

FAMÍLIA E CUIDADO SOB OS OLHARES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO CARLOS, SP

Family and care as seen by a Family Health Team in Sao Carlos, SP

Larissa Laisner Prata¹, Maria Helena Pereira Rosalini²,
Marcia Niituma Ogata³

RESUMO

A unidade familiar na Estratégia Saúde da Família deve ser entendida na perspectiva para além da composição demográfica de seus membros, considerando o seu ambiente, sua organização e situação familiar, bem como os fatores que influenciam suas experiências em saúde e doença para que a assistência possa ser construída adequada à sua realidade. O objetivo do presente estudo é demonstrar a percepção sobre a concepção de família e se esse entendimento interfere no cotidiano do trabalho e cuidado em saúde dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família do município de São Carlos, interior de São Paulo. Trata-se de um estudo qualitativo, em que a pesquisa foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e a análise dos dados desenvolveu-se através da técnica de análise categorial temática. Os resultados possibilitaram entender que a família é visualizada pela equipe enquanto objeto de trabalho através das abordagens realizadas, bem como o que consideram como potencial e complexo no cotidiano do trabalho, e a fragmentação do cuidado gerada pelos diferentes olhares e percepções sobre a família.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Assistência à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A partir do “Ano Internacional da família” definido em 1994 pela Organização das Nações Unidas (ONU), colocando a família como foco da atenção, emerge uma grande oportunidade de consolidação e avanço dos direitos

ABSTRACT

The family unit, in the Family Health Strategy, must be understood in a perspective beyond the demographic composition of its members, considering its environment, its organization, and family circumstances, as well as factors that influence its experiences in health and illness so that assistance can be constructed to fit its reality. The purpose of this study is to demonstrate the perception of the family concept and whether this understanding interferes with the daily work and attention to health of the professionals of a Family Health team in São Carlos, São Paulo. It is a qualitative study, in which the research was conducted through semi-structured interviews, and the data analysis was conducted using the thematic analysis technique. The results made it possible to see that the family is viewed by the team as means of working through the approaches taken, as well as something they regard as potential and complex in the daily work routine, and to perceive the fragmentation of care generated by the different views and perceptions about the family.

KEYWORDS: Family; Delivery of Health Care; Family Health Strategy.

humanos no Brasil. Ao mesmo tempo, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), é refletida a valorização da família nas políticas sociais brasileiras.¹

Com a implementação da ESF, há uma reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde,

¹ Larissa Laisner Prata, Assistente Social formada pela UNESP Franca em 2008 e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos em 2011. E-mail: lariprata@gmail.com

² Maria Helena Pereira Rosalini, Assistente social graduada pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Terapeuta Comunitária e de Auto-Estima pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Em formação em Terapia Familiar Sistêmica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

³ Marcia Niituma Ogata, Profa. Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Especialista em Saúde da Família e comunidade e doutora em enfermagem

em que a intervenção em saúde visa atender indivíduo e família de forma integral e contínua, focando o olhar em seu ambiente físico e social, desenvolvendo ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

A ESF é marcada por um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, através de serviços mais resolutivos, integrais e humanizados, que visam à melhoria das condições de vida da população.²

O município de São Carlos presta atendimento à população através das Unidades de Saúde da Família (USF) com equipe mínima e apoio matricial às equipes através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), uma modalidade de especialização *lato sensu*, caracterizada por capacitação em serviço e realizada através da parceria entre Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Prefeitura Municipal.

Essa parceria ocorreu no ano de 2007, considerando em sua construção o contexto local, o perfil sociodemográfico e epidemiológico, bem como a Rede de Cuidado à saúde do município. Assim, o programa utiliza-se de estratégias para ampliar a qualidade e eficiência dos serviços para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde da população de São Carlos, também capacitando os profissionais dessa rede.³

O objetivo do programa da RMSFC é contribuir para construção de novos modelos educacionais, de pesquisa e de cuidado, implicando na melhoria da prestação de serviços oferecidos à população do município, articulando ensino, serviço e gestão.³

O processo de trabalho possibilita refletir e buscar respostas às fragilidades vividas no cotidiano e promove questionamentos como: de qual família essa equipe fala? Qual é a abordagem da família na Estratégia Saúde da Família? Como é realizado o seu cuidado pelos profissionais da ESF?

