

A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família

Family dynamics under the view of the Family Health Strategy professional

Ananda Beerenwinkel¹, Alexandre Lins Keusen²

RESUMO A efetivação da Atenção Básica exige a superação das práticas exclusivamente voltadas para a doença e para o cuidado individual, com vistas ao incremento de ações interdisciplinares e integrais destinadas ao cuidado familiar e coletivo. Este estudo objetivou investigar o grau de atenção que, em suas práticas, os profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, na cidade do Rio de Janeiro, dedicam às dinâmicas relacionais das famílias. A realização de entrevistas semiestruturadas e de imersões nos seus ambientes de trabalho permitiu a coleta de informações, que foram tratadas por meio da técnica de análise do discurso. Os resultados apontam para uma compreensão limitada desses profissionais no tocante às dinâmicas familiares.

PALAVRAS-CHAVE Estratégia Saúde da Família; Dinâmicas familiares; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT *The effectiveness of primary care requires a replacement of practices exclusively focused on disease and individual care by interdisciplinary and comprehensive activities aiming at the family and collective care. This study intended to investigate the degree of concern shown, in their practices, by a professional staff of the Family Health Program in the city of Rio de Janeiro as to the relational dynamics of families. The use of semi-structured interviews and immersion in their work environments allowed the collection of information, which were treated with the technique of discourse analysis. The results indicate a limited understanding of these professionals as regards family dynamics.*

KEYWORDS *Family Health Strategy; Family dynamics; Community health worker.*

¹ Especialista em Terapia de Família pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ananda.psi@hotmail.com

² Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenador do Curso de Especialização em Terapia de Família do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
keusen@globo.com

Introdução

A configuração da Atenção Básica como a política do Ministério da Saúde para reorganização do sistema de saúde elege o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para efetivá-la, a partir de meados da década de 1990 (BRASIL, 2006A).

O PSF surgiu como resultado de pressões internas e externas ao governo. Internamente, decorreu do reconhecimento consensual de dificuldades da transformação da atenção primária, figurando como uma resposta às necessidades de uma atenção integral que abrangesse o indivíduo, a comunidade e a participação popular. Em âmbito externo, resultou de pressões de organismos internacionais, como, por exemplo, o Banco Mundial, de acordo com Cunha (2005).

Apesar da consolidação do PSF como estratégia estruturante da Atenção Básica no Brasil, de início, ele ainda colocava-se no polo claramente preventivo e programático. Contudo, ao perceber a expansão do Programa, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, erigindo o PSF a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica, que seria primordialmente ancorada na viabilização do acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006B).

Assim, a unidade de saúde da família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, ou seja, como o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e a contrarreferência para os diferentes níveis do sistema. É uma unidade pública de saúde destinada à realização de uma atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, substituindo, assim, as práticas convencionais, predominantemente

curativas, pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Campos (2003), a vigilância da saúde consiste em um esforço (metodológico e prático) para integrar a atuação do setor da saúde às várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente sob o ponto de vista da sua determinação social. Ao buscar desenvolver uma visão que se pretende mais totalizadora, assim como novas propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, a vigilância da saúde torna-se um eixo reestruturante do modo de atuação em saúde (CAMPOS, 2003). Propondo um modelo integrado de análise e enfrentamento dos problemas de saúde – considerando os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários correlatos e os desdobramentos, em termos de doença –, esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos no surgimento, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Para tanto, considera o envolvimento de todos os setores inseridos na realidade abordada, enxergando o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo. A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa, ou seja, o trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim, problemas e prioridades podem ser definidos a partir de cada situação específica e dos recursos disponíveis para o atendimento às necessidades de saúde da comunidade.

O território, segundo Campos (2003), é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, e abrange ainda as relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o saber preexistente de tais populações. Como parte integrante do meio ambiente, esses núcleos sociais dispõem de culturas próprias, e de concepções sobre saúde e doença, família, sociedade, etc.

