

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

ROSECLÉR MACHADO GABARDO

**CONFIGURAÇÕES FAMILIARES E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE NA
VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF**

São Leopoldo – RS

2006

ROSECLÉR MACHADO GABARDO

**CONFIGURAÇÕES FAMILIARES E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE NA
VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Co-orientadora: Prof^a.Dra. Lucilda Selli

São Leopoldo – RS

2006

Para:

Meus filhos Daniel, Gabriel e Rafael, que abdicaram da minha companhia por muitos momentos.

Meu marido, que é o maior incentivador em minha busca pelo conhecimento.

Agradecimentos

*À Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Aos participantes da pesquisa, profissionais do PSF, que tornaram
possível o estudo.*

Agradecimento Especiais

Aos Prof. Roque e Prof.^a Lucilda que me orientaram com tranquilidade e sabedoria.

Ao grupo de pesquisa da Unisinos coordenado pelos professores José Roque Junges e Lucilda Selli, um grupo interdisciplinar, composto por acadêmicos de Psicologia, Enfermagem e Biologia, que tornaram as tardes de quarta-feira muito mais prazerosas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
PROJETO DE PESQUISA.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
3.1 CONHECENDO UM POUCO A HISTÓRIA DA FAMÍLIA	12
3.2 A FAMÍLIA HOJE	14
3.3 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE SAÚDE	17
4 MÉTODO	22
4.1 PARTICIPANTES.....	22
4.2 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS	22
4.3 INSTRUMENTO.....	22
5 ASPECTOS ÉTICOS	24
6 CRONOGRAMA	25
7 ORÇAMENTO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE.....	30
ANEXOS	33
RELATÓRIO DE PESQUISA.....	37
1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	38
1.1 METODOLOGIA.....	38
1.2 CONHECENDO O CAMPO DE PESQUISA.....	39
1.2.1 Os sujeitos da pesquisa	48
1.3 GRUPOS DE DICUSSÃO FOCAL: A COLETA DE DADOS	50
1.3.1 Reunião Preparatória: 25/05/05	50
1.3.2 Primeiro Grupo Focal: 01/06/05.....	52
1.3.2.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal	54
1.3.3 Segundo Grupo Focal: 08/06/05.....	54
1.3.3.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal	55

1.3.4	Terceiro Grupo Focal: 15/06/05	56
1.3.4.1	Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal	57
1.3.5	Quarto Grupo Focal: 22/06/05	58
1.3.5.1	Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal	58
1.3.6	Quinto Grupo Focal: 29/06/05	59
1.3.7	Sexto Grupo Focal: 06/07/05	60
1.3.8	Sétimo Grupo Focal: 03/08/05	61
1.3.8.1	Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal	62
1.3.9	Oitavo Grupo Focal: 10/08/05	63
1.4	ANÁLISE DOS DADOS	64
1.4.1	Estrutura das Categorias	64
1.4.1.1	Configurações de família	64
1.4.1.2	Família saudável	65
1.5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
1.5.1	Configurações de Família	65
1.5.1.1	Tipos de família	66
1.5.1.2	Papéis masculinos e femininos: responsabilidades compartilhadas	67
1.5.1.3	Como o profissional encara essas configurações	68
1.5.1.4	Significado antropológico de família	70
1.5.2	Família Saudável	71
1.5.2.1	O que é família saudável?	71
1.5.2.2	Modo de abordagem da família	74
1.5.2.3	Até aonde vai a competência do profissional em tratar as questões familiares	76
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	81

ARTIGO - CONFIGURAÇÕES DE FAMÍLIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSFERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

RESUMO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
ABSTRACT	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
INTRODUÇÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
PERCURSO METODOLÓGICO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
<i>Perfil dos sujeitos da pesquisa</i>	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
RESULTADOS E DISCUSSÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
<i>Configurações de família</i>	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<i>Família saudável</i>	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
REFERÊNCIAS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, apresenta-se dividida em três partes:

- Projeto (Formatação ABNT)
- Relatório de Pesquisa (Formatação ABNT)
- Artigo (Formatação Revista de Saúde Pública)

Projeto de Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

O ano de 1994 é considerado o Ano Internacional da Família (AIF) e tem por princípio a “família como unidade básica da sociedade” (TAKASHIMA, 2002). Ela continua ocupando um lugar privilegiado de proteção e de pertencimento importante na existência dos indivíduos (CARVALHO, 2003). As políticas sociais têm colocado a família no centro de sua atenção, tanto que o Ministério da Saúde elevou a Saúde da Família à categoria de “estratégia de mudança assistencial”, constituindo-se hoje no principal programa de saúde do país, englobando paulatinamente toda a rede de serviços básicos do SUS.

O PSF (Programa da Saúde da Família) é um dos programas do Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como estratégia a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. Além disso, o PSF tem por objetivos a prevenção, evitar internações desnecessárias, e melhorar a qualidade de vida da população. Segundo o Ministério da Saúde, este programa “foi concebido como uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde que busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adscrita” (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998).

Esta reorganização da atenção à saúde tem como foco a família, por meio de procedimentos diferenciados de uma equipe de profissionais preparados para isso. Mas que família é esta que estes profissionais pretendem atender? Qual a visão que eles têm de família? Atualmente, discute-se, nas várias áreas do conhecimento, sobre as diferentes estruturas familiares. Na realidade, sempre existiram estas diferentes formas das famílias se organizarem, mas no imaginário sempre persistiu a imagem da família nuclear burguesa, mãe, pai e filhos. Assim sendo, este estudo busca conhecer qual a percepção que os profissionais de uma equipe de PSF têm de família.

A tentativa de elucidar como estes profissionais percebem as diferentes organizações familiares existentes, principalmente às que são atendidas no PSF, pode ser importante para auxiliar o aperfeiçoamento das ações de saúde da população. A família e seu contexto são o alvo de atenção do PSF, portanto faz-se necessário conhecer qual é a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, deste novo sujeito que é a unidade familiar.

Para abordarmos este tema, inicialmente trataremos de alguns estudos referentes à história da família e sua importância como *locus* de sobrevivência. Num segundo momento, consideraremos alguns aspectos da família na atualidade e, por último, a família como unidade de saúde.

2 OBJETIVOS

- a) Identificar as configurações de família na visão dos profissionais das equipes do PSF do município de Campo Bom;
- b) Captar a sua compreensão de família como unidade de saúde;
- c) Conhecer como lidam com as questões familiares em suas práticas.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 CONHECENDO UM POUCO A HISTÓRIA DA FAMÍLIA

A família no sentido antropológico tem inicialmente a função de garantir a sobrevivência de seus membros e através dos tempos foi assumindo muitas outras funções conforme a demanda da sociedade. O ser humano em relação a outras espécies é mais vulnerável ao nascer. Assim sendo, a família tem um papel importante com relação à sobrevivência de seus membros. Volich (2000) acrescenta que o bebê, ao nascer, é completo do ponto de vista biológico, porém, imaturo e desamparado e por si só inviável do ponto de vista da sobrevivência, necessitando do outro ser humano para garantir sua vida e seu desenvolvimento. Dentro desta mesma linha, Elsen et al (1994) cita Parsons (1970), acrescentando que a família é uma instituição que atende às necessidades biológicas de seus membros e é de sua responsabilidade cuidar de seus filhos e criá-los, incluindo a obrigação de alimentação, higiene, vestuário e moradia. Para Ferrari e Kaloustian (2002), a família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando.

Além das necessidades biológicas, Vicente (2002) destaca a importância do ambiente de acolhimento e afeto para a sobrevivência do bebê. Segundo a autora, o bebê sobrevive “graças a uma vinculação orgânica, biológica e crescerá e se desenvolverá com a constituição de uma vinculação simbólica, afetiva e social” (p. 47). Esta idéia está de acordo com o que Bowlby (1990) chama *de comportamento de apego* que serve para garantir a sobrevivência do bebê. A mãe protege seu filho contra os “predadores” e, em sua companhia, o bebê está em boa posição para aprender atividades e outras coisas úteis para sua sobrevivência.

No entanto, a família vai além das questões de sobrevivência. O que é ela então? Osório (2002) destaca que a família, se formos radicalizar,

não é uma expressão passível de conceituação, mas tão somente de descrições; ou seja, é possível descrever as várias estruturas ou modalidades assumidas pela família através dos tempos, mas não defini-la ou encontrar algum elemento comum a todas as formas com que se apresenta esse agrupamento humano (p. 13).

O autor enfatiza o caráter universal destes agrupamentos e sua existência ao longo da evolução humana, em outros seres do reino animal.

Osório (2002) analisa a etimologia da palavra “família” cuja origem é do latim *famulus*, que significa “servo” ou “escravo”, levando a acreditar que se considerava a família os escravos pertencentes a uma pessoa. Com isso, o autor conclui que o grupo familiar tem, na sua origem, a noção de posse e poder nas suas relações em que o homem tinha o direito absoluto sobre sua mulher e filhos. Mauzini-Couvre (2003), ao abordar as questões da família e a cultura do feminino, remete para a Antiguidade Grega onde a família era o espaço doméstico, caracterizado por um ambiente de violência, dominação e tirania. Os dominados eram as mulheres, as crianças e os escravos. A família era considerada o campo do pré-político, lugar do atendimento das necessidades.

Fazendo uma busca da família através dos tempos, Osório (2002) destaca que a evolução da família não ocorreu de uma forma linear, da consangüínea para a monogâmica. Segue salientando que o código de Hamurabi, o mais antigo código de leis sociais, que consta de 252 artigos, 64 são destinados a regular as relações familiares. Com base nisso, o autor descreve várias formas de relacionamentos familiares, mas considera que foi entre os romanos que a família se consolidou como instituição e apresentou as mais significativas variações e transformações. A família romana, segundo o autor, tinha o homem no centro do sistema familiar, determinando todas as ações familiares (sociais e políticas), as mulheres eram meras coadjuvantes.

A família estruturava-se nos moldes do estado: uma autoridade suprema – o pai de família (*pater familias*) – e um sistema de leis a ser rigidamente obedecido – uma jurisdição (*judicia doméstica*) destinada a fazer-se respeitar como instituição social, tendo seus próprios cultos e cerimônias domésticas, rendendo preito aos chamados “deuses lares”. A autoridade de *pater familias* sobre os filhos prevalecia mesmo sobre a própria autoridade do Estado e durava até a morte do pai, que não só podia punir seu filho como lhe infringir a pena capital ou transformá-lo em escravo, fazendo-lhe trabalhar para outros e retendo seu salário ou até mesmo vendendo-o como

escravo, se assim o quisesse, ou, se ele houvesse cometido qualquer ato ilícito, doando-o à pessoa lesada. Também tinha o direito de abandonar ou matar os recém-nascidos (OSÓRIO, 2002, p. 38).

Certamente não vamos esgotar as citações sobre as inúmeras configurações pelas quais passaram as famílias através dos tempos, e este não é o objetivo deste trabalho. Conhecer algumas das transformações ocorridas nas estruturas familiares, porém, ajuda-nos a entender as diferentes modalidades assumidas pelas famílias da atualidade e, também auxilia a desnaturalizar a formação atual da família, ou seja, é uma entre muitas outras formações possíveis.

3.2 A FAMÍLIA HOJE

Para abordar as configurações da família no mundo contemporâneo, Osório (2002) inicia analisando a etimologia da palavra *crise*. Crise significa: decisão, discriminação, distinção, juízo e, segundo o autor, as crises são um ponto conjuntural ou de mutação necessário e até indispensável ao desenvolvimento, tanto dos indivíduos como das instituições. Desse modo, o autor destaca que a família, longe de estar em processo de extinção, passa por mais uma mutação em seu ciclo evolutivo ao que ele compararia a um salto quântico para níveis mais satisfatórios de interação humana. Mediante uma análise do passado e do presente, o autor pressupõe o futuro do papel da família na vida das pessoas:

A família é, e continuará sendo, a par de seu papel na preservação da espécie, um laboratório de relações humanas onde se testam e aprimoram os modelos de convivência que ensejem o melhor aproveitamento dos potenciais humanos para a criação de uma sociedade mais harmônica e produtora e promotora de bem-estar coletivo. A família está em crise, sim, para dar origem a novas formas de configurações familiares como as que se esboçam neste limiar do século XXI, adequando-se às demandas desse novo giro na espiral ascendente da evolução humana (p. 64).

Sarti (2003) em seu trabalho sobre família e individualidade, considera que as mudanças ocorridas na família estão relacionadas com a perda do sentido da tradição. A autora acrescenta que, antes, os papéis dentro da família já estavam preestabelecidos e, atualmente, eles são construídos juntamente com o processo de individualidade. E isso foi possível, em grande parte, segundo a autora, porque as

mulheres tiveram a possibilidade de poder controlar a reprodução, fato que lhes permitiu a reformulação do seu lugar na esfera privada e pública.

Qualquer mudança, por menor que seja, gera algum conflito, o que não significa algo negativo. Sendo assim, Sarti (2003) destaca que, se na família tradicional, os papéis não eram conflitivos, pois já estavam preestabelecidos, na família moderna, em que a busca pela individualidade é constante, os papéis familiares se tornam conflitivos na sua forma tradicional. Para a autora, as relações familiares da atualidade estão fundadas no princípio da reciprocidade e da hierarquia.

O problema de nossa época é, então, o de compatibilizar a individualidade e a reciprocidade familiares. As pessoas querem aprender, ao mesmo tempo, a serem sós e a 'serem juntas'. Para isso, têm que enfrentar a questão de que, ao se abrir espaço para a individualidade, necessariamente se insinua uma ou outra concepção das relações familiares. A família é uma esfera social marcada pela diferença complementar, tanto na relação entre marido e mulher quanto entre os pais e os filhos (p. 43).