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos, teve como objetivo demonstrar a percepção sobre a concepção de família e se este entendimento interfere no cotidiano do trabalho e cuidado em saúde dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família do município de São Carlos, interior de São Paulo.

A família no foco da Atenção Básica

Na Atenção Básica, o sujeito é considerado em sua singularidade e complexidade, visando a sua integralidade e inserção sociocultural, focando o cuidado na promoção, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos em busca de possibilidades de viver de modo saudável.⁴

Estamos convidados pela Política Nacional de Humanização a adentrar numa rede que considere os diferentes sujeitos implicado no processo de produção de saúde, norteados pela valorização da autonomia e protagonismo dos mesmos, por corresponsabilidade, vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.⁵

Portanto podemos considerar que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de modo que olhar para cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida é considerá-lo sujeito de um coletivo, de muitas histórias de vida.⁶

Assim, a Atenção Básica permite-nos condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, sua situação afetiva, o seu significado e a repercussão de suas necessidades sociais e de saúde. Essa perspectiva faz com que a família obtenha o olhar principal da atenção, de modo que passe a ser entendida a partir do ambiente onde vive.

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior significação social.^{7,8}

O encontro entre usuário e profissional, através de uma escuta qualificada, faz com que a distância seja diminuída entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários. Assim, quando ofertadas possibilidades para o sujeito, ele pode decidir conjuntamente sobre o seu tratamento, corresponsabilizando-se pelos resultados.

Acolhendo o relato do usuário, estamos possibilitados a ajudá-lo a reconstruir os motivos que ocasionaram seu adoecimento e suas relações com o que sente e vive, auxiliando-o a perceber as causalidades externas e contribuindo para o seu enfrentamento. É buscada a autonomia do usuário e a capacidade da “produção da vida”, na qual a doença, mesmo sendo um limite, não o impeça de viver as outras situações.⁸

Portanto a atuação dos profissionais não se restringe apenas a aspectos biomédicos, considerando um “olhar ampliado”. Para isso, usamos como referência a Clínica Ampliada que, segundo Campos⁹, é uma clínica que inclui além da doença, a pessoa e seu contexto, responsabilizando-se pela cura, reabilitação, prevenção e proteção individual e coletiva, envolvendo o paciente, família, no cuidado, na produção de saúde e de vida. Torna-se possível compreender de forma ampliada o processo de adoecimento.

cimento e sofrimento do usuário, levando o olhar para as diferentes dimensões relacionadas a esse processo.

Campos⁹ refere que, para a prática da clínica com qualidade, é necessário o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e profissionais que lhes sirvam de referência. Assim, a produção do cuidado ao usuário e família é alcançada através da escuta qualificada pelo profissional, na qual ele consegue captar as necessidades desses sujeitos e, construindo vínculo e laços de confiança, consiga uma maior capacidade tanto diagnóstica como terapêutica.

A família, da maneira em que vem modificando-se e estruturando-se nos últimos tempos, não permite identificá-la como um modelo único e ideal. Essa “[...] é percebida não como o simples somatório de comportamentos, anseios e demandas individuais, mas sim como um processo interagente da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes”.^{10,13} Portanto a família é “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, afetividade e do bem estar físico dos indivíduos.¹¹

Segundo Symanski¹², a família é uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo. Para Vasconcelos¹³, a família deve ser compreendida historicamente, em sua especificidade em cada época e grupo social ao qual pertence. Dessa forma, existem famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares ou famílias por convivência ou sobrevivência. Assim, em sociedades tão desiguais como a que vivemos, devemos, primeiramente, esforçarmo-nos para incorporar, nas análises e propostas de trabalho, como essas relações vêm se transformando e ganhando novas significações.