Assim, as atuações no território permitem o reconhecimento das particularidades e

potencialidades que este tem a oferecer. Os dados epidemiológicos possibilitam a adoção de estratégias voltadas especificamente à população estudada. Por meio da constatação da vulnerabilidade local, a equipe de saúde pode criar ações de promoção e prevenção de saúde, a fim de aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos e grupos, o que pode ser feito com o auxílio de um diagnóstico situacional.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta um potencial de atuação não apenas na unidade, mas também no espaço social onde a comunidade vive e circula, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população. Para viabilizar tal objetivo, o trabalho da equipe da ESF deve ser norteado por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença, e articulada ao contexto familiar e cultural. Só assim, de acordo com Dimenstein (2009), ela poderá intervir em fatores de risco aos quais a comunidade esteja exposta, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando também agir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde, e que gerem efeitos sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

Nesta nova proposta de constituição de uma rede de caráter substitutivo e abrangente de cuidados, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são peças fundamentais, especialmente porque são eles que fazem o cadastramento e acompanhamento, por meio de visitas domiciliares, de todas as famílias e indivíduos do território sob sua responsabilidade. Eles são os profissionais que residem na área onde atuam, e que devem estar em contato permanente com as famílias, orientando-as acerca da utilização dos serviços de saúde disponíveis.

O Ministério da Saúde se refere ao ACS como aquele que liga a equipe à comunidade, já que este tem, dentre as suas atribuições específicas, de “desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe

de saúde e a população” (BRASIL, 2006B, P. 43). De fato, o trabalho da equipe da saúde da família se funda na permanente comunicação e intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e o saber popular dos ACS, na medida em que estes agem na comunidade com saberes da equipe e na equipe com informações da comunidade. Sendo, aqueles que promovem um elo cultural do SUS com a população, seu contato permanente com as famílias facilitaria, assim, o trabalho de vigilância e promoção da saúde em todo o País.

Neste quesito, vale lembrar que a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. Campos (2003) aponta que, para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo, faz-se necessário definir as possibilidades de cada ator social e de todos para a superação das dificuldades, estabelecer compromissos e pactuá-los politicamente. Como, segundo Campos (2003), pacto pressupõe um diálogo entre atores que se disponham a reconhecer a força uns dos outros, uma relação em que se busca o domínio e a imposição de um ator sobre o outro não pode encontrar espaço nessa nova configuração.

Isso é muito importante porque, na consolidação da Atenção Básica por meio da ESF, o modelo domiciliar ressurgiu como estratégia do desenvolvimento de mudanças capazes de viabilizar um cuidado singular no espaço social em que esta se insere, exigindo, contudo, que a abordagem das pessoas, famílias e comunidades em seus domicílios e território seja calcada em um posicionamento profissional ético e respeitoso.

Passando a considerar o contexto onde vivem as pessoas e famílias, a atenção domiciliar constitui, como apontam Giacomozzi e Lacerda (2006), uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde não só no local onde vivem as pessoas, mas também no espaço onde elas se

relacionam e interagem, o que exige o reconhecimento e a preservação dos seus valores socioculturais.

As equipes da ESF, em sua composição mínima (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis Agentes Comunitários de Saúde), apresentam um potencial de resolução de 80% dos casos de saúde das pessoas sob sua responsabilidade (BRASIL, 2007). Cada equipe, encarregada de atender, no mínimo, 2.400 e, no máximo, 4.500 pessoas, tem a incumbência de conhecer a família ao longo do tempo, assim como a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de seus membros (BRASIL, 2008). Isto coloca a ESF em um lugar privilegiado de cuidado, embora exija um complexo nível de produção deste cuidado.

Os profissionais de saúde que podem encorajar os familiares a entenderem o desenvolvimento e percurso trilhado por sua família e redes, dentro da comunidade e ao longo do tempo, são os mesmos que irão convocá-los a perceberem sua participação no processo saúde-doença. Assim, as ações no território devem ser empreendidas a partir do diálogo e do intercâmbio de conhecimentos, o que possibilita a construção de vínculos mais fortes, como apontam Merhy e Feuerwerker (2007), onde a dimensão cuidadora do trabalho em saúde respeite e interaja com os projetos de cuidado implementados pelas próprias famílias, corresponsáveis nas ações em saúde.

De acordo com essa inovadora proposta, e dadas as atribuições dos profissionais na ESF e suas especificidades, torna-se relevante saber a forma como os atores envolvidos na promoção da saúde da família olham para suas dinâmicas, e quais os significados que constroem sobre elas, levando em consideração que dinâmicas familiares comportam uma série de configurações de funcionamento, formas de relacionamento e estruturas familiares, que estão em constantes transformações, tais como, por exemplo, uniões, rupturas, desagregações, reaproximações,

afastamentos etc.