Além das mudanças de papéis, da hierarquia, ou seja, das modificações das relações estabelecidas entre os membros da família, temos o que Osório (2002) chama de "famílias reconstruídas", isto é, casais que se separam e formam novas famílias. Estas reconstruções familiares acarretam, segundo o autor,

mudanças significativas no campo relacional familiar, provocando a emergência de situações sem precedentes, para as quais não há experiências prévias na evolução da família que possam servir de referência para balizar o processo de assentamento sociocultural dessas novas formas de convívio familiar (p.70).

Osório (2002) salienta a dificuldade para nomear determinados membros da família, ou mesmo uma situação, como, por exemplo, a expressão "família de origem", que era destinada às famílias das quais se originavam os noivos. Atualmente, ela está sendo utilizada para designar as famílias em que nasceram os filhos de pais separados.

O modelo de família nuclear burguesa não é, e não foi no passado, o modelo predominante de família. Tanto no passado como no presente existem famílias

monoparentais em que a mãe é a chefe da família. Além disso, existem as famílias “extensas” (consangüínea, composta por outros membros que tenham quaisquer laços de parentesco), e famílias “abrangentes” (inclui os não-parentes que coabitam) (OSÓRIO, 2002).

Silva (2005), em seu artigo *Sujeito de direitos X sujeitos de deveres*, traz alguns dados sobre a composição das famílias atualmente: conforme pesquisa realizada pelo Datafolha em setembro de 1998, havia mais de três milhões de mães solteiras, seis milhões de pais separados ou viúvos, com filhos e dois milhões de solteiros com mais de 40 anos, morando com os pais. O autor segue relatando que, no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 47% dos domicílios se organizam na ausência de uma das figuras parentais.

Sarti (2003), em seu texto *A família como universo moral*, aponta para questões de gênero, trabalho, hierarquia... importantes para serem analisadas neste estudo. A autora constatou em seu trabalho que existe uma divisão entre casa e família, o homem é o “chefe da família” e a mulher, a “chefe da casa”. A autoridade da mulher é doméstica, baseada no seu papel de gênero, de mãe e de dona de casa. “A casa é identificada com a mulher, e a família com o homem. Casa e família, como mulher e homem, constituem um par complementar, mas hierárquico. A família compreende a casa; a casa está, portanto, contida na família” (p.63). Segundo a autora, o homem é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar e sua presença faz da família uma entidade moral positiva, na medida em que ele garante o respeito. À mulher cabe manter a unidade do grupo, ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar. Esta referência está de acordo com Campos (2003), quando relata, em seu estudo sobre *Família, saúde e cidadania*, que cabe à mulher, mãe, esposa ou filha, o cuidado com crianças, idosos, doentes, deficientes e mesmo homens adultos saudáveis. E ao homem, toca a função de trabalhador e provedor do grupo. Isso, segundo a autora, tende a naturalizar as obrigações familiares, ou seja, como se isso fosse uma tendência natural das mulheres e dos homens. Por conseguinte, “existe uma tendência de não-reconhecimento, por parte do Estado, e da sociedade, dos limites econômicos e sociais dessa contribuição” (p.17).

No que concerne à organização das famílias no Brasil, Neder (2002) destaca algumas peculiaridades, como, por exemplo, a miscigenação e a multiplicidade étnico-cultural que embasa a composição demográfica brasileira. A autora salienta que não existe, histórica e antropologicamente falando, um modelo padrão de organização familiar, não existe família regular. E ainda, que o padrão de família patriarcal, do qual deriva a família nuclear burguesa, não é a única possibilidade histórica de organização familiar a orientar a vida cotidiana no caminho do progresso e da modernidade. Segundo ela, “pensar as famílias de forma plural pode significar uma construção democrática baseada na tolerância com as diferenças, com o Outro” (p.28).

Segundo Ferrari e Kaloustian (2002), a forma como a família vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. “Pelo contrário, ela se manifesta como trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares” (p.14).

3.3 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE SAÚDE

Reconhecendo a relevância da família como *locus* privilegiado de atendimento das necessidades integrais de seus membros, as políticas sociais vêm desenvolvendo estratégias de apoio, levando em conta a autonomia e valorizando a capacidade destas. Isso se refere, inclusive, ao cuidado à saúde. Elsen (1994) salienta que, já em estudos anteriores, a família atua como unidade de saúde para seus membros e citando Pratt (1976) acrescenta que a família é um sistema personalizado de cuidado à saúde, uma vez que a saúde de seus membros é sua preocupação central e responsabilidade primeira.

Segundo Costa (2002), a família é o ponto de confluência das realidades da criança, do adolescente, do jovem, da mulher, do homem, do deficiente e do idoso. Acrescenta o autor que é importante, no conjunto do movimento social, articular todos esses setores. “É inconcebível que cada segmento conduza seu próprio processo de mobilização, à revelia dos demais” (p.24).

A Constituição Federal de 1988, representou uma evolução no conceito de família, abordando vários aspectos, como, por exemplo os direitos da mulher, a atenção às crianças e aos adolescentes e incluindo o idoso nas medidas de proteção. Genofre (2003) destaca que somente a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Cidadã, o tema do idoso foi abordado com o título “Da família, da criança, do adolescente e do idoso”, que determina, entre outras coisas, que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (p.102). Passados quinze anos da entrada em vigor da Constituição de 1988, os idosos tiveram seus direitos constitucionais regulamentados com a promulgação do Estatuto do Idoso, Lei 10741/03, concretizando as normas de proteção do Estado e da sociedade com relação a este segmento da sociedade.

Quanto às crianças e aos adolescentes, considerados os segmentos mais vulneráveis da família, a Constituição Federal determina que a eles sejam

assegurados os direitos inerentes à cidadania, tais como o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e social, em condições de liberdade e dignidade (GENOFRE, 2003, p. 102).

Os estudos referentes à família colocam estas três esferas (família, sociedade e Estado) como responsáveis pelo bem-estar dos indivíduos, porém o Estado deve garantir as condições para que as famílias consigam efetivamente cumprir o seu papel de assegurar a proteção integral de seus membros. As políticas sociais representam uma evolução importante na tentativa de melhorar as condições de vida das pessoas. No entanto, é necessário acrescentar que as ações e decisões devem ter menos o caráter assistencialista e paternalista e mais o de valorizar a autonomia e a criatividade das famílias e seus saberes a respeito de seu modo de vida.

Na saúde, quem pratica as ações, ou seja, quem realiza o trabalho com as famílias é a equipe do PSF. Portanto, a percepção que eles têm do que é preconizado pelas políticas que visam a uma nova abordagem no atendimento à saúde, é importante, pois é nas práticas do cotidiano que as mudanças podem ocorrer efetivamente. O PSF visa a uma reorganização da prática assistencial que

venha a substituir o modelo tradicional, com a atenção centrada na família. No entanto, Franco e Merhy (2004) consideram, relativamente à organização e forma de trabalho da equipe, que

embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência (p.3).

Vasconcelos (2001) constata, com base em visitas a alguns municípios que já adotaram o PSF, que, em alguns deles, ainda não está acontecendo uma discussão mais aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população atendida; e que o programa significou mais uma modificação institucional (deslocamento do local de atuação, nova divisão de trabalho entre os profissionais, etc.) do que maior aproximação com o cotidiano das famílias.

Passa a se denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários o termo *família* perde a especificidade (174).

Outra crítica de Vasconcelos é que as unidades do Programa de Saúde da família, muitas vezes, vêm aparecendo como substitutas de centros de saúde bem estruturados em regiões que estes não existem. E ainda, que um desafio central do PSF é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados; e que é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente dos seus grupos mais vulneráveis (2001).

Sobre a equipe que pretende trabalhar com famílias, Takashima (2002) salienta que “não basta ter uma equipe técnica, mas uma equipe de trabalho convergente para uma mesma intencionalidade” (p.89), no sentido de que os que pensam e os que agem devem estar em sintonia na equipe, além de não terem

preconceito. O autor destaca que estes profissionais devem ter consciência do difícil processo deste encontro de intimidade das instituições entre famílias e profissionais e que isso implica aceitação, abertura de espaço e comunicação.

Além de questionar as mudanças nas práticas dos profissionais é importante considerar também as diferentes formas como estão organizadas as famílias, já que estas serão o alvo da atenção destes profissionais. Elsen (1994) traz a questão da unidade familiar como cliente e das diferentes estruturas familiares que se apresentam (nuclear, extensa ou ramificada) e de como abordar estas famílias que se apresentam de forma tão diversificada. É importante considerar também que as famílias têm sua “cultura” própria, seus códigos, suas regras, seus ritos e seus jogos em um contexto de emoções entrelaçadas (SZYMANSKI, 2003).

Por sua vez, os profissionais da saúde também desenvolvem um estilo de atuação. Helman (2003) chama a atenção para subdivisões das sociedades complexas que são as subculturas profissionais, como, por exemplo, a medicina e a enfermagem, formando grupos à parte, com seus próprios conceitos, suas regras e sua organização social. Os profissionais dessas áreas, segundo o autor, sofrem uma forma de “enculturação” ao adquirir gradualmente a “cultura” da carreira que escolheram, adquirindo uma forma, uma perspectiva de vida bastante diferente daquelas dos leigos na profissão, o que pode interferir tanto na assistência à saúde quanto na relação com o paciente. Helman (2003) refere que a maioria das sociedades complexas é uma “colcha de retalhos” composta de diversas subculturas, com diferentes visões de mundo co-existindo – por vezes, de modo desconfortável – dentro de um mesmo território.

Franco e Merhy (2004) fazem alguns comentários sobre escolha da família como espaço estratégico de atuação:

É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. Com certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto, nem sempre, este núcleo está presente. Nem sempre, este é o espaço de relação predominante, ou mesmo, o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco (p.6).

Aqui o autor enfatiza a importância das relações familiares para o sucesso das intervenções da equipe do PSF.

Considerando os aspectos e peculiaridades de cada grupo envolvido neste processo (equipe de saúde e famílias), Takashima(2002) destaca a importância do preparo para trabalhar com as famílias, salientando que não basta boa vontade, é preciso além disso, capacitação e competência apropriadas.

É importante considerar também, conforme salienta Costa (2002), que, para a construção de um verdadeiro estado social de direito, é fundamental que as ações em favor da família se desenvolvam, por meio dos princípios da convergência e da complementaridade. Sendo assim, segue o autor, é relevante que a estratégia inicial de uma política familiar para o Brasil, aconteça no bojo de um grande debate nacional.

4 MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

Participarão do estudo os membros da equipe do PSF do município de Campo Bom, escolhidos intencionalmente, segundo critérios de distribuição proporcional por competência: três médicos, três enfermeiros, dois técnicos, e quatro agentes comunitários. A amostra será composta por membros de cada uma das sete equipes, totalizando 12 pessoas.

4.2 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS

Este estudo faz parte do projeto denominado “A Percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campo Bom” (JUNGES; SELLI, 2004). Este projeto aborda quatro aspectos, e o presente estudo representará um recorte de um deles: aspectos éticos da tradição da cultura da comunidade atendida. Portanto, serão utilizados a mesma população e os mesmos instrumentos de pesquisa, que terá abordagem qualitativa do tipo descritivo e exploratório. A análise dos dados será realizada por meio da análise de conteúdo, proposta por Bardin (1979) e Minayo (2002). As falas dos participantes, obtidas por meio do grupo focal, serão gravadas e posteriormente transcritas a fim de serem analisadas com o objetivo de investigar a percepção das configurações de família na visão dos profissionais da equipe do PSF.

4.3 INSTRUMENTO

Será utilizado como instrumento um grupo de discussão focal, que será formado por um (1) grupo focal, totalizando 12 participantes, com o qual serão realizados um encontro de conhecimento e entrosamento e seis a oito reuniões de discussão focal até a saturação de dados. Parte destas discussões (uma ou duas

reuniões), será especificamente sobre a percepção das configurações de família, compreensão de família saudável e práticas profissionais, que será gravada e posteriormente transcrita (JUNGES; SELLI, 2004).

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto maior no qual este estudo está inserido já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos. Está, portanto, adequado aos preceitos exigidos pelo CEP: adequação metodológica, relevância social e acadêmica, exequibilidade e adequação ética, aspectos que segundo Victora (2004) fazem parte das atribuições do comitê. A autora destaca que a pesquisa é um processo social e requer procedimentos que se comprometam com o direito do bem viver e o dever de estabelecer acordos entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. De acordo com esta premissa, nos comprometemos a seguir os princípios determinados pela resolução 196/96. Constará da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todos os seus requisitos conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa que envolvem seres humanos.

6 CRONOGRAMA

Atividades	Período
- Revisão do referencial teórico	Novembro de 2004 a maio de 2006
- Comitê de ética em pesquisa	Novembro de 2004 a dezembro de 2004
- Reconhecimento do campo de pesquisa	Novembro de 2004 a dezembro de 2004
- Definição dos participantes	Novembro de 2004 a maio de 2005
- Teste do instrumento de pesquisa	Maio de 2005
- Coleta de dados	Maio de 2005 a agosto de 2005
- Análise dos dados	Agosto de 2005 a dezembro de 2005
- Defesa da dissertação	Julho de 2006
- Divulgação dos resultados	Julho de 2006

7 ORÇAMENTO

Material de consumo	Quantidade
Combustível	60 litros
Fitas K-7	20
Disquetes	30
Pasta de elástico	05
Folhas A4	1500
Cartucho de tinta para impressora	04

Material permanente	Quantidade
Gravador de K-7	01

Serviços	Quantidade
Xerox	500
Digitação	200
Encadernação	04

Este orçamento será custeado pelo pesquisador.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

CAMPOS, M.S. Família, saúde e cidadania. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.2, supl., p.16-19, 2003.

CARVALHO, M.C.B. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003.