Dessa maneira, o mundo familiar mostra-se numa variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de resoluções diante das mudanças que a vida vai trazendo.¹²

Então, é importante conceituar a unidade familiar da ESF numa perspectiva para além da composição demográfica dos membros da família, como características do seu ambiente que levam a sua organização e situação familiar.¹⁴

Para ofertar o cuidado à família, devemos conhecer o seu funcionamento e os fatores que influenciam suas experiências em saúde e doença, como ela identifica suas potencialidades e dificuldades, para assim pensarmos na melhor assistência possível para a sua realidade. Assim, o cuidado deve ser entendido como uma ação integral, respeitando as diferenças e garantindo a participação do usuário na decisão sobre sua saúde. Com isso, a atitude “cuidadora” precisa expandir-se para a totalidade das re-

flexões e intervenções no campo da saúde.¹⁵

Durante o cotidiano do trabalho enquanto residente, foi observado que os diferentes olhares dos profissionais da USF para a família geravam dificuldades em lidar com o processo do cuidado, incômodos esses explicitados pelos próprios profissionais, como ideias pré-concebidas sobre estrutura e dinâmica familiar bem como sobre a atuação profissional diante disso.

METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa que “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes”.^{16,12}

A abordagem qualitativa possibilita trazer o pensamento dos participantes sobre aquilo que é pesquisado, bem como a valorização de sua fala e percepção sobre a temática, sempre reconhecendo sua singularidade e a importância da realidade de sua experiência social.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, parecer CEP 453/2010. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo assim aos entrevistados discursarem a partir de seguintes questões propostas: Como é o seu trabalho com as famílias? ; Quais as facilidades e dificuldades que você encontra no trabalho com famílias? ; Na sua percepção, o que é família para a equipe? ; Como usuário identifica o que é família? ; Para você, o que é família? ; Você, como trabalhador da equipe de saúde da família, como pensa o seu trabalho?

As entrevistas foram realizadas com onze profissionais de uma USF do município de São Carlos, sendo um médico da família, um cirurgião-dentista, um auxiliar odontológico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O município possui 16 Equipes de Saúde da Família e esta pesquisa teve como critério de escolha a equipe em que a pesquisadora estava inserida através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo com a modalidade de Análise Temática, com o objetivo de compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo e significações que são manifestadas ou que estão ocultas.^{17,18}

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente e submetidas à análise categorial temática. Os dados foram organizados em três partes: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência

e interpretação. A partir disso, os dados obtidos foram divididos em duas categorias para sua interpretação: Os diferentes significados das abordagens profissionais junto às famílias e Conceito de família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das temáticas encontradas, constituíram-se as seguintes categorias de análise: os diferentes significados das abordagens profissionais junto às famílias e conceito de família. Os resultados foram divididos dessa maneira a fim de identificar a abordagem realizada pela equipe com a população atendida e, ao mesmo tempo, identificar os conceitos de família que são atribuídos no processo do trabalho.

Os diferentes significados das abordagens profissionais junto às famílias

A partir da análise das abordagens realizadas com as famílias, apontadas pelos profissionais, foi possível identificar duas diferentes concepções divididas entre equipe de referência (médico, enfermeiro e dentista) e Agentes Comunitários de Saúde: abordagem da família enquanto objeto de trabalho e abordagem da família a partir das necessidades de saúde.

A abordagem da família enquanto objeto de trabalho prevaleceu nas narrativas dos Agentes Comunitários de Saúde, que visualizam a família no seu fazer profissional, focando-a através do olhar sobre um objeto de trabalho, ou seja, para o cumprimento dos objetivos do trabalho profissional a partir do acompanhamento realizado pela Visita Domiciliar, em que são realizadas orientações e alguns procedimentos da rotina profissional dessa categoria:

“Meu trabalho com as famílias nas casas é mais de acompanhamento mesmo né, a gente chega na casa e vai verificar basicamente vacina, orientações de higiene, acompanhar exames preventivos.” (ACS 1)