Assim, esse estudo teve por objetivo investigar se os profissionais de uma determinada equipe da ESF, implantada há 3 anos em um Centro Municipal de Saúde (CMS), da cidade do Rio de Janeiro – caracterizado como unidade B, por oferecer serviços de Atenção Básica ainda de acordo com a rede de Atenção Básica tradicional, em conjunto com a atual proposta da ESF –, olham e procuram abranger, em sua rotina profissional, as dinâmicas relacionais das famílias pelas quais são responsáveis.

Para isso, buscamos apreender o conceito de dinâmicas familiares para os profissionais, assim como o seu sentido de responsabilidade quando da sua intervenção em tais dinâmicas, na realização de seus trabalhos. Em outras palavras, perquirimos quais as respostas interventivas que os profissionais direcionam às famílias sob suas responsabilidades. Buscamos ainda visualizar as relações estabelecidas pelos profissionais nos seus trabalhos, assim como o grau de repercussão dessas relações na sua percepção sobre as dinâmicas relacionais e familiares.

Vale ressaltar, por fim que, partindo de uma visão construtivista, a investigação ora empreendida não buscou a compreensão de uma determinada realidade como um objeto a ser empiricamente analisado para, então, chegar-se ao desenvolvimento de generalizações sobre o todo. Entendendo que o conhecimento adquirido em pesquisas, em vez de gerar verdades definitivas ou explicações causais, pode produzir compreensões de movimentos, que engendram novas reflexões, interferindo e produzindo novas realidades, ressaltamos que esse artigo constitui um recorte, a saber, apenas uma parte das experiências vividas em uma situação de pesquisa e que, embora o discurso jamais possa abranger toda a riqueza dessas experiências, como apontam White e Epston (APUD RASERA; JAPUR, 2004), optamos, ainda assim, por reproduzir algumas frases proferidas pelos participantes, com vistas a exemplificar o

caminho metodológico utilizado na análise realizada.

Métodos

Para alcançar tal objetivo, foram realizadas, entre os meses de novembro de 2013 e janeiro de 2014, imersões no ambiente de trabalho destes profissionais, para a confecção de um diário de campo, a partir da técnica de observação participante e, em seguida, entrevistas semiestruturadas. Observamos, assim, desde o trabalho e as interações dos profissionais entre si, e com as famílias e indivíduos; reuniões de equipes; rodas comunitárias e consultas de matriciamento, até visitas domiciliares, ou seja, a rotina de trabalho em uma equipe da ESF.

Participantes

A proposta de pesquisa foi apresentada durante a reunião mensal da ESF estudada, em setembro de 2013, quando alguns dos profissionais (mais especificamente três ACS de uma mesma equipe) se inscreveram como voluntários no estudo. Devido às questões relacionadas aos trâmites para a realização da pesquisa segundo os ditames do Comitê de Ética, o tempo se esvaia, tornando improvável alcançar o objetivo de acompanhar e entrevistar profissionais de três equipes diferentes. Optou-se, então, por focar em uma única equipe e em alguns outros profissionais que com ela se relacionavam, na qualidade de matriciadores e gestores, e que foram aleatoriamente observados e convidados a participarem da pesquisa. Assim, compõem a amostra desse estudo doze profissionais: sete ACS, dois médicos, dois enfermeiros e um técnico de enfermagem. Dentre eles, apenas um profissional da área de medicina não fazia parte da ESF. Este era funcionário do CMS e contribuía para o trabalho da ESF sob a forma de consultas

de matriciamento. Apenas o técnico de enfermagem e três ACS foram acompanhados em Visitas Domiciliares (VDs). Estes profissionais, um médico e um profissional de enfermagem, faziam parte da mesma equipe, de forma que foi possível abranger 75% dos profissionais desta equipe, tendo sido excluídos apenas dois ACS, em férias naquela ocasião. Todos os participantes assinaram Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (um deles referente à autorização para a observação de seus trabalhos, e outro relativo à sua participação nas entrevistas). Os profissionais da mesma equipe que participaram das entrevistas foram assim identificados: ENF (Enfermeira) e MED (médico), e AC1; AC2; AC3 (para os três ACS) e TE (Técnico de Enfermagem), que participaram das entrevistas e também foram acompanhados nas VDs. Os demais participantes são apenas citados de acordo com suas ocupações na ESF.

Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tratados à luz da metodologia de análise do discurso, por tratar-se de uma técnica que transcende a mera análise textual, possibilitando uma análise contextual. De acordo com Gondim e Fischer (2009), ela torna possível visualizar as construções ideológicas presentes na narrativa, pois o discurso é uma construção linguística atrelada ao contexto social no qual o texto é desenvolvido. Vale dizer que esta técnica permite visualizar a forma como as ideologias presentes em um discurso são diretamente determinadas pelo contexto sociopolítico em que vive o seu autor, podendo, assim, ser reveladora das contradições dialógicas das múltiplas vozes sociais que se encontram entrecortadas nas falas daquele que se expressa (GONDIM; FISCHER, 2009).

Ainda de acordo com Fischer (APUD GONDIM; FISCHER, 2009), a análise do discurso reconhece a dubiedade de sentido de uma mesma

palavra ou construção linguística, e faz aparecer e desaparecer as contradições dialéticas, dando acesso aos sentidos produzidos pela inscrição tridimensional do discurso (linguagem, história e ideologia) e pela implicação dos sujeitos envolvidos.

Sendo assim, face aos objetivos da pesquisa e buscando um mapeamento das regularidades do processo de produção discursiva, foram construídas montagens discursivas que, longe de expressarem uma exaustão temática do discurso dos participantes, serviram apenas para problematizar as concepções dos profissionais no contexto da ESF, relacionadas às dinâmicas familiares. Tais montagens discursivas foram criadas a partir das respostas dos profissionais entrevistados e da observação de seus trabalhos por parte dos pesquisadores. Em conjunto, elas serviram como um dispositivo analítico, que conecta as concepções dos profissionais e as práticas que aplicam às famílias, seja no contexto social, político, histórico e ideológico apresentado pelo centro de saúde, seja na comunidade onde eles atuam, na casa e no trabalho das pessoas envolvidas na produção de sentidos e cuidados em saúde.

Resultados e discussão

Já por ocasião da apresentação da proposta de pesquisa, os profissionais voluntários (os ACS) que, curiosamente, se encontravam nos fundos da sala, demonstraram expectativas quanto ao acompanhamento de seus trabalhos, tecendo comentários sobre quais as famílias seria interessante visitar, já que, de acordo com um deles, *“famílias sem problemas não compensam a visita de um especialista”*.

A equipe da ESF estudada se insere em um Centro Municipal de Saúde (CMS). Assim sendo, este CMS, categorizado como unidade mista, dispõe de duas modalidades de atenção: uma ainda centrada na figura do médico, com cada especialidade trabalhando

separadamente e com ações voltadas predominantemente à recuperação da saúde; e a da ESF, onde o trabalho pretende-se multidisciplinar, desprovido de hierarquia e cuja ênfase recaia na promoção da saúde. Como a ESF tem, no trabalho em equipe, seu grande trunfo, já que, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), deve tratar-se de uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver atividades que substituam as práticas puramente curativas, é por ela que vamos começar.

Dentro da sua equipe, os profissionais têm que lidar com as diferenças e pactuar uma forma de trabalho que funcione para todos: *“Na equipe é nosso momento de lavar roupa suja. E também de fazer todo mundo caminhar no mesmo sentido”* (MED). Ao profissional cabe, assim, o desafio de lidar com os diversos vínculos e relações que estabelece, sem perder de vista o cuidado em saúde.

Obviamente que a inadequação de uma estrutura física, e a falta de salas de atendimento e de materiais (citados pela enfermeira da equipe), aliadas a uma grande demanda por serviços, a uma rede de saúde pouco eficiente, assim como às cobranças e às exigências dificultam as práticas dos profissionais e das equipes na ESF, podendo também auxiliar na disseminação da insatisfação dos trabalhadores. Mas parece que são as relações no ambiente de trabalho que podem torná-los tanto mais simples quanto mais complexos. Em um lugar cujo objetivo consiste na produção do cuidado e da saúde, é interessante observar a não produção destes por seus próprios agentes, como aponta a AC1, quando disse que ali (no seu trabalho) ninguém se importava (com os problemas dos cuidadores): *“Não existe cuidado com o cuidador. Várias vezes já vim trabalhar doente”* (AC1). O grau de satisfação no trabalho parece estar, assim, diretamente ligado às relações estabelecidas: *“Precisa melhorar a relação do ambiente de trabalho, diminuir a pressão, levar mais em consideração os nossos problemas, escutar mais a gente”* (AC3).

