serviços que possibilitem a permanência em casa. Também preconizava a criação de apartamentos adaptados e protegidos, e a organização de serviços ambulatórios à escala do bairro ou da comunidade.

## O nível “comunitário”

A ideia de “enclausurar” certas categorias de população por razões de dependência material, física, psicológica ou comportamental é desde então cada vez mais contestada. Preconizam-se preferencialmente estruturas alternativas favorecendo a inserção social na “comunidade”. São criados centros de saúde mental, recursos “intermédios” (a meio-caminho entre a instituição e a comunidade), programas de normalização de jovens delinquentes e de deficientes mentais para lutar contra a exclusão social desses grupos descritos como “vulneráveis”. Assiste-se, portanto, nessa altura, a uma deslocação do local de prestação de cuidados das instituições pesadas para as comunidades, mas também das famílias, cada vez menos aptas a cuidarem dos seus dependentes, para serviços públicos ambulatórios ou de internamento ligeiro. Este descrédito crescente em relação às instituições de internamento e às famílias traduz-se igualmente por um aumento significativo da oferta de serviços sociais. Muitas intervenções do Estado vão desenvolver-se e especializar-se nessa direcção. Organizam-se em torno de uma noção central, a de ajuda (*help*) que pretende ter em conta e respeitar as potencialidades de desenvolvimento dos indiví-

duos (a sua “autonomia”) e apoia-los nos seus esforços de integração, nos seus meios naturais de vida e a partir deles.

Este desenvolvimento dos serviços sociais, das medidas de apoio e de ajuda às pessoas dependentes entra em conflito com o poder médico-hospitalar, dominante na maior parte dos países. Não é seguramente excessivo adiantar que esta tensão entre social e médico, tanto no diagnóstico dos problemas ligados ao envelhecimento, como nas estratégias e nos meios preconizados, constitui o principal factor da evolução das políticas sociais destinadas aos idosos. Afecta de facto directamente o aumento dos custos dos serviços o qual, a partir do meio dos anos setenta, se torna a maior preocupação dos governos, mas determina também os papéis atribuídos às comunidades e ao “domicílio” pela planificação governamental. Esta repartição das tarefas entre as vertentes médica e social evolui ainda depois disso.

O exemplo britânico do “*Community Care*” é perfeitamente típico desta política de desinstitucionalização das populações dependentes, de controlo dos custos dos serviços de saúde e de integração social. Esta política foi inicialmente enunciada pelo final dos anos cinquenta (*Mental Health Act, 1959*). Preconiza a substituição das estruturas pesadas e enclausuradoras por pequenas estruturas de acolhimento e acompanhamento inseridas na comunidade. Nesta perspectiva, os cuidados já não deverão ser prestados essencialmente pelos hospitais ou casas de repouso, mas por pequenas unidades (apoio domiciliário ou famílias de acolhimento, por exemplo) ou no domicílio. Os serviços são prestados por pessoal não profissional, mas no entanto qualificado para o exercício de tarefas simples e rotineiras, capaz de se mostrar flexível e adaptável, e sobretudo de incentivar a participação dessas pessoas na responsabilização por elas próprias. Em suma, privilegia-se a dimensão social mais do que a dimensão médica do serviço prestado. Quanto à organização administrativa desses serviços, é do âmbito dos poderes locais. Na sua formulação inicial, esta política não é percepcionada como uma forma de descomprometimento da intervenção pública, mas como uma reorientação dos serviços para o local e a “comunidade”, e uma maneira de responder às críticas unâmines dirigidas a todas as formas de hospitalismo. “Comunidade” conjuga-se com solidariedade, entreajuda e território.

Esta orientação comunitária imprime à organização dos cuidados de saúde propagou-se a muitos países de tradição anglo-saxónica: Estados Unidos, Canadá, Holanda, etc, antes de ser explicitamente promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como modelo susceptível de aumentar a eficácia dos serviços (nomeadamente pelo facto da sua orientação preventiva, ao desenvolver cuidados simples e globais) e de re-

duzir os seus custos. A promoção desta política comunitária por uma organização internacional como a OMS é um pouco a sua consagração, bem como um indicador da sua generalização.

As políticas de intervenção dirigidas aos idosos em França seguem um processo bastante semelhante, com exceção de alguns particularismos e variações (diferenças de linguagem, nomeadamente, como voltaremos a ver). É no início dos anos sessenta (1962) que aparece pela primeira vez o tema do “domicílio” no enunciado de uma política social da velhice neste país. Sendo a tónica colocada sobre a participação e o papel activo das pessoas da “terceira idade”, privilegia-se, nitidamente, enquanto factor de integração social, a manutenção no domicílio em vez da colocação em instituições. Trata-se, no entanto, de enunciados de políticas que só serão realmente aplicadas a partir dos anos setenta (Guillemard, 1986; Henrard e al., 1988), e mesmo assim de maneira limitada, dado que o relatório **“Vieillir demain”** (“Envelhecer amanhã”) ainda constata, em 1982, que a prioridade atribuída, em princípio, ao domicílio não se traduziu em factos (Commissariat Général au Plan, 1982).

Durante os anos sessenta e setenta, tudo leva a crer que o papel da família em matéria de cuidados tenha sido pouco considerado (Roussel, 1990). É sobretudo aos profissionais que compete orientarem as suas práticas para o domicílio onde o seu papel é necessário. O essencial das práticas médicas pode mesmo desenrolar-se em casa do paciente, incluindo a hospitalização. Dada a importância do domicílio nesta reorientação da política de saúde destinada aos idosos, a ênfase é colocada sobre a melhoria da qualidade da habitação preferencialmente à construção de lares de terceira idade. Apesar do termo comunidade não ser empregue em França, percebe-se facilmente que a orientação das políticas para o domicílio obedece a uma lógica semelhante à do *“Community Care”* britânico, igualmente desenvolvido em certos estados americanos e em certas províncias canadianas. Mas neste processo de conjunto que privilegia o acompanhamento social e médico das populações no seu ambiente natural, a família ainda não é integrada como tal, como recurso adicional ou subsidiário.

## Da “comunidade” à família; da família às mulheres

Os anos oitenta constituem uma viragem. Na Grã-Bretanha, nomeadamente, o *“Community Care”* assume nova direcção. Um certo número de objectivos sociais favoreceram esta mudança de perspectiva. O primeiro é, seguramente, a preocupação do governo conservador britânico em reduzir

as despesas públicas de saúde. Nessa óptica, e sem ter em consideração os trabalhos que indicaram, nesse mesmo período, que essa política tinha todas as probabilidades de ser mais dispendiosa ainda do que o tratamento em instituição (*House of Commons*, 1985), os poderes públicos salientaram a importância do papel das famílias e dos próximos nos cuidados comunitários. “O ‘Community Care’ não é apenas da responsabilidade do governo, é o papel de cada um”: é esta, globalmente, a mensagem (*Department of Health and Social Security*, 1985, citado por Finch, 1990: p.42). Passa-se doravante de um apoio proporcionado **na** comunidade a um apoio proporcionado **pela** comunidade, ou seja, essencialmente, pelos recursos familiares e informais (Lewis & Meredith, 1988; Finch, 1990).