COSTA, A.C.G. A família como questão social no Brasil. In: KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Resolução CNS 196/96**. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: Contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.technet.com.br/~nilson/sausedafamilia11.htm>>

GENOFRE, R.M. Família: uma leitura jurídica. In: CARVALHO, M.C.B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003. p.97-104.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JUNGES, J.R.; SELLI, L. **A percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campo Bom.** Projeto de Pesquisa. Unisinos, São Leopoldo, 2004.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S.M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 2002.

MAUZINI-COUVRE. A família, o “feminino”, a cidadania e a subjetividade. In: CARVALHO, M.C.B. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2000.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 2002.

OSÓRIO, L.C. **Casais e família:** uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SARTI, C.A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. C.B. (org.). **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 2003. p.39-49.

SARTI, C.A. **A família como espelho:** um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, S.G. Sujeitos de direitos x sujeitos de deveres. **Revista Ciência e Profissão – Diálogos**, n.2, mar. 2005.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M.C.B. (org.). **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 2003. p.23-7.

TAKASHIMA, G.M.K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis, uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S.M. (org.). **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 2002. p.77-92.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2001.

VICENTE, C.M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, S.M. (org.). **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 2002. p.47-59.

VICTORA, C.G. **Antropologia e ética.** Niterói: EUFF, 2004.

VICTORA, C.G; KNAUT, D.R.; AGRA HASSEN, M.N. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VOLICH, R.M. **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Anexo A

**AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO BOM-RS PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Anexo B

RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP-UNISINOS

Relatório de Pesquisa

1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A inserção no grupo de pesquisa foi motivado pelo assunto norteador da pesquisa, pela metodologia aplicada e pela identificação com os coordenadores do grupo. A Saúde Coletiva busca um novo paradigma para a compreensão de saúde, por meio do debate sobre o conceito de saúde/doença; da discussão de propostas eficazes de ações em saúde; da democratização da saúde, entre outros. Entende-se o PSF (Programa de Saúde da Família) como produção coletiva de saúde e como uma proposta inovadora com um novo olhar em saúde, na medida em que propõe não mais a fragmentação do indivíduo em órgãos doentes e não mais o indivíduo isolado de seus pares. Dito de outra forma, o Programa preconiza que o sujeito seja visto de forma integral, e em todas as dimensões que implicam o sujeito em relação, entendendo a família como um espaço adequado para isso. Alguns nós, porém, ainda dificultamos a concretização desta nova proposta. Um motivo disso pode ser o fato de os profissionais da saúde não estarem preparados suficientemente para atender esse novo sujeito, a família, em suas diferentes composições e sua dinâmica.

1.1 METODOLOGIA

O presente estudo buscou conhecer que percepção os profissionais de equipes de PSF têm das diferentes configurações de família existentes. O estudo foi realizado com profissionais das equipes do PSF de Campo Bom.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa denominada *A percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campo Bom*, cujos coordenadores são os professores José Roque Junges e Lucilda Selli. Esta pesquisa aborda quatro aspectos no que concerne à percepção que os integrantes de uma determinada equipe de PSF têm das questões éticas e bioéticas: 1) nos princípios e pressupostos que regem o próprio Programa

de Saúde Coletiva; 2) na prática de atendimento por parte dos profissionais; 3) nas relações que se estabelecem entre os profissionais e a comunidade; 4) na tradição cultural da comunidade atendida. A escolha, por parte destes professores em realizar o trabalho com o PSF foi, entre outros motivos, por se tratar de um programa de saúde coletiva de atendimento integral e por possuir uma tradição de funcionamento, tendo sido iniciado o Programa propriamente dito em 1994, com equipes multiprofissionais.

O estudo representa um recorte do último aspecto citado acima que diz respeito à percepção dos profissionais do PSF com relação aos aspectos éticos da tradição da cultura da comunidade atendida.

A pesquisa teve abordagem qualitativa do tipo descritivo e exploratório e utilizou a mesma população e os mesmos instrumentos da pesquisa maior já citada. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) e Minayo (2002). As falas dos participantes, obtidas por meio de grupo focal, foram gravadas e posteriormente transcritas a fim de serem analisadas com o objetivo de identificar a percepção das configurações de família na visão das equipes do PSF.

O grupo focal foi composto por membros das equipes do PSF de Campo Bom, escolhidos intencionalmente segundo critérios de distribuição proporcional por competência. O grupo totalizou doze participantes: 3 médicos; 3 enfermeiros; 2 técnicos em enfermagem e 4 agentes comunitários. A amostra foi composta por membros de cada uma das sete equipes de PSF existentes nesta cidade.

1.2 CONHECENDO O CAMPO DE PESQUISA

Optou-se pela realização do estudo no município de Campo Bom porque implantou o PSF em 2001, a cidade possui 55.310 habitantes, e a abrangência do PSF é de 43,66% da população. Requisitos estes selecionados para a realização da pesquisa (mais de dois anos de implantação do PSF; município de porte médio, > de 50.000 habitantes; pertence à região do Vale do Rio dos Sinos; cobertura do programa, abrangendo mais de 40% da população).

Antes da realização dos grupos focais foram realizadas algumas visitas às equipes do PSF de Campo Bom. A primeira ida a este município foi para conhecer as unidades do PSF, o campo da pesquisa. Isso aconteceu no dia 22 de setembro de 2004, quarta-feira, pela manhã. Neste dia, o professor Roque, a professora Lucilda e as bolsistas, Vanessa e Tatiana, foram recebidos por uma funcionária da Secretaria da Saúde, a quem designamos N., para acompanhá-los durante todo o dia nas visitas às seis unidades do PSF. N. a responsável pelo almoxarifado da prefeitura, que realiza, semanalmente, visitas às seis unidades do PSF, entregando o malote com remédios, material de higiene e material de escritório.

Cada unidade de PSF possui uma equipe básica, exceto uma, que conta com duas equipes. O atendimento à saúde mental é centralizado num posto ao lado da Prefeitura e recebe encaminhamentos de todas as unidades e dos postos de saúde. São encaminhados tanto os casos agudos (crises) como as pessoas que precisam de atendimento psicológico ou psiquiátrico. A seguir, está descrito o que foi observado, em cada uma das unidades, pelo grupo da pesquisa.

Porto Blos foi a primeira a ser visitada. É uma unidade nova, foi inaugurada há pouco tempo e atende em torno de 3700 pessoas. A enfermeira da unidade, C. trabalha com PSF há três anos e passou a impressão de ser uma pessoa organizada na administração da unidade. O arquivo estava bem arrumado com um fichário onde estão cadastradas todas as famílias e seus respectivos integrantes que pertencem a esta área. A unidade conta com seis agentes comunitárias de saúde que visitam mensalmente todas as famílias. A enfermeira mostrou interesse pela pesquisa, principalmente por ser uma forma de divulgação do trabalho realizado em Campo Bom.

A segunda visita foi na unidade 25 de Julho que atende cerca de 3900 pessoas. O grupo foi recebido pela enfermeira Ro., que trabalha no PSF há cinco anos. Esta equipe possui atendimento odontológico e, nesta época, estava sem médico, cabendo aos médicos de outras unidades se revezarem em plantões, para dar conta da demanda nesta unidade. Segundo o relato da enfermeira, os profissionais da equipe podem contar com atendimento psicológico. Os agentes comunitários já usufruem desse serviço. A enfermeira informa também que os

funcionários realizam grupos e organizam-se para fazer festas, entre outras atividades.

A terceira unidade visitada foi Quatro Colônias, que atende cerca de 4500 pessoas e conta com o serviço de uma assistente social. Lá o grupo foi atendido pela enfermeira Re., que trabalha há oito meses no local. Ela referiu-se sobre alguns problemas de comunicação entre os profissionais, mas entende que a equipe é como se fosse uma família que, apesar das brigas e dos desentendimentos, deve se manter unida.

A unidade Rio Branco foi a quarta a ser visitada. Esta é a menor unidade, em área física, do PSF e sem possibilidade de ampliação, mas foi percebida pelo grupo como muito acolhedora. A enfermeira desta unidade I. também é coordenadora geral do Programa e está há três anos e meio no PSF. Foi percebida uma grande motivação por parte da enfermeira, a qual menciona que a população atendida é pobre e que, no início, o trabalho foi difícil, pois as pessoas não participavam dos grupos. Atualmente, porém, está havendo melhor proximidade com a equipe.

A quinta unidade a ser visitada foi a Aurora. Esta unidade, comparada às outras cinco é a que atende menos pessoas (em torno de 3500) e segundo a médica, J. que recebeu o grupo, trata-se de uma região onde as pessoas mudam muito de endereço, o que dificulta muito o trabalho da equipe. A médica demonstrou interesse pela pesquisa e pediu que lhe fosse enviada uma cópia do projeto. Disse ainda que o grupo focal seria "*muito engraçado*" e que gostaria de participar. O técnico de enfermagem, C. estava presente e também referiu falta de coesão entre a equipe e que ela (a equipe) era fechada para novos integrantes. Outro problema mencionado foi a rotatividade dos profissionais, eles não ficam muito tempo na equipe. Eles encontram também dificuldade de realizar grupos, principalmente com os adolescentes, muitos dos quais usuários de drogas. Foi percebido pelo grupo da pesquisa, que o funcionamento da equipe reflete o que acontece na comunidade onde está inserida, como, por exemplo, a alta rotatividade dos profissionais e a mudança de endereço das pessoas.

A Operária foi a sexta e última unidade visitada. Esta é a maior de todas, atende cerca de oito mil pessoas e possui duas equipes básicas que trabalham

juntas. Uma das enfermeiras, A. está no PSF há dez meses e a outra Rg. está há dois. Antes disso, as duas trabalhavam em hospitais. Nove agentes comunitárias de saúde formam as duas equipes. As enfermeiras acreditam que, por um lado, é bom as agentes serem moradoras da comunidade, porque elas conhecem os problemas, por outro lado, pode ser ruim devido às intrigas entre vizinhos. Elas relatam que, para trabalhar com o PSF, é preciso ter muita paciência, flexibilidade e persistência para realizar as visitas e convidar os moradores para os grupos; os resultados podem ser vistos a longo prazo e as recompensas são outras. Afirmam também que ocorre uma grande rotatividade de profissionais, apesar do engajamento dos profissionais que permanecem na equipe. Acontece semanalmente uma reunião de equipe, que é dividida em dois momentos: um com as agentes comunitárias e outro sem elas, para tratarem de assuntos administrativos. Além da capacitação oferecida pela Prefeitura, a unidade também oferece capacitação, convidando os profissionais para participarem.

Ao final das visitas, o grupo voltou à prefeitura e foi recebido pela Secretária de Saúde que pareceu estar disposta a cooperar com a pesquisa. O grupo ficou satisfeito e otimista com as visitas e a aceitação dos profissionais do Programa.

Estas equipes efetuam periodicamente encontros mensais que reúnem os membros de todas as equipes que fazem parte do Programa, com exceção das agentes comunitárias de saúde e têm por objetivo discutir os assuntos pertinentes ao trabalho que desenvolvem e apresentar um estudo de caso. Um dos membros relata um caso vivenciado no trabalho e todos discutem sobre ele. As reuniões acontecem cada mês em uma unidade de saúde diferente, ou seja, percorrem todas as unidades. A equipe que recebe serve, nos intervalos, um lanche com doces e salgadinhos feitos por eles mesmos.

Foram realizadas três visitas, nas quais participamos como observadores (não participei do primeiro, pois ainda não fazia parte do grupo de pesquisa). O grupo da pesquisa chegava antes de iniciar a reunião a fim de conhecer as dependências e particularidades da unidade onde se realizava o encontro. Ao término das reuniões, o grupo da pesquisa retornava para a Unisinos, onde se reunia para discutir as impressões sobre a reunião, para planejar o próximo encontro e o retorno às próximas reuniões dos PSFs. O interessante é que as avaliações

sobre a reunião aconteciam já no retorno, no carro. Saíamos muito empolgados com tantas informações, que vínhamos discutindo, na volta, vários aspectos que nos chamavam a atenção.

Dia 13 de outubro de 2004, o grupo da pesquisa participou, pela primeira vez, da reunião mensal das equipes do PSF que ocorreu na Unidade Básica de Saúde Rio Branco. O grupo foi bem recebido e logo no início da reunião apresentou o projeto da pesquisa. Em seguida, foram apresentados os novos integrantes do PSF, incluindo a participação das equipes de saúde bucal que passaram a integrar as unidades Rio Branco e 25 de Julho. Na seqüência, discutiram-se algumas atividades específicas, entre elas, as visitas domiciliares (VDs) e ficou definido que elas deveriam ser feitas a todas as famílias que abrangem o PSF. A coordenadora do Programa informou algumas determinações da Coordenadoria Regional, como, por exemplo, as exigências de produtividade. Isso gerou uma certa instabilidade entre os profissionais. Alguns questionaram a qualidade das visitas domiciliares diante da exigência da quantidade, concluindo que seria necessária a seleção de novos profissionais, principalmente agentes comunitários de saúde, já que algumas equipes contam com um número reduzido de profissionais. Constatou-se que existe uma estreita ligação entre os PSFs e o hospital de Campo Bom. A explicação para esta boa integração, segundo os profissionais é que alguns deles também trabalham como plantonistas no hospital, apesar de ser uma das exigências do Programa a dedicação exclusiva. Na seqüência da reunião, foram trazidos alguns problemas quanto às atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Conforme foi mencionado, eles não participam das reuniões, o que, a nosso ver, dificulta a resolução dos problemas levantados, aliás a não-participação dos ACS nas reuniões é motivo de indagação entre o nosso grupo de pesquisa.