Apesar disso, quando questionados sobre as medidas por eles tomadas para a solução de questões que consideram difíceis, todos os profissionais responderam: *“levando o caso para a equipe”*. Assim, é possível supor que o trabalho em equipe para esses profissionais seja uma referência com relação às demandas e dificuldades que surgem em sua rotina profissional, mas que eles talvez não considerem viáveis, para a mesma equipe, a promoção de um espaço de diálogo e a co-construção de sentidos para suas próprias dificuldades.

Sobre a interação dos profissionais na ESF, que também pode repercutir no trabalho que prestam às famílias, a visão dos profissionais desta equipe é que as próprias equipes da ESF não dialogam entre si e nem com os profissionais do CMS, tendo sido constatada a existência de uma forma de corporativismo; em outras palavras, acreditam que haja uma competitividade entre equipes e pouco espírito colaborativo.

Como CMS e ESF integram a rede pública de saúde, são estabelecidas parcerias e arranjos entre eles para uma melhor operacionalização das ações em saúde. Um desses arranjos é o matriciamento, uma forma de disseminação e compartilhamento do conhecimento em que as equipes da ESF recebem orientação e ajuda dos especialistas do CMS, ou de algum outro serviço da rede de saúde, para a resolução de situações para as quais estas não disponham de repertório. Assim, três situações podem ser problematizadas: a forma como o matriciamento é realizado; quem participa e as implicações deste formato para a ESF desse CMS. Sob a forma de consulta conjunta, o matriciamento nesta unidade é realizado por um especialista do CMS e por outro profissional da equipe da ESF, que pode ser o médico, a enfermeira ou residentes multiprofissionais (que acompanham as equipes durante dois anos).

A participação dos ACS neste processo consiste apenas em levar ao conhecimento da equipe os casos cuja solução considerem

difícil, e ela se incube de solicitar ou não uma consulta de matriciamento. Desta forma, o ACS acaba sendo excluído do processo que poderia fornecer-lhe subsídios para lidar com as dificuldades em relação às quais ele mesmo pede auxílio.

Para o profissional da categoria médica do CMS que participou da pesquisa, os ACS não participavam por não se sentirem à vontade devido ao fato de conhecerem as pessoas atendidas. Já o médico residente da ESF, embora entenda a importância dessas consultas, apontando-as até mesmo como insuficientes (porque os profissionais do CMS disponibilizam poucas horas por mês), teme pela questão do sigilo, tanto durante os matriciamentos, quanto durante as VDs e reuniões de equipe, porque *“os ACS são da comunidade, mas a gente não sabe quem é quem, nunca. Então, tem que saber o limite do que você pode falar sem que você esteja expondo os pacientes”*. No entanto, quando indagados sobre o funcionamento dos matriciamentos (havia um informativo na parede sobre o dia, a hora e o profissional responsável, embora as datas estivessem defasadas), muitos ACS, assim como outros funcionários do CMS não sabiam descrever tais eventos. A AC1, que afirmou já ter participado de alguns com a psiquiatra, destacou que, para ela, os melhores haviam sido aqueles que haviam contado com o acompanhamento nas VDs, ou seja, os realizados pelos residentes.

Contudo, a participação da enfermeira residente também não pareceu tão crucial, pois ela se limitou a verificar os casos no sistema (lançados anteriormente por ACS ou pela enfermeira da equipe) e a anotar os encaminhamentos da médica durante a consulta. Faz parte das atribuições dos profissionais de saúde alimentar o sistema com os dados das suas ações. Eles usam uma base de dados que limita as informações acessadas pelas categorias profissionais. Assim, o acesso dos gestores é maior que o dos técnicos, e que, por sua vez, supera o dos ACS.

Ainda assim, os demais profissionais

apontam os ACS como fundamentais para o conhecimento da realidade social e para o alcance dos objetivos na promoção da saúde da população: *“Os ACS ajudam muito, é possível identificar o ‘panorama social’ através deles”* (MED). Assim, a visualização do espaço físico onde as pessoas moram e o contato com a sua casa durante as visitas domiciliares possibilitam, nas palavras do médico da equipe,

encontrar subterfúgios para lidar com a agenda de saúde da família já que uma casa de 1 cômodo vai ser palco de muito mais conflitos e doença mental que uma casa de 3 ou 5 cômodos. (MED).

Segundo este profissional, na consulta em família também é possível acompanhar a dinâmica familiar: *“saber quem é o líder, quem é submisso. É bom saber quem é quem para saber em quem focar o cuidado, dar mais atenção a quem mais precisa”* (MED).