“A gente vê se está tomando a medicação certa, se está precisando de alguma coisa, acompanha a gestante, criança, vê se a vacina está tudo em ordem, é o trabalho que a gente faz.” (ACS 2)

Observa-se que o acompanhamento entendido pelo ACS é rotineiro, seguindo um protocolo de questionamentos pré-fixados, pelo ciclo de vida e situação de saúde. Dessa maneira, o profissional não se vê num processo de diálogo com aquela família, no sentido de conhecer mais

a fundo o seu potencial, o que ela pensa sobre sua situação de vida e saúde. As famílias do território são olhadas numericamente, como o número de hipertensos, diabéticos, gestantes e acamados. As visitas são realizadas para o controle da vacina ou para checagem se a medicação é administrada corretamente. Não se investe muito no sentido de conhecer o que essa família pensa sobre sua situação de saúde ou o que ela consegue identificar como potencialidades para lidar com as adversidades que enfrenta na vida, por exemplo.

Verificamos, em alguns estudos, que o ACS utiliza a visita domiciliar como principal atividade, em que as orientações que mais costumam prestar às famílias referem-se à higiene, ao calendário vacinal, aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações, bem como o acompanhamento de idosos, crianças e grupos de risco.¹⁹

Foi possível perceber as fragilidades encontradas no cotidiano do trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde quanto à dinâmica familiar, como dificuldade de inserir o cuidado relacionando os costumes e organização da família, e até mesmo lidar com sua complexidade e diversidade.

“Existe dificuldade, principalmente porque a gente acaba invadindo muito a família né, por não saber lidar com ela, entender aquela organização que eles têm, as vezes a pessoa é acostumada a se organizar de uma forma e as vezes a gente como profissional tem um pouco de dificuldade de lidar com isso, a tendência é querer que a família se organize ao seu modo, ao invés de respeitar uma organização particular que a família tem.” (ACS 4)

A partir da narrativa acima, percebemos que o profissional compreende o que é favorável ao processo do cuidado, entretanto não sabe como realizar o diálogo de forma que a cultura da família e o cuidado possam comunicar-se. Ele reconhece que possui a dificuldade de realizar esse diálogo, mas não consegue problematizá-la no cotidiano do trabalho.

Esse fator também pode ser exemplificado através da angústia demonstrada pelos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao processo do cuidado, quanto a não resolução dos problemas trazidos pelas famílias aos profissionais e, também, quanto a uma dificuldade de olhar para a possibilidade de desenvolver a autonomia dos usuários. Para isso, é necessário valorizar o encontro entre profissional e usuário como um espaço de partilha entre as necessidades do sujeito e as intervenções do trabalhador. Dessa forma, é preciso reconhecer o que o indivíduo apresenta de diferente, de singular para a realização de pro-

postas de intervenção que abram inúmeras possibilidades de ação e participação dos usuários²⁰, num movimento de coprodução e gestão do processo terapêutico.²¹

“As coisas ruins é quando vem um problema muito complexo e às vezes a gente não consegue dar fechamento de um caso, assim, deixar tudo em ordem. Pra mim, ainda mais que estou começando faz pouco tempo na área, ainda sinto um pouquinho mais de dificuldade em casos complexos.”(ACS 2)

Percebemos que há um sentimento de impotência em relação ao problema que a família apresenta, principalmente aqueles que envolvem questões sociais, de complexa governabilidade, em que o profissional carrega somente para si a atribuição do processo do cuidado, acreditando que todos os casos são de sua responsabilidade quanto à resolutividade. Ao mesmo tempo, os profissionais reconheceram que usuário e equipe carregam expectativas em relação ao processo do cuidado e que, muitas vezes, o trabalhador não consegue identificar a real necessidade do indivíduo ou de sua família, gerando o sofrimento em relação ao cuidado.

Já a abordagem da família a partir das necessidades de saúde prevaleceu nas narrativas dos profissionais da equipe de referência, como médico, enfermeiro e dentista. Esses profissionais apontaram a importância em conhecer os hábitos familiares, os problemas sociais e de saúde da família, a fim de possibilitar uma atenção integral sobre suas necessidades. Para isso, os trabalhadores consideraram a escuta como instrumento em potencial, para respeitar os costumes e cultura da família de maneira que o vínculo seja construído ao longo do cuidado.