O seguinte momento da reunião foi a apresentação de um caso clínico pelo médico do PSF Rio Branco. O caso envolvia aspectos de medicação e suas dosagens. A discussão do caso ficou mais restrita aos médicos, apenas alguns poucos enfermeiros se manifestaram. No retorno para a Universidade, o grupo discutiu essa questão, comentando que o caso apresentado para discussão, não foi apropriado para gerar uma discussão interdisciplinar, já que os demais profissionais não manifestaram nenhuma opinião sobre ele. O grupo de pesquisa também

questionou se as equipes trabalham com abordagem inter ou multidisciplinar, tendo em vista o que foi observado até então.

A segunda visita (nesta eu já estava presente) à reunião mensal dos PSFs foi no dia 10 de novembro de 2004, na UBS do Porto Blos. Ao chegarmos, a enfermeira responsável pela unidade mostrou a rotina e como funcionam as atividades daquele lugar. Mostrou os fichários, as pastas, o modo de armazenar as informações das famílias, as salas, enfim os procedimentos realizados por sua equipe. Observamos uma preocupação importante com a organização da unidade: tudo estava muito bem registrado e armazenado. Logo em seguida, chegaram os componentes das outras equipes, e a reunião teve início. Estavam presentes 14 integrantes das equipes de PSF e cinco do nosso grupo. Sentamos em círculo e nos apresentamos. Inicialmente, foi lida a pauta, para depois serem tratados os itens. O primeiro assunto da pauta foi a reunião com a Coordenadoria Geral do Estado sobre os agentes comunitários de saúde: uma das enfermeiras falou que as ACS esperavam que a reunião fosse para tratar das dúvidas a respeito do trabalho realizado por elas, mas foi uma comunicação da exigência de 100% das visitas domiciliares, ressaltando que elas querem um espaço para falar. Outra intervenção é de uma das técnicas em enfermagem que disse: “*as ACS são os nossos olhos*”, complementando que elas é que sabiam o estado das pessoas, se estavam “*bem ou mal*” e passavam para elas. Falou da importância do trabalho das ACS, porque elas fazem o elo entre a equipe e a comunidade e que o entendimento delas é diferente daquele do restante da equipe e “*a gente tem que ter paciência e cuidado com elas*”. Outra enfermeira se manifestou, dizendo que não existia uma cartilha para todas as situações porque existiam diferenças entre uma área e outra e que tudo tinha que ser justificado para receberem recursos, férias etc. Salientou ainda que o salário das ACS era baixo, e a exigência, alta; nos dias chuvosos, elas não realizavam as visitas, tendo que as recuperar nos outros dias úteis, visitando as famílias também à noite, quando todos estão em casa. Um dos médicos questionou: “*Quantidade sim, e a qualidade como é que fica?*” Surgiu uma idéia de o município oferecer uma recompensa para quem realizasse 100% das visitas domiciliares. O segundo assunto da pauta foi a seleção das ACS. Foi comunicado que haveria uma seleção de novos ACS nos postos Aurora e Operária e que, nos outros postos, existe uma lista de suplentes. O pré-requisito para a seleção é ter concluído o ensino

fundamental. O terceiro assunto da pauta foi sobre as férias dos profissionais, ficando determinado que, quando um deles estiver de férias, outro o substituirá. O quarto assunto foi sobre as novas contratações: seria contratado em janeiro de 2005 mais um médico. A equipe reclamou que faltam enfermeiras nas equipes de PSF, mas não havia previsão de contratações. O quinto assunto foi sobre o acolhimento, envolvendo atenção primária, receber o outro e fazer a triagem. Foi destacada a cultura biomédica em que o médico é quem acolhe. Outra questão discutida foi o grande número de atestados médicos solicitados por trabalhadores para justificar sua falta ao trabalho e a necessidade de uma perícia. O sexto assunto foi sobre as reuniões de planejamento, que foi considerado ruim, visto que a pessoa que coordena não conhece as particularidades de cada unidade do PSF, pois a formulação dos itens de avaliação do trabalho realizado é incoerente com a prática. Neste momento da reunião, houve muita reclamação, e a principal queixa foi que eles são deixados de lado no planejamento, que não é realizado por eles que estão diretamente envolvidos com o PSF. Uma das enfermeiras disse: *“Como fazer um planejamento estratégico juntos se tu não trabalhas na mesma área? Ele se torna cansativo e contraproducente. O planejamento vem de cima e está errado porque não leva em conta a realidade de cada local”*. Outro lembra que *“é para todos fazerem, mas as ACS não entenderam nada”*. O sétimo e último assunto foi a apresentação e a discussão de dois casos clínicos. O primeiro envolveu toda a equipe, mas o segundo ficou restrito ao entendimento médico e a discussão ficou desinteressante para os demais participantes da reunião.

Algumas das observações do grupo da pesquisa é que os médicos e as enfermeiras participam e ficam mais à vontade nas reuniões enquanto os técnicos de enfermagem e secretários permanecem calados, demonstrando não estar muito integrados nas discussões levantadas. Observou-se também a preocupação de um dos médicos em passar uma boa imagem do seu trabalho no PSF, porém na discussão dos casos, mostrou contradição entre o discurso e a prática. Outra percepção foi de que há uma certa animosidade no que diz respeito à equipe da Saúde Mental do município.

No dia 15 de dezembro de 2004, foi realizada uma reunião com o médico coordenador das equipes de PSF de Campo Bom. Estavam presentes os integrantes da pesquisa, o coordenador e uma representante do NUMESC (Núcleo Municipal de

Educação em Saúde Coletiva). Neste encontro, foi esclarecido que o principal critério para a seleção dos participantes era a permanência do profissional durante pelo menos dois anos no PSF. Ficou definido quais seriam os profissionais que integrariam o grupo focal e que seriam realizadas reuniões semanais, com duração de 1 hora e 30 minutos com este grupo. O coordenador salientou que o melhor dia da semana para eles seria sexta-feira, porém não seria bom para os integrantes da pesquisa. Ficou estabelecido que o dia da semana seria decidido na reunião em que todos estivessem presentes. Ficou resolvido também que o próximo encontro seria realizado no auditório da Prefeitura. O coordenador ficou de fazer contato com as equipes para definir quais agentes fariam parte do estudo.

A terceira visita em reuniões mensais do PSF foi no dia 22 de dezembro de 2004, na UBS da Aurora. Lá também nos foi apresentada a unidade e seu funcionamento. Observamos que é um lugar mais simples e menos burocratizado. Inicialmente, o médico à época, coordenador das equipes de PSF, apresentou o novo médico P.G., que faria parte da equipe do PSF Aurora, e comunicou a saída da médica J. Logo após, foram apresentados os resultados da pesquisa de mestrado de uma aluna do Curso de Administração Hospitalar da Unisinos e assessora da Secretaria de Saúde de Campo Bom, que realizou seu trabalho com esses profissionais. Os resultados geraram algumas discordâncias entre os participantes da reunião. Atribuímos isso ao fato de a acadêmica ter escolhido dados não referentes somente ao PSF de Campo Bom, e sim do Estado. Após a apresentação da pesquisa foi comunicado que os contratos de vinte e quatro agentes comunitários vencem no início de março e que se não for modificada a Lei Municipal que dispõe que cada agente pode permanecer, no máximo, doze meses, no cargo, eles terão que realizar um novo processo seletivo. Isso representa um problema para as equipes, pois é difícil encontrar pessoas dispostas a trabalhar como ACS. O perfil das agentes, segundo os profissionais do PSF, é, em geral, mulheres que já criaram seus filhos e que não querem mais trabalhar em uma fábrica de calçados do município. Foi destacado que as agentes selecionadas para completar a equipe de duas unidades não permaneceram no cargo por motivos pessoais, como, por exemplo, não querer andar no sol e preferir trabalhar na fábrica de calçados. O médico P. G. que entrava na equipe, salientou a fama ruim do PACS entre a população. As enfermeiras ressaltaram que a pessoa que se candidata para ser

Agente de Saúde não sabe da importância de ser o elo de ligação entre a equipe do PSF e a comunidade, “*elas acham que é um trabalho fácil*” “*as boas, que querem o serviço tem que sair (...) a gente tem que começar tudo do zero outra vez*”, referindo-se à seleção de agentes, comentou uma enfermeira. Logo após, o coordenador passou a palavra ao professor Roque que falou a respeito do edital que informa a concessão de verba para a pesquisa, e comunicou à equipe quem seriam os participantes de nossa pesquisa (grupo focal); além disso, esclareceu os objetivos do estudo e entregou uma cópia do projeto de pesquisa à cada equipe. Neste momento, foram escolhidos 3 médicos, 3 enfermeiras e 3 técnicos em enfermagem, a seleção dos agentes comunitários foi realizada com os membros das equipes presentes, após uma pré-seleção com o coordenador das equipes. Foram escolhidas agentes comunicativas e com experiência em PSF. Optou-se por entrevistá-las individualmente. Com exceção, porém, das enfermeiras que permaneceram, as que foram escolhidas, os outros grupos de profissionais sofreram modificações. Nos médicos, houve uma troca, dos técnicos, todos foram substituídos e das agentes, somente uma permaneceu as outras foram substituídas. Mais tarde também, com o andamento da pesquisa, optou-se por não realizar as observações e as entrevistas individuais. Em seguida, após o lanche, foi apresentado um caso pelo Dr. D. que ele acompanhou enquanto trabalhava no PSF Aurora. A técnica em enfermagem relata que a família melhorou sua condição de vida. Foi destacada a importância da atenção à família que está em sofrimento e que esta intervenção foi um fator de promoção de saúde. Nesse caso, constatamos a importância do agente comunitário no atendimento à família, pois conseguiu um bom vínculo com esta família. O professor Roque participou, destacando as diferenças de representações sociais sobre saúde/doença/família entre a equipe e a comunidade; fala da importância de estar atento e valorizar as vivências e histórias de vida diferentes. Notamos um esforço da equipe em ajudar as mulheres da comunidade a perceberem-se mulheres e reconhecerem sua importância além da função de ser mãe. Acreditamos que uma mudança de pensamento possibilitaria a inclusão de um planejamento familiar na vida destas mulheres. Uma enfermeira ainda cientificou que o Conselho Tutelar não colabora com a saúde da comunidade, porque não atendem, quando eles o acionam: “*a gente chama, e eles não fazem nada*”. As equipes do PSF relacionam alguns problemas, como alta rotatividade dos profissionais; necessidade de repensar o perfil dos agentes comunitários de saúde; contratação de

novos agentes. No final da reunião, uma das técnicas em enfermagem, vestida de Papai Noel, presenteou todos com doces. Após a sessão, o grupo de pesquisa fez as combinações e os planejamentos. Ficou determinado que o grupo focal teria início na primeira semana de abril, pois alguns profissionais que estavam selecionados para o grupo tirariam férias em março. Um dos integrantes do nosso grupo agendaria uma participação do grupo de pesquisa na reunião dos ACSs, em fevereiro de 2005.

O próximo passo do grupo de pesquisa foi marcar uma reunião com o coordenador do PSF a fim de apresentar os nomes dos profissionais para aprovação e marcar as datas dos grupos. Neste dia, os integrantes da pesquisa reuniram-se com o novo coordenador do PSF, Dr. M., na prefeitura de Campo Bom, onde foi discutida a possibilidade de participação nos grupos focais dos profissionais escolhidos, as datas e horários.

1.2.1 Os sujeitos da pesquisa

M.B.S.A. é agente comunitária de saúde, sexo feminino, 44 anos. Nasceu em Charqueadas. Sua formação é o Ensino Médio incompleto. Reside em Campo Bom e trabalha no PSF há três anos, na mesma equipe. Antes trabalhou como industriária. Não exerce outra atividade profissional. Realizou o curso de capacitação para trabalhar no PSF no Módulo I e II.

L.T.P., agente comunitária de saúde, sexo feminino, 42 anos. Nasceu em Mata, formação no Ensino Médio há 17 anos. Reside em Campo Bom e trabalha no PSF há oito anos, na mesma equipe. Antes trabalhou como recreacionista em uma creche. Não exerce outra atividade profissional. Realizou o curso de capacitação para trabalhar no PSF no Módulo I e II.

C. I. M., agente comunitária de saúde, sexo feminino, 34 anos. É natural de Osório. Sua formação é o Ensino Médio incompleto. Residente em Campo Bom, trabalha no PSF há dois anos, na mesma equipe. Antes trabalhou como balconista

em loja de confecção. Não realiza outra atividade profissional. Realizou o curso de capacitação para o PSF no Módulo I e II.

V. M. S., agente comunitária de saúde, sexo feminino, 45 anos, taquarense. Possui o Ensino Médio. Reside em Campo Bom e trabalha no PSF há dois anos, na mesma equipe. Antes trabalhou como industriária. Não exerce outra atividade profissional. Fez o curso de capacitação para o PSF no Módulo I e II.

M. C. D., técnica em enfermagem, sexo feminino, 45 anos. Formada no Curso Técnico em Enfermagem há onze anos. Reside em Novo Hamburgo e trabalha no PSF há três anos, na mesma equipe. Antes trabalhou em hospital. Não exerce outra atividade profissional. Realizou o curso de capacitação para o PSF no Módulo I.

C. A. B., técnico em enfermagem, sexo masculino, 49 anos. Nasceu em Sarandi. É formado no Curso Técnico em Enfermagem há vinte e cinco anos, e no curso de Administração de Empresas. Reside em Novo Hamburgo e trabalha no PSF há três anos. Já trabalhou em outra equipe de PSF e em emergência hospitalar. Além do PSF, realiza atividade agrícola. Realizou o curso de capacitação para o PSF no Módulo I.

R. S., enfermeira, sexo feminino, 35 anos. Nasceu em Três Passos. É graduada em Enfermagem Obstetrícia há cinco anos. Reside em Estância Velha e trabalha no PSF há cinco anos. Já trabalhou em equipes de PSF de outras três cidades. Antes trabalhou em hospital. Não exerce atividade profissional em outro local. Realizou o curso de capacitação para o PSF no Módulo I.