Entre outros factores, intervêm também a pressão demográfica e a preocupação que esta gera nos decisores políticos; o envelhecimento global da população e, sobretudo, o aumento do número de pessoas muito idosas (75 e mais anos) tendem inevitavelmente, a traduzir-se por uma procura crescente de apoio e de acompanhamento social e médico. Mas a mudança de rumo acerca do que contempla o “Community Care” é igualmente fruto de um certo número de ideologias e de discursos: o discurso conservador sobre o papel e o lugar das mulheres e da família que ganha uma nova força nessa altura em Inglaterra, ou ainda os efeitos das críticas “de esquerda” das políticas de Welfare em termos de “controlo social”.

Um movimento comparável, embora menos intenso, esboçou-se, por outro lado, em muitos países acarretando geralmente uma redução parcial dos serviços. Em França, por exemplo, já em 1983, a tónica foi colocada nas solidariedades de vizinhança e no reforço dos vínculos e das solidariedades inter-gerações, no contexto de um esforço para controlar as despesas de saúde e de protecção social (Henrard e al., 1989).

Esta última década caracteriza-se portanto claramente por uma tendência em reenviar para as famílias e para o seu contexto envolvente as responsabilidades pelos cuidados a prestar e em acentuar o papel dos apoios informais em detrimento dos apoios formais (Parker, 1985; Willmott, 1986; Ungerson, 1990); a responsabilidade dos poderes públicos limita-se à coordenação dos cuidados prestados pelos próximos, pelos voluntários e pelos profissionais, numa perspectiva de “Welfare Mix” (Finch, 1990). No caso inglês do “Community Care” assistiu-se, assim, ao descomprometimento explícito do governo em relação aos serviços sociais, mas também do *National Health Service* em relação aos cuidados de saúde (Audit Commission, 1986; Walker, 1986; Henderson, 1986; Ungerson, 1987; Finch, 1990).

O impacte de tais medidas é imediato sobre as famílias: a carga ou o “fardo” (como se passou a dizer) aumenta, e empurra a/o ajudante

principal até ao limite das suas possibilidades e muitas vezes mais além. A literatura feminista inglesa argumenta legitimamente no sentido de que o “*Community Care*” se tornou num eufemismo para significar na realidade “cuidados familiares”; os quais não passam por sua vez de uma maneira eufemizada de qualificar os cuidados prestados pelas mulheres nas famílias (Lewis & Meredith, 1988). A maior parte das pesquisas evidenciam efectivamente que na sua grande maioria, o papel de prestador de cuidados é exercido por mulheres (Qureshi & Walker, 1989). De tal modo que Finch (1984) defende que a noção de comunidade contém uma caracterização de género (*gendered*), e que não há “*Community Care*” que não seja inevitavelmente sexista, sabendo que se trata mais de uma retórica do que de uma política social.

Passando de uma política de serviços locais e de acompanhamento social, a uma lógica de restrições orçamentais e de descomprometimento do Estado “em proveito” das famílias, o “*Community Care*” entra directamente em conflito com a defesa da igualdade de oportunidades para as mulheres (Finch & Groves, 1983, citado por Ungerson, 1987). Não é portanto surpreendente que o “*caring*” seja (nomeadamente em Inglaterra, mas também no Canadá ou nos Estados Unidos) um argumento de luta para os movimentos feministas. Ao concentrarem o pedido de prestação de cuidados, o esforço e o trabalho de “*caring*” no domicílio sobre as mulheres, estas políticas ditas sociais ameaçam o processo de libertação das mulheres do fardo das tarefas domésticas (Vandelac & col., 1985). Outro aspecto crítico decorre dessa situação, o do reconhecimento do trabalho que representa o “*caring*” e da remuneração que merece (Ungerson, 1990); sem menosprezar contudo a armadilha que constitui tal retribuição da produção doméstica que corre o risco, uma vez adquirida, de legitimar totalmente o descomprometimento do Estado (Finch, 1990).

O grande movimento de descrédito face à institucionalização das pessoas idosas, que caracterizou os últimos trinta anos, está neste momento a enfraquecer, precisamente pelo facto da população dar conta de que o “*Community Care*” se transformou numa estratégia explícita de redução dos custos. De acordo com os resultados de algumas pesquisas recentes, os idosos, na Grã-Bretanha estariam mesmo a preferir hoje em dia ser colocados em residências do que ser mantidos no domicílio, dada a preocupação que sentem pela sua própria independência (West & col, 1984, citado por Ungerson, 1987). Não seria possível, evidentemente, haver “*Community Care*” sem serviços de apoio ao domicílio de qualidade, sem centros de dia, de repouso e de alojamento, ou seja sem medidas de apoio às famílias pelas políticas públicas.

## A articulação entre solidariedades familiares e solidariedades públicas

### Da “substituabilidade”

Solidariedades familiares e públicas mostram-se simultaneamente interdependentes e irredutíveis umas às outras. No entanto, muitos comentários convergem sobre a questão da *substituabilidade*. Trata-se na realidade para as administrações e para os que formulam políticas sociais de saber em que medida e em que condições poderiam as famílias, pelo exercício do seu papel de suporte, substituir-se aos programas do governo. Várias versões desta *substituabilidade* existem contudo, das mais “duras” — limitação ou corte puro e simples das ajudas públicas — às mais “suaves” — estratégias negociadas de complementaridade —, incluindo diversas formas de ajuda profissional ou material ou ainda compensações financeiras, as quais levantam a questão de saber se a introdução de uma relação mercantil numa relação assente na entreajuda ou mesmo no amor, não cria uma interferência destrutiva (Qureshi, 1990).

Sobre esta questão da *substituabilidade*, os diversos balanços nacionais são unâimes: a ajuda familiar não pode substituir as ajudas do governo, porque essas ajudas não são da mesma natureza. Não só a família intervêm num registo diferente dos serviços públicos ou profissionais, o da entreajuda alimentada por sentimentos quer de obrigação quer de amor, como a sua acção se caracteriza pela sua adaptabilidade, plasticidade, exclusividade, contrariamente à acção pública, formal, rígida, regrada e universal. A família assegura uma permanência de presença e de acção; a acção pública intervém pontualmente para determinados actos. Pela sua rigidez burocrática, as intervenções públicas não conhecem as situações intermédias, como o caso, por exemplo, em que o idoso nem está totalmente válido nem está totalmente doente, o caso mais frequente na realidade. A família deverá pois colmatar, suprir a falta de serviços ou os seus atrasos. Ela exerce neste sentido uma acção de regulação da acção pública. Com efeito, “*a ajuda profissional não vem compensar uma assistência familiar insuficiente, mas pelo contrário, a implicação familiar inscreve-se na vacuidade dos serviços profissionais que se revelam impossíveis de mobilizar*” (Bungener, 1993: 42).