Focar o cuidado em quem mais precisa dele não é uma inovação nas ações em saúde. Mas a equipe parece estar empenhada em criar soluções que atendam às necessidades da população adscrita: *“A gente trabalha com medicina integral, com ação centrada na pessoa, não no problema. Implantamos o Acesso Avançado de Saúde. A gente atende como se fosse a UPA”* (referindo-se à Unidade de Pronto Atendimento). *“Tem horários marcados sim, mas se chegar paciente na hora que chegar, a gente atende. A diferença pra UPA é que a gente atende os nossos pacientes”* (MED). Já a ação centrada na pessoa, não no problema, pode sim ser considerada um avanço nas ações em saúde, vez que rompe com o paradigma da doença como entidade e busca privilegiar a pessoa doente, embora ainda esteja aquém da marca distintiva da ESF: o deslocamento do foco da atenção do indivíduo para a família.

A partir das entrevistas realizadas, foi possível elencar uma lista de situações que estes profissionais atribuem às dinâmicas familiares: brigas de casais e de famílias, gravidez na

adolescência, adicção em drogas, alcoolismo, doença mental, doenças crônicas, violência sexual e doméstica (também com criança); DSTs transmitidas entre parceiros, situações de baixa renda, desemprego, insalubridade das moradias, falta de higiene, falta de saneamento básico, tráfico de drogas.

Como a família é unanimemente apontada, por esses profissionais, como a base ou estrutura do ser humano e das suas relações sociais (como o médico da ESF pontuou), responsável por educar o indivíduo, apoiá-lo e proporcionar-lhe bem-estar e qualidade de vida, resta inequívoco que, na visão de tais profissionais, a família influencia sobremaneira na saúde, pois, considerada como *“célula mãe da estrutura do ser humano”* (T. E.), sua falta pressupõe que *“se você não tem a base de uma família, você não tem uma boa estrutura”* (T. E.). A influência da família sobre a saúde foi associada, assim, à ideia de que, na ausência desta, falta ao indivíduo uma estrutura, uma base sólida para se apoiar, o que, conseqüentemente, causa uma interferência negativa na sua formação e bem-estar.

Os profissionais relataram o grau de nitidez dessa falta de estrutura na comunidade onde atuam e, ainda, o comprometimento daí resultante para os seus trabalhos. Como pode ser observado na fala do médico:

Isso é o meu dia a dia de trabalho! A cada dia que passa, quanto mais eu me insiro na comunidade, eu vejo que a família tem total influência na saúde da pessoa. A pessoa quando tá com problema na família, o trabalho vai tá prejudicado. (MED).

Assim, quanto às dinâmicas familiares relacionadas à saúde, é possível visualizar dois distintos posicionamentos. O primeiro é baseado na concepção de que *“Uma família desestruturada abala a saúde da pessoa”* (ENF). E o outro na ideia de que *“Quando acontece alguma coisa com um membro da família, afeta a todos”* (AC3).

Essas duas ideias, uma de que um

problema individual desestrutura a família e a outra de que uma família desestruturada abala o indivíduo, se revelam nos discursos como representantes das concepções destes profissionais, onde dinâmicas familiares se confundem com problemas familiares, gerando repercussões sobre as intervenções realizadas.

Dentro dessa perspectiva, as dinâmicas familiares são reconhecidas primordialmente como agentes facilitadores ou complicadores do trabalho dos profissionais. Eles esperam que as famílias colaborem nos trabalhos que realizam, ou que, pelo menos, não atrapalhem:

Acho que a família pode, ao mesmo tempo, nos ajudar e nos atrapalhar. Varia, é relativo. Acho que é um ponto importante, é sempre bom englobar toda a família para resolver a situação. (AC3).

Assim, a família é convocada a ajudar na resolução de problemas sim, mas dos problemas individuais, o que ficou bem evidente na fala do técnico de enfermagem, sobre como busca solucionar as demandas das famílias:

Realizando tratamento especializado sobre determinado tema específico. Uma ação especializada a uma pessoa que afeta toda a família. Ajudando a família a criar melhores condições para o paciente. (T. E.).

Isso versa sobre uma perpetuação das ações ainda focadas no indivíduo, no portador de uma doença, sobre o qual a família funciona, se colaborativa, como meio para alcançar um objetivo, e como facilitadora, ao permitir a realização dos procedimentos profissionais necessários à cura do indivíduo.