C. B. B., enfermeira, sexo feminino, 33 anos. Natural de Vacaria, é formada Enfermagem e concluiu Pós Graduação em Saúde Pública há cinco anos. R reside em Campo Bom e trabalha no PSF há três. Já trabalhou em uma equipe de PSF em outro estado. Antes atuou em plantão de urgência pediátrico. Não exerce outra atividade. Realizou o curso de capacitação para o PSF no Módulo I.

I. S. P., enfermeira, sexo feminino, 47 anos. Nasceu em Maratá. Coursou Técnico em Enfermagem e graduou-se em Enfermagem Obstetrícia há cinco anos. Reside em Campo Bom e trabalha no PSF há três anos, na mesma equipe. Antes

atuou em hospital. Além do PSF, trabalha como professora. Realizou o curso de capacitação para o PSF no Módulo I.

F. A. S., médica, sexo feminino, 35 anos. Nasceu em Rio Grande. É formada em Medicina, há oito anos. Mora em Campo Bom e trabalha no PSF há seis anos. Já atuou em outras três equipes de PSF. Antes trabalhou como médica residente em Medicina Geral Comunitária e Infectologia. Além de atuar no PSF, trabalha no controle de infecção hospitalar.

R. J. W., médico, sexo masculino, 33 anos. Natural de Porto Alegre, é formado em Medicina e tem Pós Graduação em Cardiologia, há três anos. Vive em Campo Bom e trabalha no PSF há dois anos, na mesma equipe. Antes atuou em hospital, pronto atendimento e clínica geral. Além de exercer atividade no PSF, trabalha em plantão clínico. Realizou o curso de capacitação para o PSF no módulo I.

1.3 GRUPOS DE DICUSSÃO FOCAL: A COLETA DE DADOS

Um pequeno número de indivíduos, reunidos como um grupo de discussão ou de recursos, vale muito mais do que qualquer amostra representativa. Esse grupo, discutindo coletivamente sua esfera de vida e investigando-a assim que um se depara com divergências em relação ao outro, fará mais para erguer as máscaras que cobrem a esfera da vida do que qualquer outro dispositivo do qual eu tenha conhecimento (BLUMER apud FLICK, 2004, p.125).

Foram realizados nove grupos focais. O primeiro foi o grupo piloto e os restantes trataram especificamente de cada tema proposto pela pesquisa, tendo cada um dos temas duas reuniões para explorá-lo.

1.3.1 Reunião Preparatória: 25/05/05

Este encontro teve o intuito de conhecimento e entrosamento dos pesquisadores e dos integrantes do grupo. Além disso, aproveitou-se, este primeiro

grupo para fazer uma exploração geral dos temas que seriam abordados nos grupos seguintes. No início do encontro, aconteceu um fato que causou constrangimento em todo o grupo, principalmente no grupo da pesquisa: depois de estarmos todos sentados em círculo, o coordenador do PSF entrou e trocou um dos integrantes, um médico, por outro, uma médica. Foi uma situação embaraçosa. Ficamos sem saber se pedíamos para o médico permanecer, pelo menos até o final do grupo, mas ele acabou levantando e saindo. Isso provocou-nos indagações sobre os motivos desta troca. Inicialmente, o coordenador das equipes era um dos escolhidos para participar da pesquisa, mas devido a seu novo cargo, optamos por outro médico. Após este incidente, o professor Roque expôs os objetivos deste estudo, informando sobre os temas, o número de encontros e as datas previstas.

No momento seguinte, foi realizada uma dinâmica de apresentação. Foi distribuído um papel onde todos escreveram seus nomes, prendendo-o na roupa. Cada um mencionou seu nome e uma palavra que iniciava com a primeira letra de seu nome, dizendo por que escolheram a palavra. Após a dinâmica, foi explicado o que é uma pesquisa qualitativa, os métodos e instrumentos; a justificativa; os critérios para a seleção dos participantes. Em seguida, falou-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram distribuídas duas cópias do TCLE, que foi lido em voz alta. Todos assinaram e devolveram uma cópia. Por último, foram colocadas questões gerais da pesquisa.

O grupo foi coordenado pelo professor Roque. O professor Roque e a professora Lucilda encerraram o encontro dizendo que voltaríamos a falar mais especificamente sobre cada assunto nos próximos encontros.

Terminado o encontro, o grupo da pesquisa lembrou da importância de preparar-se bem o roteiro para as próximas reuniões. Também se observou que era necessário ter cuidado para não induzir ou influenciar as respostas, preocupar-se em não usar expressões, como, por exemplo: “*hoje as famílias estão ‘bagunçada’*”, que foi dita durante o encontro. Apesar dos desafios, sentimo-nos empolgados e otimistas, o que se deve muito à coesão do grupo de pesquisa.

1.3.2 Primeiro Grupo Focal: 01/06/05

Este foi o primeiro grupo propriamente dito que iniciou abordando especificamente os temas da pesquisa. Neste dia, estiveram presentes onze componentes, tendo faltado um médico. O grupo foi coordenado pelo professor Roque, que começou com o preenchimento de uma ficha de dados de identificação dos sujeitos da pesquisa (transcrita abaixo). Na seqüência, o grupo trabalhou normalmente.

Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa

1. Nome:
2. Data de Nascimento: Sexo:
3. Cidade Natal:
4. Cidade onde mora:
5. Formação:
6. Tempo de formado:
7. Profissão:
8. Equipe do PSF do bairro:
9. Tempo de atuação no PSF:
10. Atividades antes de entrar no PSF:
11. Já integrou outra equipe de PSF?
12. Realiza outras atividades em outro local, além do PSF?
13. Realizou algum curso de capacitação para o PSF?

Este encontro referiu-se ao tema *Aspectos éticos em relação ao próprio Programa*, com o seguinte roteiro:

A) Mudança de paradigma. Modelo biologizante é o que a população conhece e demanda. O novo modelo quer ser integral. Ele pode ser deturpado pelo velho, em que acontecem as interferências. O PSF diminui os gastos na saúde. Questionamento: É uma medicina de pobre?

B) Trata-se de um sistema único e público de saúde. Diferença entre público estatal e público comunitário. A população sente o PSF como algo que depende da sua participação e responsabilidade ou é uma responsabilidade e puro dever do Estado? Interferências dessa concepção no funcionamento do PSF, conforme a constituição. As instituições privadas participam de forma complementar do sistema único? A forma privada tem alguma interferência no PSF?

C) Universalidade. A saúde como direito universal é um dever do Estado. Como conjugar o acesso universal igualitário e a adscrição de famílias? Como conjugar igualdade e diferença? Equidade.

D) A municipalização, a participação da comunidade, o controle social é um dos princípios básicos. Quais são as vantagens e os entraves dessa participação? Como acontece concretamente o controle social? Como incide o capital social (riqueza de organizações comunitárias) nessa participação? O PSF não é um sistema puramente estatal tampouco privado, mas comunitário. O paradigma da dádiva. A comunidade e as pessoas dão a sua contribuição?

E) A integralidade é um dos princípios norteadores centrais do PSF. Que sentidos engloba? Quais além da prevenção? A integralidade diz respeito às práticas dos profissionais, aos processos de trabalho e a organização das políticas públicas. Em que sentido a família como eixo e a adscrição territorial/espço social como abrangência e responsabilidade ajudam para a integralidade? Quais são as conseqüências para as práticas e os processos se a família e o espaço social são o foco de atenção da ação sanitária? Como acontece a ação sobre o ambiente e quais suas vantagens e entraves? Como acontece o vínculo e quais são as suas vantagens e os seus entraves?

F) Importância do planejamento e da programação local. É possível? Como acontece? Ação intersetorial entre vários responsáveis de políticas sociais e

organizações comunitárias. As parcerias são possíveis? Como elas acontecem? Acompanhamento e avaliação. Como ela é feita?

G) Existe diferença entre os serviços ofertados pela equipe e demandas apresentadas pela população? Como se apresenta essa diferença e como se responde?

H) PSF proporciona e se fundamenta numa nova concepção de saúde e doença. Quais são as conseqüências dessa concepção para a educação em saúde?

1.3.2.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal

Após o encontro, o grupo de pesquisa reuniu-se na sala de pesquisa da Unisinos para tratar dos próximos encontros e tecer comentários sobre o andamento do grupo. Neste dia, as observações foram sobre as agentes de saúde que participaram pouco, na maioria das vezes, somente quando questionadas. Os médicos presentes também pouco se manifestaram. A médica que entrou por último no grupo (aquela que substituiu o médico) se pronunciou em somente um momento e com uma frase curta, estava dispersa e aparentando pouco interesse. O grupo parece, ainda, pouco integrado. As enfermeiras participaram efetivamente, posicionando-se sobre os assuntos abordados.

Acordamos também que a coordenação dos grupos seria alternada entre os professores Roque e Lucilda, os demais continuariam participando como observadores, anotando os aspectos não verbais e trocando as fitas dos gravadores.

1.3.3 Segundo Grupo Focal: 08/06/05

Este grupo foi coordenado pela professora Lucilda. Todos os integrantes estavam presentes. O tema central foi: *Princípios éticos do PSF*, cujo roteiro é o seguinte:

A) Aprofundamento de itens sobre a introdução do modelo de saúde vigente para captar a percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos do programa que influenciam na sua concretização. Na reunião anterior, falou-se sobre a assimilação do PSF segundo a percepção da comunidade. Nesta, vamos abordar o programa de saúde da família segundo a visão dos profissionais. Como vocês vêem o Programa? Quais são as possibilidades e as lacunas que vocês detectam nele? Como é para vocês a passagem do modelo biologicista para o modelo integral? Quais questionamentos vocês levantariam sobre o programa? Agendamento? Prevenção? Demanda? Referência e contra-referência? Sobre os princípios (da integralidade, da universalidade e da equidade) que pautam o Programa, o que vocês têm a dizer?

B) Sobre a participação da comunidade, o Programa de Saúde da Família prevê a participação da comunidade como básica para a produção da saúde e o bom êxito do Programa? Na semana anterior, foram trazidas questões referentes à comunidade. Nesta, vamos aprofundar o papel do profissional do PSF na participação da comunidade para implementar o Programa:

- Fatores que interferem na não-participação da comunidade (impregnação do modelo anterior);

- Sobre os serviços oferecidos pelo programa e as demandas da comunidade, o que vocês têm a dizer?

C) Sobre o programa de maneira geral: aspectos éticos que favorecem ou comprometem o programa.

1.3.3.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal

Comentamos, após o grupo focal que, desta vez os participantes do grupo falaram mais entre eles. O grupo se abriu, mas as pessoas ainda têm dificuldade de falar delas próprias, dificuldade de voltarem para si nas respostas às questões. Notamos que, quando elas fogem do objetivo da pesquisa, é importante cortar, e redirecionar a conversa. Observamos que elas mesmas saíram e voltaram ao foco. Mudamos a ordem dos grupos em relação aos objetivos, sendo os próximos dois (3º

e 4º encontros) sobre as práticas, deixando as relações de equipe para depois (5º e 6º encontros). Lucilda falou da sua dificuldade de visualizar o que estava acontecendo no grupo, o que, para o observador, que está fora do grupo, fica mais evidente.

Falamos da reflexão com o grupo da importância da inclusão do profissional em outros ambientes, como escolas, por exemplo, na educação em saúde; venda de fichas: para nós é espantoso, para eles é normal. Outra questão debatida é a demanda, questão ética central do PSF; a demanda espontânea aumenta o trabalho e atrapalha, na visão deles. Outros pontos: o trabalho da equipe é multidisciplinar X interdisciplinar?; trabalhar nas relações entre eles; demanda do corpo X demanda da alma; necessidade de engajar mais a comunidade; conflitos: “*lutar contra o sistema*”, contra a antiga moralidade. “*Eu e a Prefeitura não falamos a mesma linguagem*”; C., que é tradicional, vê as dificuldades, os “*furos*”, da proposta do PSF e o quanto é difícil de ser colocado em prática; D. tem postura e perfil de PSF, é crítico da proposta, sente-se inseguro porque não dá conta da demanda como profissional. Para Merhy, o PSF não está bom porque não atende às necessidades da população. Como conjugar ambos? Questionamentos: A proposta do PSF atende a demanda? A falta de estabilidade não permite o vínculo entre equipe e comunidade. Rotatividade da equipe. Estabilidade em que sentido? Sofrimento psíquico do trabalhador devido à instabilidade, responder às demandas etc. A ESF (Equipe de Saúde da Família) deve ser ampliada (psicólogo, dentista, assistente social, nutricionista). Psicólogo Clínico ≠ Psicólogo Organizacional.

1.3.4 Terceiro Grupo Focal: 15/06/05

Este teve como tema: *A ética das práticas dos profissionais* Neste dia, tivemos duas ausências: uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde. O grupo foi coordenado pelo professor Roque e teve o seguinte roteiro:

A) Quais são os maiores desafios/conflitos éticos para a tua consciência como profissional?

B) Integralidade. O que significa integralidade nas práticas e nos processos de trabalho? Como ela aparece e se manifesta nas práticas e nos processos? (Exemplos).

C) Atributo das práticas (atitude dos profissionais). Lógica assistencial e lógica de prevenção. Lógica generalista e lógica especialista. Lógica do cuidado e lógica da técnica. Lógica da beneficência e lógica da autonomia. Acolhimento e vínculo.

D) Organização dos serviços (processos de trabalho). Práticas intersubjetivas entre os profissionais e entre eles e os usuários. Papel do diálogo. Complementaridade e interdependência. Oferta e demanda. Papel do agente comunitário

E) Equidade. O que significa equidade nas práticas e nos processos? Como ela se manifesta concretamente? Como conjugar a universalidade/igualdade no acesso e atenção diferenciada às situações particulares?