A prestação de cuidados por parte da família é verdadeiramente um trabalho, um trabalho contínuo, não só material mas afectivo, ou antes, um trabalho no qual a componente afectiva está sempre presente e é determinante. A prestação de cuidados envolve também um trabalho de ajustamento e de mobilização de recursos, de negociação com as institui-

ções ou com outros membros da família; capacidade esta muito desigualmente repartida consoante os meios sociais, mais ou menos informados e aptos a procederem a estes ajustamentos. Um certo número de perfis-tipo de famílias sobressaiem de várias investigações sobre esse aspecto, consoante a família é activa e tem, ou não, a capacidade de mobilizar recursos. Os casos de pessoas sem família e incapazes de fazer este trabalho de mobilização são os casos em que a intervenção pública é mais necessária. Aproximamo-nos portanto da distinção proposta por A. Grand (1989) quando distingue o suporte social: "*o que o idoso recebe ou pode receber dos que o rodeiam, (...), dimensão passiva das suas relações com a sua rede social*" da sociabilidade, ou seja, "*o investimento do indivíduo na sua rede social, (...), dimensão activa das relações do idoso*" (1989: 44-45). Esta última dimensão está seguramente repartida de maneira muito desigual entre os idosos e as suas famílias, dado que apela directamente ao "capital" social e cultural dos interessados (Davies, 1987, 1988).

Apoio familiar e suporte público aparecem portanto como dois sistemas de acção autónomos, que funcionam com base em princípios diferentes, sem continuidade. Na medida em que a acção pública reconhece a existência e a importância da acção familiar na função de apoio, não deveria ter outra perspectiva, na opinião, uma vez mais unânime dos investigadores, senão a de apoiar financeira e psicologicamente esta acção, ou seja concretamente os membros da família que de facto a exercem. Mas ao fazê-lo, e as pesquisas indicam-no claramente quaisquer que sejam os países, já não se poderia reduzir de maneira significativa os custos da prestação de cuidados relativamente às fórmulas de internamento em instituição (ver, por exemplo, Weissert, 1985, 1989). "A contrário", a atribuição de ajudas não acarreta a redução do papel de intervenção da família. Esta é a confirmação, mais uma vez, de que nos encontramos na presença de lógicas e de formas de solidariedade diferentes, não substitutíveis.

### **A contribuição familiar: do central ao subsidiário**

Colocar a questão da relação entre as solidariedades públicas e as solidariedades familiares do ponto de vista da análise das políticas sociais conduz quase infalivelmente a uma subordinação das segundas às primeiras, reduzindo assim a compreensão das lógicas familiares e a apreensão das suas contribuições próprias, a uma relação de complementaridade ou até mesmo de subsidiariedade. Dito isto, a definição do papel da família como papel subsidiário, complementar ou central, varia consoante os

países. Esta é, na nossa opinião, uma das conclusões mais significativas que emergem da comparação das oito análises de que dispomos.

Se temos por um lado, em cada um dos países estudados (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Alemanha, Holanda, Suécia, França, Itália), sensivelmente as mesmas tendências em termos de evolução demográfica, de redistribuição do tratamento institucional por estruturas ligeiras e geridas localmente, de desprofissionalização da prestação de cuidados, ou de reconhecimento dos “cuidados profanos”, etc, por outro lado, as ênfases são nitidamente diferentes no que toca ao que abrange exactamente a solidariedade familiar ou mesmo a família.

Assim, num dos pólos do espectro destas situações nacionais, temos ainda o caso americano no qual prevalece claramente uma lógica avaliativa, uma tentativa de optimizar os serviços prestados aos “utentes”, cujo grau de satisfação é analizado. Apesar da contribuição ou do papel das famílias ser muito importante, dado que representa 70 a 80% da ajuda proporcionada ao idoso, a solidariedade familiar é apenas entendida como um elemento do sistema que convém preservar, evitando o desgaste do ajudante (compensação do stress engendrado por estas práticas de apoio, formas de gratificação, de descanso, etc.) e consequentemente os custos sociais que acarretaria a sua desistência. Consideram-se também, nesta perspectiva, as variáveis culturais e étnicas que reorganizam parcialmente a maneira de conceber a coordenação entre serviços formais e informais. Os cuidados formais, por sua vez, funcionam antes como um “não-sistema”, quer se trate de práticas de prestação de cuidados médicos no domicílio ou de intervenções profissionais pouco coordenadas e qualificadas.

No extremo oposto, temos o caso sueco, único no género. Com efeito, a prestação de cuidados aos idosos dependentes é neste caso quase integralmente assegurada pelas políticas públicas, com um leque de serviços de acompanhamento impressionante. Desta vez, o sistema formal predomina nitidamente sobre o sistema informal, sendo que efectivamente nesse país 80% das mulheres trabalham fora de casa, que a ajuda doméstica é fortemente profissionalizada, que a coabitação inter-gerações quase que desapareceu, que a proporção de famílias desunidas é considerável e que a preservação da escolha de trabalhar para as mulheres é incontestável. O interesse pela família (nomeadamente uma família com uma divisão “tradicional” do papel dos sexos) e pelo seu contributo na prestação de cuidados é portanto muito reduzido e a investigação sobre os cuidados informais ainda está no início. Nesse contexto, aparece quando muito um princípio de preocupação ligado ao facto de que os serviços deixaram de aumentar e de que, sob a pressão demográfica, as famílias (ou as mulhe-

res num certo número de famílias) podem vir a desempenhar um papel cada vez mais significativo.

As outras situações são de algum modo intermédias. Em Inglaterra, temos o “não-sistema” formal, a lógica do mercado, a desigualdade massiva no acesso à prestação de cuidados, ou a preeminência evidente do papel das famílias e das mulheres na prestação efectiva de cuidados, já descritos a propósito dos EUA. A estas características se juntam, no entanto, novas preocupações ligadas à evolução das estruturas familiares (aumento das famílias monoparentais ou recompostas) e mesmo à evolução dos valores familiares (decréscimo do sentimento de obrigação mútua entre as gerações). Aborda-se então outro aspecto ligado à realidade familiar, ou seja, o facto de as solidariedades familiares, no seu seio, não serem definitivas ou estáveis, mas serem alvo de regulações complexas que tornam necessário entrar no fulcro do próprio sistema familiar. Em Itália, a grelha de leitura das solidariedades familiares é quase inteiramente determinada pelo descrédito das formas asilares e de enclausuramento, e a promoção ideológica (por parte da esquerda ou dos católicos) do “território” e do “local” como alternativa e como estrutura de recursos e de apoio para as famílias confrontadas com necessidades de assistência. Estas estão, de facto, em primeiro lugar na ajuda proporcionada na mais pura tradição das obrigações que os adultos têm para com os mais velhos. No entanto, também aqui os indicadores demográficos (queda da natalidade, aumento dos casos de dissolução familiar, etc.) funcionam como um sinal de alerta para o futuro.

### **Da solidariedade familiar ao ajudante: Por trás da família, o indivíduo-suporte.**

Em suma, que aprendemos nós, globalmente, sobre as solidariedades familiares?