“A família vai trazer toda uma bagagem cultural própria, informações que ela tem como verdadeiras. O ideal é ouvir o que aquela família tem, o conhecimento que ela tem em relação a determinado assunto, respeitar os conhecimentos prévios da família, tentar adaptar, eu não vou introduzir novos conceitos, vou tentar adaptar aquilo que eu estou fazendo né, tentar trabalhar junto.” (Cirurgião Dentista)

Portanto é considerado pelos profissionais que, quando há o vínculo e conhecimento da dinâmica familiar, é possível realizar o cuidado adaptando-o aos costumes da família, de forma respeitosa e abordando as suas reais necessidades.

Diferentemente do ACS, a equipe de referência possui uma fala comprometida com a mudança a partir das necessidades sociais e de saúde. Assim, foi possível perceber, diante das narrativas, que o ACS é aquele que vai ao encontro da família, através das visitas domiciliares, enquan-

to que a equipe de referência possui a postura de realizar o cuidado com as famílias que chegam até ela através da demanda espontânea. Portanto encontramos uma fragilidade no processo do trabalho, pois ambas as intervenções deveriam estar conectadas a fim de promover o conhecimento da realidade de vida da população e da dinâmica familiar bem como o estabelecimento de vínculos para a intervenção.

Frente a isso, os trabalhadores relataram a dificuldade em lidar e executar o processo do cuidado, pois muitas vezes a abordagem familiar ainda é voltada para Família/ indivíduo e possui o indivíduo como foco real de atenção. Então, a família é o cliente nominal, mas não o “objeto” do cuidado. Nessa abordagem, a família possui o dever de desempenhar e responsabilizar-se pelo indivíduo em foco. E ainda, a família, muitas vezes, é considerada como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo de saúde.¹

Então os trabalhadores consideraram que a formação profissional é frágil, pois muitas vezes é baseada no cuidado individual, o que dificulta o desenvolvimento no processo de trabalho em equipe.

“Os profissionais que aqui, foram educados a trabalhar com o indivíduo e simplesmente, não com a questão familiar, estão aprendendo com a prática porque a necessidade vai se apresentando. Eu encontro dificuldades de trabalhar porque quando você trabalha com abordagem familiar é um processo permanente, longo, que não é simplesmente sobre enfoque de um único profissional, porque pra você trabalhar a abordagem familiar a equipe tem que estar bem afinada, com o mesmo objetivo.” (Enfermeiro)

Pudemos compreender que a questão da qualificação profissional é um aspecto apontado como determinante para o processo de trabalho e que os profissionais consideram-se, por vezes, despreparados para atuar no território. Diante das narrativas debatidas, percebemos que eles possuem o conhecimento do como realizar o processo do cuidado na ESF, mas nem sempre esse conhecimento é utilizado no cotidiano do trabalho.

Conceitos de família da equipe

Os conceitos de família apresentados nessa categoria estão pautados na análise da visão de família que o profissional possui pessoalmente e naquela que ele considera que a equipe e usuário possuem. Foi possível perceber que parte dos profissionais atribui o conceito de família tradicional nuclear burguesa dada pela estrutura pai-mãe-filhos²², enquanto outros apropriam-se da visão de família além do laço consanguíneo.

Encontraram-se três conceitos sobre o que entendiam

ser família: a família vista como tal a partir do uso do mesmo espaço de sua moradia, independente da forma como se relacionam; família determinada pelas boas relações independente de ocupar ou não o mesmo espaço de moradia; família determinada pelas relações de cuidado e vínculo independente da consanguinidade.