F) Terapias alternativas. Como conjugar saber técnico com abertura para os saberes populares de saúde. Exemplos da presença de saber popular.

1.3.4.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal

Ficou combinado que, no próximo encontro, abordaríamos mais o cuidado e a equidade. Abordou-se a integralidade e a ética. O vínculo: questão das idas à UBS (Unidade Básica de Saúde) sem estarem doentes. Eloir acha que isso deveria ser aproveitado para a integralidade. Prevenção: muito pobre, restringe-se a DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), gravidez na adolescência e hipertensão. Existem grupos somente para doenças crônicas. Comentamos da necessidade de prevenção fora da doença crônica ou risco. A questão é que falta tempo para a prevenção. Eles dizem que é difícil para as pessoas entenderem e aderirem à prevenção. Chamou-nos a atenção o sigilo levantado por eles em relação ao acesso aos prontuários dos pacientes: os agentes não têm acesso aos prontuários. Então fica a questão: profissional da saúde x agentes comunitários de saúde.

1.3.5 Quarto Grupo Focal: 22/06/05

Este encontro buscou aprofundar as questões do anterior. Portanto, o tema central continuou sendo *A ética das práticas dos profissionais*, aprofundando o cuidado e a equidade. Neste dia, houve a ausência de uma agente. O grupo foi coordenado pela professora Lucilda. Segue o roteiro do encontro.

A) Cuidado. Como é concebido o cuidado no PSF? Nas práticas, como os profissionais expressam o cuidado? O que os profissionais têm a dizer sobre “ser cuidadoso” na ótica do usuário? Como se dá na prática o cuidado integral? Que aspectos do PSF remetem para o cuidado integral?

B) Equidade. O que se entende por equidade no PSF? O que significa equidade nas práticas e nos processos? Como a equidade se manifesta concretamente, na prática? Como conjugar universalidade/igualdade no acesso e atenção diferenciada às situações particulares? Sobre a autonomia do usuário e a atuação concreta dos profissionais, que questões poderiam ser trazidas? O que se entende por uma prática pautada pelo princípio da beneficência?

1.3.5.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal

Algumas indagações que suscitaram nossa reflexão: O que é uma equipe interdisciplinar? Como é o relacionamento entre as áreas? Onde existem tensões nas relações? O que incomoda um ao outro? Qual o papel dos ACS? O que caracteriza o grupo como equipe? O PSF como produção coletiva de saúde, questão do processo. Qual a concepção de autonomia como independência do usuário em relação à equipe? (ver o que a pessoa pensa). Parece que pensam que sabem o que é melhor para o paciente e os “adestram”.

Outras questões surgidas: O sofrimento psíquico dos profissionais e a necessidade de cuidar do cuidador; ACS e as tensões com as enfermeiras; brigas com quem se sente mais afinidade; não deixar o acolhimento sem resposta pela equipe: ver além do que está escrito ou do que foi dito; importância de o

coordenador ser um bom gestor: uma das enfermeiras disse que rasgou dois prontuários de contratransferência em branco, que os médicos não o preencheram porque foram encaminhados por ela; outra enfermeira; “rixa” entre os profissionais do PSF e os que não pertencem ao PSF (talvez em razão da diferença de salários).

1.3.6 Quinto Grupo Focal: 29/06/05

Neste dia, logo que chegamos à Prefeitura, onde iríamos realizar mais um encontro de grupo, veio ao nosso encontro uma das agentes comunitárias de saúde e disse que não participaria mais dos grupos, pois ela foi cobrada em reunião do PSF pela enfermeira de sua unidade por algo que ela teria dito no último grupo focal. A agente foi embora e não participou mais do grupo. E por coincidência, o tema do grupo deste dia foi: *Ética nas relações entre a equipe* e foi coordenado pelo professor Roque. Com exceção da agente comunitária, todos estavam presentes. Segue abaixo o roteiro.

- A) O que é equipe e como funciona uma equipe multiprofissional?
- B) O que significa uma abordagem interdisciplinar da saúde e da doença?
- C) O que significa dizer que existe uma produção coletiva da saúde?
- D) Falem sobre a trajetória de encaminhamento de uma pessoa que precisa da unidade para qualquer necessidade.
- E) Falem sobre como acontece o processo de trabalho no dia a dia entre vocês.
- F) Como se desenrola esse processo? Qual é o seu fio condutor? Qual é o ponto de partida e o ponto de chegada desse processo?
- G) Quais são os desafios do processo de trabalho em saúde para a relação dos profissionais entre si e com os agentes?

H) Quais são tensões que aparecem no desenrolar do processo de trabalho em saúde entre os diferentes profissionais e com os agentes.

No final do encontro, a enfermeira da equipe da qual a agente se retirou procurou o professor Roque para conversar sobre o assunto e motivo da saída da agente.

Neste dia, não aconteceu a reunião após o encontro.

1.3.7 Sexto Grupo Focal: 06/07/05

Este grupo buscou aprofundar as temáticas tratadas no anterior, portanto continuou como tema central *A ética nas relações entre a equipe*. Foi coordenado pela professora Lucilda. Estavam ausentes uma agente comunitária de saúde, que entrou em licença por problemas de saúde, e a agente que saíra no encontro anterior, como já foi relatado, portanto, a partir deste dia, o grupo passou a contar com 12 participantes. O encontro foi realizado em outra sala da Prefeitura. O roteiro vai descrito a seguir.

O tema central foi *Relações entre a equipe de trabalhadores da Saúde Pública (PSF)*. Falou-se sobre as Relações de Trabalho dentro deste contexto.

A) O que significa, para vocês, ser um trabalhador do PSF, no que se refere às relações entre a equipe? Exemplos de situações. Deixar falar e suportar o silêncio.

B) Vocês afirmaram nos grupos anteriores que “o processo de trabalho no PSF é diferente do processo de trabalho no hospital”. Como vocês percebem essa diferença? Em que sentido? Que diferença é esta? Qual deveria ser (ou é) o perfil do trabalhador em saúde pública? Em que difere do trabalhador do hospital? O que mudou, no processo de trabalho, com a mudança de paradigma da saúde?

C) Exemplo das empresas, o Processo de Trabalho dos empregados das fábricas de calçado e as semelhanças/diferenças entre eles e os trabalhadores do

PSF. Os trabalhadores das fábricas de calçados sofrem de dor nas costas e articulações. E vocês, como se vêem como trabalhadores do PSF?

D) Processo de trabalho. O que há de bom (o que dá certo) no trabalho em equipe? Quais são os aspectos positivos existentes nas relações entre a equipe de trabalho? Discutam entre si, no grande grupo, dando exemplos de situações boas e não tão boas que vocês vivenciaram no ambiente de trabalho.

E) Vocês identificam tensões e sofrimento / aspectos negativos no cotidiano de trabalho? O que existe de menos bom (que não gostam)? Em que sentido? O que lhes causa sofrimento no trabalho com o PSF?

F) O que é, para vocês, “conhecer o colega de equipe”? O cuidado está presente neste processo? De que maneira?

G) “A gente cuida, cuida e não cuidam de nós. O cuidador também precisa ser cuidado. O usuário quer que alguém o escute, quando vem à Unidade para ser escutado”. E vocês precisam de alguém que os escute? Quem os escuta? De que tipo de atenção/escuta/cuidado vocês necessitam?

H) “O usuário deve entender que eles são responsáveis pela própria saúde”. E vocês são responsáveis pela própria saúde? Como é essa questão para vocês? O que é ser responsável pela própria saúde? O que significa, para vocês, Cuidar do Cuidador?

Neste dia, não aconteceu a reunião após o grupo.

1.3.8 Sétimo Grupo Focal: 03/08/05

Após o último encontro, o grupo de pesquisa fez uma pausa de três semanas nas realizações dos grupos focais por causa das férias acadêmicas e de alguns profissionais. O coordenador deste grupo foi o professor Roque. O tema central deste encontro foi sobre as tradições da comunidade. Os dois últimos encontros, este e o seguinte, trataram mais especificamente sobre as temáticas que integram o meu estudo, ou seja, questões que envolvem tradições culturais das equipes e das

famílias, tipos de famílias atendidas por eles, saúde/doença da família, percepção das diferentes configurações familiares, entre outros. O grupo teve como roteiro as questões que seguem.

A) O PSF é uma medicina comunitária e/ou uma medicina da família? Como se relacionam comunidade e família? Existem também conflitos entre os dois? Como se mostram e como incidem na prática dos profissionais?

B) No bairro, convivem costumes rurais e costumes urbanos. Como eles se mostram concretamente? Existem conflitos entre os dois? Convivem as duas tradições numa mesma família? Nota-se uma passagem do rural para o urbano? Como essas duas realidades incidem nas práticas dos profissionais?

C) Como se manifestam tradições culturais sobre saúde e doença? O que é doença e o que é saúde para o povo do teu bairro? Como incidem essas tradições na prática do PSF? Dar exemplos. Como o profissional reage quando aparecem essas representações?

D) Como incidem nas práticas do PSF as tradições morais sobre família, casamento, gênero, sexualidade, homossexualidade, procriação? Dar exemplos. Como os profissionais reagem diante dessas incidências?

E) Como incidem as tradições religiosas nas práticas do PSF. Dar exemplos. Como reagem os profissionais diante dessas incidências?

F) Como incidem as redes sociais de apoio da comunidade na prática do PSF? Dar exemplos. Qual a relação da equipe do PSF com essas redes?

1.3.8.1 Reunião do grupo de pesquisa pós-grupo focal

Neste dia, contamos com uma nova integrante no grupo focal, a acadêmica do curso de Biologia, Márcia. As construções de hoje basearam-se muito nas tradições culturais e morais da comunidade, bem como no conceito de família e seu papel para os integrantes das equipes do PSF. Apareceram, de um modo geral, três concepções de família: família como sinônimo de união, elo de carinho e afeto;

família como vínculo econômico; e família como raízes. Na nossa discussão, pensamos que o grupo não manteve apenas a perspectiva de família tradicional, estando aberto para as novas concepções.

O médico D. falou somente uma vez, mesmo tendo sido solicitado pelo professor Roque duas vezes. A médica F. também quase não se pronunciou, referindo em algumas ocasiões que estava pensando em exemplos. As enfermeiras e os técnicos de enfermagem conduziram praticamente toda a discussão. As agentes contribuíram somente quando foram solicitadas. O técnico em enfermagem C. demonstrou um posicionamento bastante estável em algumas situações, dizendo em um momento que os usuários eram hipócritas e, em outros, que lhes faltava responsabilidade nas ações e que as famílias queriam empurrar as responsabilidades para eles. Percebemos C. uma certa “rispidez” em C. quanto a suas afirmações, em especial quando disse que ele era, no seu atendimento, tão hipócrita quanto o usuário. Mencionamos a pequena participação de D. Combinamos sobre os “comes e bebes” para fazer o enceramento dos grupos no próximo encontro.

1.3.9 Oitavo Grupo Focal: 10/08/05

O último grupo focal foi coordenado pela professora Lucilda. O tema central continuou sendo as tradições da comunidade. Buscou-se aprofundar algumas temáticas do encontro anterior e abordar outras. Abordaram-se, sobretudo, as questões éticas que emergem da cultura dos usuários. Segue abaixo o roteiro.

A) O que entendem por família saudável? Qual a diferença de atender um indivíduo e de atender uma família?

B) Quais são os tipos de família mais comuns que são atendidos no PSF por vocês? E quais são os menos comuns?

C) Entre os diferentes tipos de família, quais apresentam mais dificuldades para vocês? Que dificuldades são essas? Que dilemas ou questões éticas emergem das novas configurações de família?

D) Existe diferença na maneira de abordar, de lidar com as famílias nas suas diferentes configurações?. Quais são estas diferenças? Que despertam, suscitam em você essas novas configurações de família?

E) Vocês falaram que há casais homossexuais, feminino – duas mulheres morando junto e casais homossexuais masculinos. Como lidam com essas situações?

Logo após o término do grupo focal, convidamos a todos para confraternizar. Levamos doces, salgados e refrigerantes. Foi uma oportunidade de conversarmos informalmente com o grupo.

Neste dia, não aconteceu reunião após o grupo.

1.4 ANÁLISE DOS DADOS

As fitas nas quais foram gravadas as reuniões dos grupos foram transcritas pelos acadêmicos e pela pesquisadora, ficando cada um responsável pelos registros de dois grupos. Depois de transcritas as fitas, eram enviadas cópias dos textos para todos os integrantes do grupo da pesquisa.

Com o material impresso, iniciou-se a análise temática dos dados, inicialmente pela leitura flutuante das falas dos participantes. Terminada a codificação dos dados, resultaram dois grupos de categorias que foram analisadas à luz do referencial teórico, organizando-se, desse modo, a estrutura das categorias.

1.4.1 Estrutura das Categorias

1.4.1.1 Configurações de família

A) Tipos de família;

B) Mudanças dos papéis masculinos e femininos/responsabilidades compartilhadas;

C) Como o profissional encara essas configurações;

D) Significado antropológico de família.

1.4.1.2 Família saudável

A) O que é família saudável;

B) Modo de abordagem da família;

C) Até onde vai a competência do profissional em tratar as questões familiares.

1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um grupo analisou a percepção dos participantes quanto às *configurações de família* que são atendidas pelo PSF e o segundo, a compreensão do grupo sobre o que é uma *família saudável*.