Em primeiro lugar, que a “família” é (quase sempre) de longe o primeiro prestador de cuidados no âmbito da actividade geral de prestação de cuidados aos idosos dependentes. De forma recorrente (com exceção da Suécia), o apoio informal ultrapassa em muito o apoio formal em todas as tarefas específicas. A família está em primeira linha em relação às instituições. Não só contribui largamente para que sejam mantidos no domicílio, como previne ou adia o internamento quando o grau de dependência aumenta.

Mas será possível falar de “família” ou de solidariedade familiar dado que, numa fortíssima proporção, a ajuda é prestada pelas mulheres? Várias

pesquisas, nomeadamente britânicas, evidenciam a existência de uma verdadeira hierarquia prática entre as prestadoras de cuidados (Finch & Groves, 1983; Ungerson, 1987; Lewis & Meredith, 1988; Qureshi & Walker, 1989; Ungerson, 1990): a esposa é normalmente a primeira nas fileiras, quando se encontra capaz de o fazer; na falta dela, será a filha ou uma parente, nora, prima ou sobrinha. A preocupação em estudar detalhadamente as características dos ajudantes familiares é recente na maior parte dos países. Desenvolve-se provavelmente na medida exacta em que se vai percepcionando cada vez mais claramente o apelo crescente dirigido às famílias pelos poderes públicos, como se “*a redescoberta dos laços familiares com múltiplas utilidades, a celebração da família, compensassem de algum modo a retirada do Estado-providência*” (Segalen, 1991b: 14). Um estudo detalhado levado a cabo em França em 1988 junto de 2136 idosos de mais de 75 anos de idade confirma e amplifica a constatação do papel exercido pelas mulheres como principais ajudantes (Bouget & Tartarin, 1990). Na realidade, à luz destes resultados, as redes familiares que exercem um papel de apoio, por eficazes e indispensáveis que sejam, apenas envolvem um número limitado de pessoas: duas, quando muito. O que realça mais uma vez o facto de as mulheres assumirem não apenas uma parte do apoio mais importante, mas também muito mais intensa. Os homens não estão contudo totalmente ausentes. São activos em 10 a 20% das situações familiares, sobretudo se são solteiros ou casados sem filhos, ou se não existe rapariga na fratria. Recentes pesquisas, americana, inglesa, quebequense e francesa confirmam estas tendências (Coward & Dwyer, 1990; Lesemann & Chaume, 1989; Attias-Donfut, 1993).

A noção de rede é frequentemente associada à noção de apoio da família ou dos parentes. Mas na medida em que os dados convergem para evidenciar que o “suporte social”<sup>4</sup> é prestado na realidade por um ou, no melhor dos casos, dois membros activos, poder-nos-emos interrogar se o uso desta noção, que evoca geralmente um sistema de interacção entre numerosos parceiros, não é abusivo quando aplicado ao caso de idosos dependentes.

Este “capital suporte” (Grand, 1989: 43) ou “protecção próxima”, prestado pela rede de sociabilidade, varia claramente consoante as etapas do ciclo de vida ou os acontecimentos contra os quais é mobilizado. O contraste é de facto surpreendente entre o papel central da rede familiar alargada e a sua eficácia “seguradora” durante a vida activa dos indivíduos, quer seja em situações de dificuldades sócio-económicas, de desemprego ou de ruptura conjugal (Pitrou, 1978; Déchaux, 1990; Martin, 1994b), e a sua redução na maior parte dos casos a uma só pessoa quando

se trata de ajuda a um idoso dependente. Parece que a família se mobiliza mais largamente e defende, portanto, o mérito da sua eficácia de rede quando está em jogo a inserção profissional e social dos seus membros, o acesso a um emprego ou a um alojamento, o apoio promocional dos mais novos, ou a limitação das consequências de um acontecimento *stressante*, e muito menos quando se trata de assegurar o fim de vida dos seus membros idosos. Pode-se formular a hipótese, nesse sentido, de que é justamente a dependência do idoso que aumenta o “custo” da entreajuda e dissuade os candidatos potenciais. É mais fácil mobilizar-se para uma pessoa que tem hipóteses de reconquistar a sua autonomia, do que para alguém cuja dependência vai inevitavelmente aumentar. Mais fácil é, portanto, ajudar os que menos precisam (Martin, 1993)<sup>5</sup>.

Apesar do apoio familiar dos idosos dependentes estar a cargo, a maior parte das vezes, de uma só pessoa, não deixa de ser absolutamente determinante, e estabelece-se uma diferença radical e uma desigualdade flagrante entre os que dela beneficiam e os que não podem contar com qualquer ente chegado para serem assistidos. E na falta dessa inserção numa sociabilidade sócio-familiar (Castel, 1991), a dependência perante os serviços públicos é imediata e total.

Esta vulnerabilidade não é no entanto específica das pessoas isoladas. Família e ideologia do amor podem esconder uma coisa muito diferente da solidariedade e da entre-ajuda. Não basta portanto estar rodeado para se estar apoiado, e muito menos satisfeito. Simeone (1990) menciona, por exemplo, uma pesquisa levada a cabo em Genebra junto de 535 idosos que revela que “*a maior parte dos idosos parece estar muito bem ou muito mal rodeada pela família*” (Id: 96). E o autor comenta: “*A família é o local de aprendizagem dos afectos, da compreensão mútua, de sentimentos tais como a escuta do outro, o dom de si-próprio, mas também do seu contrário: a agressividade, o desprezo, a destructividade (...) É difícil avaliar estatisticamente a harmonia familiar ou a violência psicológica familiar. Difícil dissecar uma realidade conflictual (...) filtrada por palavras escondidas ou actuações latentes (...) Pois toda a família pode, sob as melhores aparências de boas maneiras, esconder na realidade um inferno (...)*” (Id: 97-98). Do mesmo modo que o isolamento, tais situações de violência necessitam de uma intervenção pública. Por fim, é fundamental ter em conta as aspirações das próprias pessoas apoiadas que podem, como já referimos, tirar mais satisfação do facto de terem de se socorrer de uma ajuda profissional, remunerada pelas prestações sociais ou mesmo por elas próprias, do que depender da sua rede de parentes.

## O Peso das palavras nas comparações internacionais

As verificações que pudemos estabelecer à primeira vista têm, bem entendido, muitas limitações. As tentativas de comparação internacional nos planos demográfico, económico e social evidenciam frequentemente os riscos de conclusões demasiado precipitadas. Não só não utilizamos os mesmos termos, as mesmas categorias de análise, como no caso dessas categorias serem aparentemente comuns, não têm o mesmo significado de um país para o outro (Prioux, 1990; INSEE méthodes, Actes de Colloque, 1991). No entanto, a comparação entre realidades nacionais é de uma riqueza incontestável. Ela permite detectar variações que traduzem talvez modelos culturais, sociais, historicamente construídos, que parecem voltados a entrecruzarem-se cada vez mais, a influenciar-se mutuamente, sem nunca conseguir apagar as suas especificidades. As diferenças já não são então interpretáveis em termos evolucionistas, mas antes culturais; Norte-Sul, Este-Oeste opondo-se de múltiplas maneiras (Barrère-Maurisson & Marchand, 1990).