Se as visitas domiciliares são apontadas pelos profissionais como oportunidades para o conhecimento do espaço onde vivem as famílias e suas dinâmicas, os conflitos de família aparecem como o cadinho que delimita as matérias pertinentes ao

âmbito público e aquelas ao âmbito privado. Segundo Sarti (2010), a não problematização de significados socialmente produzidos faz com que as pessoas envolvidas no processo de cuidado atuem a partir de um modelo que caracteriza seu próprio mundo cultural. Assim, a pouca ou nenhuma problematização das concepções sobre saúde/doença, problema, público/privado e família, por exemplo, pode fazer com que cada profissional proceda da forma com a qual pactua consigo mesmo ou com um grupo afim, partindo, muitas vezes, de concepções morais e idealizadas, o que, no caso da conceituação sobre família, pode estar associado à noção única e exclusiva do bem, como transparece na fala da enfermeira da equipe: *“um objetivo que todo mundo visa durante a vida, que é o de construir e ter uma família”* (ENF).

Tais concepções, de acordo com Sarti (2010), dificultam pensar o conflito como inerente às relações familiares, e impedem a construção de outros saberes provenientes da diversidade e das negociações, pois tendem à patologização de tudo o que implica em situação de conflito e ruptura nas relações (SARTI, 2010). Além disso, a imprecisão no uso de tal conceito, fruto da ausência de uma reflexão sobre as implicações de se focalizar a família como unidade de atenção leva a uma constante tendência a enxergar a família a partir de um olhar tradicional, sob a formatação pai, mãe e filhos biológicos que, se não for sagrada, ao menos consiste em um espaço avesso a grandes interferências, pois, afinal, *“tem coisas que só a família pode resolver”* (AC3). Os profissionais acreditam que haja um limite entre o que podem fazer e o desejo da família em ser ajudada, e relatam vários casos de *“pessoas que não são ajudadas porque a família não permite interferirem em seus conflitos”* e que, por isso, ficam com os *“pés atrás, pois, às vezes, a própria família não quer ser ajudada, aí não se pode fazer nada”* (AC2).

Essa ideia de até onde ir parece circular nesta equipe como um forte determinante

das ações, a partir de uma difícil delimitação entre o que é da ordem do público e o que é da ordem do privado. Assim, tudo deve ser feito para tentar ajudar, “*respeitando a privacidade, claro*”, pois “*não dá para cuidar/tratar de quem não quer ser tratado*” (MED).

Assim, partindo de concepções tradicionalmente aceitas no campo da saúde, onde se privilegia a dimensão biológica do corpo, de acordo com Scott (2004), a abordagem familiar acaba acontecendo por ciclo de vida, onde os indivíduos são divididos de acordo com sua idade e gênero (crianças até os dois anos; gestantes; idosos; hipertensos; diabéticos...) ou, então, por domicílio, como se família estivesse adstrita apenas à unidade doméstica. Como os registros dos usuários são feitos por residências, é comum que a casa se confunda com o alvo da atenção à saúde, como aponta Sarti (2010), e os profissionais acabam não atentando para o fato de que família pode incluir uma pluralidade de formatos e configurações que transcendem o núcleo doméstico, tais como redes de vizinhança e parentesco, que lhes permitiriam pensar em tais unidades como um mundo de relações.

Então, parece que chegamos ao grande desafio para os profissionais na Atenção Básica, o que inclui os profissionais e a equipe aqui estudada: ver a família como um mundo de relações dinâmicas em cujo âmbito as suas ações sejam calcadas no cuidado, não como uma intervenção pontual, mas como um processo contínuo.

Quando lhes perguntamos sobre a Roda Comunitária, por exemplo – atividade oferecida nesse CMS, e que poderia ser considerada como específica para as famílias e as questões da comunidade, auxiliando a ESF na diminuição da procura por consultas médicas e idas dos usuários ao CMS apenas com o intuito de serem ouvidos e acolhidos –, o médico disse gostar do trabalho e encaminhar alguns pacientes; porém, segundo ele, a roda acaba “*ficando na superficialidade, pois as pessoas não gostam de se abrir em grupo,*

e tem casos que precisa mesmo de terapia de família” (MED). Em outra ocasião, durante uma consulta conjunta (matriciamento), foi sugerido por outro médico que a paciente fosse encaminhada à Roda Comunitária. No entanto, a paciente, que muito falou sobre seus problemas e angústias, não compareceu às Rodas das semanas seguintes e, embora não seja possível entender o motivo, é possível supor que a participação do ACS poderia ter evitado a descontinuidade no cuidado, vez que este, por residir na mesma área, poderia incentivar a paciente à ida à atividade. No entanto, nenhum trabalhador da ESF ou do CMS sequer compareceu às três Rodas acompanhadas durante a pesquisa.