1.5.1 Configurações de Família

Neste primeiro grupo, foi examinada a maneira como os profissionais percebem as diferentes configurações de famílias que são atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Este grupo dividiu-se em quatro categorias: *tipos de família; papéis masculinos e femininos; responsabilidades compartilhadas; como o profissional encara essas configurações e significado antropológico de família*. Este tema pode ser investigado por meio de questões como: O que é uma família? Qual é o papel da família? Que tipo de família vocês atendem? Qual é o tipo de família mais comum que vocês atendem?, entre outras.

1.5.1.1 Tipos de família

Esta categoria ilustra as outras do estudo, ou seja, registraram –se os tipos de família que os profissionais disseram que costumam atender no dia-a-dia. Constatou-se que existem várias configurações de família, como, por exemplo: famílias de casais homossexual com filhos: “*Tem as mulheres as duas que moram junto... Eu chego lá, e elas me atendem superbem... Vão no posto, andam na rua de mão dada... Na minha área tem duas famílias homossexual...*”; famílias extensas e famílias reconstruídas, morando no mesmo terreno, “*... a mãe mora com a filha casada com filhos na frente, a outra filha mora do lado, e o pai mora com outra mulher no mesmo pátio.... Tu chega lá tão tudo tomando chimarrão junto.*”; idosos vivendo em união com parceiros mais jovens: “*...idosos, viúva com parceiro mais novo, por estabilidade, acontece de tu fazer uma visita e, pelo menos no início, tu não saber se é o filho e, na verdade era o companheiro, assim muita diferença de idade.*”

Outro tipo de família mencionado foi o de mulheres com filhos, morando em prostíbulos: “*...um senhor que faz uma casa de tolerância. É igual um casamento. Ele cuida delas(...), umas vão lá com filhos, moram junto.*”

Os tipos de família mencionados pelos profissionais são a realidade com que eles trabalham no cotidiano. E corroboram os estudos que tratam de temas sobre a forma como as famílias brasileiras estão estruturadas. A família, “não é um conceito unívoco. Pode-se até afirmar, radicalizando, que a família não é uma expressão passível de conceituação, mas tão somente de descrições...” (OSÓRIO, 2002, p.13)

Muitas são as razões pelas quais as famílias vêm se transformando e assumindo diferentes modalidades. Sem a pretensão de fazer um apanhado histórico sobre os motivos destas transformações familiares, podemos relacionar alguns aspectos que levaram a isso. Moraes (2003) aponta a modificação da organização do trabalho como um dos fatores da modificação da dinâmica familiar. Para a autora, a progressiva urbanização e industrialização do país rompeu com a antiga unidade entre casa e local de trabalho, presente na agricultura familiar. A unidade produtiva familiar perdeu importância diante do regime de trabalho fabril. O espaço da moradia familiar tornou-se apenas o local de domicílio e consumo. O

trabalho doméstico assume a característica de atividade privada, não sendo considerado ocupação econômica.

A autora relaciona as transformações da família e a condição da mulher. As mudanças econômicas na segunda metade do século XX provocou enorme impacto sobre o antigo modelo familiar, com um número de mulheres cada vez maior ingressando como indivíduos no mercado de trabalho. As mulheres vão alcançando sua autonomia financeira, rompendo com um dos elos mais fortes do modelo tradicional de família: a subordinação econômica da esposa ao marido.

Esse fator implicou tanto na composição da família atual quanto na dinâmica familiar. Em outras palavras, a independência financeira da mulher possibilitou, por exemplo, que ela constituísse sozinha e chefiasse uma família (família monoparental feminina) ou também que, como o marido, fosse provedora da casa gerando uma mudança de papéis familiares.

1.5.1.2 Papéis masculinos e femininos: responsabilidades compartilhadas

Esta categoria refere-se às mudanças de papéis entre o homem e a mulher. Essas mudanças acontecem em vários aspectos. No aspecto econômico em que a mulher trabalha fora de casa e seu salário faz parte do orçamento da família, na divisão das tarefas domésticas em que o marido ajuda a esposa nos afazeres da casa e até mesmo quando não trabalha fora ele é o responsável pela maioria destas tarefas, “...o marido fica em casa, fica fazendo o serviço em casa, e a mulher sai para trabalhar, ele faz comida, ele tem uma filha deficiente, né, ele anda com a filha, faz tudo em casa...” e na responsabilidade com os filhos, como, por exemplo pais que levam os filhos às consultas médicas “... têm os homens que levam, às vezes, os filhos para consultar, mais é a mulher, mas têm alguns que tão começando.”

As mudanças de papéis exercidos pelo casal são discutidos por Sarti (2003) em seu trabalho sobre família e individualidade. Considera que as mudanças ocorridas na família estão relacionadas com a perda do sentido da tradição. A autora acrescenta que antes os papéis dentro da família já estavam preestabelecidos e, atualmente, eles são construídos juntamente com o processo de individualidade. E

isso foi possível em grande parte, segundo a autora, porque as mulheres puderam controlar a reprodução, fato que permitiu a elas a reformulação do seu lugar na esfera privada e pública.

As mudanças não ocorrem isoladamente. Vários fatores influenciam sobre novos costumes e comportamentos. A questão da urbanização e a conseqüente mudança de local de trabalho juntamente com mudanças econômicas, levaram a mulher a buscar uma profissão. O fato de a mulher deixar de gerar e criar muitos filhos, com o advento da pílula, possibilitou o controle da reprodução, oportunizando o trabalho fora de casa. Essa autonomia econômica da mulher gerou, conseqüentemente, mudanças culturais.

1.5.1.3 Como o profissional encara essas configurações

Nesta categoria, examinou-se como os profissionais encaram os diferentes arranjos familiares mencionados e que fazem parte de seu cotidiano. Ela representa um aspecto importante do estudo, pois refere-se mais especificamente à percepção dos participantes com relação às várias configurações de família presentes no seu dia-a-dia. Os relatos referem-se a valores, moral, conceitos e preconceitos:

“... o trabalhador da saúde tem que .tentar pelo menos ser desprovido de preconceitos (...). O que hoje em dia a gente tem que, muitas vezes, encarar como natural, alguns anos atrás era um escândalo para a sociedade (...). Essas pessoas encaram a vida de forma diferente (...). Tem que aprender a lidar, a trabalhar isso”.

Predomina nas falas dos participantes do grupo a idéia de tentar não julgar a forma como a família esta organizada, e sim a preocupação em atendê-la na prevenção de riscos a que estas famílias possam estar expostas:

“...casamento aberto (...) não cabe a mim achar certo ou errado (...). Cada um tem seus valores, seus conceitos...Tu tem que trabalhar aquilo, claro que a questão da prevenção (...) fica mais suscetível a ter

infecções, a ter doenças e tal. Saber trabalhar isso aí, mas tentar não julgar, não julgar”.

Está presente também a disposição em aprender a lidar com os diferentes arranjos independente se está ou não de acordo com os valores dos profissionais:

“...não cabe a nós nesta situação específica tomar partido (...). Daqui a pouco, eu vou estar atendendo também o parceiro, o marido (...) auxiliar pra que se busque algo que seja mais harmonioso para ela.”

A percepção que os profissionais têm dos diferentes arranjos é importante, uma vez que isso determina a sua atuação nas famílias. Posturas preconceituosas certamente resultam em práticas ineficazes. Não significa que determinada dinâmica ou tipo de família necessite da aprovação do profissional da saúde, mas que este adote uma postura de relativização para melhor entender esta dinâmica e conseqüentemente realizar práticas em saúde mais satisfatórias. As falas estão de acordo com a afirmação de Neder (2002), na medida em que procuram respeitar as diferenças familiares, evitando paradigmas de família regular x família irregular, responsável, muitas vezes, pelos preconceitos que produzem a displicência e o descaso no atendimento médico. É importante ter presente que vários são os elementos que permeiam a relação dos profissionais e as famílias. Szymanski (2003) destaca que, no trabalho com famílias, é importante considerar que elas têm sua “cultura” própria, seus códigos, suas regras, seus ritos e seus jogos em um contexto de emoções entrelaçadas. Por sua vez, cada profissional tem internalizado o seu próprio modelo de família que acaba por nortear o seu modo de vida familiar. Além disso, os profissionais da saúde também desenvolvem uma “cultura própria”. De acordo com Helman (2003), existem as subculturas profissionais, como, por exemplo, a medicina e a enfermagem, formando grupos à parte, com seus próprios conceitos, suas regras e sua organização social. Esses profissionais, segundo o autor, sofrem uma forma de endoculturação ao adquirir gradualmente a “cultura” da carreira que escolheram, assumindo uma forma, uma perspectiva de vida bastante diferente daquelas dos leigos da profissão, e isso pode interferir tanto na assistência à saúde quanto na relação com o paciente, neste caso, a família. Diante dos aspectos mencionados, torna-se necessário lembrar as considerações de

Takashima (2002), salientando que o encontro entre famílias e profissionais supõe aceitação, abertura de espaço e comunicação.

1.5.1.4 Significado antropológico de família

A última categoria deste grupo refere-se ao entendimento de família, por parte dos participantes, que consideram a família união, suporte, proteção, segurança, sustentação, raízes: *“Dá segurança, uma sustentação pra vida, uma direção, eu acho que é tudo!”*; *“ ... Eu acho que a família seria uma união, né?...”*; *“...Porque família pra eles é o suporte(...), proteção né? (...). Eles se sentem protegidos...”*

Entendem, ainda, a família como um espaço de escuta, de respeito, de divisão de responsabilidades e de compartilhar momentos bons e ruins: *“...família é alguém que escuta. Pra dividir os momentos bons e ruins (...) quando tu também encontra alguém que te escute”*.

As falas remetem ao sentido antropológico da família, na medida em que aborda aspectos que propiciam um espaço para garantir a proteção, a sobrevivência, e o desenvolvimento integral de seus membros. Vasconcelos (2001), quando descreve o significado da família para a classe trabalhadora, afirma que ela é a realização de um modo de vida; se, nos espaços públicos, o trabalhador é um indivíduo sem identidade própria, é na família que ele experimenta uma vivência de coletividade e de liberdade. Segundo o autor, “Em família se possui uma estratégia de sobrevivência para o presente, se constrói um projeto para o futuro e se avalia o que foi o passado” (p.163). O ser humano é um ser gregário, e o grupo familiar é o primeiro grupo de pertencimento do indivíduo e, ao mesmo tempo que propicia a vivência de coletividade, oportuniza também a construção da individualidade. Osório (2002) destaca que a função biológica e a função psicossocial da família estão associadas, pois, se a finalidade biológica de conservar a espécie está na origem da formação da família, é possível dizer-se também que a família é um grupo especializado na construção de pessoas com vínculos peculiares e que se constitui na célula primordial de toda e qualquer cultura.

O desenvolvimento do vínculo propicia que o grupo familiar suporte os eventos que fazem parte do ciclo vital da família, prazerosos e não-prazerosos.

“...por mais que sei lá, a família daquela pessoa seja desestruturada e não seja a politicamente correta, o pai, a mãe, cachorro, papagaio, irmão (...) Eu acho que família é isso, pessoas que conseguem se organizar de uma forma adequada, viverem bem, se amarem, né, dividir as dificuldades, pra passar das dificuldades duma forma equilibrada, né, família é isso, é vínculo...”

Portanto, constata-se que independente de como a família está organizada, ela continua desempenhando um papel de proteção e de pertencimento e atendendo às necessidades primordiais de seus membros.

1.5.2 Família Saudável

Agora passaremos a descrever as categorias temáticas pertencentes ao segundo grupo de categorias. Este grupo examina o que os profissionais entendem ou consideram ser uma *família saudável*. Foi analisado ainda como eles conduzem o trabalho com estas famílias e seus questionamentos sobre o limite de suas competências em tratá-las. Os relatos referentes a este tema foram agrupados em três categorias: *o que é família saudável, modo de abordagem da família e, até onde vai a competência do profissional em tratar as questões familiares*. Este tema foi investigado por meio de questões, como O que entendem por família saudável? Entre os diferentes tipos de família, quais os que vocês mais encontram dificuldades?, entre outras.

1.5.2.1 O que é família saudável?

Este item trata de entender o que os participantes do estudo consideram ser uma família saudável. Eles dizem ser aquelas famílias que tomam iniciativas, que buscam soluções:

“Família saudável geralmente são as famílias boas de trabalhar (risadas), aquelas famílias que têm uma certa resiliência ...que tenham uma estrutura pra buscar a sua saúde, pra melhorar, pra manejar coisas mais básicas (...). Ideal não existe, cada família tem seus problemas, todas elas, as nossas têm, mas assim essas são saudáveis, que têm uma estrutura, que têm valores também...”

“Eu acharia assim que família saudável, seria pra mim a família que busca soluções, que sabe buscar soluções...”

Referem-se também àquelas que se unem em função da doença e, mesmo sem condições materiais, encontram uma forma para enfrentá-la:

“...e eles fizeram no meio da sala fizeram um quarto dele, na melhor peça da casa fizeram um quarto, botaram cortininha, botaram uma cama hospitalar (...) a família toda assumiu em torno de uma doença que aconteceu, mas dá pra considerar saudável porque nenhum deles tá queixoso, de estar cansado, de estar passando as noites em claro...”

São consideradas também, como família saudável, aquelas que estão num contexto material e físico favorável: situação socioeconômica, saneamento etc. Entendem que, para ser uma família saudável, independe de como ela está organizada, ou seja, se é uma família nuclear, ou monoparental, ou extensa, ou homossexual, o que importa é o viver bem e ajudar-se mutuamente:

“Eu acho que são pessoas que vivem bem, bem em paz, e se ajudando mutuamente (...) é muito melhor uma criança ser criada por um casal homossexual do que por um pai e uma mãe que se matam...”;

“... não interessa se tem pai, se tem, se a figura do pai não está, ou a figura da mãe não está, se eles conseguiram se reorganizar, se vivem bem, vivem numa situação saudável psicologicamente, fisicamente, tem uma estrutura boa de saneamento, de enfim...”