A nossa experiência neste campo levou-nos contudo a identificar uma prevenção importante: a necessidade de examinar as categorias ou o sentido das palavras utilizadas no campo estudado. A título de exemplo, escolhemos para concluir, observar cinco noções chave utilizadas na maior parte dos oito balanços nacionais: família, comunidade, domicílio, cuidados e acção pública; noções cujo significado e alcance variam consideravelmente consoante as práticas nacionais e as posturas de análise. A sua utilização comum poderia deixar entender que existe convergência nos debates. No entanto, ao analizá-los de forma mais atenta, descobre-se rapidamente que o seu alcance e o seu significado variam de um país, ou melhor, de uma tradição cultural para a outra. Ao examiná-las, apercebemo-nos que cada uma destas noções está enraizada numa história e num espaço nacional, ou mesmo regional, específico.

Assim, quando se trata da “família”, uns privilegiam uma leitura sociológica (considerando-a como uma das formas do ser-conjunto, com o seu trem de configurações particulares, em constante mudança); outros, uma abordagem mais demográfica (com baterias de indicadores e uma lógica predictiva), ou psicológica (com um interesse particular pelas relações afectivas), ou económica (sendo a família em primeiro lugar uma unidade de produção doméstica e de consumo), ou jurídica (por referência às normas e aos sistemas legais de obrigações mútuas), ou administrativa (com noções como a de responsabilidade), etc.

De acordo com a perspectiva adoptada, a família será percepcionada ou como um local privado de satisfação de necessidades essenciais, o

espaço da produção doméstica e da “economia subterrânea”, um local de encaminhamento (“famílias de acolhimento”), ou ainda como o teatro de relações de troca e de solidariedade, assentes no interesse ou na reciprocidade, sobre a troca material e afectiva, sobre as normas de obrigação mútua, ou como local privilegiado de expressão da relação de dominação entre os sexos fundada sobre a desigualdade da partilha das tarefas. Outros privilegiam as dinâmicas espaciais e temporais ou o impacte de variáveis culturais e étnicas (a emigração por exemplo) sobre as estruturas familiares. De acordo com as perspectivas escolhidas (que são muito mais do que estas), é evidente que os aspectos que estão em causa nas solidariedades familiares são muito diferentes. Daí a importância de esclarecer o sentido desta noção no âmbito desses trabalhos.

A noção de “comunidade” também é complexa. Constatase assim de imediato que está quase omnipresente na tradição anglo-saxónica, tanto nas ciências humanas como no sector das políticas sociais, enquanto que é pouco utilizada em França, pelo menos no período contemporâneo. Com efeito, na primeira metade do século XX, as correntes do catolicismo social referiram-se-lhe largamente (Astier & Laé, 1991). Se não se pode falar da existência de uma tradição comunitária francesa ou latina, existem no entanto outras formas de expressão dessa mesma ideologia. Preferir-se-á simplesmente falar de território, de local, de sociabilidade, etc. Mas será que temos a certeza de estar a falar da mesma coisa?

Parece, na nossa opinião, que estamos perante costumes diferenciados, cujas raízes devem talvez ser procuradas na história do conjunto europeu, ou mesmo na oposição das tradições vindas do Império romano, no Sul, com as tradições associadas aos povos germânicos do Norte (Dumézil, 1958; Dumont, 1977, 1979). Um Sul, que desenvolve tradições autoritárias, centralizadoras, hierárquicas, com a emergência da Igreja romana, das monarquias absolutas, dos Estados centralizadores, que desapropriam as comunidades locais das autonomias de que gozavam anteriormente. Um Norte, que assenta sobre uma tradição de consenso comunitário na base do qual se desenvolveram favoravelmente a iniciativa individual, a cooperação comunitária a nível local (Amado e col., 1990). Poder-se-á referir também a longa tradição da *“grass roots democracy”* nos Estados Unidos sobre a qual se constrói todo o trabalho dito “comunitário” com base na participação popular e na acção benévolas (Médard, 1969).

A “comunidade” está hoje, no campo das políticas sociais, no centro de uma preocupação estratégica de definição e de identidade na maior parte dos países anglo-saxónicos. Expressão da dinâmica própria da sociedade civil, símbolo das práticas de solidariedade informal, o conceito

de comunidade foi retomado pelos representantes dos poderes públicos na sua obra de planificação da acção social. São hoje “comunitários” todos os serviços destinados à “comunidade”, definida ela-própria como clientela. Esta comunidade passa a estar integrada na repartição das responsabilidades, chegando os poderes públicos ao ponto de a criar “por decreto” onde ela não existe. Ela torna-se, portanto, objecto e sujeito da intervenção pública.

A reflexão sobre o “*Community Care*” dos idosos em Inglaterra é, como já vimos, exemplar nesse aspecto (Jamieson, 1988). A comunidade é neste caso o lugar onde são prestados os cuidados, ou seja, o domicílio, por oposição aos hospitais. Por extensão, associa-se a conotação de cuidados sociais mais do que médicos, de cuidados profanos ou não-profissionais prestados pela família. O “*Community Care*” que implica a existência de uma forma de vida social recheada de solidariedade e de entreajuda, tornou-se ao mesmo tempo essencialmente numa estratégia de descomprometimento do Estado e de reenvio das responsabilidades às famílias com um apoio, em princípio, de serviços para o desempenho da sua acção de prestação de cuidados. Esta noção de comunidade é hoje portanto profundamente equívoca, o que exige que o seu uso seja clarificado, dado que pode remeter tanto para a dinâmica das solidariedades informais como para a restrição das iniciativas públicas destinadas a um grupo em situação de dependência ou com necessidade de protecção.

Evocar o domicílio, em França, é referir em primeiro lugar, uma noção jurídica, “onde uma pessoa está situada em direito” (Encyclopédie Universalis, 1990:1043). O domicílio é o local onde uma pessoa fixa as suas actividades com uma certa permanência (Artº 102 do Código Civil), determinando o domicílio o exercício da maior parte dos direitos civis. A tradição anglo-americana não tem equivalente dado que, na América do Norte por exemplo, a identidade cívica de um indivíduo não está ligada de modo algum à sua morada ou ao seu domicílio. Inversamente, a noção anglófona de “*Home*”, ou alemã de “*Heim*”, com a sua conotação afectiva de pertença, de intimidade, e mesmo de identidade, não tem equivalente em francês. Talvez os termos “*foyer*” (lar), “*chez-soi*” (minha, tua...casa) constituam uma aproximação, mas a sua utilização é muito mais circunscrita. A expressão “serviços de apoio ao domicílio” remete, portanto, essencialmente para uma dimensão espacial e administrativa; a expressão inglesa “*Home care*” tem mais claramente um conteúdo afectivo, que associa as solidariedades informais aos serviços públicos. A família, a comunidade, já se encontram aí.