A família considerada pelos profissionais a partir de sua moradia é aquela que seus membros convivem no mesmo espaço físico, prevalecendo os laços consanguíneos, atribuída pelos profissionais a partir da estrutura pai-mãe-filhos e, ao mesmo tempo, prevalecendo as relações de cumplicidade:

“Pra mim família existe aquela questão de consanguinidade que a gente carrega sempre né, que geralmente mora no mesmo domicílio, mas que mantém relações de vivência, cumplicidade, conflito. Então pra mim família é pessoas com quem a gente tem relações que moram no mesmo ambiente, que convive no mesmo cotidiano e com quem eu me sinto família.” (Enfermeiro)

Da mesma forma, podemos constatar a existência da atribuição da estrutura familiar tradicional nuclear burguesa como formação ideal:

“Família pra mim eu acho que é a essência de tudo, se você tem uma família bem estruturada você vai ter uma vida saudável, assim, pai, mãe, filhos né, eu fui criada assim, então pra mim é essa a essência, de tá todo mundo sempre unido, sempre junto.” (ACS 2)

Isso pode ser explicado pelo fato do modelo de família nuclear burguesa encontrar-se arraigado, tornando-se como a forma "natural", "certa" e "desejável" de se viver, de modo que a estrutura pai-mãe-filhos é estável e indissolúvel, executando-se de forma harmoniosa, pois seguir esse modelo é agir de forma coerente e é preservar socialmente a imagem de quem o vive.²³

Quando a família é considerada a partir do domicílio, o trabalhador realiza o processo do cuidado limitando-se ao espaço físico no qual o usuário encontra-se e, também, não leva em consideração quem são as pessoas que o indivíduo considera como sua família, o que é fundamental para a realização do vínculo e cuidado. Esse fator pode estar relacionado à rotina do trabalho profissional diante da ESF que considera, em seu território, o número de famílias cadastradas por área⁴, ou seja, o número de domicílios acaba equivalendo ao número de famílias.

Já as famílias determinadas pelas boas relações podem ser compreendidas através da consanguinidade e, algumas vezes, independente da convivência entre seus membros

no mesmo espaço físico:

“Então, eu considero família os que moram comigo, meu filho, meu marido, meus pais, mas também meus cunhados, irmãos, tios que eu tenho afinidade, pra mim eles são família, com quem eu posso contar, não só os que moram comigo naquela casa.” (Cirurgião Dentista)

Portanto as boas relações estão vinculadas à afinidade pessoal, cultural, fator de proteção e de ajuda mútua entre seus membros, buscando a convivência extraluar, mas ainda prevalecendo os laços consanguíneos.

A família determinada pelas relações de cuidado e vínculo é constituída independente da relação de consanguinidade:

“Pra mim é isso [sobre famílias constituídas por pai, mãe e filhos]. Tem pessoas que não tem família com vínculos de sangue, vai morar com outras pessoas e são uma família. O vínculo conta mais.” (ACS 1)

Portanto parte dos profissionais considera importante o reconhecimento da família para além das relações de consanguinidade e espaço físico, identificando quem são as pessoas que o usuário considera como parte de sua família, levando em conta as mudanças sociais ocorridas nessa estrutura ao longo do tempo.

Dessa forma, o mesmo espaço físico já não pode definir uma família, assim como o mesmo sangue e a configuração de pais e filhos. Então, sob a denominação família, existe uma pluralidade de composições que incluem laços consanguíneos, relações não formalizadas por parentesco, família conjugal extensa, núcleo doméstico, família não legitimada juridicamente, entre outras.²³

Os profissionais, no geral, possuem distinção entre o que é família para eles pessoalmente e enquanto profissionais, o que pode exemplificar a dificuldade observada durante a coleta de dados pela equipe no desenvolvimento do processo do cuidado. E, ao mesmo tempo, a família que foge do padrão pai-mãe-filhos pode ser considerada como complexa ou desestruturada:

“Olha, pelo o que eu percebo assim, a família é vista pela equipe como a base de tudo, então ela é essencial, se não tem uma família estruturada então já desanda o resto, então eu acho que família é a base de tudo.” (ACS 2)

O trabalhador acaba por atribuir a sua estrutura de família como única e ideal, não reconhecendo a dinâmica que o usuário apresenta. Então, quando a família encontrada no processo do trabalho é diferente do modelo

tradicional, ela é considerada complexa e de difícil desenvolvimento de cuidado. Portanto ela não é focada em sua estrutura e na qualidade das inter-relações.