Este tema representa um ponto importante para o Programa de Saúde da Família, considerando que “a família constitui talvez, o contexto social mais importante onde a doença ocorre e é resolvida. Ela atua, por conseqüência, como

unidade primária na saúde e no cuidado de seus membros” (LITMAN apud ENSEN, 1994):

Além disso, segundo Elsen (1994) um dos desafios que o profissional da saúde enfrenta ao cuidar da família é a controvérsia “a saúde da família significa a soma da saúde dos indivíduos que a compõem ou, a família também é possuidora de um ‘estado de saúde’ que pode ser identificado, diferente da saúde de seus membros?” (p. 65). A autora salienta que ter um posicionamento sobre esta questão é importante para o profissional da saúde já que depende disso a sua intervenção nas famílias.

Por meio de uma revisão sobre o tema e da prática com famílias, os membros do GAPEFAM – Grupo da Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família da UFSC de Florianópolis elaboraram a seguinte definição de família saudável:

Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e a pessoas significativas... (ELSEN et al. apud ELSSEN, 1994, p.67-8).

Trata-se de um conceito amplo, que abrange várias dimensões da vida do indivíduo em relação, descrevendo recursos necessários para se alcançar a saúde. Esta idéia está de acordo com o próprio conceito de saúde que é debatido atualmente a fim de entender-se a saúde como resultante/dependente de vários elementos. Nessa direção, Ribeiro (2004) acrescenta que “a assistência em saúde da família requer enfoque multidimensional do ser e viver família, em sua interface com o processo de saúde/doença e concretiza-se nos diversos ambientes por onde ela transita e em sua cotidianidade” (p.663).

Nas respostas, surge também o oposto da família saudável. São as famílias “problemáticas”, as famílias que não buscam se ajudar, as famílias “doentes”, estas

características, segundo os profissionais, são passadas de geração para geração e são consideradas famílias difíceis de trabalhar.

“... não param no emprego, tem adições (...), vai somando problemas, já não têm uma estrutura, e geralmente são famílias que consultam muito, sempre tão na unidade (...) são coisas repetidas...”

“... tem aquela família em que todos são doentes, aquela é a pior família que tem para se tratar, às vezes nem falta recurso, não é um bem, mas toda a família é doente. Cada um que chega e se aborda com eles o problema é o mesmo, mas tu não consegues assim juntar o erro porque são psicossomáticos e é uma coisa difícil...”

Estas seriam as “famílias doentes”, consideradas como aquela que tem diminuição ou ausência de reservas físicas, psíquicas socioculturais e de ambiente físico, impedindo normatizar sua vida diante de uma dificuldade ou de um fato novo (BOEHS,1994).

Essas famílias que vivem situações de crise colocam em risco a vida de seus membros. Vasconcelos (2001) aponta alguns indicadores destas situações que são semelhantes as citadas pelos participantes deste estudo. Para o autor, estas famílias necessitam “de visitas e estudos para melhor caracterizar a situação e verificar a necessidade de apoio sistemático que se centra na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.” (p. 167)

A família saudável, portanto, não se resume à ausência de doenças, até porque, a presença de um ou mais indivíduos doentes não significa que a família não possa ser considerada saudável. O seu estado saudável está na busca da reorganização diante da doença.

1.5.2.2 Modo de abordagem da família

Nesta categoria, examinou-se como os participantes da pesquisa lidam com estas famílias em suas práticas cotidianas. Nos seus depoimentos, prevalece a idéia

de trabalhar toda a família, procurando conhecer a estrutura familiar, saber quem é o suporte, a “cabeça” da família.

“...ver quem é o suporte principal dessa família. Em cima deste suporte você tem que trabalhar o resto dessa família (...). Consegui um vínculo com aquela família (...), conhecer a estrutura familiar. Tem que discutir em reuniões de equipe pra ver onde é que a gente pode agir...”

Procura-se não tomar partido de algum membro da família e tentar trabalhar a relação entre eles. Tenta-se conseguir um vínculo com a família. No caso de algum conflito ou dificuldade em abordá-la, prorroga-se a intervenção até que possa ser pensada, em equipe, uma forma mais adequada de intervenção:

“... daí a gente vai tateando, às vezes, a gente prorroga a outra reunião, não pra semana que vem, mas pra daqui a 15 dias pra poder pensar... A gente deixa de molho um mês... Opa! agora vamos falar.”

Os relatos demonstram posturas que estão de acordo com as premissas do PSF, trabalhar o indivíduo em relação. Na estratégia de lidar com as famílias considera-se que deve estar presente o que Elsen (1994) chama de cuidar de quem cuida, pois

ao se reconhecer que ela [família] assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e, mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidar/curar. O cuidar da família como unidade básica de saúde exige ainda o conhecer como esta família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças, para que o profissional possa assistir a família a atuar de forma a atender às necessidades de seus membros. Este compartilhamento de responsabilidades é um caminho difícil para o profissional acostumado a “decidir o que precisa ser identificado, feito, orientado e avaliado” (p. 72).

No entanto, deve-se ter o cuidado para não atribuir à família uma missão que ultrapasse as suas possibilidades. Ribeiro (2004) aponta diversos tipos de abordagens à família pelo PSF entre as quais cabe destacar a abordagem família/indivíduo/domicílio, salientando que nela se espera muito quanto a papéis, deveres, responsabilidades da família e a educação em saúde para o tratamento e

cuidados do paciente. A exaustão e os efeitos nocivos dessa condição a que a família é submetida, nem sempre são percebidos ou considerados.

Ribeiro (2004) problematiza, destacando que muitas são as abordagens às famílias adotadas pelo PSF, e “que, por não dialogarem entre si ou não se complementarem, acabam por compor um quadro de diversidades/parcialidades, produzindo a questão conseqüente: como alcançar a integralidade do cuidado se quem será cuidado não está suficientemente identificado?” (p.663). Isso aponta para a necessidade de reconhecer o contexto familiar, seus recursos e limitações, como fator decisivo para uma abordagem adequada; e não repassar para a família atribuições que não são dela.

1.5.2.3 Até aonde vai a competência do profissional em tratar as questões familiares

O último tema deste grupo refere-se ao questionamento por parte dos profissionais do PSF devido à abrangência das questões familiares. Eles se interrogam sobre a capacitação e competência em atender uma demanda que vai desde as questões mais elementares de saúde até problemas de relacionamento de casais:

“... as famílias tão querendo delegar pra nós a educação e algumas responsabilidades, tentam nos empurrá de qualquer jeito, e isso é difícil a gente cair fora...”

“... Mas eu acho que compete a nós, sim C., só que nós não estamos preparados pra isso.” “Mas se a doença chega ocasionada por isso então nos compete.”

Referiram-se também sobre a necessidade de haver profissionais de outras áreas como assistente social e psicólogo para auxiliar no atendimento às famílias:

“... E a agente acaba fazendo o que não é da nossa alçada, seria da assistente social. Então tem ainda o nosso lado. Acho que concordam, a gente faz bastante na parte da assistência social e não só na parte de enfermagem.”

“...a gente não suporta tanta coisa também, não tem assistente social, não tem psicóloga, não tem, entende? (...) Tem coisas que não são da tua competência e que surge ali e que tu tem que dar um jeito, né. E isso é muito complicado interiormente.”

“... a gente deveria ter uma equipe, interdisciplinar, multiprofissional (...) do ponto de vista ideal pra tentar manejar de forma mais leve, a consegui administrar de forma mais leve, sofrer menos (...) nem vou contar, senão vou chorar aqui.”

Discutem também a dificuldade das famílias em resolver seus problemas e a tentativa de empurrá-los para a equipe de saúde:

“...o povo ta empurrando pra nós responsabilidade deles (...). Cada vez eles tentam e nós assumimos mais responsabilidade e quando a gente diz não, eles ficam brabo.”

Outra questão debatida é a educação em saúde e o que isso abrange. Constatamos também, pelos relatos, o sentimento de desamparo e impotência diante dos desafios trazidos pelas diferentes configurações familiares:

“... tem que abraçar todos os problemas das famílias, e quem abraça os nossos? Quem abraça para onde nós temos que ir?”

“... pra mim foi um impacto, que eu fui educado, assim pra na minha profissão, para atender pessoas doentes e hoje quando tu vê tu te encontra assim com toda essa configuração...”

“...Nossa função é de educação em saúde, né. Agora eu não posso resolver o problema que ela não tem onde deixar o filho...” ‘

Conforme Marsiglia (2005), as equipes de saúde da família, vêm sendo preparadas para desenvolver novas habilidades e atitudes que facilitem a formação de vínculos com as famílias que atendem, porém, pouco ainda se faz para preparar os profissionais para as abordagens de família, como se isso fosse decorrente de um talento inato de cada um ou das experiências pessoais, ou, ainda, que a questão não fosse objeto de conhecimento especializado.

Embora considerando a importância da presença de integrantes de outras áreas nas equipes de PSF, devemos questionar

se as exigências que se fazem hoje para os profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família não estejam a apontar para a necessidade de constituição de novas especialidades no interior das profissões da área da saúde (MARSIGLIA, 2005, p.173).

Esta relação da família/comunidade com a equipe de saúde pode estar baseada no antigo modelo de relação médico/paciente em que o médico, considerado o único detentor do saber, era quem determinava o que deveria ser feito para o bem-estar do paciente, e este, por sua vez, se colocava nas “mãos” do médico, aceitando passivamente as determinações médicas. Para reverter isso é necessário incluir a família na participação ativa do processo de busca de seu bem-estar. Essa inclusão está dentro da perspectiva da educação em saúde. Quanto a isso Vasconcelos (2001) enfatiza que a educação popular em saúde procura superar mecanismos estranhados na assistência à saúde oficial, como, por exemplo: o biologicismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo ao saber e à iniciativa do doente e familiares e a imposição de soluções técnicas para problemas sociais. O autor destaca a importância de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares e que a valorização do saber popular permite que o educando se sinta “em casa” e mantenha sua iniciativa.

Portanto, compreender como a família está estruturada, como se comporta, que dinâmica assume, seus costumes que reflete o aspecto cultural de cada família e da comunidade onde está inserida, é importante para definir ações de saúde que sejam eficazes. Levar em conta as várias possibilidades de organizações familiares no momento de pensar a promoção, a prevenção e a restauração da saúde pode trazer resultados positivos para a saúde da comunidade, o que é o objetivo do PSF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independentemente das diversas configurações, a família continua sendo um espaço de proteção e de pertencimento. A família propicia o desenvolvimento integral de seus membros, além da função de reprodução e preservação da espécie. É nela que o indivíduo desenvolve suas capacidades, no âmbito intelectual, cognitivo, afetivo. Nela, o indivíduo, aprende valores, costumes e regras vigentes na sociedade em que está inserido. É um campo propício de iniciação ao exercício da cidadania. Além disso, ela agrega todos os segmentos da sociedade considerados vulneráveis, mulheres, crianças, adolescentes, idosos. Portanto, políticas convergentes à família representam um avanço no que concerne à estratégia em alcançar o bem-estar dos indivíduos.

A família, porém, não deve assumir papéis que estão fora de suas competências, ou seja, o Estado não pode relegar a ela responsabilidades que são dele. Ainda é carente o apoio à família do doente. Deve-se ter o cuidado para que a premissa do compartilhamento de responsabilidades, entre família e equipe de saúde, não sobrecarregue a família, que, muitas vezes, se encontra esgotada em seus recursos materiais e emocionais.

Os profissionais sofrem algumas inquietações diante da demanda de responsabilidades que fogem à sua capacidade. Portanto, o “cuidar de quem cuida” deve referir-se à assistência às famílias no atendimento das necessidades de seus integrantes e também na atenção aos profissionais da saúde no atendimento às

famílias. Estes encontram-se, muitas vezes, esmagados entre as exigências legais (nº de famílias, nº de consultas...) e a demanda das famílias.

Contudo, diante da multiplicidade de configurações familiares descritas, os profissionais relatam disposição em aprender a lidar com esta realidade, independente se está ou não de acordo com o seu modelo de vida familiar. Tentam adequar o tratamento conforme as necessidades específicas de cada arranjo familiar.

Descrevem características do que consideram ser uma família saudável, destacando a capacidade de a família se organizar e buscar soluções para as situações que causam desequilíbrio, independentemente de como está organizada; apontando para o que podemos chamar de indicadores de família saudável presentes no conceito do GAFEPAN. Denominam também o que consideram família não-saudável, remetendo-se àquelas sem recursos para enfrentar dificuldades e as difíceis de tratar.

Diante da complexidade da demanda atendida pelo PSF, outras habilidades e atitudes precisam ser desenvolvidas. A formação do profissional da saúde deve capacitá-los para o novo modelo de assistência à saúde, com ênfase não mais no atendimento das necessidades físicas (doença) dos pacientes, e sim em todas as dimensões que envolvem o indivíduo e o processo saúde/doença. Perante esta problemática, destaca-se o apoio do Ministério da Saúde às iniciativas de realização de cursos de especialização em Saúde da Família e da Comunidade em alguns municípios.

Seria interessante em uma investigação posterior, desenvolver temas sobre quais seriam os indicadores de uma família saudável e definir o que é uma consulta familiar, o que deveria estar presente nesse tipo de consulta. A clareza destas questões facilitaria a abordagem às famílias.

REFERÊNCIAS

BOEHS, Astrid Eggert. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: PENNA, C.M.M. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: PENNA, C.M.M. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Traduzido por Sandra Netz. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MARSIGLIA, Regina M.G. Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2005.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2002.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latini-Am**.

SARTI, Cynthia A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M.C.B. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003.

SZYMANSKI, Heloísa. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M.C.B. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003.

TAKASHIMA, Geney M.K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis, uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: _____. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.