A noção anglófona: “*care*” também não tem equivalente em francês, a não ser talvez, de um modo muito imperfeito com o auxílio de expressões

como “prendre soin” (cuidar de), “s’occuper de” (encarregar-se de) ou “soigner” (tratar). Desaparece contudo todo o conteúdo afectivo, a proximidade relacional incluída no “caring”. A expressão “care” é ambivalente, dado que se pode dizer, com conotações muito diferentes: “care about” ou “care for”. A primeira fórmula evoca, por excelência, a protecção materna, a ternura, o amor. (*To care about someone*) é equivalente a “to like someone”, isto é, amar alguém). Na segunda expressão transparece o encargo, o trabalho de prestação de cuidados, de apoio. Mas a maior parte das vezes, o “caring” aplica-se aos cuidados informais, e opõe-se nessa medida às práticas profissionais especializadas em cuidados, que se prendem com o “care”, ou às intervenções dos agentes paramédicos ou sociais, por sua vez, “help”. Vislumbram-se todos os riscos de desvio na passagem sem nuances de uma noção para a outra, ou de uma tradição cultural para a outra.

“A acção pública”, por fim, também deve ser alvo de uma contextualização histórica e política. Os comentários relativos à noção de comunidade já evidenciaram a diversidade de tipos de acção pública. Nalguns países nórdicos, por exemplo, a acção pública permanece no centro da estruturação da vida social; inversamente, certos governos, em Inglaterra e em certos Estados americanos, retiraram-se praticamente do campo dos serviços de conservação ao domicílio, nomeadamente ao atribuir quer às comunidades quer às organizações de caridade, ou ainda ao mercado privado de serviços, a responsabilidade de satisfazer as necessidades de cuidados dos idosos. Outros países como a França, e em certa medida, a Itália, esforçam-se por enquanto por escapar ao centralismo dos serviços que caracterizou durante muito tempo as suas políticas públicas. A Holanda, tal como vários Länders alemães e a maioria das províncias canadianas, estão por sua vez profundamente envolvidos em “misturas” (“Welfare-Mix”) pragmáticas de serviços com estatutos jurídicos diversos (públicos, privados, comunitários, voluntários), que limitam muito a implicação da acção pública, sem no entanto lhe negar uma responsabilidade global de regulação, de luta contra as desigualdades, de garantia de acesso a serviços e de vigilância da sua qualidade.

Estes poucos exemplos evidenciam uma variação considerável no exercício da acção pública, sendo que cada país, de acordo com as suas tradições políticas e com o estado das suas relações de força entre grupos de interesse, imagina articulações específicas entre os diversos actores mobilizáveis para satisfazer as necessidades das pessoas dependentes mantidas no domicílio. Se se acrescentar por fim que a acção pública tende geralmente a ser cada vez mais diversificada no interior de um país, em função de regiões ou de grupos de população específicos, realizar-se-

-á facilmente que esta noção contempla realidades e dinâmicas políticas extremamente diferentes, e consequentemente muito dificilmente comparáveis. Da mesma maneira que as noções de família ou de solidariedade familiar se evidenciavam pela sua grande versatilidade, a de ação pública que lhe é tendencialmente oposta a título da solidariedade pública, é por sua vez eminentemente relativa a conjunturas nacionais, regionais ou locais particulares.

## Conclusão

Uma das principais conclusões que emerge, na nossa opinião, desta tentativa de comparação internacional remete para a necessidade de explorar melhor as lógicas próprias do funcionamento familiar e da produção doméstica (Corbin & Strauss, 1988) para esclarecer a sua articulação com as ajudas públicas. Com efeito, a abordagem da questão das relações entre solidariedade familiar e solidariedade pública consiste, demasiadas vezes, em apreciar apenas a primeira pelos critérios da segunda, privilegiando uma lógica funcional e avaliativa, sem ter em conta as especificidades eventuais do funcionamento da troca no seio das famílias modernas. Martine Bungener (1993) explica esse enviesamento pela sensibilidade do político em relação às consequências económicas: “*As intervenções familiares normalmente não reconhecidas, quando são deficientes, acarretam frequentemente uma hospitalização ou um internamento institucional. Assumem então, por defeito, uma visibilidade económica e financeira muito significativa a qual contribui ainda para escamotear a realidade dessas intervenções já que mobiliza a atenção dos decisores e da opinião pública apenas para as suas carências (...)*”(1993: 38).

Ao ignorar a irreductibilidade desta esfera privada às regras da troca dos serviços públicos (Godbout, 1990), corre-se o risco de não perceber de todo os custos gerados pelo que consideramos, a maior parte das vezes, uma economia. Aderimos totalmente, nesse aspecto, ao discurso de François de Singly quando sugere “*as políticas sociais e familiares que compreendam o conjunto dos efeitos do amor e que o integrem nas suas análises*” (de Singly, 1988: 140).

Pois com efeito, a grande mudança nos últimos trinta anos na esfera familiar é a reorganização das relações familiares em torno do intercâmbio afectivo. “*Amor, somente amor, e enquanto dura o amor*”, como escreve ainda de Singly (Id.). Nessa perspectiva, as trocas de serviços domésticos assumem uma figura totalmente diferente. Enquanto na família tradicio-

nal, no sentido em que impõe uma divisão estricta dos papéis dos sexos atribuindo massivamente as tarefas domésticas às mulheres, o empenho destas constituía um valor em si, a família moderna centrada sobre o amor desvaloriza esses serviços familiares. Um certo número de mulheres (as mais dotadas) já não pode aceitar um sistema de troca assente sobre a regra moral da sua dedicação afectuosa, do seu altruísmo incondicional. Se se quiser ter a certeza de não ser rejeitada, e de falar de facto exclusivamente a linguagem do intercâmbio amoroso, o importante é limitar tanto quanto possível esse intercâmbio a fluxos de afectos, de sentimentos e não de serviços e de bens, para não correr o risco de manchar o amor, de estragar o sentimento com baixas considerações materiais e cálculos mesquinhos.

O serviço prestado é suspeito, não só por suscitar um sentimento de dependência, mas também porque pode levar a pensar que se é “amado” pelos serviços que se prestam. De Singly defende portanto que somos hoje confrontados com um “*declínio dos valores de dedicação*” (Id.em: 136) — declínio variável consoante os meios sociais, à semelhança da hegemonia do sentimento amoroso como cimento da união conjugal — e também com o “*enfraquecimento das trocas de serviços no seio da família*” (Idem: 140).

Estas considerações podem evidentemente ser aplicadas ao apoio familiar (quer se trate da ajuda recebida por mães divorciadas ou por idosos). Como tal, conforme salientam um certo número de trabalhos americanos, a satisfação das pessoas ajudadas não está correlacionada com a importância da ajuda recebida. Antes pelo contrário, os mais ajudados são por vezes os mais insatisfeitos, precisamente porque a amplitude do apoio reflete a dependência experimentada (Colletta, 1979). Sempre que lhes é possível, muitos idosos preferem adquirir um serviço num mercado privado de recursos em vez de o receber dos que o rodeiam. A vantagem e a força destes serviços com fins lucrativos é justamente a libertação imediata da dívida contraída. Sabe-se o que se deve, numa relação mercantil. Essas mesmas pessoas preferem receber o resto, o mais importante de acordo com a ideologia dominante actual, ou seja, o afecto, por parte dos seus.

Dois problemas permanecem contudo. Em primeiro lugar, dever-se-á crer nesta divisão estricta das esferas privada (familiar) e pública, que poderia deixar entender que os fluxos de afecto não existem nas (ou são incompatíveis com) relações entre profissionais da ajuda e os pacientes ou clientes? Seguramente que não. Para além disso, será que não se deveria relativizar este quadro, que põe a hipótese da primazia do afecto, da recusa do cálculo e do enfraquecimento da dedicação, introduzindo desvios devidos a variáveis socio-culturais. Será possível que todos os

meios sociais se reconheçam nesta nova ideologia do afecto? Do mesmo modo, será o enfraquecimento da norma de dedicação da mulher perante o “seu” homem ou os seus filhos característico de todas as categorias sociais? Não existirá também provavelmente uma nuance entre a ideia que construimos dessas relações de solicitude ou de servidão e o peso dos hábitos? E finalmente, se o mercado apazigua os estados de alma dos actores no aspecto do equilíbrio dos serviços prestados e recebidos, é preciso contudo ter meios para os contratar, e portanto poder dispensar o custo da ajuda “gratuita” proveniente das solidariedades familiares.

Parece restar um longo caminho a percorrer para ultrapassar a tendência ainda dominante que consiste na redução do questionamento das solidariedades familiares a uma lógica de políticas sociais, privilegiando uma compreensão funcionalista, senão utilitarista dos problemas, mas também para esclarecer os mecanismos complexos da troca que combina inevitavelmente recursos públicos, privados (no sentido de mercado) e privado (no sentido de intimidade).

## Notas

<sup>1</sup> Este balanço, financiado pela Missão Interministerial Pesquisa Experimentação do Ministério dos Assuntos Sociais e da Integração, é uma síntese das principais pesquisas conduzidas ao longo da última década em oito países industrializados: Inglaterra, Alemanha, França, Holanda, Itália, Canadá- Quebec, Estados Unidos, Suécia, acerca da contribuição do sector informal, das famílias e das redes de entreajuda, para manter em casa os idosos dependentes. Cada contribuição nacional apresenta as intervenções do governo destinadas a esse público — redefinindo a sua situação relativamente à evolução demográfica e à história dos serviços e das políticas sociais —, enuncia os desafios actuais e as estratégias de solução levadas a cabo, a maior parte das vezes a título experimental. Para além da apresentação e da comparação dos diversos sistemas e serviços existentes em cada um desses países, este balanço tem por objectivo a análise da articulação entre solidariedade familiar e solidariedade pública. Este trabalho deu origem à publicação de uma obra colectiva sob a direcção de F. Lesemann e C. Martin (1993).

<sup>2</sup> Este movimento crítico é comum à maior parte dos países industrializados, com maior ou menor radicalidade. A Itália é provavelmente um dos países onde ele esteve na origem dos desenvolvimentos e das experimentações sociais mais notáveis.

<sup>3</sup> Estas violentas críticas fazem esquecer que a criação de tais recursos no século XIX representava uma considerável melhoria da condição dos marginais, os quais eram previamente relegados em prisões ou “poor houses”, visando precisamente a criação de asilos ou de “colônias” proporcionar-lhes condições de vida mais humanas. Mas com os anos sessenta, essas mesmas condições são consideradas inadmissíveis.

<sup>4</sup> Se a noção de rede familiar já foi alvo de uma longa tradição de pesquisa antropológica e sociológica que se manifesta logo no início dos anos cinquenta, a expressão anglo-saxônica: “social support” traduzida indistintamente em francês por “support social” — suporte social (Le Disert, 1985) ou “soutien relationnel” — apoio relacional (Reichmann, 1991), aparece em pesquisas epidemiológicas no decurso dos anos setenta (Kaplan, 1974; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Kaplan & Cassel, 1977). Designa os recursos de que dispõe

um indivíduo através da sua rede de relações sociais para enfrentar um certo número de acontecimentos *stressantes*, como sejam por exemplo um luto, uma separação, um divórcio ou a perda de um emprego. S.Cobb define-a, por sua vez, como um conjunto de informações que faz com que a pessoa se sinta amada, rodeada, estimada, valorizada e integrada numa rede de comunicação e de obrigação mútua. Para B.Wellman, o apoio relacional é antes a parte da rede social sobre a qual uma pessoa se pode apoiar para obter ajuda, quer esta seja de ordem emocional, ou de ordem material ou instrumental (Wellman, 1981).

<sup>5</sup> J. H. Déchaux (1990a) aponta esse fenômeno a propósito da ajuda proporcionada aos desempregados, consoante estão no desemprego há mais ou menos tempo.

## Bibliografia

- AMANDO, G.; FAUCHEUX C.; LAURENT, A. (1990): "Changement organisationnel et réalités culturelles", in Chanlat J.F., *L'individu dans l'organisation*, Québec, Presses de l'Université Laval, pp. 629-662.
- ASTIER, I.; LAÉ, J.-F. (1991): "La notion de communauté dans les enquêtes sociales sur l'habitat en France: Le groupe d'Economie et Humanisme, 1940-1955", *Génèses*, n°5, sept., pp. 81-106.
- ATTIAS-DONFUT, Claudine (1993): "Dépendance des personnes âgées: pourvoyance familiale et pourvoyance sociale", *Revue française des affaires sociales*, n°4, oct-déc.
- AUDIT COMMISSION (1986): *Making a Reality of Community Care*, London, Audit Commission for Local Authorities in England and Wales.
- BARRÉRE-MAURISSON M-A; MARCHAND, O. (1990): "Structures familiales et marché du travail dans les pays développés", *Economie et Statistique*, n°235, pp.19-30.
- BOUGET, Denis; TARTARIN, Robert (eds) (1990): *Le prix de la dépendance. Comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement*. En collaboration avec Michel Frossard et Pierre Tripier. Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés. Paris. La Documentation Française.
- BUNGENER, M. (1993): "Famille et alternative à l'hospitalisation", in F. Lesemann & C. Martin (Eds), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales*. Paris. La Documentation française..
- BURGESS, E.W. (1960): *Ageing in Western Societies*, Chicago, The University of Chicago Press.
- CAPLAN, G. (1974): *Support Systems and Community mental Health*. New York. Basic Books.
- CASSEL, J. (1976): "The contribution of the social environment to host resistance", *American Journal of Epidemiology*, 104, pp. 107-123.
- CASTEL, R. (1991): "De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle", J. Donzelot (ed.), *Face à l'exclusion. Le modèle français*. Paris. Edition Esprit, pp. 137-168.
- COBB, S. (1976): "Social support as a moderator of life stress", *psychosomatic Medicine*, 38, pp. 301-314.
- COENEN-HUTHER, J.; KELLERHALS J. & VON ALLMEN M. (1994): *Les réseaux de solidarité dans la famille*. Lausanne, Editions Réalités sociales.
- COLETTA, N.D. (1979): "Support systems after divorce; incidence and impact", *Journal of marriage and the family*, 41, pp. 837-846.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL AU PLAN (1982): *Vieillir demain*. Paris, La Documentation Française.

- CORBIN, J.M.; STRAUSS, A. (1988): *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco. Jossey-Bass.
- COWARD, R.T. & DWYER, J.W. (1990): "The association of gender, sibling network composition and patterns of care by adult children", *Research of aging*, 12, June.
- DAVIES, B.P. (1987): "Equity and efficiency in community care", *Ageing and society*, 7, pp.161-174.
- DAVIES, B.P. (1988): "Financing long term social care: challenges for the nineties", *Social Policy Administration*, 22, 2, pp. 97-114.
- DÉCHAUX, J.-H. (1990): Les échanges économiques au sein de la parentèle", *Sociologie du travail*, Paris, Dunod, n°1, pp. 73-94.
- DUMÉZIL, Georges (1958): "L'idéologie tripartite des Indo-Européens", *Revue d'études latine*, Bruxelles, 31, Collection "Latomus".
- DUMONT, Louis (1977): *Homo aequalis: génèse et épanouissement de l'idéologie économique*, Paris, Gallimard.
- DUMONT, Louis (1979): *Homo hierarchicus: le système des castes et ses implications*, Paris, Gallimard.
- FINCH, J. (1984): "Community care developing non-sexist alternatives", *Critical social Policy*, 9, pp. 6-18.
- FINCH, J. (1990): "The politics of community care in Britain", in Ungerson C. (Ed.): *Gender and caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. London, Harvester Wheatsheaf.
- FINCH, J.; GROVES, D. (eds.) (1983): *A labor of love: Women, Work and Caring*, London, Routledge and Kegan Paul.
- GODBOUT, J. (1990): "L'Etat, un ami de la famille?", in D. Lemieux (ed.): *Familles d'aujourd'hui*. Montréal, Institut Québécois de la Recherche sur la Culture, pp. 173-185.
- GRAND, A. (1988): "Les réseaux informels de soutien de la personne âgées", *L'année gérontologique*, Toulouse, Maloine.
- GRAND, A. (1989): "Les conditions de l'accueil familial des personnes âgées", *Revue Française des Affaires Sociales*, 43, 4, oct-déc., pp. 33-47.
- GUILLEMARD, A-M (1986): *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris. PUF.
- HENDERSON, J. (1986): "By" the Community: "An Ideological Response to the Crisis of the Welfare State", in Phillipson, Cloris, M. Bernard and P. Strong (eds): *Dependency and Interdependency in Old Age. Theoretical perspectives and Policy Alternatives*. London, Wolfeboro, pp. 127-139.
- HENRARD, J-C; ANKRI J.; CASSON B.; LAW-KOUNE, J.D. (1988): *Le système français de soins et d'aide aux personnes âgées*. Paris. CTNERHI. PUF.
- HENRARD, J-C; ANKRI J; ISNARD M-C (1989): "Le soutien à domicile des personnes âgées en France", *Revue Française des Affaires Sociales*, n°42, 4, octobre, pp.9-32.
- HOUSES OF COMMONS (1985): *Community Care, With Special Reference to Adult Mentally Ill and Mentally Handicapped People*, Second Report from the Social Services Committee, Session 1984-5, vol.1, HCP 13-1, London, HMSO.
- INSTITUT NACIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (1991): *Actes du Colloque "Beyond national statistics: household and family patterns in comparative perspective"*, Centre for Economic Policy Research. London, Insee collection "Méthodes", n°8.
- JAMIESON, A. (1988): "Politiques pour les personnes âgées en Europe", *Gérontologie et société*, 47.
- JOBERT, B. (1988): "Action publique et solidarité civile: Le cas du maintien à domicile des personnes âgées", *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 19, pp. 89-93.

- KAPLAN, B.H.; CASSEL, J.C. (1977): "Social support and health", *Medical Care*, 15, pp. 45-58.
- LAVILLE, J-L (Ed) (1944): *L'économie solidaire. Une perspective internationale*. Desclee de Brouwer.
- LE DISERT, D. (1985): *La maladie: La part du social*. Paris. Editions du CDSH.
- LE GALL, D. & MARTIN, C. (1988): "Le réseau parental après un divorce ou une séparation", *Dialogue, Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, n°101, pp. 85-93.
- LESEMANN, F.; CHAUME, C. (1989): *Famille-providence. La part de l'Etat*; Montréal. st-Martin.
- LASEMANN, F.; MARTIN, C. (Eds) (1993): *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaison internationale*. Paris. Les Études de la Documentation Française. Ouvrage également publié au Canada sous le titre: *Home-Based Care, the Elderly, the Family and the Welfare-State: an International Comparison*. University of Ottawa Press.
- LEWIS, J.; MEREDITH, B. (1988): *Daughters who care*, London, New-York. Guilford Press.
- MARTIN, C. (1993): "Le risque solitude. Divorces et vulnérabilité relationnelle", *Revue internationale d'action communautaire*, Montréal, n°29, pp. 69-83.
- MARTIN, C. (1994a): Father, Mother and the Welfare-state. Family and Social Transfer after Marital Breakdown, *Journal of European Social policy*, Longman Higher Education.
- MARTIN, C. (1994b): "Diversité des trajectoires post-désunion: Entre le risque de solitude, la défense de son autonomie et la recomposition familiale", *Population*, INED, n°6, pp.1569-1596.
- MARTIN, C. (1994c): "Entre Etat et famille-providence", in J-L Laville (Ed), *L'économie solidaire.Une perspective internationale*. Paris. Desclee de Brouwer, collection "Sociologie économique", pp. 223-251.
- MARTIN, C. (1994d): "Solidarités familiales: l'illusion du renouveau", *Sciences humaines*, n° Hors série, décembre, pp. 34-38.
- MÉDARD, J-F. (1969): *L'organisation communautaire aux Etats-unis*, Paris. A. Colin.
- PARKER, G. (1985): *With Due Care and Attention: A Review of Research on Informal Care*, London, Family Policy Studies Centre.
- PITROU, A. (1978): *Vivre sans famille? Les solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui*. Toulouse. Privat.
- PITROU, A. (1987): "Dépérissage des solidarités familiales?", *L'année sociologique*, Puf, Troisième série, vol.37.
- PITROU, A. (1991): "Solidarité privée, solidarité publique", *La famille. L'état des savoirs*. (Sous la direction de F. de Singly). Paris. La découverte.
- PITROU, A. (1994): *Les politiques familiales. Approches sociologiques*. Paris. Syros.
- POLLAK, O. (1948): *Social Adjustment in Old Age*. New York, Social Science Research Council.
- PRIOUX, F. (ed.) (1990): *La famille dans les pays développés: Permanences et changements*, INED, UIESP, CNAF, CNRS. Collection "Congrès et colloques".
- QURESHI, H. (1990): "Boundaries between Formal and Informal Care-Giving Work", in C. Ungerson (ed.), *Gender ans caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. London, Harvester Wheatsheaf.
- QURESHI, H.; WALKER, A. (1989): *The caring relationship. Elderly People and their Family*. London, Macmillan.
- REICHMANN, S. (1991): "Impact du chômage sur la santé mentale. Premiers résultats d'une analyse de réseaux ", *Sociétés contemporaines*, n°5, Mars.