Assim, percebemos que, apesar do reconhecimento das diversidades da estrutura familiar no cotidiano, isso, muitas vezes, não é suficiente para a compreensão dos sujeitos a partir de sua singularidade e complexidade para o desenvolvimento do processo do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho gera fragmentações do cuidado às famílias, o que pode ocorrer pelos diferentes olhares e percepções sobre as famílias, pois parte da equipe considera a família sob o conceito tradicional nuclear burguês na estrutura pai-mãe-filhos, enquanto outros membros acreditam que é importante conhecer quem o usuário considera como sua família, pois, algumas vezes, essa pode ultrapassar o espaço físico do domicílio e também formar-se por relações de vínculo.

Foi evidenciado que os profissionais possuem o conhecimento do como realizar o processo do cuidado na ESF, mas nem sempre esse conhecimento é suficiente para utilização no cotidiano do trabalho. Dessa forma, há muitos embates e angústias no agir profissional, reconhecido pelos próprios trabalhadores nas entrevistas, que compreendem a importância do conhecimento da dinâmica familiar e suas necessidades sociais e de saúde, mas possuem dificuldades de realizar propostas de intervenção que considerem o que é singular de cada família e indivíduo e o seu envolvimento nesse processo.

A equipe possui uma abordagem ainda voltada a Família/Indivíduo, tendo somente o indivíduo como foco do cuidado. Da mesma forma, os profissionais consideram que a formação profissional ainda é baseada no cuidado individual, dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Portanto, frente à realidade colocada, é necessário que a equipe, ao longo de seu cotidiano, possa discutir seus objetivos e repensar as abordagens do trabalho para que não haja a fragmentação do trabalho, valorizando os espaços e ações interdisciplinares como reuniões de equipe, pensando no cuidado a partir do projeto terapêutico singular²² para que tenha participação de todos os membros da equipe e também da família no movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico. Para a produção do cuidado, é necessário o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais, podendo ser alcançado através da escuta qualificada para, então, entender as necessidades de saúde desses sujeitos.^{21,22}

Frente a isso, percebemos a importância de potencia-

lizar o espaço da Educação Permanente em Saúde, como dispositivo para a qualificação do processo de trabalho da equipe.

Contudo, com as novas configurações da família, é necessário mudar o foco da estrutura da família nuclear, para a consideração das novas questões referentes à convivência entre pessoas na família, sua relação com a comunidade mais próxima e com a sociedade mais ampla. Considerar as inter-relações significa a efetiva realização do cuidado, pois valoriza o que realmente faz parte da vida do usuário, ou seja, sua singularidade.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12 (4): 658-64.
2. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(6):1027-34.
3. Universidade Federal de São Carlos. Manual da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade 2009 – 2011. São Carlos: RMSFC/UFSCar; 2009. 90 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção básica. Departamento de atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. O HumanizaSUS na atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.^a ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

9. Campos GWS. Saúde Paidéia. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2003.
10. Kaloustian SM, organizador. Família brasileira a base de tudo. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.
11. Prado D. O que é família. 2ª ed. São Paulo: Ed Brasiliense; 1982.
12. Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. 2ª ed. São Paulo: EDUC/Cortez; 1997.
13. Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 155-72.
14. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra, RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz; 2007. p. 783-836.
15. Ayres RCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6(1): 63-72.
16. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2006.
19. Ferraz L, Aets DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(2):347-55.
20. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança na organização na saúde. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz; 2007. p.837-68.
21. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
22. Gomes SH. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. Rev Bras Cresc Des Hum.1994; IV(1).
23. Cervený CMO, Berthoud CME. Visitando a família ao longo do ciclo vital. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Submissão: Julho/2011

Aprovação: Agosto/2012