Conclusão

Vimos que a ESF parte de uma proposta de redução na fragmentação e na parcialização do cuidado, a partir do desenvolvimento de ações inovadoras na busca da promoção da saúde. Essas novas ferramentas se apoiam no vínculo, no respeito e na ética, ao eleger as famílias e a comunidade como focos das ações, além de levar em consideração todos os atores envolvidos.

Adentrando as concepções dos profissionais que participaram desta pesquisa, verificamos que eles manifestam uma ideia negativa sobre dinâmicas familiares, associada apenas aos problemas enfrentados pelas famílias, tais como, por exemplo, as condições de renda e moradia, ou seja, fatores socioeconômicos atinentes ao meio onde elas vivem.

A variabilidade nas respostas interventivas, no entanto, parece estar de acordo, dentre outros fatores, com o nível de entendimento desses profissionais sobre suas ações e sua vinculação, que podem interferir no grau de satisfação que atribuem aos seus trabalhos.

O trabalho em equipe é o espaço onde se aglutinam os desafios da inovação e da

negociação. É na equipe onde várias formas de pensar sobre uma mesma questão coexistem, o que a torna mais rica em potencialidades e também mais complexa. É comum existirem situações de implicância, inveja, ciúmes (palavras do médico), nas equipes. Assim, torna-se fundamental não somente ampliar o debate e a discussão sobre as concepções, como também promover um espaço de compartilhamento que possibilite a co-construção de sentidos por toda a equipe.

No entanto, vimos que a circulação dos saberes não parece acontecer nos dois sentidos. O vínculo entre ACS e comunidade/família/usuário, que deveria ser uma ferramenta para a ampliação do entendimento dos profissionais sobre os processos pelos quais passam as famílias, bem como para o enfrentamento das dificuldades com que se deparam nos seus trabalhos, vistos com desconfiança, torna-se um empecilho ao compartilhamento desses saberes, em nome de um cuidado com a exposição dos pacientes. Assim, tanto ACS quanto famílias podem ser colocados num patamar de instrumentalidade para que os agentes curadores alcancem as metas e os objetivos pretendidos.

A título de conclusão, embora o deslocamento do foco da atenção do indivíduo para a família e comunidade seja a meta da ESF, a maioria dos profissionais acompanhados e entrevistados nesta pesquisa revelam pouco entendimento sobre o modo como atingi-la, por acreditarem que, ainda que lidando com famílias, seus trabalhos devam ser direcionados para cada indivíduo.

Demonstrando ainda pouco entendimento sobre as dinâmicas familiares, suas preocupações não passam por um olhar capaz de abranger o desenvolvimento e as transformações das famílias, razão pela qual eles acabam por tornarem-se vigilantes e atuantes em situações que exponham a riscos a saúde dos indivíduos dentro de uma família. Torna-se imprescindível uma supervisão que contribua para libertá-los apenas das ações pontuais de cuidado, por meio do desenvolvimento de uma visão que transcenda os sintomas, as patologias ou os conflitos, e que inaugure uma atuação direcionada realmente ao bem-estar das famílias, a partir do conhecimento das suas dinâmicas, do modo de funcionamento das famílias e da comunidade onde vivem. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde: as cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 27 set. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CUNHA, G. T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DIMENSTEIN, M. O Apoio Matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde Mental. *Saúde soc.* São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto contexto - enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.
- GONDIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise do discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Caderno Gestão Social*, Salvador, v. 2, n. 1, 2009.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. *Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade*. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 27 set. 2013.
- RASERA, E. F.; JAPUR, M. *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor, 2007.
- SARTI, C. O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In: TRAD, L. A. B. (Org) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- SCOTT, P. R. Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: reprodução, disciplina e simplificação administrativa. In: LINS, M. (Org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- TRAD, L. A. B. (Org) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

Recebido para publicação em março de 2014
 Versão final em novembro de 2014
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve