UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP -DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sentidos de família construídos por profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família

Luiza Campos Menezes

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Ribeirão Preto - SP

2016

LUIZA CAMPOS MENEZES

Sentidos de família construídos por profissionais de saúde na
Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi

Ribeirão Preto -SP

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Menezes, Luiza Campos

Sentidos de família construídos por profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2016.

208 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Guanaes-Lorenzi, Carla

1. Família. 2. Programa Saúde da Família. 3. Profissionais de saúde. 4. Construcionismo social

Esta pesquisa foi parcialmente financiada pela CAPES, pelo período de fevereiro a julho de 2014. E parcialmente financiada pela FAPESP (nº processo: 2014/08618-6), pelo período de agosto de 2014 a janeiro de 2016.

Menezes, Luiza Campos

Sentidos de família construídos por profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a). _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof(a).Dr(a). _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof(a).Dr(a). _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

**Dedico à Viviane, João Luiz e Isabela
meus maiores amores, minha família...**

AGRADECIMENTOS

À professora Carla Guanaes Lorenzi, pela imensa parceria ao longo desses meses de construção da pesquisa. O meu muito obrigada pela paciência, carinho, amizade e por todo aprendizado. Carla, nas inúmeras aulas, reuniões e conversas informais que tivemos aprendi uma forma de fazer psicologia que eu acredito que tenha um poder transformador. Eu admiro o modo como você desempenha seu trabalho, com ética, responsabilidade e amor. Meu carinho e respeito por você.

Aos meus pais João Luiz Alvares Menezes e Viviane França Campos Menezes, pelo incentivo constante e por permitir que eu viva cada um dos meus sonhos e por fazer com que eles também sejam seus. Obrigada por todo o companheirismo ao longo desta trajetória. Obrigada pelo colo, pelas risadas e pelas comemorações constantes. Meu grande amor por vocês.

À Isabela Campos Menezes, Belinha, minha irmãzinha querida, obrigada pelo apoio e amor. Por todas as risadas e acolhidas nos momentos de tristeza e desespero. Sem o seu jeito leve e divertido os dias seriam mais difíceis, amo você.

Às minhas avós Maria Luiza Alvares Menezes e Neusa Maria França Campos, obrigada pelo cuidado, pelas orações e pelo carinho. Vocês são mulheres incríveis que sempre me inspiram, amo muito vocês.

Aos meus familiares, que mesmo lá longe em Sete Lagoas, se fazem presentes no meu cotidiano. Obrigada pela torcida, carinho, amor e incentivo.

Aos meus amigos de grupo de pesquisa, Gi, Gabi Maravilha, Pedrito, Má (Duquesa), Mari, Malu, Gabi Ravagnani e Marcus. Com vocês aprendi muito além do construcionismo ou de saúde pública, uma família LAPEPG se formou! Obrigada por todos os conselhos, as leituras dos meus trabalhos e por fazerem parte do meu cotidiano. Tenho certeza que ganhei grandes amigos nos últimos anos e excelentes parceiros de trabalho. Vocês são muito especiais, tenho um carinho imenso por vocês.

Às minhas amigas, Babinha, Ju e Marcellinha, por compartilharem comigo os melhores momentos do que foi se tornar psicóloga. E por continuarem sendo essas parceiras incríveis, companheiras das muitas conversas sérias sobre a vida e o cosmos e dos momentos de risada sobre o nada. Minha gratidão e amor por vocês.

Aos amigos de longa data, Valadão, Deedee, Bico, Gui, Lille e Vilela, por me incentivarem e por crescermos juntos, compartilhando os melhores e os mais difíceis momentos. Apesar da distância, o meu amor e carinho por vocês se faz sempre presente na minha vida.

Às Luluzinhas, Mari Peppe, Rê, Fer, Sarinha e Camis, obrigada pelos grandes momentos que tivemos. A diversão e acolhida de vocês é sempre preciosa. Obrigada pela amizade e por me acompanharem de perto nessa trajetória do mestrado, me incentivando e até mesmo me abrigando, CASA 6!!

Aos queridos Cebeanos que se tornaram bons amigos, Gabi Maravilha, Helena, Fer Bergamini, Iago, Dario, Pedro, Jabá, Mari e Fer Marques. Obrigada por todo o conhecimento sobre saúde pública e sobre militância, com vocês essa pesquisa teve ainda mais sentido. E também obrigada por toda a diversão, vocês são demais! (Fer Marques, obrigada ainda por me ajudar com o texto da dissertação!)

Aos queridos companheiros de Terceira Margem, Moisa, Doug, Ninguém, Felipe e Trupe, com as nossas intervenções comunitárias megalomaníacas aprendi muito sobre as possibilidades de ser psicóloga junto à comunidade. E mais do que isso, obrigada por me mostrarem que o trabalho sempre pode ser algo divertido.

Aos professores Marco Antônio de Castro Figueiredo e Katia de Souza Amorim, por me inspirarem como pessoas e como professores, obrigada por construírem comigo esse meu percurso para a docência. Vocês são especiais na minha trajetória.

Aos professores Gustavo Corrêa Matta e Silvia Matumoto, por contribuírem com as reflexões deste estudo, no exame de qualificação, contribuições essas fundamentais para o trabalho final. Muito obrigada!

À professora Clarissa Corradi Webster, minha paraninfa de turma, supervisora de estágio na graduação e professora que eu tanto admiro! Obrigada por aceitar contribuir com o estudo em sua reta final ao fazer parte da banca.

À Lícia Barcelos de Souza, pela parceria de trabalho ao longo desses anos. Obrigada pelo aprendizado, confiança e incentivo.

À Jacqueline Corrêa, secretária de nosso programa, por todas as orientações e paciência. Obrigada pelo cuidado.

Aos participantes da pesquisa, profissionais de saúde, com quem aprendi e aprendo sempre, obrigada pela disponibilidade e por aceitarem participar do estudo. Espero que este trabalho possa ter uma contribuição para o cotidiano de trabalho de vocês.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo investimento e confiança em nosso trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento desta pesquisa. E à CAPES pelo financiamento na etapa inicial de nossa investigação.

A todos aqueles que de alguma forma compartilharam comigo esses dois anos de trabalho, ansiedades e felicidades. O meu muito obrigada.

*Eu atravesso as coisas – e no meio da travessia não vejo!
– só estava era entretido na ideia
dos lugares de saída e de chegada (...).
Digo: o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.*

João Guimarães Rosa, Grande Sertão Veredas

(Editora Nova Aguilar, 1994, p. 43 e p. 85)

RESUMO

Menezes, L. C. (2016) *Sentidos de família construídos por profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Na construção de políticas sociais atribuiu-se um papel central à família na proteção social e no cuidado com os seus membros. Na saúde, a família assume essa centralidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo compreendida como objeto da atenção em saúde. Essa centralidade se deu a partir de uma pretensão de mudança no modelo assistencial que visasse a integralidade do cuidado e um olhar para as condições de vida como fundamentais no processo saúde-doença. Tais transformações nos sentidos e práticas de saúde têm sido desafiadoras. A partir da perspectiva Construcionista Social, que orienta esse estudo, compreendemos que os sentidos são construídos nas interações entre as pessoas e que esses configuram práticas sociais. Diante deste quadro de desafios na ESF e a partir da perspectiva adotada, temos como objetivo compreender os sentidos produzidos por profissionais de equipes de saúde sobre famílias em contextos de reuniões de discussão de família/caso na ESF, buscando analisar como esses configuram a produção de práticas de cuidado e também como se dá a dinâmica de construção desses sentidos a partir das negociações entre os participantes. A constituição do *corpus* foi feita a partir da observação e registros em áudio de 16 reuniões de duas equipes de saúde da família, contando com 26 participantes, dentre eles profissionais e estagiários de diferentes especialidades. A análise foi feita a partir da perspectiva das práticas discursivas, com os seguintes passos: 1) transcrição do material; 2) leitura intensiva e organização do material; 3) construção de sentidos sobre a família, e análise dos repertórios interpretativos, discursos usados, e implicações para ação; e 4) narrativa ilustrativa da dinâmica dos sentidos. Os sentidos construídos na análise foram: a) *Família como pessoas que moram juntas*: os repertórios usados descreviam os modos de ser família a partir do ambiente em que ela vive, entendendo a família como informante e cuidadora dos seus membros; b) *Família como responsável pelo cuidado*: repertórios de família como aquela que dá suporte aos seus membros e é responsável por eles; e, por vezes, está sobrecarregada com esses cuidados; c) *Família como problema*: repertórios que configuravam a família como aquela que é responsável pelo problema de saúde dos seus membros, como aquela que funciona como um estressor para eles ou como aquela que está em situação de risco; e d) *Família como rede de relações*, sentido que foi usado, mais comumente, em conversas sobre casos complexos, com discussões voltadas para configurações, estruturas e dinâmicas familiares. A partir da análise do processo de discussão da equipe em torno de um “caso”, foi possível ilustrar o dinamismo desses sentidos nas conversas e como esses são negociados a todo momento. A análise nos permite considerar que há esforços dos profissionais em voltar a atenção do cuidado para a família, porém ainda são comuns práticas centradas no indivíduo e pouco pautadas no contexto e nas condições de vida das famílias. Compreendemos que dar visibilidade a esses diferentes sentidos e seu uso permite reflexões sobre como cada forma de descrever as famílias possibilita a construção de práticas distintas, o que pode contribuir para uma maior reflexão dos profissionais de saúde sobre sua prática cotidiana (Apoio Capes e Fapesp- 2014/08618-6).

Palavras-chave: Família. Programa Saúde da Família. Profissionais de saúde. Construcionismo social

ABSTRACT

Menezes, L. C. (2016) Family meanings constructed by health professionals in the Brazilian Family Health Strategy. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

In constructing social policies, a central role has been assigned to the family regarding its social protection and care for its members. In Health, the family assumes such centrality in the Brazilian Family Health Strategy (FHS), being understood as a health care object. This centrality is given from an intention of changing the health care model, which should aim integrality of care and a look at/attention towards the living conditions as fundamental in the health-illness process. But the changes in the meanings and health practices have been challenging. From the social constructionist perspective, which guides this study, we understand that the meanings are built in interactions among people and that such constitute social practices. Given these elements - challenges in the FHS and the said perspective - we aim to understand the meanings produced by health team professionals about families in contexts of FHS family discussion meetings. We seek to analyze how these meanings shape the production of care practices and also how these senses are dynamically constructed from the negotiations among participants. The corpus construction was structured from observation and audio records from 16 FHS teams meetings, with 26 participants, including professionals and trainees from different specialties. The analysis was based on the discursive practices perspective, with the following steps: 1) material transcription; 2) intensive reading and material organization; 3) construction of meanings about family, and analysis of interpretative repertoires, discourse use, and implications for action; and 4) illustrative narrative of meanings dynamics. Meanings constructed in the analysis were: a) family as people who live together: the repertoires described the ways of being family considering the environment they live, understanding family as informant and caregiver of its members; b) family as responsible for care: Family repertoires as that which supports its members and holds accountability for them; also, sometimes becomes overloaded with such stewardship; c) Family as problem: repertoire that conceived family as being responsible for members' health problems, acting as a stressor to them or as one that is at risk; d) Family as relationships network, meaning more commonly attributed in conversations about complex cases, with discussions oriented to settings, structures and family dynamics. From the analysis of a team discussion process on one "case", it was possible to illustrate the dynamism of these senses in conversations and how they are negotiated at all times. The analysis demonstrates that professionals endeavor to turn their efforts towards the family, but practices are still commonly centered on the individual and less grounded in context and living conditions of families. We understand that giving visibility to these different senses and their use allows reflections on how each way of describing families allows the construction of different practices, potentially contributing to greater reflection of health professionals about their daily practice (Support Capes and FAPESP- 2014 / 08618-6).

Keywords: Family. Family Health Program. Health professionals. Social constructionism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Participantes da pesquisa e as denominações recebidas	112
Quadro 2- Reuniões observadas e os participantes de cada uma delas	120
Quadro 3- Modelo de quadro desenvolvido pela pesquisadora e suas respectivas categorias	126
Quadro 4- Sentidos de família e os repertórios interpretativos a eles relacionados	134
Quadro 5- Análise do sentido “Família como pessoas que moram juntas”	136
Quadro 6- Análise do sentido “Família como responsável pelo cuidado”	143
Quadro 7: Análise do sentido “Família como problema”	153
Quadro 8- Análise do sentido “Família como rede de relações”	161
Quadro 9- Análise dos sentidos destacando os que são construídos na conversa	172

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CSE	Centros de Saúde Escola
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Apresentação	23
1. INTRODUÇÃO	37
1.1 Atenção Primária à Saúde: origens e desenvolvimento	39
1.1.2 O desenvolvimento da APS no Brasil, os modelos de atenção e a criação do SUS.....	48
1.2 Estratégia de Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.....	58
1.2.1 Críticas e desafios da ESF	68
1.3 A construção da centralidade da família no cuidado em saúde.....	71
1.3.1 Breve aproximação a diferentes discursos sobre família	71
1.3.2 Família e as políticas públicas de saúde	75
1.4 A centralidade da família no contexto específico da ESF	80
1.4.1 A família nos documentos do Ministério da Saúde voltados para ESF	80
1.4.2 Estudo da literatura: sentidos e abordagens junto à família no trabalho na ESF.....	83
1.4.3 Atividades desenvolvidas junto às famílias no cotidiano de trabalho da ESF.....	90
1.4.3.1 Reuniões de equipe e o espaço das discussões de família/casos na ESF.....	93
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	99
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	105
3.1 A pesquisa como prática social.....	105
3.2 Aspectos éticos	107
3.3 Contexto e participantes	108
3.3.1 A escolha da unidade de saúde e os primeiros contatos.....	108
3.3.2 O contexto e os participantes da pesquisa.....	111
3.4 Construção do corpus da pesquisa	116
3.5 O processo de análise.....	120
3.5.1 Transcrição do material	123
3.5.2 Leitura intensiva das transcrições e organização do material.....	124
3.5.3 A produção de sentidos sobre família: criando categorias.....	127
3.5.4 Ilustração da dinâmica de produção dos sentidos na conversa.....	128
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	133
4.1 Sentidos de família	134
4.1.1 Família como pessoas que moram juntas	136

4.1.3 Família como problema.....	153
4.1.4 Família como rede de relações	161
4.2 A dinâmica da produção dos sentidos: uma ilustração.....	169
4.2.1 Narrativa sobre um “caso”	170
4.2.1.1 Análise da dinâmica dos sentidos a partir da narrativa.....	172
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
REFERÊNCIAS	191
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	205
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para composição de Banco De Dados... ..	206
ANEXO A- Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	207
ANEXO B- Ofício de aprovação da Secretária Municipal de Saúde	208

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Para iniciar a narrativa desta pesquisa algumas reflexões iniciais nos parecem fundamentais. A primeira delas se faz necessária para situar o leitor sobre o embasamento do estudo, trazendo nossos entendimentos sobre como podemos conhecer o mundo e sobre como pensamos a possibilidade em desenvolver uma pesquisa científica.

Neste estudo, partimos de um entendimento que rompe com a ontologia e epistemologia moderna no modo de produzir conhecimento. O percurso da pesquisa, desde a formulação da pergunta até o modo como entendemos a relação entre o pesquisador e o objeto a ser estudado, bem como o processo de análise, foi desenvolvido com base nas contribuições do movimento construcionista social.

O construcionismo social pode ser entendido como um movimento crítico em ciência que problematiza a visão do conhecimento como uma representação objetiva da realidade, tal como posto pela ciência moderna, nos convidando a refletir sobre o processo de construção dos conhecimentos nos processos sociais (Burr, 1995). Há um questionamento importante com relação ao que pode ser conhecido, para a ciência moderna há uma separação do mundo como ele existe da nossa relação com ele (McNamee, 2004), assim, a partir da introspecção ou da observação seria possível alcançar a realidade e a verdade. Para os construcionistas, por outro lado, o processo de conhecimento do mundo se dá a partir das relações, nós construímos a realidade nos intercâmbios sociais. As categorias e os modos pelos quais conhecemos o mundo se dão de forma contextualizada, social e historicamente, sendo o conhecimento sustentado pelos processos sociais nos quais eles se desenvolvem (Gergen, 1985).

O objetivo da pesquisa construcionista, a partir dessa compreensão sobre a produção do conhecimento, não seria alcançar uma realidade objetiva e exterior aos sujeitos que as produzem, e sim “compreender os processos pelos quais as pessoas juntas constroem sentidos sobre o mundo em que vivem” (Gergen, 1985, p. 266). Essa é uma forma de fazer pesquisa que busca compreender uma multiplicidade de sentidos sobre uma temática e como esses diversos sentidos se desenvolvem em detrimento de um único modo de conhecer, de uma única verdade (P.K. Spink, 2008).

Dentro de uma epistemologia construcionista, outra problematização torna-se essencial: o lugar do pesquisador no estudo. O pesquisador não é entendido como neutro e nem como alguém que tem um distanciamento do objeto de estudo, tal qual na pesquisa moderna. É, na verdade, convidado a refletir sobre o seu papel na construção da pesquisa, quais são os interesses políticos e sociais que o levaram a desenvolvê-la, tendo uma postura crítica com relação aos caminhos que traça no estudo (M.J. Spink & Menegon, 2013). Assim, diferente das pesquisas modernas nas quais a interferência do pesquisador é entendida como um viés da pesquisa, que deve ser controlada, nas pesquisas construcionistas o pesquisador é entendido como mais um recurso para o estudo, ressaltando a necessidade de explorar “as maneiras pelas quais a subjetividade do pesquisador estruturou a forma em que o fenômeno foi definido” (M.J. Spink & Menegon, 2013, p.66). A esse olhar para o lugar do pesquisador na pesquisa denomina-se de *reflexividade*.

Outra concepção fundamental para entender o embasamento da nossa pesquisa é a noção de **campo-tema** (P.K. Spink, 2003). O campo de pesquisa, como é pensado tradicionalmente na psicologia social, é entendido como um lugar onde o pesquisador pode ir a fim de conhecer seu objeto de estudo em ambiente natural (P.K. Spink, 2008). Esta noção de campo está relacionada ao entendimento de ciência moderna na qual se busca um local para coletar dados. Na perspectiva proposta por P.K. Spink (2003) não há dados “esperando pacientemente e independentemente para serem interpretados” (p. 37). A partir disso, o autor propõe que estamos imersos no campo de pesquisa da nossa temática a partir do momento que entendemos o tema como relevante para ser estudado.

O campo para a Psicologia Social, para repetir, começa quando nós nos vinculamos à temática...o resto é a trajetória que segue esta opção inicial; os argumentos que a tornam disciplinarmente válida e os acontecimentos que podem alterar a trajetória e re-posicionar o campo-tema (P.K. Spink, 2003, p. 30).

Deste modo, o campo-tema seria uma rede complexa de sentidos que estariam interconectados, e o campo seria “o argumento no qual estamos inseridos” (P.K. Spink, 2003, p. 28). É um espaço múltiplo e em constante criação pelo pesquisador, que ao estar inserido neste, o sustenta e faz com que ele esteja presente nas diferentes questões cotidianas (P.K. Spink, 2008).

Portanto, a partir desse sentido de campo-tema, o campo não é mais compreendido como um lugar específico, mas sim pela busca de como um assunto está em um determinado momento (P.K. Spink, 2003). A partir desta noção, nós somos convidados a olhar para o cotidiano no qual campo-tema se faz presente: nas diversas conversas do cotidiano, em documentos, livros e filmes, que contribuem para a construção da nossa temática de pesquisa. Todos esses contextos podem vir a fazer parte da investigação, desde que consigamos lançar nosso olhar para eles como eventos que acontecem situados e contextualizados. Esses contribuem para o entendimento dos sentidos envolvidos no processo de construção de conhecimento sobre a temática.

O campo-tema do presente estudo

No fim de 2012, quando eu estava concluindo a graduação em Psicologia, minha vontade de pesquisar sobre a família no contexto da Estratégia da Saúde da Família (ESF) tornou-se mais consolidada. Eu entendia essa temática como relevante a partir da atuação em estágios e os questionamentos que eu fazia ao longo destes. Assim, meu campo-tema de estudo foi desenvolvendo-se a partir de interesses em algumas temáticas: família, o construcionismo social, a ESF, a saúde coletiva e o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta seção contarei um pouco como esses interesses foram se construindo e me levando a construir a pergunta da pesquisa, e, ainda, como as minhas diversas formas de inserção no campo têm contribuído para o desenvolvimento da investigação.

A minha entrada no universo da pesquisa científica se deu na iniciação científica ao longo da graduação. Com a Profa. Dra. Katia de Souza Amorim tive uma grande experiência, na qual cada conversa com ela e cada encontro com o grupo de pesquisa despertavam em mim mais curiosidade sobre a ciência. O que eu mais aprendi, foi sobre a possibilidade de se fazer pesquisa de um modo a não compreendê-la como um empreendimento neutro e mais do que isso, como ela pode convidar a um processo ativo de construção no mundo.

Concomitantemente aos aprendizados da iniciação científica, eu cursei algumas disciplinas que contribuíram para o meu entendimento sobre as formas de produzir conhecimento e com algumas delas tive uma grande identificação. Com a disciplina de

etnopsicologia do Prof. Dr. José Henriques Miguel Bairrão tive contato com modos de entendimento do conhecimento que abordavam de uma forma sensível as diferenças culturais e como essas constroem os processos de subjetividade. Com o Prof. Dr. Reinaldo Furlan tive a oportunidade de ser introduzida ao pensamento foucaultiano e suas reflexões acerca da epistemologia das ciências humanas. O olhar crítico com relação as estruturas sociais, a ciência como representação da realidade e para as relações de poder, despertaram a minha curiosidade.

Naquele momento, outro campo de entendimento que me interessou muito foi o construcionismo social. Em diferentes disciplinas ministradas pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi tive a oportunidade de aprender um pouco sobre esta postura em relação ao mundo. No construcionismo social encontrei ressonância e, até mesmo, explicação para muitas das minhas reflexões. As ideias construcionistas tinham relação com muitos questionamentos que eu fazia ao longo da minha formação como psicóloga.

Além da epistemologia e do fazer da pesquisa, outra temática que ao longo da graduação, me chamou muita atenção foi a respeito do SUS. Eu entrei em contato com um SUS muito diferente daquele noticiado, e que se mostrava muito mais amplo do que as vacinas que eu tomava nos “postinhos” de saúde. A princípio, com as disciplinas, apesar de chamar a minha atenção, esse SUS parecia tão diferente e distante que eu tinha dificuldades para compreendê-lo. Esse estranhamento gerou em mim uma grande curiosidade, em especial pelo Programa de Saúde da Família (PSF) que ao realizar o trabalho na proximidade da casa das pessoas me fazia pensar que a saúde poderia ser bem diferente daquela dos hospitais, dos quais eu tinha, e tenho, uma relação de grande incômodo.

Foi a partir disso que decidi fazer o meu primeiro estágio em Unidades de Saúde da Família (USF), junto com o Prof. Dr. Marco Antônio de Castro Figueiredo e a Dra. Lícia Barcelos de Souza, em 2011. O início do estágio foi bem difícil, pois eu tinha pouco contato anterior com a teoria sobre o PSF. A falta de delineamento de como se dá o trabalho do psicólogo naquele contexto também foi desafiador. Apesar disso, esse desconhecido me permitiu entrar em contato com as equipes e passei a compreender melhor as necessidades dos profissionais e da população. A partir do vínculo construído com eles,

aprendi formas de produzir saúde e também sugeriram diversos questionamentos sobre os inúmeros desafios que aconteciam cotidianamente. Esse estágio, que eu fiz em um município de pequeno porte, também possibilitou um contato com aspectos da gestão em saúde, da relação do poder político partidário nas decisões junto à saúde da população e também com o importante trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

Em minha segunda experiência na Estratégia foi em 2012, fiz um estágio em uma USF e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ambas em Ribeirão Preto, sob a supervisão da Profa. Dra. Carmen Lucia Cardoso, da pediatra Trude Franceschini e da Dra. Lícia de Souza Barcelos. A experiência na UBS foi enriquecedora pois possibilitou a mim a compreensão de que há diferentes modos de entendimento do que é a Atenção Básica, e do quando esta pode apenas reforçar um modelo biomédico e não conseguir ir para além desse. Porém, juntamente com essa UBS, eu também estava em uma USF, com a qual consegui aprender e desenvolver intervenções, junto com os profissionais em reuniões e com a população.

Cabe ressaltar que ao longo da minha formação a temática da família sempre foi algo que despertou em mim grande interesse, seja pelas disciplinas voltadas para antropologia ou na minha pesquisa de iniciação científica, na qual o contexto em que ela se dava era o familiar. A temática também se fez presente nos estágios na ESF, bem como nos demais, nos quais sempre a família parecia fundamental para o cuidado, no contexto da clínica individual, no trabalho com ONGs com crianças e no contexto da saúde mental. Esse interesse deve se dar pelo forte vínculo que tenho com meus familiares e pela importância que sempre dei a este convívio ao longo da minha vida. Creio que com a formação em Psicologia, essa importância foi desnaturalizada para mim. A partir do contato, com o entendimento do que pode ser a família em diferentes contextos sociais e culturais, isso possibilitou com que eu fosse mais crítica com relação a essa instituição, mas também valorizá-la dentro da nossa sociedade.

Com o intuito de integrar muitos desses interesses, eu fiz estágio de atendimento de família e casais em uma epistemologia construcionista social com a, agora minha orientadora, Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi. No atendimento das famílias, eu percebia

um grande desenvolvimento dos casais e famílias no contexto clínico e comecei a reconhecer nisso um grande potencial para trabalhar na atenção primária. Desenvolvimento esse que se dava desde o modo de produzir a conversa, pela importância do olhar para as relações e interações, e também pelo olhar para as diferentes perspectivas dos membros da família sobre uma mesma situação. Junto a isso, algumas perguntas se tornavam recorrentes para mim: que família é esta com que nos propomos a trabalhar na ESF? Nós de fato trabalhamos com famílias na ESF?

Foi a partir destes questionamentos e também do entendimento de que pelo construcionismo eu poderia buscar desenvolver práticas diferentes na ESF, que eu procurei a Carla para conversar. Além da afinidade que eu tinha com as temáticas com as quais ela trabalhava, eu sentia uma grande admiração pelo modo com o qual ela conduzia as aulas, supervisões e também pelo olhar que ela trazia para as nossas discussões. Ao longo dos estágios, e a partir das conversas com ela, busquei estudar mais sobre as temáticas e encontrei na literatura dificuldades semelhantes às que eu tinha na compreensão da família na ESF. A partir daí delineamos o projeto de mestrado.

Com o ingresso no mestrado inúmeras foram as possibilidades de contato nas disciplinas cursadas, seja com o estudo de metodologia, seja com o estudo sobre saúde coletiva, com a qual pela primeira vez consegui me aproximar mais, uma vez que na graduação essa temática dificilmente era o foco da atenção. Além das diversas conversas com a Carla, tive várias reuniões com colegas do grupo de pesquisa, com as quais tenho aprendido muito. Tais encontros tem feito com que eu reflita sobre o meu próprio estudo, sobre o papel do pesquisador, sobre os modos de desenvolver pesquisa e as implicações que ela pode ter.

A partir dos estudos, comecei a entender diferentes possibilidades para o desenvolvimento do SUS e senti a necessidade de exercer o que eu tanto lia e escrevia sobre participação social. Com isso, eu me envolvi com o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e com esse coletivo tenho aprendido e discutido bastante sobre os modos pelos quais podemos exercer essa participação e também viabilizar uma maior efetivação do SUS. Tem sido uma experiência marcante, com a qual já tive a oportunidade de participar das etapas Municipal e Regional das Conferência de Saúde em 2015, como

delegada e coordenadora de grupos. A participação nas conferências possibilitou com que eu entrasse em contato mais próximo às necessidades de saúde da população, entendendo as problemáticas da rede de saúde e da infraestrutura do município e da região a qual eu faço parte.

A ida em congressos como o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) também foi enriquecedora para a construção do meu estudo. Neste eu tive a oportunidade de ouvir e debater sobre questões atuais sobre o sistema de saúde. Ainda, tive a possibilidade de compreender melhor o contexto atual e seus inúmeros desafios para o desenvolvimento do SUS e da ESF. No Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), participei da organização, junto com o CEBES, de uma oficina de Participação Social e Representatividade e também participei de uma conferência livre de saúde. Nestes espaços pude presenciar debates profícuos e engajados na responsabilização conjunta para a construção de SUS para todos.

Por fim, um momento que considero marcante na construção do campo-tema do estudo foi o de exame de qualificação no qual tive a oportunidade de discutir o meu estudo com o Prof. Dr. Gustavo Correa Matta e com a Profa. Dra. Silvia Matumoto. As contribuições e diálogos foram muito ricos e de grande aprendizagem e abriram novos caminhos para a investigação.

Considero que as inúmeras relações que venho estabelecendo com a literatura, com a epistemologia do estudo e também com as constantes conversas no cotidiano (ida a congressos, reuniões do CEBES, exame de qualificação), têm sido fundamentais para o desenvolvimento deste estudo. Apesar de alguns desses elementos não aparecem de forma direta neste trabalho escrito, eles se fazem presente no seu desenvolvimento. Assim, tenho buscado ficar atenta a esses inúmeros elementos que se fazem presentes no meu cotidiano, sendo este o meu campo-tema de estudo.

Descrição da trajetória da investigação

O presente estudo tem como temática central a família na Estratégia de Saúde da Família. Mais especificamente tivemos o interesse em compreender como os profissionais

de saúde constroem sentidos sobre famílias ao discutir os casos em suas equipes multiprofissionais.

Como abordamos anteriormente o embasamento desta investigação parte da perspectiva epistemológica do movimento construcionista social em psicologia, e buscaremos em diferentes momentos abordar como esse olhar contribui para o desenvolvimento do estudo. Assim, primeiramente, a partir da perspectiva adotada buscaremos explicitar o processo de construção da pergunta do estudo.

Considerando que o construcionismo social busca a compreensão da realidade como construída socialmente pelas pessoas em relação, o que buscaremos aqui não é identificar a verdade sobre o que é família para os profissionais. Buscaremos compreender como eles, em suas negociações diárias no cotidiano de trabalho, produzem sentidos sobre família e como estes se relacionam às propostas de cuidado por eles desenvolvidas. Entendemos que tais sentidos e práticas estão situados histórico, cultural e socialmente no tempo, sendo, por isso, passíveis de mudança.

Tendo em vista este objetivo central, na introdução deste estudo, buscaremos contextualizar o surgimento e desenvolvimento do que hoje denominamos como Atenção Primária à Saúde (APS), bem como nos propomos a discutir como e porque ela vem se configurando como central na mudança do modelo de atenção à saúde no cenário brasileiro. Como esta perspectiva ganha destaque? Quais discursos e circunstâncias históricas e culturais contribuem para esta emergência?

Do mesmo modo, entendemos como importante contextualizar a APS no âmbito nacional, compreendendo os percursos e discursos que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No que diz respeito a ESF entendemos como importante realizar um aprofundamento dos princípios que a embasam, bem como se busca desenvolver as práticas neste contexto e os desafios em sua operacionalização.

Para além desta contextualização mais ampla, buscaremos também percorrer sentidos e discursos sobre família que são tidos como centrais em nossa cultura. Esses entendimentos podem contribuir para a compreensão de como a família é construída

como objeto central no cuidado a saúde e como foco de políticas públicas do Estado. Na introdução desta investigação ainda buscaremos discorrer sobre como a questão da família vem sendo abordada na literatura no contexto da ESF e a partir dos documentos do Ministério da Saúde. A partir desta introdução justificaremos os motivos que nos levaram a construir essa investigação e traçaremos os objetivos do nosso estudo.

Na segunda parte deste texto, será explicitado o percurso metodológico que permitiu o desenvolvimento desta pesquisa. Em um primeiro momento, apresentaremos como podemos pensar em um método de pesquisa a partir do construcionismo, entendendo a pesquisa como prática social. Em um segundo momento, contextualizaremos a pesquisa a partir da descrição dos participantes, de como foi realizado o processo de construção do *corpus* do estudo e as formas pelas quais interagimos com os participantes e com o material produzido a partir desta relação.

Ademais, abordaremos os processos pelos quais a análise do estudo foi realizada, a partir do entendimento da produção de sentidos como práticas discursivas. Com base na descrição dos procedimentos de análise apresentaremos os resultados da pesquisa. Tais resultados juntamente com a discussão serão descritos a partir dos sentidos identificados e entendendo a dinamicidade desses na produção destes no processo de conversação.

Apresentaremos por fim nossas reflexões a partir da análise do material, buscando enfatizar as possibilidades que o estudo pode trazer para a prática de cuidado na ESF e também sobre as potencialidades existente na estratégia.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de dar visibilidade ao processo de construção da pergunta da pesquisa e o modo pelo qual essa foi pautada na proposta construcionista social, entendemos como importante fazer uma breve explanação dos pressupostos do construcionismo social. E, ainda, como esses pressupostos se relacionam tanto com a construção da pergunta, como também com a produção da introdução deste estudo.

Em um artigo, considerado inaugural do Movimento Construcionista Social em Psicologia, Gergen (1985) além de propor que o construcionismo está preocupado com as descrições e explicações que as pessoas constroem sobre o mundo, o autor propõe alguns pressupostos que embasam a proposta construcionista. Buscaremos apresentar esses pressupostos relacionando-os com as temáticas centrais de estudo e abrindo questionamentos a partir desses.

O primeiro pressuposto do construcionismo visa uma postura crítica com relação ao conhecimento tal como ele é, problematizando os significados e categorias criadas pelas pessoas em relação (Gergen, 1985). Assim, se pensarmos que: na proposta da ESF, na qual a família é eleita como central no cuidado em saúde (Ministério da Saúde, 1994) e entendida como o modo privilegiado de orientar a atenção primária a saúde (APS) no país. E, se entendermos que essas categorias não como verdades em si, e sim, problematizando-as a partir da lógica de construção compartilhada da realidade, podemos questionar: *por que eleger a família como unidade de cuidado? Por que a APS é entendida como fundamental?* Deste modo, a ideia central deste pressuposto nos convida a refletir sobre o objeto a ser estudado como não necessariamente tendo existido da mesma forma ao longo da história, portanto também não precisando existir como é (Hacking, 1999).

O segundo pressuposto do construcionismo social parte da compreensão de que o modo como entendemos o mundo e as categorias que criamos tem uma especificidade histórica e cultural, seriam “produtos historicamente situados de intercâmbio entre pessoas” (Gergen, 1985, p. 267). Refletindo sobre a temática da pesquisa a partir deste entendimento somos convidados a problematizar: *como em nossa cultura a família assume*

esse lugar de produção de cuidado? Como a APS torna-se central no modo de entender a saúde e as relações de cuidado? Quais os discursos sociais, os contextos políticos e econômicos nos quais esses se configuram desse modo? Como essas construções sociais sobre família e APS se modificam ao longo do tempo?

Se pensarmos a partir destes aspectos, nos quais as categorias que usamos para entender o mundo não são naturais, nem reflexos de uma realidade dada, e que elas são circunscritas por fatores históricos e culturais, podemos nos perguntar: como algumas categorias adquirem o caráter de verdade em detrimento de outras possibilidades? O construcionismo propõe que o conhecimento é sustentado pelos processos sociais, sendo essa a forma de manutenção no tempo e não sua validade empírica (Gergen, 1985). A partir deste pressuposto podemos questionar: *como no cotidiano das relações e práticas a família é entendida na produção de cuidado? Quais discursos sociais sustentam tais descrições?*

O quarto e último pressuposto, nos convida a pensar no conhecimento como uma forma de ação no mundo. Entende-se que quando interagimos e negociamos sentidos estamos construindo uma determinada realidade e assim sustentamos alguns discursos em detrimento de outros (Gergen, 1985). A partir desse pressuposto somos convidados a pensar: *quais práticas e ações os diferentes modos de descrever a família sustentam? Ao olhar para a saúde como ausência de doença ou a partir de uma visão ampliada, quais são as práticas de cuidado que cada uma dessas descrições promove?*

Deste modo, refletindo a partir do movimento construcionista social podemos pensar que o entendimento de “família como unidade de cuidado em saúde”, não é algo natural, é construído histórico e culturalmente nas relações. Do mesmo modo, podemos buscar o entendimento dos discursos que amparam e constroem a APS e a ESF como produções culturais, que podem apontar para importantes modos de transformação na atenção à saúde. Buscaremos a partir da literatura sobre essas diversas temáticas compreender algumas das questões levantadas.

1.1 Atenção Primária à Saúde: origens e desenvolvimento

A fim de contextualizar o surgimento e a importância dada para a ESF, que é o contexto de realização do nosso estudo, entendemos a necessidade de resgatarmos as bases de seu surgimento a partir de como se desenvolveu a noção de APS.

A APS, mais comumente conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), é entendida, tanto no Brasil como em diversos países, como de fundamental importância para aumentar a efetividade do acesso aos serviços de saúde. Também é tida como central na tentativa de mudança paradigmática de uma perspectiva individual e curativa dos cuidados em saúde, focada em procedimentos, para um modelo que seja centrado na integralidade da pessoa a ser cuidada (Fausto & Matta, 2007).

Para uma melhor compreensão de como a APS ganha este destaque, o entendimento das articulações entre as esferas políticas, econômicas e sociais, são consideradas fundamentais para pensarmos os modelos de assistência à saúde. Essas esferas são determinantes para as escolhas do Estado no que diz respeito a organização da atenção (Franco & Merhy, 2003). Assim sendo, se recuperarmos o momento histórico no qual os cuidados primários ganham destaque, no fim da década de 1970, nos atentamos para um contexto de Guerra Fria, com uma grave crise econômica e no qual começam a se tornar visíveis inequidades sociais como realidade de países mais pobres (Cueto, 2004). Desse modo, a medicina social comunitária, começa a ser valorizada e entendida como um possível modo de articular as práticas em saúde em detrimento de uma medicina individual e focada em procedimento.

Foucault (1979) coloca em questionamento o argumento de que a medicina moderna seria individual, conforme as críticas feitas à ela naquele período. As críticas feitas a medicina moderna, na década de 1970, a colocam como individualista a partir de um entendimento do capitalismo, mas para Foucault, a “medicina moderna é uma medicina social”, sendo apenas em alguns termos individual.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho (Foucault, 1979, p. 80).

Através de diferentes enfoques e objetivos, países como Alemanha, França e Inglaterra, desenvolveram formas de medicina social a fim de estabelecer a força do Estado e o controle da população. Na Alemanha, muito antes da medicina clínica, o que se tinha era uma medicina fortemente estatizada, na qual o Estado normatizava as práticas médicas e as administrava. Já na França, com uma medicina que Foucault denominou como *medicina urbana*, tinha-se como intuito o cuidado das condições ambientais da cidade, por meio de uma higiene pública, tendo como foco a análise do meio e seus efeitos nos organismos. Na Inglaterra, com uma *medicina dos pobres*, o foco da intervenção do saber médico recaía sobre a força de trabalho, assim os pobres e trabalhadores começaram a ser objeto da medicalização. O que, por sua vez, assegurava os lucros da burguesia (Foucault, 1979).

Assim, Foucault (1979, p.96) reflete:

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.

A partir das análises de Foucault, podemos refletir que não há uma linearidade de uma medicina individual que busca aos poucos tornar-se social. De diferentes formas, como exemplificado, muitas vezes, visando o controle da população, o desenvolvimento econômico e a segurança da saúde dos mais poderosos, a medicina em períodos históricos anteriores se constituía de alguma forma como social. Dos modelos analisados por Foucault (1979), o que se mostrou mais eficiente e teve futuro foi o modelo inglês. Segundo o autor, esse modelo teve sucesso porque alcançou os objetivos de assistência à saúde dos mais pobres e com isso, o controle da saúde da força de trabalho, e também por realizar uma avaliação da saúde pública de modo geral, o que garantia a segurança da saúde dos mais ricos.

Essa medicina social para o controle da população, como abordada por Foucault (1979), surge em um período de rápido desenvolvimento industrial e acelerado processo de urbanização, com a Revolução Industrial, provocando também uma mudança no perfil sanitário da Europa. A precariedade dos ambientes de trabalho e moradia tornaram propícia a rápida proliferação de doenças. Diante disso, com uma preocupação econômica de manutenção de mão-de-obra, medidas sanitaristas e higienistas tornam-se foco das políticas de saúde do período (Franco & Merhy, 2003).

Concomitantemente a esta preocupação, o grande desenvolvimento tecnológico advindo da Revolução Industrial, recai também sobre o setor saúde, havendo grande inovação nas áreas diagnósticas e terapêuticas (Franco & Merhy, 2003), proporcionando o desenvolvimento de uma medicina científica, pautada nas ideias de Descartes e do positivismo (R.A.T. Aguiar, 2003). Neste período, surge um novo paradigma médico, o paradigma flexneriano, que reforça a ciência como base na prática médica e passa a nortear a formação em medicina. As principais características deste paradigma são: o entendimento do corpo como uma máquina, com uma busca da explicação das doenças a partir de questões biológicas; foco no indivíduo, como objeto do cuidado; a assistência pautada em especialidades, com ênfase curativa e centrada em procedimentos (R.A.T. Aguiar, 2003; Franco & Merhy, 2003; Paim, 2008).

O modelo flexneriano excluía outras questões do cuidado à saúde como os fatores sociais e de ordem econômica, além de exclusão de práticas de cuidado alternativas. As questões relacionadas à medicina social em períodos anteriores perdem força, e este modelo passa a vigorar com mais força nos países ocidentais. O trabalho médico é normatizado e sofre também um processo de tecnificação (R.A.T. Aguiar, 2003). Ainda, o ambiente considerado como central para o cuidado era o hospital (Paim, 2008). A saúde neste contexto passa a entendida como um bem de consumo, uma mercadoria (Franco & Merhy, 2003).

Cabe ressaltar que esta medicina, pautada nos saberes científicos e com foco biologicista, mostrou-se bastante útil no contexto sócio histórico e econômico no qual surgiu, promovendo avanços significativos no combate às doenças. E a partir disso se fortaleceu e se consolidou como prática ao longo do tempo. A relevância e consolidação

das ideias cunhadas no Relatório de Flexner pode ser notada até o momento presente, uma vez que as faculdades de medicina e as concepções que embasam as práticas de muitos profissionais de saúde ainda são pautadas neste discurso (Doricci, 2014).

As ideias do paradigma flexneriano consolidaram um modelo hegemônico em saúde em diversos países da cultura ocidental, conhecido como *modelo médico centrado* ou *modelo biomédico*. Entende-se aqui modelo de atenção à saúde como uma lógica que orienta as ações em saúde, conduzidas a partir de uma combinação de tecnologias, técnicas e meios de trabalho (Paim, 2008).

O modelo biomédico, apesar de sua hegemonia, começou a apresentar grandes dificuldades e sofrer fortes críticas no período pós guerras na Europa. Neste período, houve o desenvolvimento de políticas sociais no continente europeu, centradas no modelo de Estado de Bem Estar Social, como uma resposta as demandas de igualdade socioeconômica e para reconstrução econômica de países afetados pela guerra (Doricci, 2014). Neste contexto se desenvolveram sistemas de saúde universalizantes e estatais, pautados na ideia de saúde como direito humano universal (Franco & Merhy, 2003), instituído na carta de Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas [ONU], 1948).

A partir do momento no qual os Estados passaram a tomar a frente dos serviços de saúde, as questões de financiamento das práticas biomédicas apareceram como uma problemática, uma vez que a lógica hospitalocêntrica e procedimento centrada levava a elevados custos na assistência à saúde (Franco & Merhy, 2003). Além dos altos custos, neste período também se desenvolveu a Organização Mundial de Saúde, a qual definiu saúde a partir de um conceito de bem estar, que vai para além da concepção de saúde como ausência de doença, abrangendo questões sociais e psicológicas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1946).

Diante deste contexto histórico, que começa a olhar para a saúde de modo mais ampliado e como um direito, em 1978 acontece a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Esta conferência foi realizada em um momento marcado por uma grave crise econômica, e a partir dessa deu-se uma forte recessão. Com a redução da

arrecadação fiscal, os elevados gastos com políticas sociais começaram a ser revisados. Na saúde, por exemplo, o modelo biomédico e seus altos custos e a participação governamental em mantê-los, tornou-se um grande problema (Franco & Merhy, 2003). Além dos elevados custos dos sistemas de saúde, estes mostravam-se com baixa resolutividade (Cueto, 2004; Fausto & Matta, 2007).

Apesar dos elevados custos, os governos também precisavam manter, de alguma forma, os cuidados e políticas sociais diante de uma crescente massa de população empobrecida pelo período de crise. Diante destas tensões, diferentes propostas de enfrentamento surgiram, dentre elas a utilização de cuidados primários em saúde em diversos países, tais como Alemanha, Rússia, Inglaterra, China, Canadá e Estados Unidos. Estas experiências traziam perspectivas de cuidado em comunidades, a partir de uma medicina generalista ou comunitária (R.A.T. Aguiar, 2003).

Dentre esses exemplos, cabe ressaltar que no Canadá, em 1970, houve uma importante discussão que visava uma nova perspectiva para a saúde da população, esta trazia a importância de práticas prevenção de doenças e de promoção de saúde. Ainda foi ressaltada a importância em se pensar sistemas de saúde com responsabilidade assumida pelos governos. Essas reflexões canadenses, concretizadas no *Relatório de Lalonde*, foram pautadas em pesquisas epidemiológicas que apontavam para a relação entre as condições de vida e a saúde das pessoas, sendo colocado em evidência, principalmente, questões referentes ao saneamento ambiental e a nutrição (Giovannella & Mendonça, 2012a).

As experiências desses diferentes países foram pautas de discussões da OMS anteriores a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde e foram fundamentais para o desenvolvimento da proposta do que se consolidou nesta conferência como Atenção Primária à Saúde (APS). O documento oficial da conferência, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), a partir do conceito de saúde ampliada, enfatizou a responsabilidade dos governos pela saúde de sua população e, também, que o caminho para a efetivação da saúde para todos, seria a implementação de cuidados primários em saúde. A partir da declaração, os cuidados primários eram entendidos como aqueles que buscam usar tecnologias adequadas às necessidades locais, visando à promoção de saúde

e a prevenção de doenças, a partir de atuações territorializadas, compreendendo os problemas a partir do contexto de vida da população (Cueto, 2004).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e **tecnologias práticas**, cientificamente bem fundamentadas e **socialmente aceitáveis**, colocadas ao alcance universal de indivíduos e **famílias da comunidade**, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. **Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde**, pelo qual os **cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham**, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.3, grifo nosso)

A partir do entendimento de cuidados primários, a Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxe um conjunto de princípios como base da APS. Os sistemas de saúde deveriam se pautar em valores da dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção de saúde; centrados nas pessoas, pautado na participação ativa da população nos serviços de saúde e da construção de sua própria saúde; com foco na qualidade, cobertura universal e acesso equitativo (Starfield, 2002).

Starfield (2002), com base nesses valores, propõe que os atributos essenciais da APS seriam: atenção em primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da atenção. A *atenção em primeiro contato* estaria relacionada à acessibilidade e uso de serviços de saúde a partir de um problema de saúde, pautado no acesso universal. A *longitudinalidade* implicaria a existência de uma fonte regular de atenção para o acompanhamento dos usuários de forma consistente ao longo do tempo. A *integralidade* seria a responsabilidade dos sistemas de saúde em oferecer um conjunto de serviços que atenderiam às necessidades mais comuns da população e a oferta de serviços em diferentes graus de complexidade a depender das necessidades. A *coordenação da atenção* diria respeito a continuidade da atenção por meio da equipe de saúde, além do reconhecimento de problemas, viabilizando um seguimento constante.

Como atributos derivados da APS a autora destaca a *centralização da família*, a *competência cultural* e a *orientação para a comunidade*. A *centralização da família*, aspecto fundamental para pensarmos nos objetivos do nosso estudo, consistiria em ter como foco

da atenção a família. Esse atributo traz como exigência a articulação da equipe com esta unidade social a fim de ter um conhecimento integral dos problemas e de suas necessidades de saúde (Starfield, 2002).

O aspecto que diz respeito à *competência cultural* tem em vista que os profissionais possuam a capacidade de reconhecer as diferenças de origens, crenças, valores e cultura das populações e a partir disso consigam atender as necessidades de saúde. Por fim, a orientação para a comunidade visaria a necessidade de haver um reconhecimento das comunidades segundo o contexto físico, cultural, social e econômico no qual as pessoas vivem, buscando a compreensão das necessidades em saúde da comunidade (Starfield, 2002).

A partir do que foi proposto em Alma-Ata e pautado nestes princípios e atributos, vários sistemas de saúde ao redor do mundo adotaram a Atenção Primária à Saúde como um modo de cuidar da saúde de suas populações e visando melhorar sua eficiência. Diante da mudança paradigmática, para alinharem-se aos princípios dos cuidados primários recomendados na conferência, seriam necessárias mudanças na estrutura da assistência em saúde (Franco & Merhy, 2003). Essas mudanças estruturais, feitas por diversos países para incorporarem a APS em seus sistemas de saúde, não foram implementadas de um mesmo modo (Giovannella & Mendonça, 2012a; Mendes, 2012; Starfield, 2002).

Cada país, a partir de seus contextos políticos e ideológicos implementou a APS de uma forma, o que configurou na prática diferentes sentidos do que seriam os cuidados primários em saúde. Dentre estes entendimentos de APS, há aquele que a considera como um programa específico para populações pobres, com uso de tecnologias simples e de baixo custo, sendo denominada *atenção primária seletiva*. Enquanto outros a compreendem como um modo de organizar e orientar a porta de entrada do sistema de saúde, tendo como função resolver problemas mais comuns de saúde, a *atenção primária* como *nível primário do sistema* (Giovannella & Mendonça, 2012a; Mendes, 2012).

A APS também pode ser compreendida como uma *filosofia* que orienta processos emancipatórios pelo direito à saúde. Há a possibilidade de conceber a APS como base do modelo de assistência à saúde, sendo assim, uma forma de organizar o sistema de saúde,

tal qual proposto por Alma-Ata, denominada em inglês como *comprehensive primary health care* ou conhecida como *abrangente* ou *integral* (Giovanella & Mendonça, 2012a). Semelhante a este último, há aqueles que a compreendem como tendo a função de coordenar as redes de atenção à saúde, de modo a reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer as necessidades, demandas da população - a *atenção primária como estratégia* de organização do sistema de saúde (Mendes, 2012).

Dentre esses modos de compreensão da APS, e apesar da concepção de Alma-Ata ser direcionada ao entendimento de uma APS abrangente, o desenvolvimento da atenção primária seletiva mostrou-se proeminente na implementação dos sistemas de saúde de diversos países. Esse destaque da APS seletiva se deu em contexto político, econômico e ideológico de difusão das ideias Neoliberais. Os países que adotaram políticas neoliberais, pautaram suas reformas de Estado em ajustes com “contenção de gastos públicos e o predomínio de políticas sociais focalizadas” (Silveira, Machado & Matta, 2015, p.32), o que acarretou em um aumento das desigualdades. Deste modo, a construção dos sistemas de saúde configurou-se de modo distante dos valores de justiça social, equidade e solidariedade, essenciais em Alma-Ata (OMS, 2008).

Contudo, a discussão de saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão de saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar a equidade em saúde (Giovanella & Mendonça, 2012a, p.500).

Como resposta a este contexto, as agências internacionais de saúde (Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde) buscaram retomar o legado de Alma-Ata. A retomada deste legado visava reformas nos sistemas de saúde que colocassem os cuidados de saúde primários como estratégia estruturante desses sistemas (Giovanella & Mendonça, 2012b; Organização Pan Americana de Saúde [OPAS], 2008; OMS, 2008; Silveira, Machado & Matta, 2015).

Em seu relatório anual de saúde de 2008, denominado “Cuidados de Saúde Primários, agora mais do que nunca” a OMS reconhece muitos avanços no âmbito da saúde internacional, como o aumento de investimentos no setor, a redução da mortalidade

infantil, a melhoria no acesso, dentre outros. Todavia, reconhece que esses progressos ainda se dão de modo desigual nos diferentes países. Sendo assim, a retomada dos valores de Alma-Ata seria uma busca por uma APS como forma de construir os sistemas de saúde ao redor do mundo, a fim de que esses possam responder de forma mais rápida e eficaz às problemáticas de saúde da população (OMS, 2008). Deste modo, a OMS propõe que a APS seja centrada na pessoa, respondendo suas necessidades de saúde, individuais e coletivas, garantindo atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela comunidade, atendendo a população como um todo, e não apenas grupos focalizados (Giovanella & Mendonça, 2012a).

A fim de efetivar esta APS renovada, a OMS propõe uma série de reformas necessárias nos sistemas de saúde: reformas de cobertura universal, de prestação de serviços, de políticas públicas e de liderança (OMS, 2008). Cabe ressaltar dentre essas reformas, a que diz respeito a cobertura universal, pela série de críticas a este termo, uma vez que esse traz uma multiplicidade de significados, e, assim, pode configurar políticas públicas distintas. A universalidade pode ser compreendida como: *atenção universal à saúde*, comum em países europeus, com sistemas universais; *cobertura universal* que diz respeito ao acesso a seguros de saúde, sejam eles públicos ou privados; ou como *cobertura de serviços básicos*, comum em países de baixa e média renda (Giovanella & Mendonça, 2012a).

Segundo Silveira et al. (2015) a concepção de APS renovada se configura de maneira genérica de modo que pode ser adaptada nos diversos sistemas de saúde. Isso, de certa forma, pode configurar sistemas de saúde que ao compreenderem a cobertura universal de modo restrito, levando a construção de ações em saúde contrárias a intenção de renovação dos cuidados primários. Apesar dos esforços para sair de uma perspectiva focalizada da APS, expostos por esses documentos, o que podemos perceber é que há dificuldades em conceber sistemas de saúde universais pautados nas concepções de seguridade social abrangente e efetivados por sistemas públicos.

A despeito dos diversos embates travados em torno do entendimento da cobertura universal e dos modos de se implantar os cuidados primários de saúde, no Brasil busca-se implantar a APS como *estratégia*, sendo essa a coordenadora e organizadora do sistema de

saúde. Entretanto, podemos perceber que apesar deste discurso oficial, na realidade do SUS as diferentes perspectivas de APS se confundem e se fazem presentes no cotidiano das práticas em saúde (Mendes, 2012). A configuração da APS se dá hoje a partir de uma busca de reorientação da atenção à saúde pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Quando esta se consolida como uma estratégia de reorganização do modelo, torna legal o caráter da APS no SUS como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2012).

A partir do entendimento de que diferentes discursos sobre a APS convivem, como construções sociais, nas práticas discursivas cotidianas dos profissionais de saúde (Doricci, 2014), podemos, por meio de um resgate histórico, buscar compreender como estas diversas perspectivas desenvolveram-se e como coexistem até hoje em nosso país.

1.1.2 O desenvolvimento da APS no Brasil, os modelos de atenção e a criação do SUS

A compreensão do desenvolvimento da APS no Brasil se dá de maneira vinculada não somente ao contexto mais amplo, internacional, mas também com o próprio contexto de mudanças de modelos de atenção historicamente construídos no nosso país. O desenvolvimento desta conjugação de técnicas e tecnologias que orientam o trabalho em saúde (Paim, 2008) tem uma relação intrínseca com os movimentos políticos, sociais e econômicos dos diferentes períodos da nossa história (Franco & Merhy, 2003).

A questão da saúde começa a ter traços melhores definidos no nosso país do fim do século XIX até os anos 30, do século XX (Luz, 1982, citada por Nunes, 2000). Naquele período, no início da República, as questões de saúde começaram a ser uma preocupação para o Estado brasileiro devido a necessidade de exportação do café, a qual dependia de condições de saúde adequadas para a manutenção e expansão da economia nacional, pautada na agroexportação. Assim, as ações de saúde pública pautadas nos conhecimentos da bacteriologia e da engenharia sanitária tinham como objetivo central o saneamento dos espaços para a circulação das mercadorias, além de atuar por meio de campanhas e da polícia sanitária (Merhy & Queiroz, 1993). Desse modo, o que se buscava era conter as endemias e as epidemias bastante comuns no Brasil, o que se fazia por meio

de campanhas, levando este modo de assistência a ser conhecido como *campanhista* (Silva Júnior & Alves, 2007).

No mesmo sentido, também buscava-se sanear a zona rural, a partir de uma lógica que ficou conhecida como *médico-sanitária*, que tinha como intuito preservar a saúde das pessoas em vistas de expansão do país para o interior. Este modelo de assistência extrapolou as ações na zona rural e tornou-se hegemônico nos anos 20, principalmente nas cidades (Merhy & Queiroz, 1993). Nestas cidades, que sofriam um processo de crescimento acelerado em conjunto com o desenvolvimento da industrialização, o que se buscava em termos de saúde pública era a higienização das cidades e o controle da população, por meio da disciplinarização (Nunes, 2000).

Para além das medidas de saúde pública adotadas, dentro deste contexto de expansão da industrialização, os trabalhadores começaram a reivindicar por assistência à saúde e por políticas previdenciárias. Em conjunto com as empresas, eles criaram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas CAPs vieram a ser regulamentadas pelo Estado com a Lei Eloy Chaves, em 1923, e com isso, passaram a garantir esta forma de seguro para todas as empresas com mais de cinquenta empregados (C.C Borges, 2002; Silva Júnior & Alves, 2007).

A partir dos anos 30, a política pública de saúde começou a expandir sua atuação com a criação de centros e postos de saúde. Além de desenvolver programas verticais voltados para o cuidado pré-natal, puericultura, controle da tuberculose, dentre outros. Estes programas eram pautados nos saberes tradicionais da epidemiologia e da biologia, focados em determinar um agente causador da doença e combatê-lo, tendo assim, um olhar que não se voltava para os aspectos sociais e locais das questões de saúde (Silva Júnior & Alves, 2007).

As CAPs, neste período, foram unificadas e transformadas em um Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passaram a ter uma interferência direta do Estado. Mais uma vez, se articulamos as questões de saúde às necessidades de se manter a economia do país em expansão, para além das reivindicações da classe trabalhadora, o que se buscava era a manutenção da mão-de-obra saudável para o trabalho. Cabe destacar que

apenas os trabalhadores participantes da IAPs recebiam assistência à saúde. A parcela restante da população era assistida por meio de atendimentos particulares ou na ausência de recursos financeiros, dependia do atendimento de hospitais filantrópicos (C.C. Borges, 2002).

Ademais, no período dos anos 30 e 40, o que se via em termos de discurso em saúde era o início da implantação do modelo flexneriano no Brasil, que se expandiu nas décadas seguintes (Silva Júnior & Alves, 2007). Apesar desta expansão, paralelamente se desenvolveram no país o que podemos identificar como antecedentes da APS, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este Serviço, pautado na medicina preventiva clássica, norte-americana, realizava ações preventivas, curativas de saneamento e de abastecimento de água potável. Este tipo de atendimento se deu em um contexto limitado, em locais nos quais a assistência médica-sanitária se fazia necessária para o desenvolvimento de produtos para a exportação. Estas práticas eram delimitadas as áreas que trariam benefícios econômicos para o Estado, não se configurando como uma política de saúde (Fausto & Matta, 2007).

O que podemos apreender dos modos de assistência à saúde até aquele período no Brasil é que as ações médicas e de saúde pública se davam de forma separada e desarticulada. A medicina era entendida como um campo que tinha como objetivo curar por meio da prática clínica, patologia e terapêutica, enquanto a saúde pública teria como função prevenir doenças e promover saúde por meio de ações de higiene e educação (Merhy & Queiroz, 1993).

Além disso, até o início dos anos 50 não havia uma preocupação, por parte do Estado, em fornecer uma assistência à população como um todo, sendo esta assistência focada na saúde do trabalhador. Este foco foi reafirmado pela expansão do IAPs naquele período e, ainda, com intervenções de saúde pública voltada apenas para populações consideradas incapazes para o convívio social ou para conter agravos em saúde (F.A. Ribeiro, 2007; Silva Junior e Alves, 2007).

Diante deste quadro, com uma grande parte da população desassistida, na III Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1963, aconteceram movimentos em

direção à criação de um Plano Nacional de Saúde, com programas que priorizavam camadas desfavorecidas da população. Este Plano tinha como foco questões sanitárias e via na municipalização um caminho para estruturar uma rede básica de serviços médico-sanitárias (F.A. Ribeiro, 2007). Segundo Merhy e Queiroz (1993) pela primeira vez no país discutiu-se um projeto que articulava ações coletivas e individuais, a partir desta rede de serviços básicos que teria um planejamento governamental. Esta rede buscava realizar o saneamento do meio, a imunização de doenças transmissíveis, o levantamento de dados estatísticos; e a prestação de primeiros socorros e assistência (F.A. Ribeiro, 2007).

No entanto, com o golpe militar em 1964, os projetos construídos na III Conferência de Saúde foram abandonados. No período da ditadura houve uma expansão do modelo biomédico por meio de articulações com o setor privado. Foram realizadas compras de tecnologia de ponta, o foco recaiu sobre o atendimento especializado, curativo, individualizado, sendo poucos os investimentos em saúde pública, o que configurou uma assistência à saúde mais elitista (C.C. Borges, 2002). Deste modo, foi mantida a separação entre assistência médica e saúde pública (Merhy & Queiroz, 1993).

Em 1966, o IAPs teve seus serviços uniformizados a partir da Lei Orgânica da Previdência Social, e toda a população trabalhadora passou a ser contemplada por ela. Entretanto, cabe ressaltar que esta iniciativa não contribuiu para uma grande expansão da população assistida, uma vez que maior parte da população, que não pertencia a população trabalhadora, continuava excluída, não sendo atendida nos serviços de saúde (C.C. Borges, 2002).

Neste contexto, poucas foram as iniciativas que visavam cuidados no âmbito de prevenção e promoção de saúde, mas podemos destacar o surgimento dos primeiros programas de departamentos de Medicina Preventiva, na formação médica, que visavam a interiorização da medicina. Outra iniciativa, que divergia da política de saúde adotada pelo Estado daquela época, aconteceu por meio de agências internacionais que incentivavam programas de expansão da cobertura à saúde e buscavam a ampliação do acesso em áreas pouco privilegiadas (Fausto & Matta, 2007).

Apesar da consolidação do modelo flexneriano como política de saúde do Estado ditatorial, a implantação dessa política pautada na assistência médica previdenciária não se desenvolveu sem críticas. Foi naquele contexto que surgiu o movimento sanitário que contestava tais práticas (Merhy & Queiroz, 1993). Além dessas críticas de cunho político e ideológico feitas por profissionais e acadêmicos, já na década de 1970, o modelo biomédico começou a apresentar grandes problemas orçamentários para o sistema previdenciário, além de mostrar-se pouco eficiente no enfrentamento dos problemas de saúde da população (Silva Júnior & Alves, 2007). Como vimos, tal crise não aconteceu apenas no Brasil, mas se deu em diferentes países do mundo, dentro de um contexto de crise econômica mundial, que teve grandes repercussões nacionais, com uma crise interna.

Dentro deste quadro de crises no âmbito econômico e do sistema previdenciário, e ainda marcado pelo desenvolvimento da proposta de cuidados primários em Alma Ata, que surgiram experiências de cuidados primários em nosso país, mais próximos ao que entendemos como APS. Apesar de acontecerem de modo restrito, voltados a populações carentes de recursos de saúde, assemelhando-se à *APS Seletiva*, estas primeiras iniciativas foram importantes por buscarem a integração do sistema de saúde em nível local e também porque deram visibilidade para esta forma de cuidado. Inspirado nestas experiências municipais, em um nível nacional foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que, com o uso de tecnologias simples e atuando com agentes de saúde da própria comunidade, buscava desenvolver uma infraestrutura de saúde pública para expansão da cobertura de saúde (Fausto & Matta, 2007).

O país no início da década de 1980 vivia um período para além da crise econômica, de crise política. O modelo da ditadura militar mostrava-se cada vez mais enfraquecido e os movimentos pela redemocratização no país começaram a ganhar força. A crise na previdência fez com que os gastos em saúde tivessem que ser repensados, somado a isso, uma massa de desempregados reclamava a ausência de assistência (Sayd, Vieira Júnior & Velandia, 1998). Diante deste quadro é criada a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), projeto este inspirado na Conferência de Alma Ata, nas experiências municipais e no PIASS, buscava a expansão da rede pública de saúde, por meio da integração de uma rede básica de saúde.

O Prev-Saúde visava, além da ampliação da cobertura dos serviços para todo o território nacional, a racionalização dos gastos em saúde. Este programa foi discutido na VII Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual foram desenvolvidas uma série de diretrizes para a sua implantação. Contudo, estas propostas não conseguiram prosseguir, uma vez que faziam frente ao modelo médico hegemônico, que era defendido e estimulado pela ditadura militar (Fausto & Matta, 2007; Sayd, et al., 1998).

As propostas no âmbito da APS ganharam força com o processo e as lutas por redemocratização, principalmente com o movimento sanitário. O movimento buscava a reforma sanitária entendendo-a intrinsecamente vinculada à democracia. Suas propostas visavam à transformação das políticas públicas, com ideais mais igualitários e entendendo o Estado como responsável pela proteção da saúde dos seus cidadãos (Fleury, 1997 citado por C.C. Borges, 2002). Como Merhy e Queiroz (1993) abordam o movimento da reforma sanitária se configurava a partir de:

(...) um campo do saber, criando espaços para uma política alternativa e um trabalho de difusão ideológica (...). Pretendia-se uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população (Merhy & Queiroz, 1993, p.180).

Unida às pressões do movimento da reforma sanitária, a crise no sistema previdenciário se agravou, o que contribuiu para que se acelerasse os processos da reforma na saúde (Merhy & Queiroz, 1993). A reforma teve início com medidas que tinham um caráter transitório, empregadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). Os recursos financeiros, nessas instituições, eram deslocados da previdência para o setor público responsável pelos serviços de saúde e visavam uma maior integração das ações setoriais juntamente com uma melhoria na universalização da assistência (Fausto & Matta, 2007; Merhy & Queiroz, 1993).

Tendo como base esta posição de reforma do sistema de saúde, em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde que discutiu como temáticas centrais: a questão da saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Tais discussões eram pautadas na ideia de que o sistema de saúde precisava de uma transformação profunda, não apenas administrativa e no âmbito do

financiamento. Esta reformulação passou a compreender a saúde no Brasil a partir de seu conceito ampliado, e com a ampliação deste, havia a necessidade de se desenvolver ações institucionais correspondentes a este novo modo de entender o processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico no processo de abertura democrática, uma vez que foram concebidos importantes pontos a serem incluídos na Constituição. Este foi também um movimento que teve discussões democráticas, com ampla participação da sociedade civil, de profissionais e intelectuais da saúde.

No relatório final da Conferência, constou a necessidade de se pensar na saúde como um direito, garantido pelo Estado a partir de um acesso universal e igualitário. Esse direito, deveria ser efetivado a partir de uma interlocução entre a política de saúde e as políticas econômicas e sociais, uma vez que a saúde foi compreendida de forma ampla, incluindo as condições de vida e o acesso a informação, educação, dentre tantos outros fatores (Ministério da Saúde, 1986). Nesse sentido, é possível perceber como o discurso sobre saúde propagado pela OMS e as discussões de Alma Ata influenciaram o pensamento reformista brasileiro (Merhy & Queiroz, 1993).

Algo que foi entendido como crucial para a formulação deste novo sistema, na VIII Conferência, era a sua completa separação da previdência, além da necessidade de incentivar a participação social desde o planejamento até a avaliação dos serviços de saúde. Foi com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que foram assegurados os fundamentos legais para a criação do SUS enquanto a nova política de saúde e as bases de como este sistema deveria se organizar (Ministério da Saúde, 1986).

Para operacionalizar a proposta do novo sistema de saúde foram formulados princípios doutrinários e diretrizes. Os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade, a integralidade e a equidade. A *universalidade* diz respeito ao direito ao acesso à saúde a qualquer cidadão, podendo utilizar qualquer tipo de serviço de saúde, seja este de caráter público ou privado. Este princípio alterou a questão do acesso à saúde com relação à previdência, uma vez que, anteriormente, apenas os trabalhadores poderiam usufruir

deste benefício, passando a abarcar qualquer cidadão. Com relação ao princípio da *integralidade*, este vai ao encontro do entendimento de saúde a partir dos seus diferentes determinantes, sendo necessário um olhar para as várias dimensões do processo saúde-doença. Dentro disso, deve-se desenvolver ações de cuidado desde a promoção até a recuperação da saúde. Por fim, a *equidade* do acesso traz à tona a discussão sobre a busca por igualdade, uma vez que se há condições de desigualdade tanto de renda quanto na distribuição dos serviços, justifica-se a distribuições de ações e serviços de saúde primeiramente as pessoas que mais necessitam desses (Ministério da Saúde, 2000a).

Como diretrizes para a operacionalização do sistema foram destacadas três principais: a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços. A *descentralização*, tinha como ênfase a municipalização da gestão. C.M. Vasconcelos e Pasche (2006) consideram essa a maior transformação política administrativa da reforma, uma vez que em um país com tamanha extensão territorial e com uma diversidade cultural e de necessidades, para uma verdadeira efetivação do SUS, torna-se necessária esta autonomia. Unida a esta diretriz, encontra-se a de *regionalização* que contribui para uma distribuição racionalizada e equânime dos recursos no território. Já a *hierarquização* diz respeito ao estabelecimento de um fluxo entre os serviços, organizando o sistema de saúde em níveis de atenção (C.M Vasconcelos & Pasche, 2006).

Apesar de todos os esforços reformistas, no sentido de construir um sistema de saúde a partir de tais moldes, a efetivação do SUS na década de 80, e até os dias de hoje, acontece de forma parcial e enfrenta dificuldades dentro do contexto político e econômico. No que diz respeito a organização da atenção, até meados da década de 90, haviam sido realizadas poucas discussões em profundidade sobre esta questão, sendo o principal foco naquele período a descentralização das ações e o financiamento. Em meio a um contexto de adoção de políticas neoliberais, apesar do sistema se pautar no conceito ampliado de saúde, o que ainda prevalecia era uma ênfase da saúde como ausência de doença, sendo desenvolvidas ações curativas de cunho hospitalar. Desse modo, o modelo de atenção implementado não era coerente com as preposições do novo sistema de saúde (Fausto & Matta, 2007; R.A.T. Aguiar, 2003).

Em um contexto mais amplo, buscando cumprir a agenda de descentralização e de universalidade no acesso, aconteceram investimentos na atenção primária. A APS desenvolveu-se com práticas voltadas para especialidades técnicas, com uma fragmentação do trabalho, com uma atenção à saúde em nível primário muito semelhante aos serviços de urgência e emergência. Estas ações eram muito distantes da proposta de APS de Alma Ata e das concepções do SUS (C.E.A. Campos, 2006). Apesar disso, mais uma vez, em níveis locais, foram desenvolvidas experiências de cuidados primários à saúde mais próximos ao entendimento de uma APS *abrangente*. Estas propostas, ainda que contra hegemônicas, possibilitaram discussões sobre o modelo assistencial adotado até então e reforçaram o discurso da APS como fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde (Fausto & Matta, 2007).

Dentre estas experiências cabe destacar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implementado em 1991. Este programa voltado inicialmente para municípios pequenos, nos quais não existia, ou quase não existia, uma rede de saúde para o atendimento da população, visava estimular o desenvolvimento de práticas de cuidado pautadas nas necessidades locais. A princípio esta prestação de cuidados primários se dava aos moldes do que se entende por APS *seletiva*, com uma medicina simplificada e para pobres, focado inicialmente no combate aos altos índices de mortalidade infantil no nordeste do país (Fausto & Matta, 2007).

A partir da experiência do PACS e buscando uma maior consonância entre o modelo de atenção e os princípios e diretrizes do SUS, foi que em meados da década de 90 surgiu o Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 1994). A Atenção Básica (AB) ganhou destaque na política nacional a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, em 1996 (NOB SUS 01/96), e nos anos 2000 passou a ser considerada a principal proposta para a transformação do modelo de atenção e para a real efetivação dos princípios doutrinários do SUS. A AB foi consolidada enquanto política nacional em 2006 (Castro & Machado, 2012).

Em 2011, com a Portaria nº 2488, o Ministério da Saúde buscou atualizar os conceitos da política e integrou elementos que foram considerados fundamentais para que a AB desenvolvesse seu papel central na ordenação das Redes de Atenção (Ministério da Saúde,

2012a). O entendimento da organização do sistema a partir de redes, veio em resposta a críticas ao modelo hierárquico do SUS, organizado a partir de níveis de atenção por complexidade.

O entendimento mais aceito atualmente é de que a Atenção Básica não deve ser entendida como um nível menos complexo que os demais. A diferença entre esta e os demais níveis estaria no nível de densidade tecnológica, não de complexidade (Mendes, 2012). Sendo assim, Mendes (2012) propõe a organização do sistema em redes de atenção, na qual a Atenção Básica está no centro de comunicação, buscando viabilizar ainda mais a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado.

Apesar desta preconização das Redes de Atenção que coloca a AB no centro da organização do cuidado e de como esta política é implementada com o intuito de transformar o modelo de atenção, o que podemos perceber é que nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde os diferentes discursos da APS se fazem presentes. Como Doricci (2014) apresenta, ao abordar os diferentes discursos sobre APS:

Como discursos, essas propostas delimitam e estabelecem os sentidos construídos pelos profissionais e o formato das ações práticas. Ao considerá-la como nível, o cuidado em saúde se restringe às atividades menos complexas; ao considerá-la como um programa, a prática se volta a determinados serviços de baixo custo oferecidos a uma parcela específica da população; se, porém, considerada de modo abrangente, como estratégia, abordagem ou até mesmo filosofia, o campo de ação é ampliado, incluindo ações intersetoriais, e, ao mesmo tempo, o objetivo do cuidado também se modifica, pois o enfoque passa a ser a manutenção da saúde em seu caráter integral. Essas implicações demonstram a interconexão entre discursos, práticas discursivas (momento em que os sentidos são construídos) e práticas sociais; entre o que se repete e o novo que se produz através das relações sociais, das práticas estabelecidas com enfoque nas tecnologias leves. (Doricci, 2014, p. 37)

Desse modo, o que se buscou fazer até o momento em nosso estudo, por meio de uma aproximação ao tema e desfamiliarização, como propõe M.J.P. Spink e Frezza (2013), compreender os processos sócio históricos de conformação da APS enquanto um discurso importante em saúde, e hoje, central no Brasil. Este percurso contribuiu para a pesquisa ao passo que nos ajuda no entendimento de como as políticas de saúde e os modelos assistenciais se desenvolveram no nosso país, e dentro disso como surge a proposta da ESF.

Ao buscarmos entender a APS como construção social, podemos dar uma maior visibilidade às circunstâncias políticas, econômicas e sociais que levaram o modelo biomédico a tornar-se central em nosso entendimento de saúde. Paralelamente a isso, também vimos como diversos programas começaram a introduzir, ainda que de maneira precária, as ideias de cuidado primários no nosso país. Deste modo, foi possível perceber como acontecem tensões entre um modelo médico hegemônico e uma busca por novas formas de assistência. Portanto, foi em meio a uma crise política e econômica, atravessada por discursos antagônicos sobre saúde, que emergiu o movimento da reforma sanitária.

Foi neste processo de redemocratização e de reforma que o discurso de saúde como direito universal começou a se tornar central em nosso país, através do novo sistema de saúde. Em busca de consolidar o SUS a partir dos seus princípios, desenvolveu-se a Política Nacional de Atenção Básica e a ESF como sua principal estratégia. Entretanto, o que faz com que a Estratégia de Saúde da Família seja entendida como central para a transformação do modelo de atenção? Como se caracteriza esta estratégia? E para além disso, quais os alcances e desafios que permeiam seu desenvolvimento? Com o intuito de compreender estas e outras questões, no item seguinte buscaremos abordar a temática da ESF.

1.2 Estratégia de Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção

A fim de caracterizar o surgimento da ESF e sua importância para a mudança do modelo de atenção, cabe destacar alguns aspectos contextuais de um período caracterizado como *crise da saúde*, que trouxe como necessidade reformas incrementais no sistema de saúde. A configuração do que se denominou como *crise da saúde* se deu em um contexto econômico de crise, em um momento político de reabertura democrática com bastante instabilidade, com queda nos investimentos em saúde. Ademais, com uma grande mudança demográfica e epidemiológica da população brasileira, com queda da taxa de fecundidade e aumento da população adulta e idosa, cresceram as estatísticas de doenças crônicas degenerativas, aumentando os custos da saúde. Diante destas transições, os serviços de saúde tinham que repensar as demandas e necessidades da população e dispor de outros modos de agir (Viana & Dal Poz, 2005).

Com o intuito de mudar o modo de se produzir saúde, ao longo da década de 90, iniciou-se um movimento que é descrito como uma reforma incremental do SUS, a fim de que este começasse a responder não somente à essa crise, mas também aos princípios pelos quais o sistema foi criado (Viana & Dal Poz, 2005). Assim, inspirado em experiências que aconteciam em um nível local com a participação dos agentes comunitários de saúde (ACS), o Ministério da Saúde em 1991, criou um programa a ser aplicado em diferentes locais do país, denominado, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A atuação dos ACS teve início nas regiões norte e nordeste e tinha como objetivo a redução da mortalidade infantil e materna, contribuía também para a expansão da cobertura dos serviços e do acesso à saúde para populações carentes em um trabalho desenvolvido junto com médicos e enfermeiros (Rosa & Labete, 2005).

A partir das primeiras experiências com estes profissionais, o Ministério da Saúde compreendeu a importância deste trabalho e entendeu que os ACS poderiam ser fundamentais para a organização dos serviços de APS nos municípios. Diferentemente de programas anteriores, que aconteciam de forma paralela ao Sistema de Saúde, o PACS foi entendido como um programa auxiliar na implementação do SUS, sendo criados requisitos a serem cumpridos pelos municípios para que pudessem desenvolver este programa (R.A.T. Aguiar, 2003; Viana & Dal Poz, 2005).

O PACS trouxe pela primeira vez o **enfoque na família** como unidade para suas ações, tirando o foco somente dos indivíduos, por meio da introdução da organização da área de abrangência por família (Viana & Dal Poz, 2005). O programa também se mostrava congruente com os princípios do SUS, ao pautar o trabalho em uma lógica de saúde ampliada focada nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu a partir do êxito alcançado pelo PACS e também em uma conjuntura na qual os secretários de saúde, de diversos municípios, buscaram apoio financeiro no Ministério da Saúde (MS), a fim de operacionalizar mudanças na rede da APS. Em 1993, foi realizada uma reunião entre os secretários, técnicos do Ministério, consultores internacionais e especialistas em cuidados primários de saúde com o objetivo de desenvolver uma rede de APS no país. A proposta resultante desta reunião visou articular o PACS a atuação de outros profissionais, surgindo o PSF (Viana & Dal Poz,

2005). Mais uma vez, tais articulações retomam questões importantes discutidas pela reforma sanitária, que não pareciam estar sendo atendidas até o momento, como um olhar para atenção primária como estruturante do sistema de saúde.

Em 1994, em um folder da Fundação Nacional de Saúde, MS, “Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de Casa”, o PSF foi descrito como um modelo de assistência à saúde voltado para ações de prevenção, promoção e proteção da saúde desenvolvido junto aos indivíduos, famílias e comunidade. Com atendimento a partir de uma equipe formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS, sendo que os profissionais deveriam residir na comunidade. Além disso, as equipes seriam responsáveis por uma área de abrangência que compreenderia de 800 a 1000 famílias. Estes profissionais deveriam ter uma formação técnica e identificação voltadas para a proposta do modelo de atenção, realizando um trabalho com regime de dedicação exclusiva. Ainda, são ressaltados aspectos da participação da comunidade para o desenvolvimento do projeto, por meio de ações integradas entre equipe de saúde e população, além de atividades de educação em saúde (Ministério da Saúde, 1994).

Naquele folder, o PSF foi entendido como porta de entrada do sistema de saúde, teria atuação na comunidade, por meio de cadastramento das famílias e levantamento das condições de saúde e acompanhamento das situações de saúde das famílias por meio das visitas domiciliares. Em busca de “humanizar o tratamento”, sempre que possível, as pessoas poderiam ser internadas em suas próprias residências. As atividades nas unidades de saúde compreenderiam consultas de rotina, encaminhamentos para outros níveis de atenção, quando necessário, e realização de grupos sob coordenação da equipe (Ministério da Saúde, 1994).

A grande meta naquele momento era fazer do PSF um instrumento para reorganização do SUS, além de expandir o acesso aos serviços de saúde, por meio da municipalização, voltando também o olhar para o caráter local da produção da saúde, potencializando a diretriz do SUS de descentralização (Viana & Dal Poz, 2005). Cabe destacar que este programa surgiu em um contexto de intensas disputas, uma vez que o Banco Mundial havia lançado naquele mesmo ano um relatório sobre o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro após a reforma sanitária. No documento foram ressaltados

aspectos que teriam sido negligenciados na construção do sistema naquele período. Segundo R.A.T Aguiar (2003) o relatório tinha como foco a redução dos custos na saúde propondo uma cesta básica para a saúde. Em resposta, o MS criticou o relatório, ponderando que o Banco Mundial em suas considerações não levou em conta o caráter político, democrático da construção do SUS, o que fazia surgir uma percepção de que o Banco Mundial, de alguma forma, mostrava-se favorável ao setor privado.

Este parecer dado ao relatório havia sido pautado nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, nos princípios do SUS e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e trouxe como fundamental, aspectos como a universalização da saúde, criticando políticas que fossem focalizadas em grupos prioritários. As críticas ao Banco Mundial também se fizeram presentes na X Conferência Nacional de Saúde, na qual a “cesta básica” foi repudiada (R.A.T. Aguiar, 2003).

O PSF emergiu neste contexto, no qual, apesar da recusa do Ministério da Saúde em adotar um pacote básico, a APS foi construída a partir de um programa, podendo associar a proposta a um entendimento de APS com objetivos restritos, para atender uma população carente, a partir de grupos com necessidades previamente determinadas (R.A.T. Aguiar, 2003). Deste modo, nos primeiros anos em que foi implantado, o PSF destinou-se a atender prioritariamente a áreas delimitadas do Mapa da Fome do Ipea, sendo a principal função do programa naquele momento a expansão da cobertura e do acesso aos serviços (Corbo, Morosini & Pontes, 2007).

Inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a saúde da família como um programa. Entretanto, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de ‘Estratégia de Saúde da Família’ por considerá-la a estratégia escolhida para reorientação da atenção à saúde no país (Corbo, et al., 2007, p.90).

Diante do fato de que, como programa, o PSF cumpria com funções semelhantes à uma cesta básica de saúde, e a fim de que este pudesse ser uma forma para transformar a assistência à saúde, buscou-se fazer dele uma estratégia prioritária para organizar a APS no país. Para além de expandir a cobertura, o foco passou a ser uma transformação nas práticas de cuidado e das dinâmicas das unidades de saúde (Corbo, et al., 2007). Como

abordado no documento do MS de 1997, esta proposta enquanto estratégia vem ao encontro de uma busca por assegurar os direitos garantidos na constituinte de 1988, visando alcançar os princípios do SUS (Ministério da Saúde, 1997).

Assim, buscando o rompimento com a visão de APS seletiva, pautada em uma cesta básica de saúde, é constituída uma mudança de *programa* para *estratégia* de saúde da família. Outra denominação que sofreu alteração diante deste contexto visando essa diferenciação, foi que a APS no Brasil passou a ser chamada de Atenção Básica (R.A.T. Aguiar, 2003; Giovanella & Mendonça, 2012b). Deste modo, a Atenção Básica passa a ser assim denominada como uma forma de resgatar a intencionalidade do movimento sanitário entendendo-a como uma forma de reestruturar o modelo assistencial (R.A.T. Aguiar, 2003).

A ESF tem como base de seu trabalho o estabelecimento “(...) de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.” (Ministério da Saúde, 1997, p. 7). Como dito anteriormente, o MS começa a entendê-la como principal estratégia para uma transformação no modelo de atenção à saúde até então vigente, tendo como intuito diferenciar-se dos programas anteriores caracterizados como APS *seletiva*. Para que esta estratégia realmente se desenvolvesse foi considerado necessária uma transformação no objeto da atenção, na forma de atuação dos profissionais e uma reorganização das práticas assistenciais (Ministério da Saúde, 1997).

Na Estratégia Saúde da Família, **a família é entendida como o objeto central da atenção**, o que contribui para um olhar mais ampliado do processo saúde-doença, para além do indivíduo, também tendo como foco as suas relações dentro e fora da família e ainda as condições de vida na qual está imerso. Além disso, busca-se uma mudança a partir do entendimento de que as ações da equipe de saúde não devem se limitar a unidade de saúde, e devem acontecer no “(...) meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.” (Ministério da Saúde, 1997, p.8). A estratégia ainda é caracterizada por uma atuação a partir de território delimitado, o que visa proporcionar um entendimento dos problemas locais e a resolução para estes. Outra transformação, na forma de atuação e nas

ações, é que o trabalho deve ser realizado em equipes multidisciplinares e a partir do discurso de vigilância em saúde (Ministério da Saúde, 1997).

Como já abordamos anteriormente, a ESF surge a fim de possibilitar uma maior efetivação dos princípios do SUS, assim, suas propostas estão intimamente relacionadas as bases de formulação do sistema. A saúde da família ao buscar organizar os serviços, suas ações e práticas de trabalho com o intuito de atender da melhor forma as necessidades das pessoas, visa alcançar a integralidade do cuidado e também do acesso aos serviços. A atuação dos profissionais deve pautar-se em práticas de cuidado que busquem uma compreensão ampliada para as questões de saúde, pautadas nos princípios da APS e do discurso de saúde ampliada. Busca-se também garantir o cuidado de modo contínuo ao possibilitar o acesso das pessoas aos outros níveis de atenção, quando são necessários (Corbo et al., 2007).

Ademais, a ESF busca garantir o princípio fundamental do SUS de universalidade. Por meio da estratégia, ao entendê-la como porta de entrada do sistema de saúde, visa-se organizar o sistema a fim de que seja facilitado o acesso aos serviços de saúde pela população, uma vez que “o sistema só é universal na medida em que se torna acessível” (Corbo et al., 2007, p.87). Arelado a este aspecto, a saúde da família vem ao encontro da necessidade de combater as desigualdades historicamente construídas no país, assim, a atuação e o desenvolvimento da estratégia, desta forma, estão pautados no princípio da equidade, entendendo-a como uma política de saúde que é sensível a estes contextos de desigualdade e que quer contribuir para a sua redução (Corbo et al., 2007).

Outra diretriz que tem grande importância na formulação do SUS, garantida pela Lei 8142/90, e que é bastante ressaltado no documento sobre o PSF como reorganizador do sistema (Ministério da Saúde, 1997), é a participação popular. Na ESF busca-se uma aproximação junto à população, a fim de construir as ações e práticas em saúde pautadas em nas necessidades (Corbo et al., 2007). Busca-se também estimular a participação da comunidade na construção de uma agenda de saúde.

Para realizar o trabalho pautado nestes princípios e diretrizes, a ESF, estrutura o trabalho em equipes que atuam em um determinado território. A equipe mínima é formada

por médico generalista ou médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por uma população de 600 a 1000 famílias, com no máximo 4000 pessoas residentes no território delimitado para o cuidado, dividido em microáreas de atuação que contemplam, cada uma, de 450 a 750 moradores (Ministério da Saúde, 2012a). O território para além do seu caráter administrativo-assistencial, que delimita a atuação de um determinado serviço, é entendido como uma forma de organizar as ações de saúde, uma vez que é no contexto destes territórios, que possuem características objetivas e subjetivas de um determinado local. A territorialização contribui no entendimento das necessidades de saúde de uma população, e, assim, agir a partir delas, aproximando-se dos problemas de saúde coletiva (Monken & Barcellos, 2007).

A partir da adscrição da clientela deve ser feito o cadastramento das famílias, por meio de visitas domiciliares, identificando as microáreas de risco e os grupos tido como prioritários, gestantes, crianças e idosos. Também são identificadas questões de moradia e saneamento. Por meio do levantamento destes dados, torna-se possível que a equipe comece a planejar suas ações, para além disso, estes primeiros contatos pelo cadastramento, são fundamentais para a construção do vínculo entre a equipe e as famílias (Ministério da Saúde, 1997; Andrade, Barreto & Fonseca, 2004).

As ações da equipe multiprofissional acontecem dentro da unidade de saúde, com a realização de consultas médicas e de enfermagem, a partir do acolhimento das queixas e de um acompanhamento longitudinal dos usuários. Além disso, devem ser realizadas ações de educação e promoção de saúde, que acontecem, muitas vezes, em grupos na unidade. E ainda, extrapolando o espaço da unidade de saúde, é responsabilidade da equipe realizar visitas domiciliares aos usuários. Os ACS fazem as visitas levantando as demandas e acompanhando as famílias, mas médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem também podem realiza-las, quando essas são entendidas como necessárias (Ministério da Saúde, 1997).

Algo que merece destaque, pensando que o nosso trabalho tem como foco a compreensão dos profissionais sobre família e de como eles desenvolvem esses sentidos no trabalho de equipe, é o enfoque dado a ESF para o trabalho em equipes

multiprofissionais. Como uma das principais formas para transformar o modelo assistencial, a estratégia visa mudar os modos de produção do trabalho, saindo de uma prática centrada em especialidades, para uma visão que busca ser mais articulada e global do sujeito e da comunidade, a partir de uma análise ampla da saúde com a possibilidade de diferentes olhares sobre uma mesma questão (C.C. Borges, 2002).

Os profissionais de diferentes categorias devem trabalhar de maneira conjunta. Isso não exclui a necessidade de aplicação dos núcleos de conhecimento específicos de cada uma delas, em algumas situações específicas (G.W.S. Campos, 2000). As questões de saúde coletiva mostram tamanha complexidade que criam a necessidade de articular estes diferentes profissionais para voltarem-se para as problemáticas e para as necessidades da população, fazendo com que seja necessária uma nova forma de conjugação destes saberes, exigindo dos profissionais novos modos de atuar (Andrade et al., 2004).

Deste modo, a ESF pauta suas intervenções em aspectos que extrapolam o saber médico tradicional e direcionam seu olhar a integralidade do cuidado, baseada em uma visão holística dos indivíduos, famílias e comunidade, e atenta aos aspectos culturais e sociais que constroem o fenômeno da saúde. Com base nessas ideias, compreendeu-se a necessidade de inserção de outros profissionais a equipe de saúde da família (Andrade et al., 2004). Desde 2008, além da equipe mínima os Núcleos de Saúde da Família podem contar com um núcleo de apoio (NASF). As equipes do NASF são constituídas por profissionais de diferentes áreas que têm como intuito apoiar a ESF e ampliar a abrangência das ações neste contexto. É neste núcleo que o psicólogo e outros profissionais de nível superior (assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros) se inserem na AB (Ministério da Saúde, 2009).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com intuito de ampliar o escopo de ações da AB. Assim sendo, é um dispositivo estratégico para melhoria de qualidade, partindo do entendimento de que por meio do compartilhamento de saberes é possível ampliar a resolubilidade clínica. Os profissionais do NASF devem compor uma equipe multiprofissional, atuando de forma integrada com as equipes de saúde da família (Ministério da Saúde, 2014).

O NASF tem como referencial teórico-metodológico o apoio matricial (Ministério da Saúde, 2014). G.W.S. Campos (1999), pesquisador que desenvolveu esse referencial, propõe a construção de equipes de referência e um apoio especializado matricial como uma nova configuração para os processos de trabalho em saúde. Este apoio seria tanto uma “retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência” (G.W.S. Campos & Domitti, 2007, p. 400). No NASF, a partir desta perspectiva, a atuação da equipe multiprofissional se daria tanto na ação clínica direta com os usuários, quanto com um apoio educativo, que compartilha saberes com as equipes (Ministério da Saúde, 2014). A condução da atenção à saúde dos usuários e comunidades deve se dar de modo compartilhado entre as equipes de saúde da família e a de apoio matricial, construindo ações conjuntas e delimitando os papéis tanto da equipe de referência quanto da matricial (Ministério da Saúde, 2014; G.W.C. Campos & Domitti, 2007).

Este tem sido o principal espaço de inserção do psicólogo na AB, considerado um espaço relativamente novo de atuação profissional, o que gera uma série de desafios. Diferentes autores destacam como o trabalho do psicólogo no Brasil foi construído a partir do atendimento clínico individual que atendia as classes média e alta da sociedade (Dimenstein, 2001; M.J. Spink & Matta, 2010; Ferreira Neto, 2011, citado por Azevedo & Kind, 2013). Na saúde pública a introdução do psicólogo se deu com o atendimento a gestantes e crianças, direcionado a realização de psicodiagnóstico e coadunando com a prática médica curativa e individual, e com práticas de psicoterapias, tais como a de abordagem de terapia breve em hospitais (M.J. Spink & Matta, 2010). Outro marco da atuação do psicólogo na saúde pública se deu com o movimento da luta antimanicomial, caracterizando o enquadre profissional dos psicólogos na saúde mental (Dimenstein, 1998).

Com a criação do SUS e o modo de entender a saúde de forma mais ampliada, e visando um rompimento com o modelo médico hegemônico, outros profissionais foram introduzidos no campo da saúde pública e saúde coletiva. O psicólogo, assim como os demais profissionais, tem que reinventar as suas práticas em uma atuação interdisciplinar, humanizada e que tenha um olhar integral para os usuários e comunidade. Esses desafios que se iniciam na formação profissional, também podem ser caracterizados pela afinidade

com o saber médico-hegemônico construído na psicologia, tal como as práticas clínica e diagnóstica que têm sido reproduzidas nas unidades de saúde, caracterizam um atendimento de cunho ambulatorial (M.J. Spink & Matta, 2010), o que não é a intenção com a criação do NASF (Ministério da Saúde, 2014). Essas práticas ainda acontecem de modo a não considerar os aspectos sócio sanitários dos contextos de atuação (M.J. Spink & Matta, 2010).

Essas reflexões que consideram a maneira como a psicologia passa a participar do SUS são importantes nesse estudo, uma vez que o tema do cuidado à família tem sido também, tradicionalmente pensado, a partir de uma lógica clínica, muitas vezes desconectada de uma compreensão política e social mais ampla. Diante desta formação histórica da psicologia no Brasil, são colocados uma série de desafios para a prática do psicólogo no NASF. É importante ressaltar que a prática de todos os profissionais que compõe a equipe do núcleo de apoio deve ser pautada nas diretrizes de territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, integralidade e promoção de autonomia dos indivíduos e coletivos. Deste modo, é um desafio a construção do trabalho em conjunto que rompa com a lógica biomédica.

A ESF pensada como uma forma de transformar o modelo de atenção em saúde implica, como pudemos ver, em uma série de mudanças, desde o objeto da atenção, perpassando as atitudes, até as práticas de cuidado em saúde. Deslocar o centro do cuidado do indivíduo para a família, atuar a partir de equipes multidisciplinares ao invés de ter como foco as especialidades, pautada na lógica de saúde ampliada, entendendo-a contextualizada em um território, não é algo que se conforma sem grandes desafios.

Discursos altamente legitimados por questões históricas, econômicas e políticas, como o do modelo biomédico, não são facilmente desconstruídos. Como Gergen (1985) propõe, as forças dos discursos hegemônicos se dão a partir das vicissitudes dos processos sociais que os constroem, e não unicamente pela sua validade empírica. Ao mesmo tempo em que estes discursos têm sua força, também podem ser questionados e transformados dentro de uma comunidade, emergindo novos discursos. O discurso da ESF tem tido uma série de desafios em sua legitimação, os quais buscaremos explicar mais detalhadamente a seguir.

1.2.1 Críticas e desafios da ESF

Como C.C. Borges (2002) propõe, apesar da ESF ser entendida como tendo um grande potencial transformador, seria até mesmo ingênuo pensar que as mudanças ocorrem somente pela adoção da estratégia. O desenvolvimento de um modelo de assistência à saúde está diretamente relacionado a fatores macropolíticos, mas também a outros que se referem a micropolítica das relações.

Algumas questões provenientes do contexto macrossocial, nos levam a refletir sobre as dificuldades de efetivação de uma real transformação do modelo de atenção. Tais desafios se dão a partir de contradições entre um Estado que busca estar mais voltado para as políticas sociais, com um entendimento de saúde como direito, e governos, que na prática, muitas vezes, pensam na saúde como mercadoria, a partir de uma lógica neoliberal (Franco & Merhy, 2003). Nos anos que seguiram a criação do SUS e a retomada da democracia no país, as propostas de governo tanto neoliberal quanto mais voltados para políticas sociais não se deram de maneira consensual e homogênea, e com isso a efetivação do SUS e da saúde como um direito de cidadania, entram no jogo de poderes políticos.

Hoje, no Congresso Nacional, aparentemente muitos dos nossos governantes se mostram a favor de medidas que trazem um entendimento da saúde como mercadoria, uma vez que não têm como intuito investigar dívidas dos planos de saúde com o SUS (CPI dos Planos de Saúde, não aprovada). Além disso, entendem que todos os empregadores deveriam pagar planos de saúde para os seus funcionários (PEC 451/2014), o que representaria algo semelhante a um retorno ao modelo do INPS. Estas iniciativas vêm atreladas ao financiamento privado de campanhas, aprovado pela Câmara (na PEC da Reforma Política, mas vetado pela presidente da república), dentro disso, podemos destacar que muitos parlamentares são financiados por planos de saúde.

O contexto atual expressa o que Franco e Merhy (2003) caracterizaram como um olhar para saúde como mais uma fonte de acúmulo de capital. Em decorrência deste panorama político e econômico atual, com uma nova crise financeira, o que temos é um corte nos investimentos na saúde (EC 86/2015) e uma reprodução de subfinanciamentos

para o SUS. Podemos ainda compreender este contexto macropolítico atual como um dos grandes desafios que a ESF tem que enfrentar, uma vez que as ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde não contribuem para os lucros das empresas. Deste modo, apesar da Política Nacional de Atenção Básica ser tida pelo MS como principal forma de organizar o sistema de saúde, o entendimento de saúde, que pauta algumas formulações de leis no congresso, são voltadas ainda para uma concepção de saúde enquanto ausência de doença e para práticas que envolvam altos custos.

Por outro lado, sofremos no momento atual com um perigo de ainda reproduzirmos, no cotidiano práticas, uma APS *seletiva*, uma vez que a saúde pública pode ser entendida apenas a partir de medidas pontuais para uma população carente. Mesmo modelos assistenciais que têm como foco a universalidade, não significam um “comportamento altruísta por parte dos governos” (Franco & Merhy, 2003, p. 8). Muitas vezes, são usados apenas para silenciar reivindicações das classes menos favorecidas (Franco & Merhy, 2003).

Como trazem Franco e Merhy (2003):

Se por um lado os modelos de assistência são definidos por pressão de grupos políticos, por outro são formatados também como recursos próprios inscritos no universo tecnológico operado pelos trabalhadores na produção dos serviços, visto que estes têm uma grande autonomia no modo de trabalhar a assistência e por si definem em grande medida o seu perfil (Franco e Merhy, 2003, p.8).

Neste sentido, os autores propõem que para além do contexto macro, há um poder transformador das práticas em saúde no contexto microssocial, a partir de um desenvolvimento de uma “nova consciência sanitária” (Franco & Merhy, 2003, p. 8) e de uma real adesão dos trabalhadores a este projeto de assistência. Contudo, a literatura traz inúmeras dificuldades para a concretização desta nova visão de produção de saúde.

De certo modo, as grandes dificuldades enfrentadas pela ESF, que geram inúmeras críticas, estão pautadas nos desafios em se construir discursos e práticas que não reforcem a reprodução do modelo biomédico. O discurso biomédico, ainda muito difundido na nossa sociedade, muitas vezes, dificulta o desenvolvimento de processos de trabalho que sigam outra lógica de produção de cuidado, tal qual a preconizada pela estratégia. Isso se reflete

no cotidiano de trabalho dos profissionais de diversas maneiras. Uma delas acontece quando eles têm seu trabalho centrado apenas procura por sinais e sintomas, e a intervenção se dá sobre a doença (Graziano & Egry, 2012; Romagnoli, 2009).

Ademais, ao buscarem explicações sobre as dificuldades em transformar o modelo assistencial, alguns estudos discutem que isso se deve, em grande parte, à falta de preparo dos profissionais, que em sua formação não têm embasamento para o trabalho em saúde coletiva (G.D. Costa, Cotta, Ferreira, Reis, & Franceschini, 2009; Pereira & Bourget, 2010). Este caráter biomédico da formação, muitas vezes, gera impotência e angústia nestes profissionais que, ao encontrarem questões que vão para além do caráter biológico da doença, veem-se sem as “ferramentas” para atuação (Matumoto, Mishima, Fortuna, Pereira & Almeida, 2011; Guanaes & Mattos, 2011).

Outro aspecto discutido na literatura é a dificuldade da população em compreender a proposta da ESF, exigindo dos profissionais práticas curativas e assistenciais (S.F. Oliveira & Albuquerque, 2008; Ronzani & C.M. Silva, 2008). A fim de transformar este cenário, alguns estudos reforçam a importância do vínculo entre os profissionais, famílias e comunidade, o que possibilitaria mudanças em como os usuários compreendem a saúde (Cezar-Vaz et al., 2009; A.K.S. Oliveira, Bezerra, C.C. Silva, Lima Neto, & A.T.M.C. Silva, 2012).

Também são relacionados ao discurso biomédico dificuldades no processo de trabalho. Embora descrito como fundamental, o trabalho em equipe ainda aparece como fragmentado, com os profissionais trabalhando em suas especialidades (Kell & Shimizu, 2010; Noronha & Lima Filho, 2011; Shimizu & Rosales, 2009) e de maneira hierarquizada, com os profissionais com ensino superior exercendo poder sobre os demais (L.B.A. Trad & Rocha, 2011; Romagnoli, 2009). O trabalho em equipe é considerado fundamental para a ampliação da clínica, de forma que essa se direcione às necessidades de saúde da população, sendo necessário um rompimento de fronteiras muito estabelecidas pelas disciplinaridades, a fim de que os profissionais atuem como um grupo.

Neste contexto, as reuniões de equipe aparecem como grande potencial para ser mais que um espaço burocrático, podendo favorecer o desenvolvimento de objetivos compartilhados entre a equipe (Araújo & Rocha, 2009). Estes espaços possibilitariam

discussões de casos e de famílias, que podem viabilizar a construção conjunta de práticas junto às famílias e às comunidades (Matumoto et al., 2011).

Além destes aspectos que mostram como o modelo biomédico ainda atravessa a prática dos profissionais de saúde, outra questão tem se mostrado um grande desafio no trabalho na ESF é sair de uma prática centrada no indivíduo para focalizar a família como unidade de cuidado. Diante da eleição da família como central no cuidado em saúde na ESF, construímos a proposta deste estudo e ela vem atrelada a uma série de questionamentos: como a família assumiu este papel de centralidade na saúde? O que significa, na prática, assumir como meta o trabalho com a família – essa se caracteriza como unidade de cuidado? Que descrições sobre família embasam as práticas envolvidas neste contexto?

Estas são as questões centrais que discutiremos na próxima seção, na qual buscaremos entender quais as principais descrições de família se fazem presentes no cotidiano das práticas de saúde. Buscaremos, portanto, refletir sobre como esta centralidade da família no cuidado em saúde foi construída socialmente. Além disso, buscaremos entender como a literatura da área e os documentos do MS compreendem a família neste contexto. Esperamos, desse modo, contribuir com a análise dos discursos produzidos sobre família na literatura e nos documentos oficiais, como forma de melhor contextualizar o tema de nossa investigação.

1.3 A construção da centralidade da família no cuidado em saúde

1.3.1 Breve aproximação a diferentes discursos sobre família

Diversos são os sentidos sobre família com os quais convivemos cotidianamente, porém algo que parece ser praticamente naturalizado é a sua importância na sociedade. De diferentes maneiras a família é naturalizada como uma instância ontológica. Ao buscarmos compreender o que é família a partir da ideia de construção social é possível desnaturalizar estas essências sobre família e podemos entender que há diferentes

sentidos, e que o uso desses cumprem diferentes finalidades, em contextos específicos e em momentos históricos distintos (Martins, McNamee & Guanaes-Lorenzi, 2014)

Estudada por diversas áreas do conhecimento, e entendida de diferentes formas, algumas características são largamente exploradas na busca pela compreensão da família e de suas relações. Dentro disso, são comuns reflexões acerca da estrutura, da configuração das famílias; das relações de poder e autoridade; e também sobre as funções desta com relação aos seus membros e para com a sociedade. Entendimentos estes em constante transformação, levando em conta seu caráter situado.

A família é comumente descrita como exercendo um papel fundamental no processo de educação formal e informal de seus membros, transmissora de valores, ética e moral, sendo assim, mediadora entre os indivíduos e a sociedade e tendo papel fundamental na socialização primária de seus membros (I.M.M. Carvalho & Almeida, 2003; Moimaz, Fadel, Yarid, & Diniz, 2011). Ao que é relacionado a saúde, ela também é entendida como importante na produção de práticas e sentidos sobre o processo saúde-doença (L.A.B. Trad, 2014a) e ainda assumindo um compromisso de cuidado para com seus membros (Szymanski, 1995).

Ademais, a família é vista como tendo responsabilidade e funções sociais, de proteção social dos seus membros (I.M.M. Carvalho & Almeida, 2003). Na Constituição brasileira, a família é entendida como a base da sociedade (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 1988), dividindo com a comunidade, sociedade e Estado a responsabilidade pelo cuidado dos seus membros, principalmente no que diz respeito a crianças, adolescentes e idosos. É tida como lugar privilegiado para o desenvolvimento das crianças e para o cuidado dos idosos, sendo considerada fundamental a convivência familiar como consta no Estatuto do Idoso (Lei No. 10.741, 2003) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei No. 8.069, 1990).

Ainda ao que se refere ao aparato legal e a vinculação da família com a proteção social, cabe destacar a Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990) que regula as ações e serviços de saúde em nosso país. Nesta lei, apesar da saúde ser considerada uma responsabilidade do Estado, é explicitado que este dever do Estado não exclui o dever “das pessoas, **da família**, das

empresas e da sociedade” (Art. 2º, § 2º, *grifo nosso*) no que diz respeito a garantia de saúde da população. A família, deste modo, é, mais uma vez, convocada a ter um papel junto aos seus membros, neste caso responsabilidade com o cuidado à saúde.

No discurso da psicologia, segundo Szymanski (1995), com Freud a família passa a ser concebida como fundamental para o desenvolvimento emocional de seus membros, sendo fonte de segurança, mas também podendo ser responsável por inseguranças e desequilíbrios. Nessa perspectiva, há análises que se pautam na estrutura familiar, e ao tomarem o modelo nuclear da família burguesa como natural, por consequência passam a olhar os demais modos das famílias se organizarem como “desestruturadas”. Com o foco na estrutura, pode-se perder o entendimento a partir da qualidade das relações (Prata, Rosalini, & Ogata, 2013; Szymanski, 1995).

Nesse sentido, no mundo contemporâneo as famílias têm se configurado de diversas formas, a partir de dinâmicas que são perpassadas pela: inserção da mulher no mercado de trabalho; institucionalização do divórcio, e com ela o surgimento de famílias constituídas pelo recasamento. Há ainda, o aumento dos casais sem filhos e dos filhos que cada vez mais permanecem na casa dos pais e também uniões homoafetivas, com a possibilidade de adoção de criança.

Estas diversas estruturas fazem com que emergjam discursos de que a família é uma instituição que está abalada e pode chegar ao fim (J.F. Costa, 1989). Esta lógica é pautada no entendimento de família a partir da organização da família nuclear burguesa que foi naturalizada e que, muitas vezes, é vista como o modelo correto ou ideal, adequado para transmissão de valores e bens.

Diversos estudos sobre parentesco, mostram que em diferentes culturas as famílias se organizam de modos distintos, por isso temos que nos atentar para não construir conceitos de família generalizantes, que não levem em conta um contexto situado (L.A.B. Trad, 2014a). Na nossa cultura, Ariès (1986) trabalhou com o entendimento de que a própria família nuclear burguesa, tal qual a conhecemos, não existiu sempre, sendo fruto da sociedade moderna. O autor faz esta análise mostrando como esta forma de organização não era a que se dava na Idade Média, e a partir da compreensão de como a

família nuclear foi se configurando e se conformando como um modelo para a família moderna.

Contudo, este discurso contemporâneo de desestruturação dos sistemas familiares, faz surgir uma necessidade de especialistas que contribuam para a construção de relações menos conflituosas. Desta maneira, prestam assistência a estas famílias pedagogos e psicoterapeutas, a fim de contribuir para que a família cumpra suas funções (J.F. Costa, 1989).

A partir deste entendimento, hoje a terapia familiar mostra-se como importante para o cuidado das famílias e de suas relações. Neste campo, um forte discurso sobre família usado é o de família como sistema. Com a proposta de entendimento sistêmico, o cuidado às famílias parte de um entendimento do intrapsíquico para uma compreensão das relações, interações e contextos. Para isso, compreende-se a família como um todo, a fim de entender seus comportamentos. Esta perspectiva está pautada na teoria dos sistemas e nas cibernéticas de primeira e segunda ordem, trabalhando com uma ideia de que há nas relações uma tentativa de manter a homeostase do sistema. O entendimento das dinâmicas familiares contribuiria para que a família não apenas corrigisse questões que afetam seu funcionamento, mas também para ampliar as possibilidades de se relacionar (Grandesso, 2008).

Cabe ressaltar, que as teorias sistêmicas vêm acompanhando de maneira crítica e reflexiva as mudanças culturais que provocam as transformações na família. Buscam assumir posturas mais comprometidas com a promoção de um discurso que acolha e fortaleça as diferentes possibilidades de configuração familiar, sem um julgamento moral de que haveria uma família melhor que a outra (Cervendy & Berthoud, 2008).

Esta perspectiva sistêmica de família é comumente usada no campo da saúde, na qual se entende que a dinâmica familiar influencia e é influenciada por um problema de saúde. A família, nesse sentido, é compreendida como composta por muitos subsistemas, e que as mudanças nesses influenciam o grupo como um todo. A família teria ainda habilidades para criar um certo equilíbrio entre as mudanças e a estabilidade (Galera & Luis, 2002).

Diante deste contexto tão diverso, com diferentes discursos sobre família, a partir de uma perspectiva construcionista social, Martins et al. (2014) traçaram um entendimento de família enquanto uma realização discursiva produzida nas interações entre as pessoas. Os autores lançaram o olhar para como as pessoas em interação nos contextos microsociais “criam e manejam sentidos sobre família em suas próprias atividades locais e cotidianas” (p. 628). Além disso, os autores ressaltam que ao falarmos de família recorreremos a esses discursos socialmente construídos e nas conversas cotidianas diferentes versões de família tornam-se possíveis, a depender dos discursos utilizados e suas implicações.

Considerando a possibilidade do uso dos discursos de família de diferentes modos, a depender dos interesses, cabe ressaltarmos como foi construída a centralidade da família nas políticas públicas. Mais especificamente, como ela se tornou central, em nosso país, na política de saúde.

1.3.2 Família e as políticas públicas de saúde

Quando pesquisamos sobre as origens do foco na família nas políticas de saúde no Brasil e as concepções de família que o embasam, muitas vezes, estes aparecem de maneira naturalizada (Sarti, 2014). Entretanto, ao nos debruçamos sobre o tema encontramos um desafio, o de articular os aspectos histórico-políticos no contexto nacional e internacional; além dos entendimentos sobre o conceito de família e da relação desta com o Estado. Assim, o que buscamos fazer aqui é um esforço para sistematizar estes diferentes pontos.

Como discutido por alguns autores a família nas suas diferentes configurações, ao longo da história, tem sido considerada como tendo um papel importante na proteção social de seus membros (I.M.M. Carvalho & Almeida, 2003; Mito, 2014). Contudo, algo que parece pouco discutido é como este papel se configurou e porque é dado a ele tanta importância. Nesse sentido, M.R.M. Campos e Matta (2007) ressaltam a necessidade em ir para além de um pensamento da família “como um dado natural, a-histórico” (p.107), e da necessidade de pensarmos nesta como uma construção social.

Esses autores (M.R.M. Campos & Matta, 2007) propõem uma discussão sobre como a família moderna emergiu, e como se transformou a partir de reestruturações no mundo do trabalho. Eles compreendem que estas questões se relacionam com a importância da família na área da saúde e na configuração atual que a coloca como central no cuidado. Dentro desta temática, tão vasta e diversa, cabe destacar aqui, que daremos enfoque a relação da família com as esferas do público e do privado, entendendo que ao pensarmos na família enquanto central na política de saúde estamos articulando-a ao Estado.

M.R.M. Campos e Matta (2007) ao fazerem este percurso sócio histórico e cultural discutem que estas articulações entre família e o público não são simples e foram construídas em diferentes momentos de maneiras diversas. Segundo eles, a construção moderna de família nuclear pautada em valores afetivos, foi o principal desencadeador do enfraquecimento dos vínculos sociais com a comunidade. Os autores entendem esta lógica a partir do surgimento e desenvolvimento do conceito de infância, ainda na Idade Média, com um entendimento da infância como algo diferente do adulto, e que possui necessidades próprias. Para eles, este foi um dos grandes articuladores na transformação no modo de organização social e da família, principalmente. A partir das reflexões de Ariès (1981, citado por M.R.M. Campos & Matta, 2007) sobre as famílias na Idade Média, os autores afirmam que naquele período o espaço da família e a esfera do público não tinham grande distinção, o que favorecia a sociabilidade e os vínculos de solidariedade.

A transformação aconteceu com a necessidade de educar os filhos e cuidar de sua saúde. Em meados do século XVIII, a esfera da vida privada para a família começou a ser privilegiada. Este modelo, que surgiu na aristocracia e depois expandiu-se para outras classes, tinha como objetivo garantir a manutenção da saúde das crianças, conter a mortalidade infantil e garantir a força de trabalho. Os laços, nesta forma de organização familiar, se davam não mais pela tradição, mas pela afetividade. Neste processo, a família foi se distanciando da esfera pública, modos de vida foram transformados e a família passou a se focar no privado (M.R.M. Campos & Matta, 2007).

Como E.M. Ribeiro (2004) apresenta, este entendimento de família torna-se hegemônico com a família conjugal burguesa. Como vimos, também havia uma necessidade em reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, a fim produzir uma mão-de-

obra saudável para trabalhar na indústria. Deste modo, muitos eram os interesses econômicos envolvidos para a legitimação deste modelo familiar. A fim de manter a saúde da classe trabalhadora via-se como fundamental um maior controle das condições sanitárias da população. Assim, como já foi abordado em outros momentos deste texto, as intervenções em saúde naquele período, inclusive no Brasil, tinham um cunho higienista e usaram a família como forma de realizar suas práticas. Práticas estas que tinham um foco de controle, uma vez que a família era considerada inapta a manter a saúde e proteção dos seus membros (J.F. Costa, 1989).

Tais necessidades de caráter econômico encontraram na família um meio superar estas dificuldades, valorizando-a como espaço de segurança e cuidado, de transmissão de valores e cultura. Foi naquele período também que começou a se configurar papéis de gênero dentro da família, os quais são legitimados e sustentados ainda hoje - a mulher com seu papel de mãe, aquela que cuida da prole e da casa, e o marido com o papel de provedor financeiro da família, através de seu trabalho produtivo (E.M. Ribeiro, 2004).

É neste contexto, que podemos pensar que surge uma ideia de família como “unidade central na formação da sociedade” e de como este movimento passou a eleger a família “como modo privilegiado de relação e inserção dos indivíduos na sociedade” (M.R.M. Campos & Matta, 2007, p. 128). Como introduzimos antes, é com este modelo de família que se configura a separação da família da comunidade. E.M. Ribeiro (2004) discute que essa separação gerou sérias consequências para as famílias de classes populares, uma vez que o isolamento da família levou ao empobrecimento, e a comunidade antes vista como protetora, agora estava desagregada destas. Surgiu, assim, na sociedade capitalista uma massa de pessoas em condição de vulnerabilidade (Castel, 1995 citado por Magalhães, 2001).

O Estado liberal que até então não realizava grandes intervenções nestas vulnerabilidades sociais, apenas com ações filantrópicas, começou a temer por sua desagregação. No fim do séc. XIX o que se via era uma necessidade cada vez maior do Estado em centralizar suas atenções nas questões das vulnerabilidades da massa empobrecida (Magalhães, 2001). A fim de controlar este quadro, deu-se o desenvolvimento

de políticas públicas, a partir dos Estados de Bem-Estar Social, na qual os trabalhadores conquistaram direitos no âmbito da proteção social (Mioto, 2014).

Entretanto, como vimos anteriormente, em momentos de crise econômica e, com isso, com uma dificuldade do Estado de Bem-Estar Social cumprir seu papel de proteção social, foi que a família reapareceu como importante (Mioto, 2014). Com o retrocesso das políticas que visavam desenvolvimento social, deu-se início a configuração de um movimento de compensação social, a fim de conter a expansão de pessoas em situações de extrema pobreza (E.M. Ribeiro, 2004).

Quando pensamos em um contexto nacional, apesar de um Estado de Bem-Estar nunca ter se consolidado de maneira contundente em nosso país, o Brasil também passava por um período de estagnação econômica no período pós-ditadura militar. E, no início dos anos de 1990, vivia uma grave crise econômica, na qual o índice de desemprego aumentou e com ele a redução da contribuição da seguridade social. Tal como no cenário internacional, essa crise resultou em uma redução dos gastos públicos com os setores sociais, o que potencializou as insuficiências de infraestrutura já existentes, além de uma falta de resposta adequada as necessidades básicas da população, agravando uma dívida social que já existia no país (D.S. Aguiar, 1998).

As atitudes do governo, a fim de conter a pobreza, se deram em grande parte da história do nosso país, a partir de ações assistencialistas e tutelares. Seguindo exemplos dos Estados de Bem-Estar, as políticas privilegiavam o indivíduo como portador de direitos e não os coletivos como a família e a comunidade, e ainda ocorria uma fragmentação do indivíduo pela setorização e centralização das políticas. Ainda, naquele período, no qual os movimentos sindicais ganharam força, o trabalho com as famílias era visto como disciplinador e conservador. A atenção a família se dava de modo periférico, centrando apenas nos grupos de indivíduos (crianças, mulheres e idosos) (M.C.B. Carvalho, 1994).

As práticas desenvolvidas com as famílias aconteciam para além da esfera pública. Na sociedade civil, principalmente, com a Igreja, desenvolveram-se as primeiras intervenções no âmbito familiar, com os cursos de noivos e encontros de casais. As práticas que tinham iniciativa estatal se davam no âmbito escolar, como as associações de pais e

mestres e os centros sociais urbanos, sendo desenvolvidas a partir de um caráter normatizador, autoritário e descontínuo (E.M. Vasconcelos, 1999).

E.M. Vasconcelos (1999) aborda ainda que a questão da família começou a ser envolvida nas discussões políticas principalmente depois da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1988. A isso decorreu a criação dos conselhos tutelares e com eles voltou-se o olhar para a criança dentro de uma família, iniciando avanços em um trabalho pautado na abordagem familiar.

É neste contexto que, em 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU) elegeu a família como temática central de suas discussões. A eleição de uma temática a ser discutida pela ONU tem grandes implicações, uma vez que promover estes eventos faz com que organismos internacionais, organizações não-governamentais e indivíduos se mobilizem em torno de uma temática de modo político, ético e social (A.C.G. Costa, 1994). Essas discussões também repercutem no desenvolvimento de políticas públicas dos países. A Organização propôs o Ano Internacional da Família com o tema *Família: recursos e responsabilidades para a mudança do mundo*, e considerou a família como “menor parte construtora da democracia no coração da sociedade”. Considerada a unidade básica da sociedade, a família seria assim merecedora de atenção, devendo ser dedicado a esta: proteção e assistência, para que possa assumir plenamente suas responsabilidades dentro da comunidade (ONU, 2014).

Levando em conta o período de crise econômica e social é bastante difícil pensarmos que a escolha da família na centralidade de discussões internacionais da ONU seja algo aleatório. Assim, segundo E.M. Ribeiro (2004) com os diversos problemas sociais que emergiram naquele período, e com eles, as desarticulações das redes de solidariedade, buscou-se na família o local para retomar este sentimento de pertencimento em uma sociedade. No relatório da conferência, foi recomendado aos governos que desenvolvessem políticas sociais que fossem ao encontro das necessidades das famílias dando a elas o apoio necessário para que desenvolvessem suas funções, levando em conta ainda, que a família deveria ser compreendida a partir de suas diferentes formulações (ONU, 1994).

O que podemos ver é que houve uma valorização da família como modo de contribuir com o Estado no cuidado junto aos seus membros. De uma perspectiva que apenas entendia a necessidade de controlá-la, passa-se a entendê-la também como uma parceira no cuidado dos seus membros. Nesta perspectiva, ao dividir esta função com a família, ao Estado recai a responsabilidade de dar suporte a ela. Contudo, são feitas críticas a esta abordagem, entendida, muitas vezes, como uma forma de controle das famílias pelo Estado. Ao entrar na privacidade das famílias com especialistas e ditar modos de vida (Mioto, 2014) e ainda, ao colocar a família com estas responsabilidades, o Estado o faria para reduzir suas funções de proteção social e geraria uma sobrecarga de funções para a família (L.A.B. Trad, 2014a).

Portanto, como vimos, em contextos de crise, econômica e social, a família passa a ser entendida como um núcleo privilegiado para manter a coesão social. É dentro desta perspectiva, de proteção e cuidado que a política de saúde, pautada na ESF, se constituiu.

1.4 A centralidade da família no contexto específico da ESF

A partir da compreensão de diferentes construções sobre família na nossa sociedade e de como essa se torna central nas políticas públicas, é de grande importância que compreendamos melhor como os documentos do Ministério da Saúde e como a literatura sobre a temática da ESF fazem uso destes discursos. Ademais, é fundamental que busquemos entender como os profissionais de saúde concebem e produzem sentidos e práticas neste contexto, a partir da literatura da área.

1.4.1 A família nos documentos do Ministério da Saúde voltados para ESF

Considerando os aspectos sócio culturais supracitados, e a necessidade de reestruturação do modelo de assistência à saúde, o Ministério da Saúde (MS) entendeu como necessidade que essa mudança acontecesse desde o objeto de atenção, até as práticas a serem desenvolvidas. Deste modo, elegeu a família como foco de suas ações na

AB. No documento oficial do MS (Ministério da Saúde, 1997) é trazida a seguinte definição do objeto de cuidado da ESF:

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Ministério da Saúde, 1997, p. 08).

Este deslocamento do indivíduo para a família nas ações em saúde é considerado um marco que diferencia a ESF de outros modos de atenção (Sarti, 2014). Entretanto, qual direcionamento é dado para que esta mudança aconteça? A fim de compreender as implicações desta mudança e de como elas aparecem nos documentos do MS, N.C. Silva (2010) fez uma extensa análise sobre a família na ESF a partir de uma série de documentos relacionados a Estratégia. A autora teve como foco investigar: as concepções de família; como se entende a operacionalização da centralidade na família; e como se dá a orientação para as práticas nestes documentos.

Os documentos analisados por N.C. Silva (2010) foram: *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial* (Ministério da Saúde, 1997); *Implantação da Unidade de Saúde da Família* (Ministério da Saúde, 2000b) e *Política Nacional de Atenção Básica* (Ministério da Saúde, 2006). A autora também analisou os cadernos de orientação da AB em programas de saúde por área temática (saúde do trabalhador, obesidade e carências de micronutrientes). Considerando a proximidade do estudo da autora à temática de nossa investigação, apresentaremos com maiores detalhes a análise por ela desenvolvida.

De modo geral essa análise dos documentos básicos traz a família como novo objeto de atenção, como pode ser visto na definição supracitada. As práticas deveriam ser reorientadas a partir deste objeto, sendo fundamental para o desenvolvimento do novo modelo de atenção (N.C. Silva, 2010). Há diferentes justificativas para o entendimento de que a família contribuiria para isso:

(...) é em seu contexto que se iniciam as relações entre si e o mundo, que se organizam a luta por melhores qualidades de vida e saúde, o espaço familiar já deu provas de sua potencialidade em otimizar as políticas sociais em contexto de crise. (...) A família é

mostrada então como parceira dos serviços/profissionais de Saúde da Família para o cuidado com os seus integrantes (N.C. Silva, 2010, p.259).

A importância de uma “abordagem integral e articulada da família” (Ministério da Saúde, 2000b, p.9) também é ressaltada nos documentos. Extrapolando visões convencionais que se atêm apenas ao ambiente onde ela vive ou aos seus subsistemas, considera como importante trabalhar conceitos, funções, tipos e o papel da família na comunidade, pois estes teriam influência no processo saúde-doença (M.C.L.S.R. Silva, 2010). Neste sentido, N.C. Silva (2010) faz críticas, uma vez que apesar desta concepção, não há nos documentos informações sobre como realizar ações a partir deste entendimento de família. Esta crítica é também ressaltada por outros autores, que afirmam que não são abordadas formas de trabalho das equipes junto às famílias (M.C.L.S.R. Silva, L. Silva & Bousso, 2011; E.M. Ribeiro, 2004).

Nos documentos as especificações das tarefas da equipe com relação às famílias estão relacionadas à necessidade de conhecê-las, a partir de características advindas da moradia, o número de membros da família, doenças que acometem seus membros, ações estas diretamente relacionadas à territorialização. A partir das informações coletadas seria traçado um diagnóstico da área, ressaltando as principais problemáticas e identificando as famílias em situação de risco. Para além disso, não existe nos documentos oficiais formas de articular as informações para o desenvolvimento de ações com as famílias (N.C. Silva, 2010). Neste sentido, a análise de M.C.L.S.R. Silva et al. (2011) traz que as orientações para as ações se dão voltadas para os grupos específicos do processo saúde-doença (crianças, idosos, diabéticos, gestantes, etc.). Deste modo, as práticas são direcionadas para os seus membros, e a família aparece apenas como parceira do cuidado destes (N.C. Silva, 2010).

Para além dos documentos analisados por N.C. Silva (2010), buscamos compreender se houve mudanças no que diz respeito à família na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012). Com relação às ações da equipe, a família não aparece diferenciada de outros focos de atenção, como do indivíduo e da comunidade. Ela aparece nas atribuições dos profissionais em conjunto com as demais, no que se refere à adscrição da população e atualização dos cadastros das famílias. Além disso, quando se aborda a questão do cuidado, mais uma vez, o olhar para família aparece indiferenciado da

comunidade e dos indivíduos, sendo pensada principalmente como contexto de atuação a partir da moradia.

Deste modo, o que fica perceptível nas análises realizadas por alguns autores (Sarti, 2014; M.C.L.S.R. Silva et al. 2011; N.C. Silva, 2010), é que há uma falta de clareza nos documentos oficiais tanto ao que se refere à concepção de família adotada pela ESF, quanto a como desenvolver ações a partir desta nova centralidade do cuidado.

1.4.2 Estudo da literatura: sentidos e abordagens junto à família no trabalho na ESF

Apesar desta importância dada as famílias, sendo o foco das políticas públicas, isso não garante que, na prática profissional, a família seja realmente o objeto de atenção da ESF (E.M. Ribeiro, 2004). Alguns autores (M.C.L.S.R. Silva et al., 2011; E.M. Ribeiro, 2004) sugerem que as práticas podem não ser focadas realmente nas famílias pela falta de especificação nos documentos do MS de como as ações junto a estas devem ser desenvolvidas. Ao que parece, na prática, há dificuldades de passar de uma lógica de cuidado individual para uma que entende a família como unidade do cuidado.

Há uma lacuna entre as mudanças paradigmáticas que se dão no plano do discurso científico e como de fato estas acontecem nas práticas. Como Merhy (2002) aborda, o local de possibilidade de quebra de modelos hegemônicos da saúde se dá nas práticas cotidianas e na organização do trabalho. Deste modo, podemos compreender como a implementação deste modelo centrado na família no cotidiano de trabalho ainda é um desafio para os profissionais.

E.M. Ribeiro (2004) aponta que esta falta de consenso, sobre as ações voltadas para a família, gera diversas abordagens de atuação dos profissionais. Segundo a autora, isso pode gerar uma impressão errônea de que “se cuida do mesmo objeto” (p. 663). Sarti (2014) destaca que também há uma falta de problematização das implicações em tornar a família foco da atenção, e que isso se dá, por esta imprecisão sobre o que se entende por família na ESF.

A partir de uma lógica de que no cotidiano de trabalho os profissionais atribuem diferentes sentidos sobre família e desenvolvem suas práticas a partir deles, alguns estudos entendem a importância de compreender as concepções de família. Tais concepções são consideradas fundamentais pois direcionam as expectativas dos profissionais no desenvolvimento de seu trabalho (Gabardo, Junges, & Selli, 2009; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; Pereira & Bourget, 2010; Prata et al., 2013; N.C. Silva, 2010).

É comum nos estudos que abordam essa temática uma visão da família por parte dos profissionais como unidade de apoio, suporte e escuta entre os membros (Gabardo et al., 2009; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; Pereira & Bourget, 2010; N.C. Silva, 2010). Este aspecto foi discutido na pesquisa de Pereira e Bourget (2010) a partir de uma reflexão na qual os profissionais, apesar de compreenderem a família como espaço fundamental para o desenvolvimento humano, não a veem de forma idealizada. Os membros das equipes entrevistados pelas autoras mostraram uma percepção de que as relações familiares também são marcadas por conflitos e, sendo assim, merecem atenção. Apesar de se ter a dimensão da existência desses conflitos, os profissionais, muitas vezes, pautados por esta visão idealizada de família como solidariedade, têm dificuldade de compreender e trabalhar a partir de questões existentes dentro da família como as relações de poder e as questões de dominação de gênero (Sarti, 2014).

Outro sentido construído pelos profissionais diz respeito às configurações familiares na contemporaneidade. Enfermeiros entrevistados por Oliveira e Marcon (2007) mostraram dificuldade em conceituar família devido às novas configurações de família possíveis. Como discutido por estudiosos da família, são muitas as possibilidades de organização familiar na atualidade, o que nos distancia do modelo tradicional de família nuclear (Cervendy & Berthoud, 2008).

Já no estudo de Gabardo et al., (2009) os profissionais da equipe mínima da ESF, em grupos focais, abordaram a questão da diversidade dos arranjos familiares buscando não julgar, e sim compreendê-las a partir de sua organização. Os autores destacam que esta postura flexível diante das configurações familiares pode colaborar para uma melhor escuta das dinâmicas intrafamiliares, contribuindo, para um trabalho mais efetivo. Pereira e Bourget (2010) ressaltam que a busca por compreender estes novos modos de

convivência familiar possibilita aos profissionais refletirem sobre os seus próprios referenciais.

Nesse estudo (Pereira & Bougert, 2010), os autores abordam, como importante resultado, o modo como os profissionais significam a família como aquela que possui uma influência onipotente sobre a vida dos seus membros, tanto positiva quanto negativa. Os autores discutem como o discurso científico de culpabilização da família pela saúde dos seus membros poderia ter influenciando o relato dos profissionais nessa direção.

Estas representações, concepções e sentidos de família estão intimamente relacionadas as abordagens de trabalho desenvolvidas pelos profissionais junto a elas. Dentro disso, alguns outros modos de entendê-la podem ser explicitados em relação a estas práticas. E.M. Ribeiro (2004), a partir de documentos do MS, de textos sobre saúde coletiva e de sua experiência no trabalho com famílias, construiu diferentes categorias com o intuito de caracterizar estas diversas abordagens no trabalho com as famílias pelos profissionais de saúde da ESF.

Uma primeira dimensão do cuidado entendido pela autora, tem como foco o indivíduo, sendo a família responsável pelo cuidado com o membro doente. A autora denominou esta categoria como **família/indivíduo**, e discute como este modo de cuidado perde a complexidade das famílias (E.M. Ribeiro, 2004). Esta categoria parece bastante pertinente, uma vez que outros estudos também ressaltam este entendimento. O estudo de Sá e colaboradores (2012), por exemplo, constatou que no cuidado com pessoas com tuberculose, a família é vista pelos profissionais de saúde como parceira do cuidado, e não como unidade a ser cuidada, sendo o tratamento focado no sujeito com tuberculose. Outros estudos trazem esta mesma percepção de como essa centralidade do cuidado recai sobre o indivíduo (Horta, Ferreira, & Zhao, 2010; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; Polaro et al., 2013; Seraponi, 2005), como traz E.M. Ribeiro (2004) “a família é o cliente nominal, mas não é ‘objeto’ do cuidado” (p. 662).

Outra categoria proposta pela autora é a de **família/domicílio**, na qual o foco do cuidado recairia sobre o ambiente domiciliar e as condições materiais das famílias, sendo este um espaço considerado para coleta de dados epidemiológicos e estatísticos. A partir

destes dados, as famílias passariam a ser classificadas a partir de uma escala de risco socioambiental (E.M. Ribeiro, 2004).

Moimaz et al., (2011) ressaltam que a visão de família como um “espaço” de viver junto tem sido bastante valorizada nas abordagens de saúde coletiva. Esta perspectiva também foi trazida no estudo de Pereira e Bourget (2010) no qual alguns profissionais de saúde atribuem o significado do que é ser família ao espaço domiciliar. As autoras consideraram que essa pode ser uma percepção comum entre eles porque as famílias na ESF são identificadas a partir do domicílio.

Sarti (2014) aborda que o fato do cadastramento na ESF ser vinculado ao local de moradia contribui para confusões sobre quem é o real alvo de atenção dos cuidados em saúde. Com relação a esta abordagem, são feitas críticas a esta limitação da família ao seu domicílio, uma vez que ela não é entendida como rede e, com isso, se perde as famílias extensas e as relações com a vizinhança, relações estas que tem grande influência nas condições de vida das pessoas (Pereira & Bourget, 2010; Sarti, 2014; N.C. Silva, 2010). Neste sentido, é importante ter um olhar atento para a vizinhança uma vez que ela pode atuar como rede social de suporte para as famílias (L.A.B. Trad, 2014b).

Uma terceira abordagem de cuidado junto às famílias na ESF, para a autora, acontece unindo as categorias anteriores: **família/indivíduo/domicílio**. Nessa perspectiva, a família, mais uma vez, é vista como cuidadora, de uma pessoa doente, ou que faz parte de um grupo específico dentro do processo de saúde-doença (gestantes, crianças menores de cinco anos, idosos). Entretanto, desta vez, o indivíduo doente é compreendido dentro de seu domicílio (E. M. Ribeiro, 2004).

Como já abordamos a concepção de família como cuidadora dos seus membros é comum entre os profissionais de saúde (Gabardo et al., 2009; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; N.C. Silva, 2010). Os profissionais que participaram do grupo focal na pesquisa de Gabardo et al., (2009), descreveram a família como saudável a partir desta lógica de cuidado dos membros. A família saudável seria aquela que toma a iniciativa para o cuidado dos seus membros, que busca soluções e que se une para o enfrentamento de uma doença.

E.M. Ribeiro (2004) define ainda mais três categorias. A primeira delas, na qual a família é considerada como mais uma dentro de uma comunidade e as intervenções são universalizadas, perdendo a singularidade das dinâmicas de cada família (**família/comunidade**). L.A.B Trad e Bastos (1998), nesse sentido, apontam para a importância de focalizar a família na sua relação com o coletivo, porém eles ressaltam que isso deve acontecer sem se perder de vista a dinâmica própria da família. Esta dificuldade de diferenciação pode estar relacionada a falta de clareza nos documentos, uma vez que indivíduos, famílias e comunidades aparecem sempre juntos como alvos da intervenção, sem distinção sobre quais ações deveriam ser feitas com cada um deles de modo específico (Ministério da Saúde, 2012a).

Outra abordagem de cuidado à família, seria aquela que problematiza tanto a estrutura familiar quanto as condições sociais e materiais das famílias, buscando identificar se estas estão em uma “situação de risco” (**família/risco social**). Uma reflexão que E.M. Ribeiro (2004) apresenta é que esta postura pode trazer uma visão de que a família é incapaz de realizar suas funções, precisando, assim, de auxílio.

Essa perspectiva tem sido considerada importante para priorizar as visitas domiciliares para as famílias consideradas em maior risco social (Ministério da Saúde, 2000b), sendo desenvolvida até uma escala de risco familiar (Coelho & Savassi, 2004) para classificá-las. Ainda, identificar situações de risco nas famílias é tido como fundamental para o desenvolvimento de ações de cuidado mais amplas (Nascimento et al., 2010; Resta & Motta, 2005). No estudo de N.C. Silva (2010) os profissionais de saúde, muito provavelmente, pautados no que é preconizado nos documentos, trazem em seus relatos que as famílias com as quais eles têm como foco de seus atendimentos são, principalmente, as famílias em situação de risco e as que estão passando por momentos de crise.

Uma última abordagem caracterizada por E.M. Ribeiro (2004) é denominada **família/família**. Nesta os profissionais consideram os sentidos construídos nas relações familiares, levando em conta diferentes aspectos, desde as condições materiais até aqueles relacionados à dinâmica familiar e as relações sociais. Esta abordagem vai ao encontro do que Moimaz et al., (2011) discutem: ao se colocar a família como central nas práticas de

saúde deve-se buscar uma atuação que a compreenda em sua complexidade e diversidade. Tendo em vista isso, a ESF, por desenvolver seu trabalho próximo ao cotidiano destas famílias, pode melhor entender suas necessidades de saúde (Resta & Motta, 2005). Nesse sentido, Sarti (2014) propõe que:

A problematização das relações familiares faz-se necessária para uma atenção integral à saúde, com foco na família, tanto no que se refere às formas próprias de cuidado à saúde e às doenças utilizadas pelas famílias, como também no que diz respeito às implicações das relações familiares no próprio processo de adoecer, dentro do que pretende ser uma compreensão ampliada do chamado processo saúde-doença, que leve em conta as dimensões biológicas, psicológicas e sociais deste processo (Sarti, 2014, p. 94).

O estudo de Lisboa, Santos, Bassoli, Paiva e Fernandes (2011) mostra como uma melhor compreensão da dinâmica familiar possibilita uma intervenção mais articulada às necessidades dos usuários. Por meio de entrevistas feitas por psicólogos com famílias atendidas na ESF, foi possível trazer à tona as dinâmicas relacionais das famílias e os determinantes sociais do processo saúde-doença. Estas percepções, ao serem levadas para a equipe, possibilitaram uma visão mais ampliada da equipe sobre as famílias, e a partir disso, foram construídas novas formas de intervenção junto a elas. Esses novos olhares também contribuíram com uma visão mais empática da equipe sobre as problemáticas das famílias e, por conseguinte, com o estreitamento do vínculo entre equipe de saúde e os usuários.

Como parte de sua pesquisa, N.C. Silva (2010) perguntou aos profissionais de saúde qual dessas categorias, desenvolvidas por Ribeiro (2004) tinha relação com o trabalho que eles realizavam. Os profissionais ressaltaram que em sua prática comumente usavam as abordagens: **família/indivíduo** e **família/domicílio**. Apesar disso, enfatizaram que entendem a necessidade de realizar suas práticas voltadas para uma abordagem **família/família**. Uma das justificativas dada por eles para que isto não aconteça é a necessidade de cumprir com cobranças institucionais relacionadas a programas com grupos do processo saúde-doença e do ciclo de vida, além de ter que realizar coletas de dados para alimentar o sistema.

Uma contradição na ESF parece ser exposta a partir destas questões abordadas por N.C. Silva (2010) em seu estudo: por um lado é necessário que se cumpra as diretrizes do

MS; por outro, os profissionais devem centrar-se na atuação voltada para as necessidades de saúde do território. No entanto, ao cumprir as demandas do Ministério, que envolvem inclusive o financiamento da estratégia, pode-se perder a dimensão da territorialização e, dentro disso, do cuidado à família (Feuerwerker, 2005; Sarti, 2014).

A partir da análise de E.M. Ribeiro (2004), e reafirmada por outros autores, a maior parte das abordagens de trabalho junto à família na ESF parecem perder a complexidade deste sistema, sendo que ora o foco do cuidado recai sobre o indivíduo, ora sobre a comunidade. Assim, as práticas junto às famílias ainda parecem ser um grande desafio na ESF.

Muitos dos desafios apontados para o trabalho com as famílias neste contexto, parecem ir ao encontro dos desafios apontados por Takashima (2005, citado por S. Trad, 2014) ao tratar de políticas de atendimento às famílias de um modo geral, a saber:

- a) necessidade de superar um atendimento individualizado, comum nas práticas tradicionais, que fragmentaria a família, atendendo-a de forma atomizada;
- b) superar as intervenções com as famílias, construídas historicamente a partir de um modo assistencial, desarticulado e criando vínculos de dependência; para romper com esse assistencialismo seria necessária uma postura socioeducativa que trabalhasse junto à comunidade e inserisse os grupos familiares, entendendo os serviços prestados como direitos da população;
- c) necessidade de adotar uma postura dialógica nos serviços de atendimento às famílias, a fim de romper com a lógica de passividade configurada a partir do assistencialismo, inserindo as famílias em relações horizontais dentro dos serviços;
- d) a necessidade de desenvolvimento dos trabalhos em equipes interdisciplinares que atuem de forma convergente, isto é, com a mesma intencionalidade, pautados em construções de intervenções mais dialógicas e horizontais.

Diante desses desafios, faz-se importante que lancemos nosso olhar para as atividades desenvolvidas no processo de trabalho dos profissionais, a fim de compreender

um pouco melhor como estas têm sido desenvolvidas em uma perspectiva mais centrada na família.

1.4.3 Atividades desenvolvidas junto às famílias no cotidiano de trabalho da ESF

Com o intuito de reorganizar o modelo de atenção à saúde, foram propostas reconstruções para os métodos e a rotina de trabalho, e dentro disso, podemos buscar compreender como se configura o trabalho com as famílias na ESF. No caderno de Atenção Básica, voltado para a implantação da Unidade de Saúde da Família, são listadas algumas atividades que estariam envolvidas no cotidiano de trabalho. Nesse documento são ressaltados os processos de trabalho e seus métodos, dentre as atividades, podemos destacar: o cadastramento das famílias e o diagnóstico do território; a organização da demanda; a atenção domiciliar e o trabalho em equipe (Ministério da Saúde, 2000b).

O cadastramento das famílias, como já foi colocado, é um momento fundamental para a realização da territorialização, na qual são feitas visitas a todas as residências da área de abrangência e a partir delas entende-se as principais necessidades de saúde da população. Com isso, constrói-se o diagnóstico do território e planeja-se as ações de saúde para aquela população (Ministério da Saúde, 2000b). Na prática cotidiana dos profissionais, muitas vezes, o cadastramento e as atualizações dos prontuários são feitos de modo fragmentado nos membros da família, entretanto esses prontuários deveriam ser “prontuários de família”. Além disso, após o cadastramento, em muitas equipes de saúde, não são desenvolvidos o diagnóstico da área (N.C. Silva, 2010).

L.A.B. Trad (2014a) traz uma percepção de que após este levantamento dos dados parece haver uma dificuldade nas equipes em desenvolver práticas “culturalmente sensíveis” (p.22). Os ACS entrevistados por Prata et al., (2013) mostraram que o acompanhamento que eles faziam das famílias, se dava de modo a seguir protocolos pré-determinados em detrimento de um diálogo com estas famílias. Essa prática mais direcionada, levava a modos de trabalho pouco sensíveis às percepções que as próprias famílias têm sobre si e sobre suas condições de vida.

Nesta mesma perspectiva, N.C. Silva (2010) destaca as limitações em realizar o registro dos prontuários das famílias, a partir da Ficha A, uma vez que esta não contempla questões de interação, de estrutura e de dinâmica familiar. Ademais, em sua pesquisa a autora observou que não há a utilização, e até existe um desconhecimento dos profissionais acerca de instrumentos que poderiam contribuir para este olhar mais relacional da família, algo que também foi percebido por Oliveira e Marcon (2007). Mendes (2012) considera fundamental o uso de tais ferramentas para a efetivação do enfoque familiar na APS.

Para contribuir com a compreensão da complexidade das famílias, alguns estudos trazem como possibilidade o uso de instrumentos baseados na perspectiva sistêmica de família e da avaliação em terapia familiar (Ditterich, Gabardo, & Moysés, 2009; Galera & Luis, 2002; Guanaes & Mattos, 2011; Rebelo, 2007). O estudo específico de Ditterich et al., (2009) abordou a importância destes instrumentos e como os profissionais de saúde do município de Curitiba têm sido treinados para aplicá-los. Os instrumentos apresentados pelos autores trazem a perspectiva de que para trabalhar com as famílias é importante se ter um olhar para o grupo familiar, para a sua estrutura e realizar este trabalho ao longo de múltiplas intervenções ao longo do tempo. Os instrumentos apresentados foram o genograma, o ecomapa, o modelo F.I.R.O. e o P.R.A.C.T.I.C.E. de avaliação familiar.

Segundo os autores, os instrumentos de avaliação familiar, além de possibilitarem um maior entendimento da dinâmica e do ciclo de vida familiar, contribui para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. Uma lógica, que pareceu proeminente no texto, ressalta como estes instrumentos podem ter função preditiva de problemas de saúde na família, como padrões relacionais e de momentos do ciclo de vida familiar (Ditterich, et al., 2009).

Este estudo, ao trazer exemplos, aborda como o genograma tem sido utilizado pela equipe de saúde bucal para compreender o contexto de doenças bucais e os fatores de risco familiares para o desenvolvimento destes. Ainda, a partir do F.I.R.O., tem sido possível compreender como alguns comportamentos que levam a transtornos de obesidade ou ao uso de tabaco, podem estar relacionados a modos de se incluir na família. Além disso, o uso dos instrumentos tem possibilitado aos profissionais relacionarem como problemas

que acontecem em determinados momentos do ciclo vital familiar, como o adoecimento de um membro da família, leva a uma série de reposicionamentos de papéis entre os membros (Ditterich et al., 2009).

A aplicação destes instrumentos no município tem possibilitado pensar em abordagens mais adequadas de intervenção, além de conseguirem antecipar problemas. Segundo os autores, esses instrumentos ainda têm contribuído para conduzir campanhas educativas e para uma maior vinculação com os usuários, levando a práticas de cuidado com longitudinalidade no tempo (Ditterich et al., 2009). Apesar do uso destes instrumentos ainda parecerem estar centrados na doença (Ditterich et al., 2009, Rebelo 2007), esses parecem convidar, de alguma forma, para práticas mais relacionais, que ampliem o olhar para a saúde (Guanaes & Mattos, 2011).

Outra atividade cotidiana dos profissionais que pode ter como foco a família é a atenção domiciliar. Esta é considerada por eles como modo de trabalhar com as famílias e também como importante modo de conhecer as famílias com as quais trabalham e, ainda, como uma forma de desenvolver o vínculo com a população (R. Borges & D'Oliveira, 2011; Lionello, Duro, A.M. Silva, & Witt, 2012; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; N.C. Silva, 2010).

No entanto, o que se vê na prática cotidiana destas atividades domiciliares é um foco na produção de estatísticas e o contato com os outros membros da família nas visitas se limita a passar orientações de cuidado, centrando suas práticas no indivíduo doente (N.C. Silva, 2010). L.A.B. Trad (2014b) aponta que devemos ter cuidado e também repensar as práticas de visita, uma vez que para além de um espaço de vínculo e cuidado, a visita domiciliar pode ser entendida, como intromissão do serviço de saúde na privacidade das famílias. Deste modo, pode ser interpretada como uma forma de exercer controle, ao ditar regras de comportamento que ignorem os conhecimentos, práticas e decisões da família no processo de cuidado.

Os prontuários de saúde familiar, tal qual outros instrumentos como visitas, análises de dinâmicas familiares e genograma, são considerados como potentes para identificação de vulnerabilidades, riscos e dificuldades. Para além desses, o trabalho em equipe multiprofissional também é entendido como fundamental para a ESF. Ao que se refere a

família, o trabalho em equipe tanto dentro da unidade, como no domicílio é de grande relevância. Além disso, o espaço de diálogo entre os membros da equipe sobre aspectos da família parece ser importante para a construção de intervenções mais eficazes e em conjunto.

Nesta perspectiva, alguns autores discutem como as reuniões de equipe têm se construído como espaços importantes para a “discussão de famílias” (Guanaes & Mattos, 2011; Matumoto et al., 2011) e a possibilidade de haver nesses encontros construções de ações em conjunto para intervir na família. Dada a relevância e o potencial que esta prática pode ter, a explicitaremos com mais detalhes na próxima seção.

1.4.3.1 Reuniões de equipe e o espaço das discussões de família/casos na ESF

A ESF, ao buscar lidar com as pessoas nas diferentes fases do ciclo vital; trabalhar com a busca ativa, atuando no território; buscar compreender os problemas de saúde para além do biológico, considerando seus determinantes sociais; e com um olhar para além do indivíduo, tendo como foco a família; traz como implicação a necessidade de se pensar em novas práticas de trabalho. A partir disso, o trabalho em equipe multidisciplinar é tido como uma grande base da ESF, para uma efetiva transformação do modelo de atenção, mas também um dos seus grandes desafios. Esta se mostra como um desafio, pois, muitas vezes, na Atenção Básica, há uma repetição do processo de trabalho que acontece no ambiente hospitalar, centrado nos procedimentos e no cuidado de forma episódica (Matumoto et al., 2011).

Diante de todas essas propostas da ESF, no cotidiano das práticas em saúde, os trabalhadores são constantemente confrontados com a complexidade das questões trazidas pelos usuários, o que demanda, mais uma vez, destes profissionais novos modos de “produzir saúde” (Matumoto et al., 2011). Nesta perspectiva, os espaços de reuniões de equipe, e de discussão de casos/famílias, são compreendidos como privilegiados para uma efetivação do trabalho em equipe e de transformação das práticas. Nessas reuniões, podem ser construídos espaços de diálogo, de compartilhamento de opiniões, além de

troca de informações e conhecimentos. Além disso, esses momentos também são considerados fundamentais para construção de projetos coletivos e tomadas de decisões pela equipe (Grando & Dall’Agnol, 2010; Matumoto et al., 2011).

Cruz et al. (2008) apresentam que, alguns profissionais de saúde que participaram de um grupo de educação permanente voltada para grupos, entenderam que o espaço de reunião de equipe deveria ser um tema discutido. Eles ressaltavam a importância desse espaço para o trabalho em equipe na ESF e entendiam que este poderia ser melhor aproveitado. Para esses profissionais as reuniões são importantes por darem a oportunidade do desenvolvimento de estratégias de ação da equipe; por ser um ambiente onde acontecem inúmeros conflitos e há a necessidade de convergir o modo como serão conduzidos os casos. Apesar das dificuldades presentes nestes encontros, os profissionais entenderam as reuniões como um momento de aprendizado e de motivação para o trabalho, pois nele são pensadas práticas coletivas e são compartilhadas dificuldades.

Para Cruz et al. (2008) os participantes deste grupo também compreenderam que este é um espaço que tem diversas necessidades, sendo uma delas a de buscar uma horizontalidade nas relações entre os profissionais, a fim de alcançar uma corresponsabilidade no desenvolvimento das ações. Tal horizontalização poderia contribuir para a criação de um ambiente democrático de discussão entre os membros da equipe. Além disso, os participantes do estudo compreenderam como fundamental uma reflexão sobre o espaço das reuniões a fim de desburocratizá-lo, entendendo que algumas equipes faziam o uso deste para realização de atividades como o preenchimento de fichas.

As reuniões também eram entendidas como sendo de grande potencial para o desenvolvimento de ações a partir das necessidades e demandas de saúde da comunidade atendida. Tal potencial se dava quando as reuniões eram utilizadas para discutir casos das famílias e também para estabelecer estratégias de cuidado, bem como para fazer o levantamento dos problemas e avaliar o desenvolvimento das atividades que são feitas junto à comunidade (Cruz, et al., 2008).

Guanaes e Mattos (2011), a partir da experiência em reuniões de discussão de família no contexto da ESF, observaram que este espaço é comumente usado pela equipe para a

apresentação de informações sobre as famílias consideradas difíceis, tendo como principal objetivo buscar possibilidades de ação e de soluções para os casos. Os autores caracterizaram estas reuniões acontecendo a partir de um caso, geralmente trazido pelo ACS, ou por outro profissional que tenha tido dificuldades de lidar com a família ou com alguns membros, por motivos diversos, seja por problemas da estrutura, da dinâmica ou do funcionamento das famílias. Outra característica apontada, é que, muitas vezes, a “(...) conversa orientada pela busca de propostas objetivas de ação junto a ela.” (Guanaes & Mattos, p.1011), e pela complexidade das questões trazidas seja pelo cunho das problemáticas socioeconômicas, seja pelo aspecto das relações, a equipe sentia-se impotente diante dos casos, fator esse ressaltado também por Matumoto et al. (2011).

Este espaço de discussão de equipes sobre os casos e as famílias parece ser um ambiente rico, ao passo que possibilita de alguma forma um olhar mais integral para a família e também porque permite o diálogo entre os diferentes membros da equipe. Contudo, este também se mostra bastante desafiador, uma vez que, muitas vezes, é difícil sair de um trabalho centrado em procedimentos e mais voltado para as relações, pois também há uma dificuldade das equipes em lidar com situações que vão para além do tratamento biológico, já conhecido. Portanto, parece haver um despreparo dos profissionais para lidar com situações mais relacionais. Desse modo, profissionais de outras áreas que ampliem a equipe mínima, como é a proposta do NASF, parecem ser de grande ajuda para instrumentalizar a equipe nas reflexões e planejamento de ações junto às famílias. Para além das dificuldades, as discussões de casos/famílias mostram-se potenciais para um olhar para como nas conversas do cotidiano de trabalho os profissionais constroem sentidos e direcionam a partir deles suas práticas (Guanaes & Mattos, 2011).

Objetivos

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Ao retomarmos o percurso que fizemos ao longo da introdução é possível perceber como alguns discursos sobre saúde emergem como importantes na nossa sociedade e também como há constantes disputas entre modos de produzir cuidado. Os conflitos e disputas entre estes modos se dão em um plano político, econômico e cultural, e, dentro disso, a APS surgiu como um contraponto ao modelo biomédico, quando este enfrentava uma crise, diante de seus altos custos e da baixa resolutividade dos problemas de saúde da população. Além disso, a APS surge como possibilidade de olhar para a saúde dos indivíduos levando em conta suas condições de vida, compreendendo a saúde para além da cura das doenças.

Ademais, no contexto brasileiro, que também enfrentava uma crise econômica e política, a população iniciou uma luta para a conquista da saúde como um direito de todos e como um dever do Estado. O movimento da reforma sanitária junto com os demais criadores do SUS também entendia que a APS era um caminho para ampliar a cobertura da saúde, e ainda uma forma de olhar para as reais necessidades da população, e com isso, também haveria uma racionalização dos gastos com a saúde.

Apesar desses movimentos alcançarem a criação do SUS, esse parecia não conseguir efetivar seus princípios e diretrizes. Compreendeu-se, assim, a necessidade de transformação do modelo assistencial da saúde, construindo a proposta da ESF inspirada nas atividades do PACS. Com isso, um dos principais atributos da APS foi incorporado na nossa Atenção Básica, como o objeto de atenção, a *centralização da família*.

Como pudemos ver, a família não é eleita de modo arbitrário para ser o centro da nossa política de saúde. Há uma construção social em torno da família, que a estabelece como elemento fundamental da sociedade e, em diferentes momentos, a coloca em local de destaque na proteção social de seus membros, como nos momentos de crise. Contudo, cabe destacar que ao mudarmos o foco da atenção do indivíduo, como se dava no modelo biomédico, para a família, isso não faz com as práticas em saúde se voltem para ela de modo natural e imediato.

Deste modo, considerando o conhecimento construído sobre a ESF é possível perceber diferentes desafios para sua real concretização, envolvendo principalmente as contradições e disputas impostas entre este novo modelo de atenção e o modelo médico hegemônico. Muitas das ações preconizadas pelo MS, para que haja uma transformação do modelo de atenção, não são efetivadas na prática. Dentre estas contradições pode-se destacar a preconização, por parte do governo, da família enquanto central no cuidado na APS; mas, na prática, o que se nota é uma falta de clareza sobre como devem ser desenvolvidas estas ações voltadas para a família.

Tais indefinições, com relação a prática junto às famílias, geram dificuldades na atuação dos profissionais junto a este objeto de cuidado (Prata et al., 2013; E.M. Ribeiro, 2004; M.C.L.S.R. Silva, L. Silva, & Bousso, 2011; N.C. Silva, 2010). Essas dificuldades parecem permear o trabalho dos profissionais, uma vez que eles ainda possuem práticas voltadas para o que já é conhecido para eles no campo da saúde. Assim, os profissionais agem a partir da abordagem familiar dos ciclos de vida, focada na análise de crises previsíveis e imprevisíveis do desenvolvimento familiar, traduzindo o cuidado à família a partir do modelo biomédico (Sarti, 2014).

A partir da literatura, pôde-se compreender que os estudos sobre a ESF, que buscam refletir sobre a questão da família, ressaltam a importância de se entender as concepções e representações dos profissionais de saúde da família sobre as famílias por eles atendidas, pois estes refletem na prática de cuidado (Gabardo et al., 2009; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; Pereira & Bourget, 2010; N.C. Silva, 2010). Entretanto, cabe ressaltar a importância de se desenvolver estudos que tenham como procedimento metodológico um acompanhamento mais próximo das práticas do cotidiano dos profissionais da equipe. Isso porque a maioria dos estudos sobre família na ESF o fazem a partir de entrevistas ou grupos focais, o que permite trazer a “percepção dos profissionais”, mas dificulta a compreensão de como os sentidos construídos por eles repercutem em suas práticas. Apenas alguns estudos parecem acompanhar as práticas dos profissionais em processo (Matumoto et al., 2011; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; N. C. Silva, 2010).

Dentre as práticas desenvolvidas, destaca-se a relevância das discussões de famílias, pois estas podem contribuir para um trabalho multidisciplinar e com uma visão de saúde

ampliada, tendo como foco a atenção à família (Guanaes & Mattos, 2011; Matumoto et al., 2011). A maneira como as equipes têm construído este espaço é muito diverso e depende dos entendimentos que a própria equipe consegue desenvolver sobre a proposta da ESF. Em estudo sobre a construção deste espaço em uma equipe de saúde da família, Matumoto et al. (2011) referem que este contexto, apesar de já presente em algumas unidades pode, muitas vezes, reproduzir o discurso biomédico. Assim, mostra-se necessário que mais estudos investiguem como estas práticas têm sido desenvolvidas.

Além disso, levando em conta a recente introdução do psicólogo no contexto de atuação junto à ESF, pelo NASF, vê-se a necessidade de um melhor delineamento das práticas deste profissional. Nesse sentido, considerando, a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial para o trabalho junto às equipes (Ministério da Saúde, 2009), estes espaços de discussão de famílias podem constituir-se em uma importante situação tanto para o compartilhamento de saberes, quanto para a construção de intervenções conjuntas voltadas para as famílias. Portanto, buscar compreender melhor as questões relacionadas à família no trabalho de equipes de saúde da família, como se propõe no presente estudo, pode colaborar para a construção de práticas psicológicas na ESF, além de contribuir para uma reflexão da própria equipe de saúde que atua neste contexto sobre suas práticas.

Cabe destacar ainda que, como colocado por Merhy (2002), o contexto dos microprocessos de trabalho tem grande potencial para a transformação do modelo assistencial por meio de práticas no cotidiano. Além disso, podemos nos ater à importância de compreender a família a partir do que se conversa sobre ela, uma vez que com base nas descrições que são construídas nos diálogos podemos buscar compreender os efeitos que elas têm nas ações em saúde (Martins et al., 2014).

Tendo em vista estes aspectos, temos como objetivo principal, neste estudo, compreender os sentidos produzidos por profissionais, de equipes de saúde da família, sobre famílias no contexto de reuniões de discussão de família/caso. A partir disso, os **objetivos específicos** são:

- a) Analisar os sentidos construídos sobre famílias por profissionais da equipe multiprofissional da ESF;

- b)** Compreender como estes sentidos orientam a produção de práticas de cuidado desenvolvidas nesse contexto;
- c)** Compreender como acontece, na dinâmica das reuniões de discussão de família, a negociação dos sentidos entre os diferentes profissionais.

Percurso Metodológico

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A pesquisa como prática social

Em nosso estudo adotamos uma abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico o Construcionismo Social. Para além das questões epistemológicas já explanadas, também é importante caracterizar como no construcionismo social pensamos os modos de desenvolver a investigação científica.

Como explanamos anteriormente os pesquisadores construcionistas estão preocupados com as formas de entendimento e descrições do mundo e de si, com as quais as pessoas constroem o mundo. Eles buscam compreender os **sentidos** construídos pelas pessoas em relação (Gergen, 1985). Nesta perspectiva, o construcionismo entende as realidades como construídas na coordenação das atividades conjuntas entre as pessoas, a partir de sua participação em práticas discursivas (McNamee, 2010). Podemos assim pensar que a família pode ser descrita como uma “realização discursiva”:

(...) toda vez que tentamos definir família, estamos recorrendo a vocabulários socialmente produzidos, situados em tempos históricos específicos e que nos permitem produzir versões do que uma família pode ser. Assim, tentar chegar a uma definição verdadeira do que a família essencialmente torna-se uma tarefa fútil, sem fim possível neste contexto (Martins et al., 2014, p.630).

A partir deste entendimento, o construcionismo não propõe métodos e técnicas específicos, é compreendido como uma “teoria prática”, um discurso que orienta a prática de investigação. Nesta perspectiva, a pesquisa é compreendida como um processo que se dá a partir do engajamento das pessoas nas relações (McNamee, 2004).

A problematização do construcionismo com relação a noção de alcance da verdade transforma a compreensão sobre o que se entende pelo método. As pesquisas construcionistas não visam alcançar uma verdade única e final sobre os objetos de estudo, mas sim, partem de um entendimento de que ao empregarmos diferentes modos de investigação produzimos conhecimentos diversos. Nesse sentido, não existiria um único método correto, o que existiria seriam métodos que produzem algumas informações em

detrimento de outras (McNamee, 2010); entendendo assim, que cada método configura o objeto de um modo específico (M.J. Spink & Menegon, 2013).

Nesta perspectiva, Moscheta (2011) propõe que o método não é um instrumento utilizado para se alcançar uma realidade a ser analisada, além de descrever uma realidade, o método a construiria. O método é entendido, então, como um processo dinâmico que vai se caracterizando ao longo do estudo, não sendo previamente delimitado, uma vez que deve ter ressonância com o contexto no qual a pesquisa está sendo desenvolvida. Como Moscheta (citado por McNamee, 2014, p. 128) descreve:

(...) eu aprendi que o método é uma bússola, não um mapa. Eu estava acostumado à ideia comumente aceita na qual se entende o método como um processo. (...) se o método é verdadeiramente um processo, ele é sempre uma resposta ao que quer que esteja emergindo na pesquisa. Então, o aspecto mais importante do método, para mim, não é o que eu planejo fazer ou as ferramentas que quero usar, mas como eu respondo ao que emergir a partir deles.

Neste processo de construção da investigação o pesquisador não é neutro. Ele é considerado como parte integrante na pesquisa, negociando sentidos com participantes, literatura da área e teoria. Desse modo, estabelecendo um diálogo contínuo com o objeto investigado (McNamee, 2010).

A pesquisa pós-moderna, ao propor que o método não visa garantir a generalização nem alcançar uma realidade exterior àquela produzida na investigação, pode ser confrontada com relação a como é possível estabelecer critérios de rigor em seus estudos. M.J. Spink e Lima (2013) compreendem que ao transformar o entendimento sobre como pode-se desenvolver a pesquisa, também se transforma o que se entende por rigor. Este passa a ser compreendido como um esforço do pesquisador em tornar visível o processo de produção do conhecimento, buscando compartilhar os passos de desenvolvimento da pesquisa. A partir desse entendimento, os passos de análise e interpretação de nosso estudo serão descritos de forma detalhada, a fim de proporcionar o diálogo com a comunidade científica e com os próprios pesquisados.

3.2 Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa, o projeto foi apresentado para as equipes de saúde em reuniões de equipe. Explicamos seus objetivos, metodologia e porque o entendíamos como um estudo importante. Além disso, nós deixamos uma cópia do projeto com cada uma das equipes. Elas aceitaram participar da pesquisa, e os profissionais responsáveis pelas equipes assinaram um termo de concordância.

A partir disso, o projeto, que seguiu a Resolução 466/12 que regulamenta a ética em pesquisa em seres humanos (Brasil, 2012), foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP- USP, com o número de protocolo: CAAE nº 30438414.6.0000.5407 (ANEXO A). Concomitantemente, o projeto foi submetido junto à Secretária de Saúde do município, que autorizou a execução da pesquisa na unidade de saúde (ANEXO B).

Posteriormente as aprovações pelo Comitê de Ética e pela Secretaria de Saúde, demos início ao processo para a construção do *corpus* do estudo. Para isso, foi marcado um primeiro encontro com cada uma das equipes, nas reuniões de equipe, nas quais apresentamos o projeto novamente e os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) e de Consentimento para composição de Banco de Dados (APÊNDICE B). Os profissionais foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, sobre a ausência de riscos previsíveis decorrentes da participação do estudo. Também foi reforçado o caráter voluntário da participação e da possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer ônus decorrente disto. Além disso, foi garantida a privacidade e o anonimato tanto das profissionais, quanto dos usuários envolvidos nas discussões de família pela equipe, na divulgação do estudo em eventos ou artigos científicos. Cabe ressaltar que o foco da pesquisa recai sobre os sentidos construídos nestas reuniões e não sobre os usuários dos casos discutidos, sendo assim, eles não são considerados foco da análise.

Para aqueles profissionais que estavam de férias, de licença médica ou que não estavam presentes nos dias em que o projeto foi apresentado nas reuniões de equipe,

também fizemos a apresentação da pesquisa. A leitura e explicação dos termos de consentimento foram realizadas quando esses estavam presentes no dia em que a pesquisadora acompanharia as reuniões. A pesquisadora conversava com essas profissionais antes do início da gravação. Estas conversas foram feitas seguindo os mesmos cuidados éticos que tivemos na apresentação para a equipe como um todo.

Por fim, consideramos como parte importante da ética em pesquisa a partir da perspectiva com a qual trabalhamos, entender a pesquisa como tendo um potencial de transformação nas comunidades com as quais ela se desenvolve e com as realidades que constrói (McNamee & Hosking, 2012). Neste sentido, propomos em nosso estudo um diálogo junto aos participantes antes mesmo da conclusão do projeto.

Após o exame de qualificação, ainda com a análise do estudo em andamento, realizamos um encontro com cada uma das equipes que participaram do estudo. Nestes encontros a pesquisadora realizou uma atividade junto aos profissionais e levou suas principais percepções sobre o contexto no qual a pesquisa se desenvolveu e ainda sobre as interpretações feitas sobre as conversas. Esse momento foi muito profícuo, uma vez que as equipes refletiram sobre suas práticas e verbalizaram como era um momento importante, pois permitir a eles parar e pensar no trabalho que estavam desenvolvendo como profissionais de saúde. Entendemos que esta experiência junto às equipes faz parte do nosso campo-tema de estudo, dessa forma, para além do *corpus* principal do estudo, as percepções advindas desses encontros também contribuíram para a análise desta pesquisa.

3.3 Contexto e participantes

3.3.1 A escolha da unidade de saúde e os primeiros contatos

Considerando que com o nosso estudo gostaríamos de compreender o processo de produção de sentidos sobre família no contexto da ESF, inicialmente buscamos conhecer quais os serviços de Atenção Básica estavam em funcionamento no município. A rede

básica de saúde do município de Ribeirão Preto, SP,¹ está disposta em cinco distritos (norte, sul, central, leste e oeste) e é composta por quatro Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS); dois Centros de Saúde Escola (CSE); e 11 Unidades de Saúde da Família. Estas USF tem um total de 18 equipes de Saúde da Família e estão concentradas nos distritos norte e oeste da cidade.

Cabe ressaltar ainda que o município conta apenas com um NASF, que é responsável pelo distrito norte. Consta no Plano Municipal de Saúde (2014-2017) do município a implantação de mais um NASF em um dos distritos de saúde. Tal implantação está prevista, mais uma vez, como uma das metas na Programação Anual de Saúde de 2016.²

A Universidade de São Paulo, a qual nós fazemos parte, é responsável pelo distrito oeste do município, realizando pesquisas nos serviços de saúde, extensão universitária e também atividades de formação dos seus alunos. Por isso, a realização desta pesquisa se daria neste distrito de saúde, o qual possui sete USF e onze equipes de saúde da família.

Como uma primeira aproximação, e com o entendimento de que gostaríamos de acompanhar reuniões de discussão da equipe, entramos em contato com cada uma das equipes de saúde das USF do distrito oeste, por telefone e perguntamos se elas realizavam reuniões de discussão de família. Todas as equipes contatadas informaram que realizavam este tipo de discussão, algumas especificaram que as faziam nos espaços de reunião de equipe. Além disso, os profissionais utilizavam diferentes nomes para descrevê-las, denominando-as como discussão de caso ou como discussão de famílias.

Diante do contexto no qual todas as equipes afirmaram que realizavam este tipo de reunião, vimos a necessidade de escolher uma das unidades para a realização da pesquisa, uma vez que pelo tempo que se tem no mestrado, não seria possível acompanhar muitas reuniões em todas as equipes. Deste modo, optamos por escolher duas equipes que fazem parte de uma mesma unidade, na qual a pesquisadora já havia feito estágio ao longo de um ano. Compreendemos como importante este contato anterior da pesquisadora com as

¹ Informações provenientes do site da Secretaria Municipal de Saúde em junho de 2015.
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16saude.php>

² Informações provenientes do site da Secretaria Municipal de Saúde em dezembro de 2015.
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16indice.php>

equipes, uma vez que ela participaria de reuniões que pertencem ao cotidiano de trabalho dos profissionais, e o vínculo anteriormente estabelecido poderia contribuir para uma maior aceitação dos membros e um maior conforto das equipes na participação desta nas reuniões em que situações reais são discutidas.

Além disso, nós justificamos a escolha pela investigação da temática em apenas duas equipes de saúde da família para que possamos analisar os processos de produção de sentidos de uma maneira mais densa. Este modo, favoreceria uma melhor compreensão de como as conversas desenvolvidas por estas equipes, e os posicionamentos dos profissionais, circunscrevem a construção de sentidos, além de possibilitar um maior conhecimento sobre as particularidades destes contextos.

As duas equipes, as quais a pesquisadora tinha contato prévio, aceitaram participar da pesquisa. Depois de um contato inicial por telefone, marcamos uma conversa para que pudéssemos apresentar a pesquisa. A pesquisadora foi até a unidade e foi muito bem recebida pelos profissionais, inclusive de forma carinhosa, pois não os encontrava desde o término do estágio, no início de 2013. Contudo, neste primeiro encontro, não foi possível conversar com as equipes como um todo, porque os profissionais da unidade de saúde estavam atendendo com muitos usuários. Mesmo assim, enquanto a pesquisadora esperava para conversar com as enfermeiras responsáveis pelas equipes, ao encontrar outros profissionais e quando eles a questionavam sobre o que ela iria fazer, ela contava um pouco da pesquisa.

A maior parte deles disse que se disponibilizaria a realizá-la, outros brincavam com a pesquisadora perguntando se receberiam pela participação. Apenas uma das profissionais, neste primeiro contato, mostrou-se um pouco reticente com a participação. Ela contou sobre experiências anteriores com pesquisas na unidade, as quais ela não considerava como tendo sido boas, isso porque, muitos pesquisadores não levavam os resultados das investigações para eles e também, e sem conhecer o cotidiano do trabalho, criticavam suas práticas. A pesquisadora tentou sucintamente explicar que a proposta da pesquisa não teria como intuito verificar se as profissionais estavam ou não fazendo o trabalho deles e também que conversaria com eles sobre os resultados e possibilidades de discussões da pesquisa, algo que pareceu tranquilizar um pouco a profissional.

Devido ao grande movimento na unidade, a pesquisadora agendou dois novos dias para ir na unidade e conversar com as equipes, no horário das reuniões de equipe de cada uma delas. Nas duas equipes, quando a pesquisadora apresentou o projeto, surgiram questões sobre o objetivo do estudo e também sobre o uso do gravador. A partir destes questionamentos ela explicou os procedimentos da pesquisa, esclarecendo as dúvidas dos participantes. Em ambas as equipes, o projeto foi bem aceito e houve concordância de todos os membros em participar. A partir desta concordância o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e encaminhado para autorização da Prefeitura do Município.

Posteriormente a aprovação do projeto por essas instâncias, cerca de seis meses após a submissão, a pesquisadora voltou a entrar em contato com as equipes e agendou uma nova visita à unidade. Mais uma vez, o projeto foi apresentado para os profissionais e também foram explicadas as questões éticas envolvidas na execução (descritas detalhadamente no item “Aspectos Éticos”). A partir de tais explanações, os profissionais consentiram com a participação no estudo. Foi acordado com as equipes as datas nas quais a pesquisadora iria participar das reuniões e sobre o uso do gravador.

3.3.2 O contexto e os participantes da pesquisa

As participantes do nosso estudo foram: duas médicas de família, duas enfermeiras, doze agentes comunitárias de saúde, quatro auxiliares de enfermagem³, sendo que estes profissionais compõe a equipe mínima da ESF. Para além deles, em algumas reuniões, também participaram estagiárias da graduação dos cursos de Psicologia e Medicina, uma professora da medicina social e as profissionais de saúde bucal, dentista e auxiliar de dentista, totalizando 26 participantes.

³ A fim de preservar a identidade dos participantes do estudo e dificultar a identificação dos mesmos, em nosso trabalho optamos por não usar nomes fictícios, uma vez que por causa do gênero facilitaria o reconhecimento dos profissionais. Também optamos por referimos a todos os profissionais no feminino. Essa opção se deu a partir de um reconhecimento de que a maior parte dos profissionais de saúde participantes do estudo eram mulheres.

PARTICIPANTES	
MED1= médica	ACS6= agente comunitária de saúde
MED2= médica	ACS7= agente comunitária de saúde
ENF1= enfermeira	ACS8= agente comunitária de saúde
ENF2= enfermeira	ACS9= agente comunitária de saúde
AUX1= auxiliar de enfermagem	ACS10= agente comunitária de saúde
AUX2= auxiliar de enfermagem	ACS11= agente comunitária de saúde
AUX3= auxiliar de enfermagem	ACS12= agente comunitária de saúde
AUX4= auxiliar de enfermagem	DENT= dentista
ACS1= agente comunitária de saúde	AUXD= auxiliar de dentista
ACS2= agente comunitária de saúde	ESTP=estagiária de psicologia
ACS3= agente comunitária de saúde	ESTM1=estagiária de medicina
ACS4= agente comunitária de saúde	ESTM2= estagiária de medicina
ACS5= agente comunitária de saúde	PROFM=professora de medicina

Quadro 1: Participantes da pesquisa e as denominações recebidas

A partir dos dados do SIAB, a população adscrita, sob responsabilidade dessas equipes, é composta por 5741 pessoas, com um total de 1730 famílias cadastradas. Grande parte da população é adulta em fase produtiva, por isso muitas ACS ressaltam dificuldades para encontrar as famílias em casa. Todas as casas da área possuem rede elétrica e de esgoto, além do abastecimento de água feito pelo município. Da população, 54,70% (3142 pessoas) das pessoas é coberta por planos de saúde e apenas 0,8% (14 famílias) das famílias são cobertas pelo programa bolsa família.

Dois aspectos parecem merecer atenção com relação as descrições feitas sobre o território que aparecem nas materialidades⁴ (P.K., Spink, 2003) da unidade de saúde. A primeira delas diz respeito aos mapas que existem nas salas de reunião de cada uma das equipes. Esses mapas representam os territórios sob responsabilidade de cada uma delas e há a delimitação das casas das famílias cadastradas. Em cada uma dessas casas são colocados alfinetes de diferentes cores que representam características da população,

⁴ Segundo Hacking (1999 citado por P. K., Spink, 2003) as nossas ideias estão sempre vinculadas as situações sociais, assim, elas não existem no vácuo. A partir desta perspectiva podemos entender que algumas infraestruturas materiais podem ser consideradas sociais, uma vez que os sentidos dessas matérias são importantes, fazendo diferença na vida das pessoas.

como a presença de uma pessoa com diabetes, hipertensão ou alguma deficiência, e também se há gestantes ou idosos.

A composição desses mapas pode ser pensada como uma das formas pelas quais as profissionais descrevem as famílias com as quais trabalham. Esta perspectiva é coerente com a proposta da ESF que faz o levantamento de indicadores de saúde e caracterização epidemiológica da população adscrita. Essas descrições também apontam para o modo pelo qual a população é compreendida pelas profissionais, a partir de uma lógica setorizada em condições e problemas de saúde. Esse olhar condiz com os diversos programas implantados pelo Ministério da Saúde que devem ser desenvolvidos pelas profissionais, mas que segmentam o cuidado.

Outra materialidade que chama atenção na unidade são dois quadros brancos, os quais foram denominados de “placar da saúde”. Nestes são preenchidas e contabilizadas mensalmente as atividades desenvolvidas por cada uma das equipes como: visitas domiciliares realizadas, discriminadas entre as diferentes profissionais; número de consultas de enfermagem e médicas. São contabilizadas as características gerais da população daquele mês: crianças menores de 2 anos, maiores de 60 anos, gestantes, diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose, hanseníase e os usuários acamados. Além disso, é descrito o número de famílias não encontradas pelas ACS e também as faltas dos usuários. Apesar de não fazer parte do escopo do presente estudo, destacar o modo como essa perspectiva de entendimento da saúde tem repercussões no processo de trabalho e na produção do cuidado parecem fundamentais.

Ademais, cabe ressaltar que as equipes organizam os prontuários dos usuários de modo individual, não sendo feitos prontuários de família. Os prontuários eram feitos duas vezes, um no qual constavam as informações de consultas e visitas médicas e da enfermagem e outro feito pelas ACS. Os prontuários das ACS continham dados da família de modo geral, a partir da ficha A, e também breves descrições das visitas domiciliares feitas por elas. Em alguns momentos da pesquisa, as profissionais comentavam que estavam querendo implantar os prontuários de família, mas isso não era feito. Meses depois, quando a pesquisadora retornou à unidade, as profissionais disseram que

passariam por um treinamento do e-sus- AB⁵, que visaria integrar muitas informações que eles já coletavam, mas que não constavam no SIAB. Cabe ressaltar ainda, que as equipes de saúde participam do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁶.

No período em que a pesquisadora retornou à unidade para conversar sobre a pesquisa e seus resultados, no segundo semestre de 2015, a unidade de saúde passava por um problema de segurança. As equipes estavam preocupadas e um pouco desanimadas com furtos que tinham acontecido na unidade de forma sucessiva. Foram realizadas conversas com a prefeitura e também com a comunidade. Nas conversas com as profissionais elas contaram como a comunidade estava tentando construir um espaço de participação social, através da associação de bairro, e buscando criar uma comissão local de saúde, diante dessa situação de insegurança. Algo ressaltado por elas foi que a população entendia a questão da segurança também como uma questão de saúde, o que as levou a repensar, como profissionais, o que era saúde. Esse contexto adverso parece ter, de alguma forma, aproximado as equipes de saúde da comunidade a partir de um lugar que não está centrado nas práticas de saúde tradicionais, levando tanto profissionais como usuários a refletir sobre a saúde de um modo ampliado.

⁵ O e-sus Atenção Básica (e-sus AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Entende que a qualificação da gestão das informações é fundamental para ampliar a qualidade do atendimento à população. Fonte: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>, consulta em dezembro de 2015

⁶ O PMAQ, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, avalia e dá incentivos financeiros visando melhorar o padrão de qualidade do atendimento nas UBS. Os profissionais das equipes de saúde são acompanhados e avaliados e também são avaliadas infraestrutura das unidades, equipamentos, disponibilidade de medicamentos e a satisfação dos cidadãos. As equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento recebem mais recursos do governo federal. Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php, consulta em dezembro de 2015

Tabela 1: Dados do SIAB referentes a população adscrita sob a responsabilidade das equipes de saúde participantes da pesquisa.

	Número de pessoas	Porcentagem (%)
População total	5741	
Sexo feminino	2964	51,6
Sexo masculino	2777	48,4
População menor de 2 anos	135	2,4
População maior de 60 anos	380	6,6
Gestantes	25	0,4
Acamados	16	0,3
Hipertensos	690	12
Diabéticos	276	4,8
Tuberculose	0	0
Hanseníase	0	0

A Unidade de Saúde da Família escolhida para o desenvolvimento da pesquisa é composta pelas duas equipes; como já ressaltamos, essas desenvolvem atividades de consulta médica e de enfermagem, além do acolhimento feito pelos auxiliares de enfermagem. Além disso, realizam curativos e testes do pezinho. Com relação à educação em saúde, são realizados grupos temáticos de prevenção de doenças e promoção de saúde, desenvolvidos pelos profissionais das equipes e também em parceria com os estagiários de diferentes cursos da área de saúde. As equipes ainda articulam ações junto às escolas da área de cobertura, com atividades relacionadas à educação em saúde bucal e também com levantamento de dados sobre a saúde das crianças. As visitas domiciliares são realizadas com frequência mensal em cada microárea pelas ACS, para o acolhimento dos usuários e o levantamento de dados para a equipe, as auxiliares de enfermagem também prestam cuidado em domicílio, bem como enfermeiras e médicas.

Além destas atividades ambas as equipes realizam reuniões de equipe duas vezes por semana para a resolução de questões administrativas, organização do cotidiano de trabalho e também para a discussão de casos/famílias. O contexto destas reuniões foi escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa.

3.4 Construção do corpus da pesquisa

Para o desenvolvimento da nossa pesquisa, a pesquisadora realizou observação e gravação em áudio de 16 reuniões de equipe que faziam discussões de casos/família, sendo oito em cada equipe, realizadas ao longo de dois meses no segundo semestre do ano de 2014. Em cada uma das equipes, as reuniões aconteciam duas vezes por semana. Em uma das equipes as reuniões eram divididas, sendo uma para encaminhamentos de questões administrativas e a outra para a discussões de casos. A partir do diálogo com as profissionais e tendo em vista o objetivo da pesquisa, optou-se por acompanhar apenas aquelas que discutissem casos. Já na outra equipe, as duas reuniões eram usadas tanto para a discussões de casos, quanto para encaminhamento de questões administrativas. Ao longo dos dois meses, a pesquisadora buscou acompanhar ambas as reuniões desta equipe. Em algumas semanas era difícil conciliar o horário, então, a pesquisadora em alguns momentos participava apenas de uma das reuniões semanais da equipe.

A pesquisadora nos dias agendados com as equipes chegava cerca de meia hora antes das reuniões, nesse momento conversava com as profissionais e elas, muitas vezes, contavam um pouco do cotidiano de trabalho. Além dos dias em que foi para a observação e gravação das reuniões, a pesquisadora foi a unidade no período inicial da pesquisa, para apresentar o projeto, como descrito anteriormente e retornou à unidade no segundo semestre de 2015 para conversar com as equipes sobre as análises da pesquisa feitas até aquele momento. Estes encontros não foram gravados em áudio, mas foram feitas notas de campo sobre eles.

As notas de campo, realizadas para além da observação e da gravação em áudio, foram feitas ao longo de todo o processo de pesquisa. Essas foram constituídas por informações sobre o contexto, questões relativas ao desenvolvimento das reuniões, e sobre as percepções e impressões da pesquisadora e também questões relativas ao campo-tema do estudo. Segundo McNamee (2010) as interações, do pesquisador com os pesquisados e com o contexto estudado, devem ser observadas atentamente, uma vez que o conhecimento é construído nas interações uns com os outros. Desta forma, as notas

de campo possibilitaram uma maior reflexão da pesquisadora sobre sua inserção no campo-tema estudado e sobre as interações construídas neste.

Com relação às observações e gravações, a princípio estabelecemos cinco encontros com cada uma das equipes. No início da pesquisa agendamos cinco datas com as equipes para acompanharmos as reuniões, e foi acordado com as participantes que caso fosse entendida a necessidade, poderíamos solicitar a participação em outras reuniões. Ao longo do processo de construção do *corpus* avaliamos a necessidade de observarmos mais reuniões, uma vez que em algumas delas, grande parte do tempo era dedicado a informes que extrapolavam as discussões de casos e compunham mais aspectos burocráticos do cotidiano de trabalho dos profissionais. A partir destas questões, após os primeiros cinco dias de observação, conversamos com as profissionais de ambas as equipes, propondo que acompanhássemos mais três reuniões em cada uma delas. Após a aprovação delas, demos continuidade às observações.

Cabe ressaltar que optamos pela observação e registro de um contexto de conversação entre os profissionais, por entendermos, com base na perspectiva construcionista social, que as realidades são construídas no uso da linguagem (McNamee, 2010). Partimos da compreensão de que as discussões de família são marcadas por um enorme dinamismo, que permite com que diferentes sentidos sobre família, problema e cuidado sejam negociados entre os participantes a partir de uma situação concreta, dificultando que estas noções sejam discutidas de maneira vaga e abstrata. Deste modo, ao conversar concretamente sobre uma família, com o objetivo de se planejar uma intervenção para ela, os profissionais articulam os sentidos que sustentam suas práticas.

As gravações das reuniões foram feitas em áudio (gravador em MP3) para análise posterior. Essas gravações foram iniciadas no começo de cada reunião de discussão de família e finalizada ao término destas. Como abordamos anteriormente, cada equipe realizava duas reuniões por semana e o modo como cada equipe as organizava acontecia de maneira distinta. A fim de dar maior visibilidade para o processo de construção do *corpus*, cabe descrever, de modo geral, como estas aconteciam.

Como dissemos anteriormente, em uma das equipes as duas reuniões semanais aconteciam de modo distinto. Em um dos dias da semana, eles reservavam a reunião para a resolução de questões mais administrativas, e na segunda reunião da semana eles realizavam discussões de casos. Como abordamos anteriormente, esta divisão foi apresentada pelos profissionais para a pesquisadora antes do início da construção do *corpus*, e a partir dos objetivos da pesquisa priorizamos participar das reuniões focadas na discussão de casos. Ao longo da investigação, percebemos que em alguns momentos as questões administrativas também eram tratadas nestas reuniões, mas sempre de modo mais rápido e ressaltado pela equipe que aquele não era um tópico daquela reunião.

As reuniões eram coordenadas por um membro da equipe, e a cada semana eles se revezavam nesta tarefa, além de coordenar, também cabia a este profissional, escrever a ata do dia. A reunião se iniciava passando as pendências que haviam ficado da reunião anterior. Posteriormente, ela era dividida em dois momentos: um primeiro no qual eram passados o que eles denominavam como “informes”; e um segundo no qual eram discutidos os “casos”. Nestas reuniões o coordenador perguntava para cada ACS responsável por uma microárea, se ele tinha informes e, posteriormente, casos para apresentar e fazia os mesmos questionamentos para os outros profissionais. Caso alguém tivesse algo para passar em reunião, se manifestava e informava a equipe e, a partir daí, iniciavam-se as discussões.

Os informes, geralmente, estavam relacionados, a informações que as pessoas queriam compartilhar com a equipe sobre o nascimento de crianças, se havia novas gestantes na área, sobre falecimentos ou até mesmo informava-se para a equipe descobertas de novas patologias que os usuários tinham. Além disso, eram passadas como informes questões relacionadas às famílias que mudaram para a área ou se mudaram. Como casos, eram apresentadas situações vivenciadas por ACS, auxiliares, pela enfermeira em visitas e/ou consultas, e pela médica, as quais se buscava um diálogo com a equipe para encontrar encaminhamentos a serem dados a estes.

Já na outra equipe, também aconteciam duas reuniões semanais, porém a equipe não fazia distinção entre as questões administrativas e as relacionadas aos usuários, ambas eram discutidas nas duas reuniões. A pesquisadora, quando era possível, ia nas duas

reuniões na semana, pois a partir de dificuldades de conciliar horários, tanto da pesquisadora quanto da equipe, em alguns momentos isso não foi possível.

As reuniões desta equipe eram organizadas de modo que uma profissional era responsável pela coordenação e a outra pela escrita da ata. As profissionais se alternavam para realizar estas tarefas. As reuniões eram divididas em três momentos. Em um primeiro momento eram passados informes, relacionados a questões administrativas da equipe e sobre eventos nos quais participariam ou realizariam. Na segunda parte, eram elencadas pautas a serem discutidas - estas também, muitas vezes, eram relacionadas a questões administrativas e das atividades a serem desenvolvidas pela equipe. Por fim, no terceiro momento, eram discutidos os casos, nesses momentos da reunião eram apresentados desde nascimento de usuários, falecimentos, a questões referentes a dificuldades que as profissionais tinham em lidar com alguns usuários e famílias.

Algo que era comum as reuniões das duas equipes era que todos os profissionais da equipe mínima faziam parte da reunião, porém em muitas destas eles não conseguiam chegar no mesmo horário, e a reunião começava sem a presença de alguns deles. Isso acontecia principalmente com as médicas, que às vezes ainda estavam em atendimento clínico no horário da reunião, e com as auxiliares de enfermagem, que faziam o acolhimento de pré e pós consulta, atuando assim em conjunto com os médicos. Poucas foram as vezes que as reuniões foram interrompidas por outros profissionais. As equipes tinham um acordo de que quando uma delas estava em reunião, a outra realizaria o acolhimento dos usuários, para que após a reunião eles pudessem atendê-los.

Para que seja possível ter um panorama geral de como foi o processo da construção do *corpus*, o quadro a seguir (quadro 2) traz informações sobre as reuniões realizadas, sendo apresentadas na ordem em que foram feitas e juntamente a elas os profissionais que estavam presentes. Em busca de preservar a identidade das profissionais, não colocamos as datas nas quais as reuniões foram realizadas, pois facilitaria a identificação pelas equipes. As equipes foram denominadas de 1 e 2, apenas para discriminá-las como dado das transcrições dos encontros.

Reunião (equipe e número da reunião)	Participantes presentes na reunião
Equipe 1 – reunião 1	MED1, ENF1, ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1 E AUX2
Equipe 2- reunião 1	MED2, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, AUX3, AUX4
Equipe 2- reunião 2	MED2, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, AUX3, AUX4, ESTP, ESTM1
Equipe 1 – reunião 2	MED1, ENF1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1, AUX2, DEN, AUXD
Equipe 2 – reunião 3	MED2, ACS7, ACS8, ACS9, ACS11, AUX3, AUX4
Equipe 1 – reunião 3	MED1, ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1 E AUX2
Equipe 1 – reunião 4	MED1, ENF1, ACS1, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1 E AUX2
Equipe 1 – reunião 5	MED1, ENF1, ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1, AUX2, AUXD
Equipe 2 – reunião 4	MED2, ENF2, ACS6, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, AUX3
Equipe 1 – reunião 6	MED1, ENF1, ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1 E AUX2
Equipe 2 – reunião 5	MED2, ENF2, ACS6, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, AUX3, ESTM2, ESTP, PROFM
Equipe 2 – reunião 6	MED2, ENF2, ACS6, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, AUX3, ESTP, ESTM2
Equipe 1 – reunião 7	MED1, ENF1, ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1 E AUX2
Equipe 2 – reunião 7	MED2, ENF2, ACS6, ACS7, ACS8, ACS9, ACS10, ACS11, AUX4
Equipe 1 – reunião 8	MED1, ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, AUX1 E AUX2
Equipe 2 – reunião 8	MED2, ENF2, ACS6, ACS7, ACS9, ACS11, ACS12, AUX4, DENT

Quadro 2: Reuniões observadas e os participantes de cada uma delas

3.5 O processo de análise

A análise do *corpus* da pesquisa foi realizada a partir da proposta das práticas discursivas, desenvolvida por M.J. Spink (2013), que busca a compreensão da produção de sentidos no cotidiano, tal qual buscamos fazer junto aos profissionais de saúde, visando compreender a família e seus sentidos neste contexto. Para a compreensão desta perspectiva é fundamental o entendimento dos conceitos de sentido; linguagem em uso; repertórios interpretativos e discurso, uma vez que esses são a base para o desenvolvimento dessa forma de fazer análise.

Como abordado anteriormente a perspectiva construcionista social busca analisar como as pessoas produzem **sentidos** sobre si e sobre o mundo em que vivem e quais as

ações decorrem desses sentidos (Gergen, 1985). Segundo M.J.P. Spink e Medrado (2013) o sentido seria:

(...) uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas– nas dinâmicas das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas– constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e os fenômenos à sua volta. (p.22)

Desta forma, a produção de sentidos é uma prática que acontece nas relações, entendida como um fenômeno sociolinguístico. A linguagem teria, nessa perspectiva, um papel fundamental na sustentação das nossas práticas sociais que constroem sentidos (M.J.P. Spink & Medrado, 2013).

A **linguagem** para os construcionistas não é entendida como mera representação do mundo, e sim construindo-o, caracterizando uma perspectiva de *linguagem em uso*. A linguagem é considerada uma prática social, na qual as descrições que fazemos do mundo circunscrevem as possibilidades de construção de realidades distintas. Deste modo, o que se busca é trabalhar na articulação entre os efeitos pragmáticos e performativos da linguagem e as condições nas quais essa linguagem é produzida, isto é, levando em conta o contexto social, histórico e de interação (M.J.P. Spink & Medrado, 2013).

A partir desta noção do caráter performativo da linguagem, o entendimento da abordagem das práticas discursivas nos convida a compreender que a produção dos sentidos se dá a partir das negociações entre os falantes, por meio dos enunciados cotidianos por eles usados em conversas. Ao falarmos, fazemos uso de repertórios anteriormente conhecidos por nós, sendo esses entendidos com **repertórios interpretativos** (M.J.P. Spink & Medrado, 2013).

Os **repertórios interpretativos** são tidos como a base de um diálogo, seriam as unidades de construção das práticas discursivas, expressas por um conjunto de termos, descrições, figuras de linguagem, que poderiam ser agrupados em torno de imagens vividas (Potter, Wetherell, Gill & Edwards, 1990; M.J.P. Spink & Medrado, 2013). Segundo Medrado (1997) eles seriam usados para construirmos versões sobre as ações e eventos de acordo com recursos sociais e culturais disponíveis. Os repertórios interpretativos

“demarcariam as possibilidades de produção de sentidos e posicionamento nas relações sociais cotidianas.” (L.M. Ribeiro & Rases, 2008, p.426)

Potter et al. (1990) ao proporem uma forma de análise do discurso que se distinguisse de outras pesquisas em psicologia social, a partir da compreensão dos repertórios interpretativos, ressaltaram que o discurso possui três aspectos fundamentais. O primeiro deles, o qual já ressaltamos, é que o discurso está sempre orientado para a ação; o segundo, refere-se à importância de considerarmos o processo de construção desses discursos a partir de recursos linguísticos preexistentes, uma vez que é a partir deles que fazemos uma seleção de quais recursos faremos uso nas nossas conversas. Como terceiro aspecto, os autores abordaram a questão da variabilidade, uma vez que construiríamos versões discursivas, já que o modo como construímos nossas falas são direcionadas e situadas em diferentes momentos, sendo os modos como conversamos circunscritos pelas situações que vivenciamos.

As práticas discursivas seriam construídas a partir desses repertórios interpretativos e, considerando o caráter situado da produção de sentidos, devemos nos ater ao contexto interacional (Medrado, 1997). Entende-se, portanto, o momento interativo como uma rede na qual, nos emaranhados de suas conexões, fazemos uso de diferentes linguagens para descrever nossos posicionamentos, além do uso de repertórios interpretativos e de discursos sociais mais amplos.

Os **discursos** seriam as formas institucionalizadas da linguagem, que se dão ao longo do tempo, havendo uma tendência a permanência ao longo do tempo, apesar de poderem se modificar a partir dos contextos históricos e culturais (M.J.P. Spink & Frezza, 2013). Podemos exemplificar a partir do discurso da família, tal como a família nuclear burguesa, constituída de pai, mãe e filhos unidos por laços consanguíneos. Essa é uma versão institucionalizada da linguagem sobre família, porém há outros discursos sobre família que se fazem presentes no nosso cotidiano e que concorrem com esse, como a luta pela legitimação das famílias homoafetivas.

Sobre o processo de análise, M.J.P. Spink e Lima (2013) propõem que durante todo o percurso da pesquisa estamos realizando a interpretação, não sendo assim possível

distinguir um momento exclusivo de levantamento e outro de interpretação. As autoras compreendem este processo interpretativo como uma “produção de sentidos”, isto é, estes sentidos são produzidos no diálogo entre nós pesquisadores e as informações que são nosso material de estudo, a partir do qual traçamos diferentes caminhos, fazemos seleções e nos posicionamos.

Para as autoras como um resultado do processo interpretativo apresentamos os sentidos produzidos neste processo. Dar visibilidade a este processo analítico é considerado fundamental, por proporcionar um diálogo com a comunidade científica e também com os pesquisados. É a partir desta explanação dos passos da análise que se dá o rigor da pesquisa qualitativa (M.J.P. Spink & Lima, 2013). Deste modo, buscaremos elencar os passos percorridos na análise do material coletado.

3.5.1 Transcrição do material

A partir das gravações em áudio, foi feita a transcrição do material. A maior parte dela foi realizada na íntegra respeitando expressões e falas das profissionais. Apenas as partes das reuniões nas quais eram discutidas questões administrativas foram ouvidas atentamente pela pesquisadora e, destas partes das reuniões, foi feito um resumo.

A transcrição é um processo que se mostra importante, pois pode ser considerado um dos primeiros momentos de análise, constituindo-se em processo ativo de construção de sentidos (Guanaes, 2006; Raserá & Japur, 2007). Neste processo, nós pesquisadores escolhemos os momentos nos quais colocaremos sinais de pontuação, bem como as entonações das falas conforme a ouvimos e de alguma forma reativando o momento do contato da observação. Nesta interação com o material, construímos sentidos sobre as falas dos participantes (Raserá & Japur, 2007). Além disso, ao longo das transcrições a pesquisadora fazia anotações sobre aspectos que mais chamavam a sua atenção, além de comentários sobre possibilidades de construções de sentidos.

Para facilitar o contato com material, as transcrições foram organizadas a partir de um cabeçalho sobre a reunião que continha: a equipe, data, a duração e as profissionais que estavam presentes. Também enumeramos as linhas e as páginas, e a cada nova página

reiniciávamos a contagem das linhas. Com o intuito de posteriormente identificar fluxos das falas, e quais as profissionais envolvidas em cada conversa, foram usadas diferentes cores para associar as diferentes participantes (Guanaes, 2006).

3.5.2 Leitura intensiva das transcrições e organização do material

As primeiras leituras das transcrições possibilitaram o surgimento de impressões sobre o material e, a partir dessas, as primeiras relações com a literatura sobre a temática (Rasera & Japur, 2007). A partir das leituras, feitas de forma intensiva, foi possível iniciar um entendimento sobre a produção de sentidos de família pelo grupo, e, concomitantemente a este processo de leitura, iniciamos a organização do material. Por se tratarem de reuniões de equipe, diferentes momentos aconteciam, desde informes administrativos, até as discussões de caso em si. A fim de tornar mais claro os momentos nos quais a família aparecia nas discussões e também o modo com ela era descrita, ao longo da leitura do material, criamos diversos quadros, realizando sucessivas aproximações ao material.

Um quadro feito inicialmente teve como função principal fazermos um levantamento que permitisse uma primeira apreensão sobre o que era discutido pela equipe. A partir da perspectiva da linguagem em uso, para além dos conteúdos discutidos, nos atentamos também ao uso feito desses na conversa (Gergen, 1985). Neste primeiro momento, como aproximação ao material, fizemos um levantamento de alguns aspectos que contemplassem tanto o processo de discussão da equipe, ou seja, como eles discutiram o caso, bem como buscando identificar os conteúdos, os sentidos de família que surgiam neste contexto. Como tópicos a serem observados e descritos nas transcrições pensamos em como a problemática era apresentada, uma vez que se pensarmos a partir da proposta construcionista um problema não é algo dado. Ao refletirmos como este é construído, através da apresentação dos casos, é possível pensar como este circunscreve limites e potencialidades para a prática destes profissionais.

A partir desta lógica, também construímos categorias que nos auxiliaram na análise ao indicarem os caminhos pelos quais as equipes construíam as discussões dos casos. Deste

modo, descrevemos quais questões eram feitas sobre o caso e como ele era contextualizado. Observamos se a família era ou não trazida para a discussão de um caso, e se sim, em qual momento da discussão ela aparecia? Qual ideia de família se configurava? Estas questões nos ajudaram a compreender o conteúdo e como a equipe construía estes sentidos.

Levando em consideração a importância dada ao trabalho interdisciplinar na ESF, e como este contexto no qual as equipes estavam reunidas possibilitava esta interação, outra questão que nos pareceu relevante para o levantamento foram os modos de interação. O quanto a discussão de uma determinada problemática, potencializa a discussão interdisciplinar ou o quanto ela limita? O olhar sobre as transcrições, neste momento, recaiu sobre como a conversa acontecia, quem eram as pessoas envolvidas, o quanto mobilizava articulações entre os membros da equipe. Além disso, nos pareceu de grande relevância ressaltarmos os modos pelos quais a equipe encerrava estas discussões, qual era o desenrolar destas, havia a busca por soluções imediatas? Ou buscava-se, por meio da discussão, ampliar e continuar investigando possibilidades de entender melhor o caso ou a família?

Por fim, ressaltamos duas categorias para este levantamento que ilustram ainda mais diretamente o olhar da pesquisadora sobre estas transcrições. A primeira, foi formada a partir de breves reflexões sobre potencialidades e limites que estas discussões poderiam oferecer para a construção de práticas de cuidado. E, uma segunda que apresentava as percepções que ela teve sobre esta discussão, uma vez que, para além do contato com as transcrições, ela também esteve com a equipe como observadora, e há alguns aspectos que não são possíveis de identificar por meio das falas escritas.

Em um segundo momento desta análise preliminar, a partir do quadro anterior e de novas leituras do material, refinamos ainda mais a análise, e para organizá-la, construímos um quadro, inspirado na proposta de Raser e Japur (2007) de análise temático-sequencial. Nessa forma de análise, proposta pelos autores, são feitos recortes sequenciais dos momentos de interação entre os membros do grupo, que de alguma forma indicam como se dá a construção de sentidos. Nestes momentos há uma disputa, ampliação ou restrição dos sentidos. Este modo de olhar para as transcrições, reforça o olhar para o processo

relacional que envolve a produção de sentidos. Este processo é “(...) uma construção ativa do pesquisador, que associa o conteúdo da conversa à ação promovida pela mesma, construindo determinados momentos na conversa grupal” (Rasera & Japur, 2007, p. 115).

Inspirados neste modo de olhar para as transcrições, que busca dar visibilidade para a produção de sentidos e o modo como esse conteúdo conversado está relacionado a uma ação, criamos um quadro para mais uma aproximação ao material. Diferentemente de Rasera e Japur (2007), que faziam recortes das conversas sequenciais no tempo, devido à grande quantidade de assuntos conversados, e muitos deles não estando relacionados aos objetivos deste estudo, optamos por separar os momentos da interação na qual os casos eram discutidos pelas equipes e quando esses envolviam a temática da família. Tal quadro era composto pelos itens, como demonstrados a seguir.

Momento da reunião	Localização	Breve descrição da conversa	Como a família aparece	Ações implicadas neste modo de se falar da família
As reuniões, geralmente, possuíam momentos designados para informes e outros para a discussão de casos	Localização do trecho discutido nas transcrições (dia; equipe; linha e página de início e linha e página de término)	Breve descrição da conversa que dá visibilidade para quem participava das discussões e as posições e argumentações feitas em cima da problemática	Sentidos de família: modos pelos quais a família era descrita na conversa	Considerando o caráter performático da linguagem, descrição das ações relacionadas a um determinado sentido de família produzido

Quadro 3: Modelo de quadro desenvolvido pela pesquisadora e suas respectivas categorias⁷

Esse quadro possibilitou que se tivesse uma visão do todo do material, no que diz respeito aos conteúdos referentes aos sentidos de família. Além disso, facilitava o retorno ao material para aprofundamento de alguns aspectos a serem discutidos no trabalho e sua

⁷ Compreendendo que os quadros desenvolvidos apresentam um material bruto da pesquisa, no qual há a descrição de casos de usuários que não estavam presentes, a fim de assegurar a não identificação dos mesmos, nem dos participantes que poderiam se reconhecer nas conversas, seguindo os preceitos da ética em pesquisa, optamos pela não divulgação deste material nesta dissertação.

localização nas transcrições. E, ainda, deu visibilidade para os diferentes conteúdos e os convites que cada sentido fazia para a ação dos profissionais sobre determinada discussão.

3.5.3 A produção de sentidos sobre família: criando categorias

Segundo a perspectiva conversacional para análise das informações de pesquisa, os processos de categorização do material não são *dados a priori*, de forma impositiva; os sentidos emergem a partir da interação do pesquisador com as informações da pesquisa. Apesar disso, os sentidos que produzimos no diálogo com o nosso material podem ser confrontados e articulados com sentidos outros que se fazem presentes na literatura do tema que estudamos (M.J.P. Spink & Lima, 2013).

Os elementos para o entendimento da proposta das práticas discursivas (sentido, linguagem em uso, repertórios interpretativos e discursos) foram fundamentais e constitutivos no nosso processo de análise. Em nosso estudo, buscamos dar visibilidade ao processo pelo qual criamos categorias como práticas discursivas, e também sobre como as profissionais de saúde ao conversarem em seu cotidiano de trabalho produzem **sentidos** sobre família.

Também buscamos identificar os **repertórios interpretativos** (ou repertórios linguísticos) usados na produção dos diferentes sentidos. Para isso, os descrevemos através de termos, trechos de falas e expressões que eram usados nas conversas para falar das famílias. Entendemos que a análise dos repertórios interpretativos possibilita a compreensão do processo de criação de diferentes versões da realidade produzidas no contexto conversacional (Aragaki, Piani & Spink, 2014).

A partir dos repertórios usados buscamos estar atentos as condições de produção desses sentidos tanto relativas ao contexto imediato quanto aos aspectos culturais e históricos, trazendo os **discursos** que sustentavam essas conversas (Aragaki et al., 2014). Por fim, visamos compreender como a produção desses sentidos tem um caráter pragmático na produção de práticas de cuidado às famílias na ESF, configurando convites para ação, atentando-nos ao **caráter performático da linguagem**, e assim aos seus efeitos e implicações (Gergen, 1985). Entendemos que o uso que é feito dos diferentes repertórios,

ao ser analisado, permite a identificação de como construímos versões de realidades, circunscrevendo práticas e saberes (Aragaki et al., 2014).

Cabe ressaltar que o esforço de identificar os sentidos que são construídos nas conversas entre os profissionais não tem como intuito descrever modos que são melhores ou piores de se conversar sobre as famílias, mas sim mostrar como esses diferentes sentidos podem produzir diferentes formas de cuidado. Além disso, compreendemos que em diferentes situações convidam a emergência de alguns sentidos em detrimento de outros. Deste modo, entendemos que nosso estudo, caracterizando-se como uma pesquisa construcionista, faz um convite a polissemia, isto é, não estamos procurando encontrar um único modo de entender família, mas sim, como esta é descrita de diferentes maneiras, a depender da conversação que se desenrola.

3.5.4 Ilustração da dinâmica de produção dos sentidos na conversa

Outro passo da análise se deu a partir da compreensão de que os sentidos não são usados nas conversas de forma organizada, nem de maneira separada. Assim, entendemos a importância de descrever e dar visibilidade ao modo pelo qual os profissionais transitam por diferentes sentidos nas discussões dos casos. Para isso, elegemos um caso discutido pelas equipes, no qual os sentidos, por nós identificados, eram construídos na conversa. O intuito de apresentar o caso foi ilustrar a dinâmica das negociações desses sentidos e os momentos das conversas nos quais esses aparecem.

Entendendo que a apresentação de um dos casos discutidos é fundamental para dar visibilidade a essa dinâmica, mas que as profissionais de saúde ao discutirem os casos trazem à tona muitos detalhes sobre os usuários da unidade, e que estes não são participantes do nosso estudo, como um cuidado ético da pesquisa, buscamos caminhos para a apresentação do caso que dificultasse a identificação dos mesmos. Além disso, os casos discutidos apresentavam-se em transcrições extensas das falas literais dos participantes, buscamos também possibilitar uma leitura mais dinâmica do material. Deste modo, optamos por desenvolver uma narrativa a partir do caso discutido pela equipe. A opção pela narrativa se deu por essa ser considerada uma ferramenta de pesquisa muito

útil quando há a necessidade de preservar a identidade das pessoas que, muitas vezes, não foram consultadas previamente (Galindo, Martins & Rodrigues, 2014).

Segundo Galindo et al. (2014) as narrativas são recursos de escrita que podem ser utilizadas nas pesquisas científicas, e também seriam fundamentais para conjugar diferentes fontes do campo-tema, uma vez que esta pode ser uma tarefa árdua quando se tem diferentes fontes do cotidiano. Segundo as autoras, “narrativas performam: criam mundos, propõem relações, atam pessoas por endereçamentos, constroem realidades; imiscuindo-se e se misturando como as materialidades que compõem o cotidiano” (p. 300).

Inspirados nessas ideias sobre o uso de narrativas na pesquisa, buscamos construir uma narrativa a partir de um dos casos discutidos pelas equipes. Diferentemente do que é proposto em algumas formas de narrar, não conjugamos diferentes fontes, uma vez que o objetivo de desenvolver essa forma de análise se deu para demonstrar os modos como os sentidos transitam na discussão de um mesmo caso.

Deste modo, destacamos das transcrições um caso que foi discutido em uma das reuniões, e a fim de preservar a identidade tanto dos participantes quanto dos usuários da unidade, modificamos algumas informações e criamos uma narrativa da conversa que a equipe fez. Para a construção da narrativa, a gravação do trecho foi ouvida novamente, com o intuito de que a pesquisadora se aproximasse mais uma vez das conversas. Além do conteúdo da mesma, a escuta foi feita também para retomar o tom afetivo e os momentos nos quais as profissionais participavam mais da discussão, em detrimento de outros nos quais participavam menos. Além da retomada ao áudio da gravação a pesquisadora fez novas leituras sobre as transcrições do trecho destacado e, a partir disso, buscou construir a narrativa.

Ao longo desse processo, inspirados em olhares lançados para o material feitos pela *análise crítica do discurso* (Rojo, 2004), buscamos estar atentos a alguns aspectos: como os participantes constroem designações, ações e características que são atribuídos à família; sobre quem são projetadas as consequências e responsabilidades sobre determinados processos; quem participa da conversa e em quais momentos; quais falas são legitimadas pela equipe em detrimento de outras. A esta análise incluímos elementos os quais já faziam

parte deste estudo, sendo eles os sentidos, repertórios interpretativos e os discursos que embasavam a construção dos sentidos de família (M.J.P. Spink et al., 2013), com o intuito de mostrar a fluidez desses sentidos e sua negociação ao longo das conversas.

Resultados e discussão

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura intensiva das transcrições das reuniões da equipe, pudemos construir algumas percepções gerais sobre o modo como as participantes conversavam e sobre como realizavam as discussões dos casos e famílias. As reuniões tiveram em média uma hora de duração, como explicitamos anteriormente este tempo de discussão era dividido entre os informes sobre os usuários da área e a discussão dos casos. Algo importante de ressaltar é que de modo geral, em uma mesma reunião, as profissionais discutiam a respeito de muitas famílias. Foram poucas as reuniões nas quais as profissionais se dedicaram a explorar mais sobre uma mesma família se limitando a discutir poucos casos.

Matumoto et al. (2011) ao realizarem um estudo sobre as discussões de família na ESF, também ressaltaram como os profissionais ao discutirem os casos passavam por eles com uma certa rapidez, tal como percebemos no nosso estudo. Assim como em nosso estudo, as autoras destacam que há até uma certa dificuldade de entender quando há uma mudança de um caso para outros. Em muitos momentos, na análise de nossas transcrições e também a partir da observação da pesquisadora no contexto da pesquisa, o modo como de repente se mudava de quem se falava, sem um desfecho para o assunto chamava atenção. Matumoto et al. (2011) ao tentarem compreender esses aspectos da conversa, questionavam se isso acontecia porque as equipes já conheciam os casos, mas as autoras têm uma percepção de que isso não parecia ser a realidade naquele contexto. Elas traçaram uma hipótese de que tal rapidez “mais parece uma velocidade vertiginosa para não se pensar muito, e menos para sentir” (p. 606).

Assim como as pesquisadoras do estudo supracitado, também convivemos com esse sentimento, seja nas observações das reuniões ou até mesmo nas transcrições das reuniões. As equipes discutem casos complexos envolvendo questões de relacionamento, problemas clínicos e dificuldades sociais, e ao buscarem solucionar os casos isso parece gerar uma ansiedade nos profissionais. Como Guanaes e Mattos (2011) propõem, uma possibilidade de discussão desses casos talvez seja mais a exploração de recursos do que a busca pela cura.

Para além dessa configuração, as reuniões mostraram-se espaços importantes para as trocas de informações entre os profissionais, bem como para a busca pelo cuidado com os usuários, olhando-os, muitas vezes, a partir de suas relações familiares. É neste contexto no qual nossa pesquisa se insere e a partir do qual buscamos traçar sentidos de família que eram usados das conversas entre os profissionais. Nesta parte de nosso estudo buscaremos dar visibilidade aos sentidos de família, e posteriormente para a dinâmica de construção desses sentidos nas conversas.

4.1 Sentidos de família

A partir da perspectiva das práticas discursivas desenvolvida por M. J.P. Spink et al. (2013) buscaremos nesta seção dar visibilidade para o processo de construção dos sentidos na nossa investigação. Ao longo das transcrições, tendo como foco os objetivos do nosso estudo, buscamos analisar os sentidos de família que eram construídos nas conversas entre os profissionais. Sendo assim, produzimos na nossa interação com o material quatro sentidos: 1) família como pessoas que moram juntas; 2) família como responsável pelo cuidado; 3) família como problema; e 4) família como rede de relações. A partir desses sentidos identificamos repertórios interpretativos usados pelos participantes nas conversas.

Sentidos	Repertórios Interpretativos
Família como pessoas que moram juntas	Família como sinônimo de moradia Família como informante Família como pessoas que coabitam
Família como responsável pelo cuidado	Família como suporte Família como sobrecarregada Família responsabilizada pelo cuidado
Família como problema	Família como em situação de risco Família como estressor Família responsabilizada pelo problema
Família como rede de relações	Estrutura familiar Configuração familiar Dinâmica familiar

Quadro 4: Sentidos de família e os repertórios interpretativos a eles relacionados

Assim, buscaremos mostrar os sentidos construídos pelos participantes e descrever os repertórios interpretativos que configuravam cada um desses sentidos, bem como os discursos que embasavam essas discussões. Considerando ainda o caráter performático da linguagem (Gergen, 1985), buscaremos traçar quais convites para ações eram feitos, a partir da produção desses sentidos nas conversas, trabalhando com os efeitos e implicações do uso da linguagem. Com o intuito de descrever cada uma dessas características envolvidas nos sentidos identificados, optamos por apresentá-los inicialmente de forma separada. Entretanto, gostaríamos de ressaltar que esses sentidos aparecem de uma forma integrada nas conversas, na discussão de um mesmo caso, diferentes repertórios interpretativos são usados, sendo estes negociados pelas pessoas em diálogo e produzindo os sentidos de forma concomitantemente.

Deste modo, configuramos esta seção da seguinte forma: para a apresentação de cada um desses sentidos será exposto um quadro que sintetiza as informações a eles relacionadas, seguidas de uma descrição desses e de uma discussão sobre os discursos e repertórios que os compõem, relacionando-os a literatura da área.

4.1.1 Família como pessoas que moram juntas

Sentido	Repertórios Interpretativos	Expressões que dão forma aos repertórios	Discursos	Convites para ação
Família como pessoas que moram juntas	Família como sinônimo de moradia	“qual o número da família?”; “tem dois fogões, são duas famílias diferentes”, “moram o pai, a mãe...”; “mudou uma nova família agora”; “nova família, na rua...” “família número...” “você tá sabendo alguma coisa desta casa”	Família na Política Atenção Básica e documentos da ESF	- Identificar usuário na área de abrangência e qual ACS o acompanha - Realizar territorialização
	Família como informante	“a mãe pediu pra informar”; “ela disse que”; “a esposa esteve aqui e eu orientei ela”; “a irmã dele veio e comentou”	Família na Política de Atenção Básica e documentos da ESF	- Acompanhar os usuários de modo longitudinal
	Família como pessoas que coabitam	“ela mora sozinha?”; “ela mora sozinha fica mais complicado ainda”; “os filhos trouxeram ele pra cá, para cuidar porque ele morava sozinho”; “fizeram uma reforma (casa) para receber ele”; “ela veio para ajudar a filha”; “só morava os dois? –Não, tem um neto...é ele que tá dando suporte”	Família como pessoas compartilham a moradia Família como cuidadora dos seus membros	- Possibilitar que os membros cuidem uns dos outros

Quadro 5: Análise do sentido de “Família como pessoas que moram juntas”

O sentido *família como pessoas que moram juntas* era usado nas conversas a partir de diferentes repertórios. Um repertório recorrente a partir do qual as famílias foram descritas nas reuniões era o de **família como sinônimo de moradia**, circunscrevendo os modos de ser família a partir do ambiente em que ela vive. Este tipo de descrição era comum quando os profissionais começavam a apresentar os casos a serem conversados.

ENF2: Meu caso é do José⁸, não sei qual que é a família.

ACS7: Da Beatriz?

ENF2: Isso.

ACS7: 17.

ENF2: Família 17, então.

ACS10: Da 3 (nº da microárea). (Dia7, Eq2, L17p9-L22p9)

⁸ Foi atribuído para os usuários, nomes das ruas, números das casas, das microáreas e números das famílias, nomes e números fictícios, a fim de preservar a identidade e, ao mesmo tempo, facilitar a leitura dos trechos.

Como no trecho supracitado esse repertório era descrito comumente a partir de uma descrição de família como número de cadastramento; “qual o número da família”; “família número...”. Essa parecia ser uma forma de localizar sobre qual família se conversava, onde ela estava na área de abrangência da equipe e identificando qual a ACS era responsável pelo caso. Outras expressões comuns a esse repertório eram relacionadas a momentos nos quais os profissionais informavam sobre novas pessoas que haviam mudado para área, descrevendo a família a partir de falas como: “mudou uma nova família agora”; “família nova, na rua”.

Em muitos momentos, mesmo com o intuito de falar de um usuário específico, como no trecho destacado, trazia-se para a discussão a família pelo número do cadastro. Este repertório está intrinsecamente relacionado ao discurso proposto pela ESF, uma vez que o cadastramento da população é feito a partir da moradia (Ministério da Saúde, 2012). Do mesmo modo, foi possível perceber que a ideia de família vinculada à realização da territorialização também esteve presente nas conversas das equipes quando buscavam *organizar os cadastros dos usuários*, como no exemplo a seguir:

ACS1: *E outra coisa eu queria combinar aqui, porque a casa dela e do Geraldo, eles são primos, eles moram, é a mesma casa, mas tem entradas diferentes, cada um...é dividido a casa no meio e cada um tem a sua vida separada, assim. Então, eu queria, eu acho que é a orientação, até, onde tem dois fogões, cada um tem a sua casa, cada um faz a sua comida, são duas famílias diferentes, mesmo que seja só uma pessoa em cada casa, então eu queria separar.*

AUX2: Casa 1 e 2! (Dia3, Eq1, L15p3-L20p3)

Nesse exemplo, como o foco era o olhar para o processo de como cadastrar a família, na conversa entre a ACS e a auxiliar de enfermagem também era usado um repertório de família como sinônimo de moradia. Contudo, cabe ressaltar, que nos documentos da estratégia é destacado que o entendimento de família parte do lugar em que ela vive, mas não deve se limitar a ele, sendo dada atenção para as relações intra e extras familiares construídas (Ministério da Saúde, 1997). Desta forma, outros diálogos que seriam possíveis, não são explorados, como um olhar para a relação entre os primos e até mesmo de um entendimento que eles tenham sobre este local de moradia, mas o que ocorre é que a categorização se dá a partir do que já é determinado. Ainda, olhar para a família a partir do ambiente onde ela vive é também considerar as questões de condição

de vida e aquelas relacionadas à comunidade no território, algo que, muitas vezes, não acontece e limita-se ao entendimento do domicílio.

Ainda construindo este sentido de família os profissionais nas conversas descrevem a família como *pessoas que coabitam*. Nas discussões dos casos, este repertório sobre família se dava em diferentes situações, mas principalmente naquelas nas quais a equipe sentia que o suporte familiar era importante para contribuir com o cuidado por eles ofertados.

Trecho 1:

ACS2: Tá, enfim, o que aconteceu foi que, ela diz que vem numa consulta, pra ver resultado de exames, né, agora recente, e nesse resultado de exame diz que ela tava com infecção de urina.

MED1: Hum.

ACS2: E ela disse que não vai fazer o tratamento!

MED1 e ACS2 riem.

ACS2: Porque já faz muito tempo...esse resultado.

MED1: E ela não tá sentindo nada?

ACS2: Ela sente. Ela sente, ela não me conta exatamente o que, mas ela fala lá embaixo, não quero ver isso...

(...) [L10p27- L11-27]

MED1: Ah, seria uma boa dá um jeito de ver isso. (ENF1 fala junto e não dá para entender)

(...) [L16p27-L6p32]

MED1: ACS2, conversa com ela, fala com ela que ela tem que fazer as coisas certinhas, que é importante.

ACS2 (fala junto): Eu converso, eu falei.

MED1: Ela tá consumindo bebida alcoólica?

ACS2: Tá. Presenciei.

MED1: Pinga?

ACS2: Não, cerveja, que eu presenciei.

MED1: Então, fala pra ela, que se ela continuar desse jeito, não vai ter jeito, uai?! Não toma remédio, fuma, toma bebida alcoólica.

ACS2: Ela mora sozinha, fica mais complicado ainda.

ACS5: Ela tem filhos?

ACS2: Ela tem, tem filhos sim, tem ex-marido, mas nenhum mora ali com ela.

MED1: Não. Ela mora sozinha. (Dia1, Eq1, L1p27-L19p28)

Trecho 2:

MED2 (interrompe): Só morava os dois?

ACS11: Não, tem um neto. Então, assim, eles estão, ele estava até lá, foi a primeira vez que eu conversei com ele.

MED2: Quantos anos ele tem?

ACS11: Ele tem, dezzzz... dezenove. Fez dezenove.

AUX3 (fala junto): É, é uma companhia.

ACS11: Mas assim, tá dando bastante... é ele que tá dando suporte, pra falar a verdade, apesar de tanto o seu Augusto ter os filhos dele e ela ter as filhas dela, quem tá dando suporte mesmo é esse neto. (Dia 2, Eq2, L17p28-L25p28)

Nos dois trechos supracitados o repertório parece configurar um entendimento de possibilidade do cuidado de um membro, a partir de uma lógica da família como “quem mora junto”. No primeiro trecho, diante das dificuldades da equipe em estabelecer um cuidado a uma senhora que tem problemas para aderir às intervenções propostas a ela, o fato da usuária morar sozinha, e dos parentes não morarem com ela, é expresso como algo que prejudica o estabelecimento do cuidado. Já no segundo trecho, ao contar sobre o falecimento de um membro da família atendida, na conversa se questiona se a esposa, do senhor que morreu, após o falecimento dele estava morando sozinha. Deste modo, a família, a partir de quem mora junto, é entendida como uma forma de apoio nestas situações, quando o neto, ou os filhos, ao morarem juntos possibilitam o suporte nesses momentos difíceis.

Ao que parece, em ambos os casos discutidos, quando se olha para com quem a pessoa mora junto ou se ressalta o fato dela morar sozinha, as profissionais buscam nestes familiares que coabitam uma possibilidade de contribuir para o cuidado dos usuários. Podemos também refletir como a partir deste entendimento de que morar sozinha aumenta a vulnerabilidade do usuário, parece que ao atermos o foco na família como pessoas que moram juntas, podemos perder a dimensão das relações que extrapolam o ambiente de moradia. Algo fundamental para os profissionais da ESF seria ter um olhar para as redes de relacionamento que contribuem para o desenvolvimento e para o cuidado das pessoas, que se tornam uma rede de suporte social (Resta & Motta, 2005). Esse repertório que de alguma forma não lança o olhar para as relações que extrapolam o ambiente domiciliar, pode silenciar quem a própria família entende como pertencendo a ela, o que seria fundamental para o estabelecimento de vínculo e para o desenvolvimento do cuidado (Prata et al., 2013).

Outro repertório usado nas conversas, produzindo o sentido de família como pessoas que moram juntas, era a descrição de **família como informante dos membros**. Este modo de descrever a família era comum nas reuniões quando as profissionais traziam informações sobre as famílias, na maior parte das vezes, advindas de visitas domiciliares feitas pelas ACS.

ACS2: (nº do cadastro do hygia⁹) A dona Gabriela, **esposa dele, acabou de me falar, que ele fez o exame de dengue**, e deu negativo, recebeu a cartinha em casa, deu negativo. Tava preocupado, né? Que fosse suspeita de dengue.

MED1 (fala junto): É, ele veio aqui com mal estar, aí eu pedi o exame ele veio com plaqueta baixa, tudo.

ACS2 (fala junto): Deu negativo, e ele tá melhor... Plaqueta baixa... mas diz que ele tá melhor.

MED1: Tá.

ACS2: Tá recuperado, **pelo que ela falou**. (Dia2, Eq1, L23p7-L5p8)

As informações passadas pelos familiares para a equipe parecem contribuir para que as demais profissionais conheçam as questões referentes aos moradores da área e também contribuem para um acompanhamento longitudinal dos usuários do território. A família, ao ser entendida pela Estratégia, a partir do lugar onde vive, é também neste lugar que se buscam as informações para o cuidado, por meio das visitas domiciliares, feitas pelos ACS, são levantadas informações sobre as famílias (Ministério da Saúde, 2012). Essas informações possibilitam que a equipe como um todo possa conhecer a família e suas principais demandas, queixas e, deste modo, há a possibilidade de olhar para as famílias a partir de suas necessidades de saúde. Este tipo de cuidado está alinhado ao que é proposto pela ESF, uma vez que deve ser pautado na realidade das famílias.

Um aspecto característico na forma de descrever este repertório merece destaque. O repertório de família como informante de seus membros era expresso, na maior parte das vezes a partir do gênero feminino: “**a mãe** pediu para informar”; “**ela** disse que”; “**a esposa** esteve aqui e eu orientei ela”; “**a irmã** dele veio e comentou”. As familiares mulheres, sejam elas esposas, filhas, irmãs ou mães, eram as principais informantes sobre a saúde dos membros de sua família e também eram as pessoas que passavam as orientações de cuidado para os familiares. Podemos pensar que isto se dá por um caráter histórico e social no qual a mulher era aquela que ficava em casa e cuidava da família e dos filhos, e que apesar do ingresso no mercado de trabalho por muitas mulheres, ainda é comum que elas sejam donas de casa. Sendo assim, elas seriam as pessoas com as quais as ACS e outras profissionais teriam mais contato.

⁹ O Hygiaweb é um sistema de gestão em saúde utilizado nas unidades de saúde do município e tem diferentes funções: agendamento dos usuários, requisição e disponibilização de resultado de exames online, dentre outros. Cada usuário é cadastrado neste sistema, é sobre este número de cadastro que os profissionais citam o “Hygia” nas conversas. (<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudd/informatica/i16sist-hygia.php>)

Ademais, essas expressões características vinculadas ao feminino nos levam a refletir sobre o forte discurso de gênero que envolve tanto as questões relacionadas à família e ao papel de seus membros, quanto relativas ao papel da mulher no cuidado em saúde. Apesar da inserção do homem no âmbito doméstico e no cuidado com os filhos ser mais comum na contemporaneidade, o que se percebe é uma naturalização do papel da mulher como cuidadora da família (L.A.B. Trad, 2014a). Deste modo, alguns autores problematizam a necessidade de abordar as questões de gênero quando falamos de cuidado (Montenegro, 2003 citada por L.A.B. Trad, 2014a), uma vez que essas podem parecer naturalizadas como o papel esperado da mulher.

Ao problematizar tais questões, podemos contribuir para um rompimento dessa normatização dos papéis vinculados ao gênero. Os estudos feministas foram fundamentais para desconstruir uma noção de mulher diretamente vinculada à maternidade e naturalizada como produtora de cuidado. Além disso, se olharmos historicamente este papel da mulher como mãe foi usado para atender as demandas médico-higienistas de controle da saúde da população (L.A.B. Trad, 2014a).

Para além das usuárias dos serviços de saúde, podemos nos atentar para como a maior parte das profissionais de saúde são mulheres, como a maior parte das participantes deste estudo, reforçando como o papel da mulher como cuidadora extrapola a função dentro da família para ser tida como área profissional legítima para as mulheres. A questão do gênero, para algumas teóricas feministas, estaria relacionada à desvalorização das profissões de cuidado, enquanto outras entendem que estes espaços de inserção da mulher no mercado de trabalho estariam relacionados à necessidade que essas teriam de se sentir aceitas no mundo social (L.A.B. Trad, 2014a).

Alguns discursos foram usados pelas profissionais em suas conversas sobre as famílias, que contribuem para que esses deem sentidos às suas práticas. Além do discurso de gênero, o discurso de família tal qual preconizado pela ESF esteve presente nas conversas (Ministério da Saúde, 1997). Cabe ressaltar ainda, que família como pessoas que compartilham uma mesma moradia faz parte de um discurso importante na nossa sociedade (I.M.M. Carvalho & Almeida, 2003; Prata et al., 2013; Sluzki, 1997).

Nas situações trazidas das discussões dos casos, algo que parece comum, seja pelo entendimento de família a partir do cadastramento, da coabitação ou como informante dos seus membros, é que a produção de cuidado e a atenção da equipe parece estar focada em um usuário específico. Apesar de um conhecimento da configuração familiar ser entendido como importante ou ao se saber quem mora junto, possa ter uma contribuição para o cuidado, o foco das conversas é um usuário e não a família.

A abordagem da família pelas equipes, nessas situações, assemelha-se ao que é proposto por E.M. Ribeiro (2004) de *família/indivíduo* e *família/indivíduo/moradia*. Com relação à primeira abordagem, a família é vista como cuidadora de um membro, esse olhar se dá partir do domicílio onde as famílias vivem, como na segunda categoria proposta pela autora, e como nos sentidos de família construídos em nosso estudo (E.M. Ribeiro, 2004). Essas descrições de família não são incomuns na literatura, como pudemos ver na introdução do nosso estudo. As críticas com relação a elas, se dão pela perda da complexidade do cuidado as famílias e também pelo cuidado recair apenas sobre o indivíduo (Horta et al., 2010; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; Polaro et al., 2013; Prata et al., 2013; E.M. Ribeiro, 2004; Seraponi, 2005).

4.1.2 Família como responsável pelo cuidado

Sentido	Repertórios Interpretativos	Expressões que dão forma aos repertórios	Discursos	Convites para ação
Família como responsável pelo cuidado	Família como suporte	“eles estão com paciência com ela”; “antes andava sozinha, agora sempre sai com um neto junto”; “a tia falou que vai ajudar”; “a equipe é uma família para ela, todo apoio que a equipe tem dado” “vinha o neto, sempre vem alguém”; “ela tava preocupada com ele”; “tá dando apoio”	Família como suporte para os seus membros	-Criar empatia da equipe -Mobiliza-se para ajudar a família -Proporcionar uma parceria de cuidado entre equipe e família
	Família como sobrecarregada	“a mãe pede muita ajuda... pro psicológico da família” “família como um todo sofrendo” “vai precisar de um apoio muito bom”; “o foco tava todo nela”; “ela tá preocupada, e ela tá sobrecarregada”; “é um problema que tá incomodando todo mundo”	Família como sistema	-Buscar maior proximidade junto ao usuário quando vê a necessidade de suporte -Lançar olhares para outros membros da família que também podem estar em sofrimento
	Família responsabilizada pelo cuidado	“fiquei preocupada, aonde este menino está ficando?”; “ela tem pouco suporte familiar”; “nessas horas é filho mesmo”; “estão sendo irresponsáveis, não estão trazendo o bebê”; “o problema é a mãe dela, é quem a gente acha que tá dificultando acessar a filha”; “você vê que ela não tá bem, mal cuidada”	Família como proposto na constituição	-Entende-se ocupando a função da família -Preocupar-se com o cuidado ofertado pela família -Cobrar a família para que cuide dos seus membros -Culpabilizar a família por não contribuir com o cuidado do usuário -Orientar a família sobre o modo como deve cuidar

Quadro 6: Análise do sentido “Família como responsável pelo cuidado”

Nesse sentido, diferentes repertórios interpretativos eram usados na produção do sentido de família como responsável pelo cuidado dos seus membros. Um primeiro, que merece destaque é o repertório de família como aquela que oferece **suporte e apoio**, sendo reconhecida pelos profissionais como exercendo este papel junto aos seus membros.

Nas discussões de casos, nos quais eram trazidas situações em que um membro da família passava por alguma dificuldade, seja ela da saúde biológica ou de adaptações a novas fases da vida, o repertório era caracterizado a partir de modos de conversar sobre as famílias como: “antes andava sozinha, agora sempre sai com um neto junto”; “a tia falou que vai ajudar”; “tá dando apoio”; eles estão com paciência com ela” “vinha o neto, sempre vem alguém”; “ela estava preocupada com ele”; “tá dando apoio”. O modo pelo qual as famílias são entendidas como oferecendo suporte e, a partir disso, significadas como preocupadas com os seus membros, parecia ser um convite para as equipes também se engajarem no cuidado, uma vez que essas se mobilizavam para ajudar as famílias.

ACS8: O meu caso. O meu caso é da família 98, Dalva Aparecida dos Santos. Ahn... A irmã, a cunhada da Dalva, ligou hoje cedo, que ela levou a Dalva para a casa dela, que ela passou o fim de semana com ela, porque amanhã ela ia, ontem...

MED2: A esposa do senhor Joaquim?

ACS8: Isso, a Gilda, esposa do senhor Joaquim. (...) então ela ligou porque estava preocupada com a Dalva. Ela disse que ela pegou a Dalva aqui no fim de semana, e para levá-la na segunda-feira cedo ao médico. Quer dizer, que a Dalva passou esses dias com ela, né? E ela falou que achou a Dalva... Esquecia de tomar os remédios, principalmente o pra epilepsia o fenol piramidal, e... Tinha que falar com ela, durante o período que estava na casa dela. A Dalva esquecia algumas coisas e repetitiva, né?

(...) [L23p10-L5p11]

MED2 (fala junto): Foi por isso que ela ligou pra gente.

ACS8: É... e pediu que fosse lá saber se ela tinha vindo, ela ligou para saber se ela tinha vindo, eu falei que não, e pra saber se ela tava bem, porque ela deixou a Dalva ontem aqui na casa dela, ontem, por volta das 17:30 horas. E falou vai amanhã cedo tomar a injeção e ela ainda realmente não tinha vindo. Mas ela veio hoje à tarde.

AUX4 (fala junto): Mas ela veio agora, é.

(...) [L12p11-L12p12]

MED2: Então foi essa. Eu até olhei os últimos exames que a doutora tinha pedido e vi que a vitamina B ainda não chegou na dose certa. Ele fez um pulso injetável, aí ele passou por boca e pediu de novo os exames e ainda não tava no nível recomendado.

(...) [L15p12-L17p12]

ACS10 (fala junto): Ela não deve tá tomando certo.

MED2 (fala junto): Por isso ele fez de novo o injetável.

ACS8: É, essa é a preocupação da Dalva.

MED2: Pois é. Diz o Joaquim aquele dia da reunião que ele estava lembrando ela de tomar, na hora que ele chegava.

ACS8: *Ele fez a cartelinha, né? Direitinho pra ela, colocou no armário, tem uma cartela. A ENF2 também viu, com os horários, tudo bonitinho, que fica num armário dela na cozinha, grande, assim, a cartela, com os horários dela tomar os remédios.*

(...) [L26p12- L13p13]

MED2: *Eu fico contente de você passar o caso, porque até a cunhada né, que era alguém, quem ela tinha brigado e por isso ela tava distante do irmão, tá se preocupando com ela. Então perceberam mesmo que ela tá doente. Tá dando apoio.*

ACS8 (fala junto): *E deixou os telefones dela, anotei na Ficha A, o celular e da casa dela, se precisar de alguma coisa, se acontecer alguma coisa, de pronto ligar para ela.*

MED2 (fala junto): *Pode ligar. (Dia1, Eq2, L13p10-L19p13)*

Nesse caso, podemos entender que a o uso do repertório de família como suporte foi muito importante para equipe, para além do suporte com a usuária, parece também ser entendido como um apoio que a equipe tem para estabelecer o cuidado. A mudança de postura da família com relação à paciente compreendendo as dificuldades dela e, com isso, também mudado a sua postura com relação a ela, ao que parece leva a equipe a se sentir mais confortável, por conseguir dividir com a família a responsabilidade com o cuidado da paciente.

Este repertório se aproxima a concepção de família descrita por agentes comunitários de saúde no estudo de N.C. Silva (2010). Nesta pesquisa, esta forma de cuidado e proteção com os membros, é descrita como uma característica do que é ser família, como também podemos ver nas conversas do nosso estudo:

ACS1: *Tá. E ... Queria falar também que eu passei na Adriane hoje, e me falou que ela tá bem assim. Tá um pouco esquecida, vai fazer uma coisa e quando vê esqueceu o que vai fazer, foi a Isadora que me atendeu, a mais velha, ela falou que acha que é por causa do estresse que ela passou mesmo, **que eles tão tendo paciência, tá todo mundo.** (Dia1, Eq1, L6p15-L9p15)*

Em momentos difíceis, como nesse caso, a família é significada como aquela que dá apoio, suporte. Como já pudemos ver, esta é uma descrição comum entre profissionais (Gabardo et al., 2009; R.G. Oliveira & Marcon, 2007; Pereira & Bourget, 2010; N.C. Silva, 2010) e também entre as famílias, quando se referem ao papel da família (N.C. Silva, 2010). Esse discurso de família é amplamente usado em nossa sociedade e, como pudemos notar, é também considerado fator importante para a implementação das políticas públicas, nas quais o Estado busca na família um aliado para contribuir com as ofertas de cuidado por ele oferecidas.

Por outro lado, juntamente ao cuidado atrelado a oferta de suporte, os profissionais também usam um repertório de família como **sobrecarregada** com esses cuidados. São comuns a este repertório caracterizações da família e suas problemáticas a partir de descrições como: “a mãe pede muita ajuda... pro psicológico da família”; “família como um todo sofrendo”; “a Marcia vai precisar de um apoio muito bom”; “o foco tava todo nela”; “ela tá preocupada, e ela tá sobrecarregada”; “é um problema que tá incomodando todo mundo”. Esse repertório parece convidar os profissionais a olhares mais empáticos para a família e no desenvolvimento de ações que tenham como foco um olhar para as relações, ampliando suas intervenções.

Em alguns momentos da discussão, o foco parece ser um paciente em específico sobrecarregado por seus familiares e as suas situações da vida. Como em um caso no qual se discute a alteração de pressão de uma senhora e a equipe justifica isso pelas dificuldades de relação com o marido, que faz um uso abusivo de álcool, além de ter um filho que estava preso. As profissionais vinculam também a problemática da senhora a preocupações que ela tinha com relação a situação da neta e a problemas financeiros. Em casos como este, as conversas das equipes giram em torno da busca por causas para as alterações de pressão da paciente e parece ser importante um olhar contextual e relacional que eles fazem, entendendo a saúde da paciente para além de sua doença.

Em outros momentos, o foco da sobrecarga aparece na família como um todo, como no exemplo abaixo:

ACS2: Então o Rafael, Gonçalves, Martins, o hygia é X, certo? Então, tá, ele veio em consulta, ele falou com a doutora da vontade dele de parar de usar drogas, né? Que ele usa cocaína e maconha. E a doutora encaminhou ele para o CAPS, aí eu fiquei de passar em visita, e não encontrava ele em casa, nem a família, agora eu encontrei a mãe, falei com a mãe. Então, a mãe disse que ele não foi nesse dia, não foi no CAPS, né? Foi para casa e ali em seguida já saiu para usar drogas com os amigos. E...a mãe assim, acredita que ele tá piorando cada vez mais, que ele chegou a ouvir vozes, fala de tá sentindo coisas estranhas, né? E a mãe **pede muita ajuda, em relação a saúde da família num geral**, né? Além dele, de tratar ele, e **pede ajuda pro psicológico da família**, né? Que o pai diz que assim, que ele fala que tá, “eu preciso de ajuda, eu não aguento mais, eu vou entrar em depressão”. A mãe fala “como que eu vou te ajudar se eu tô passando a mesma coisa junto com você, eu não sei o que fazer”.

MED1: Ô ACS2, tem um grupo de família lá no CAPS.

(...) [L17p23-L4p24]

ACS2: Entendi, vou falar pra eles, tá bom. E também tem o filhinho menor, de 14 anos, o Leandro que também tá com essa, dificuldade, na escola. **É a família como um todo, sofrendo junto**, né?

AUX2 (*fala junto*): *Acaba, entrando junto... Quantos anos tem o Leandro?* (Dia2, Eq1, L6p23-L10p24)

Nesse exemplo podemos perceber como as profissionais entendem o pedido de ajuda da família e como sentem que ela está sobrecarregada com uma situação difícil. Para as profissionais, há o entendimento de como o problema de um membro pode tornar-se o problema da família, sendo o discurso sistêmico de família usado como um recurso explicativo na conversa.

A ACS, que fica em contato direto com as famílias e ouve esses pedidos parece ficar impactada com o sofrimento dos membros da família e busca ajuda junto à equipe. Neste e em outros momentos as ACS ao levarem casos para a equipe e buscarem discutir as dificuldades que têm com relação aos usuários, expondo os problemas trazidos por eles, muitas vezes, elas parecem buscar junto com a equipe entender qual seria o seu papel no estabelecimento do contato com os usuários. Entretanto, ao que parece, as ACS são significadas, em muitos momentos, apenas como informantes dos casos ou como aquela pessoa que coleta as informações.

Podemos entender que isso gera ansiedade das ACS no contato com os usuários, por terem dificuldade de identificar qual seria o seu papel junto a eles, e podemos refletir como essa visão restrita da atuação das ACS pode não valorizar a um grande potencial que elas têm. Tal potencial se dá pelo estabelecimento de vínculo que essas profissionais fazem com a comunidade, tendo a oportunidade de lançar olhares para fatores contextuais e relacionais do processo saúde-doença. Apesar disso, em alguns momentos o vínculo que essas profissionais têm com a comunidade é buscado nas conversas das reuniões. Essa busca se dá principalmente em casos nos quais, para o entendimento de determinadas situações, o olhar das ACS sobre o caso é tido como fundamental para o desenvolvimento das ações da equipe.

Ainda com relação ao trecho supracitado, os outros membros equipe buscam encaminhamentos para o caso, pensando no cuidado para a família ofertado em outros serviços, mas pouco se reflete sobre as possibilidades de ação dos próprios profissionais ali presentes. Diante da complexidade dos casos apresentados na ESF, que envolvem aspectos sociais, econômicos e com os quais as profissionais convivem de maneira mais

próxima, cresce entre eles um sentimento de impotência (Coriolano & Lima, 2010; Guanaes & Mattos, 2011; Matumoto et al., 2011; Prata et al., 2013). Junto a isso, parece que, muitas vezes, os profissionais nem buscam refletir sobre estes problemas por não conseguirem ter ferramentas para avançar no cuidado junto a esses.

Assim, mesmo tendo um sentimento de empatia, entendendo a família como sobrecarregada com uma situação, as profissionais encaminham o caso para especialistas ou outras redes de cuidado. Elas o fazem a partir de uma compreensão de que este é o modo de cuidar, uma vez que não tem arcabouço para desenvolver intervenções mais amplas, sobretudo aquelas que envolvem problemáticas sociais ou psicológicas. Nessa perspectiva, podemos pensar que a proposta do NASF, como forma de ampliar o escopo de atuação das equipes poderia ser benéfico, uma vez que as equipes acompanhadas não contam com esses profissionais de apoio. As profissionais de outros núcleos de saber da saúde estão presentes na unidade apenas como estagiárias da universidade, tendo uma alta rotatividade no serviço. As equipes de NASF poderiam contribuir tanto no atendimento direto aos usuários, quanto com relação ao compartilhamento de saberes com as equipes, a fim de que as estas também aprendam novas formas de cuidado (Ministério da Saúde, 2014).

Além de cuidadora dos membros, preocupando-se, apoiando e, muitas vezes, sobrecarregada com esse cuidado, a família também era descrita pelos profissionais a partir de uma perspectiva na qual era **responsabilizada pelo cuidado** dos seus membros. Esse repertório configura alguns modos de olhar para a situações das famílias e convida a algumas ações das equipes, podendo ser caracterizado por expressões como: “ela tem pouco suporte familiar”; “nessas horas é filho mesmo”; “estão sendo irresponsáveis, não estão trazendo o bebê”; “o problema é a mãe dela, é quem a gente acha que está dificultando acessar a filha”; “você vê que ela não está bem, mal cuidada”.

As equipes, em alguns momentos, parecem sentir que ocupam o lugar que seria da família no cuidado com os membros. Podemos exemplificar esse sentimento a partir de um caso, contado pela auxiliar de enfermagem, que narra o suporte que a profissional tem dado a uma senhora ao buscar para ela o medicamento. Como a auxiliar entraria de férias, ela passa essa tarefa para a ACS e isso é problematizado pela médica:

AUX1: Cinco de novembro. Dezembro. Peguei pra dois meses, eu não vou tá aqui, por isso que eu tô deixando.

ACS5: Eu vou falar pra ela?

AUX1: Que tá na época de pegar a medicação.

ACS5: Ah tá.

MED1: Cinco de dezembro?

AUX1: É.

MED1: Aonde que é?

AUX1: Pra pegar a medicação.

(...) [L19p8 - L25p8]

AUX1: É, então você tem que pegar a receita com ela.

ACS5: Ir lá buscar o remédio.

AUX1: E ir com ela pegar o remédio, precisa ver com a ENF1. O que que eu fiz esse mês, a receita do dia 1 de outubro, aí eu fui lá na casa dela, dia 9 de outubro, ela não tinha ido pegar a medicação, tava esperando assim, ela ter condições dela poder buscar. O filho dela sai de casa antes da sete e volta depois das sete a farmácia tá fechada.

MED1: Mas tem lugar aberto, ô, AUX1. Farmácia do Posto X, esses lugares ficam abertos.

AUX2: A do Posto X fecha também, às nove.

ACS1: É, até nove.

(...) [L8p9-L12p9]

MED1 (interrompe): Ô ACS5, deixa um bilhete lá, pra avisar o filho dela que a farmácia do Posto X fica aberta até às nove, que ele pode pegar. Porque senão, AUX1, você vai ficar doida, vai ficar pegando remédio.

(...) [L16p9-L21p9]

AUX2: Ninguém pra cuidar.

AUX1: Não vai tomar? não vai fazer uso? Aí ela comprou, pediu...

ACS5 (interrompe): Esses dias eu fui lá, com dois carros na garagem, e ela foi de ônibus, no...tipo assim, né.

AUX1: E o filho e a nora, eles falam que saem juntos às 7 horas.

MED1: O dia que a gente foi lá, eles falaram que levariam, lembra? Eu falei 'precisa levar', mas ele tava desempregado quando a gente foi, né? Ele falou que quando voltar a vida como era antes, 'eu vou dá um jeito', falou perfeitamente.

AUX1: E ela tem consulta dia 11 agora, eu vou levar, dia 11 de novembro, e da outra vez ela foi de ônibus, foi o dia que foi assaltada a casa dela.

(...) [L3p10-L15p10]

AUX1: Mas eles saem cedo e voltam só a tarde, fica ela com o Cocker. Ela vai no mercado...

MED1 (fala junto): Nessas horas é filho mesmo, né?

AUX1: É, pra ir no UBS Y, ela não tava conseguindo ir.

ACS5: Vocês foram dar a vacina dela da gripe?

AUX1: Aí eu peguei a medicação, fui lá busquei a medicação, o duro é na hora que vencer, né?

ACS5: Ah, mas eu aviso mais ou menos lá. (Dia 8, Eq1, L10p8-L22p10)

Nesse exemplo, a médica problematiza como buscar a medicação seria uma responsabilidade da família, e que a família deveria ser informada sobre a possibilidade de outros lugares em que conseguiria a medicação fora do horário comercial. Deste modo, o que podemos ver é uma cobrança que se constrói da equipe com relação ao cuidado que deve ser ofertado pela família. A equipe passa a buscar modos pelos quais a família possa exercer este papel de cuidadora sem depender dela. Podemos problematizar a relação que

começa a ser estabelecida entre família e equipe como uma possível disputa sobre quem deve cuidar, ao invés de uma postura de colaboração para o cuidado.

Em outros casos, sobretudo naqueles que envolvem pessoas em condição de vulnerabilidade (por exemplo, crianças, idosos ou pessoas dependentes de cuidados médicos), essa responsabilização da família pelo cuidado vem atrelado a este discurso de cobrança e até de certa culpabilização, caso ocorra algo com o familiar. Este modo de conversar, pode ser exemplificado pelo trecho abaixo no qual a médica trouxe um caso que ela conta de uma consulta que teve com uma usuária e sua mãe, e das dificuldades que as profissionais estão tendo no estabelecimento de vínculo com elas. A paciente teve um problema de convulsões no pós parto, e uma série de dificuldades de estabelecer o cuidado com o filho que nasceu, depois disso, a mãe, avó da criança, assumiu os cuidados do bebê. Alguns problemas relacionados a paciente não estar mais morando na área e sobre os cuidados ofertados ao bebê são problematizados nesta conversa.

MED2 (fala junto): E ai, eu até achei, até falei para ela ‘Muito estranho você falar que praticamente ela mora e o teu filho de 17 anos, quer dizer não é uma criança, falar que ela mudou, ele usou essa palavra para falar com o agente comunitário que ela mudou’. Ai, assim, conversamos, conversamos, no final das contas não tinha muito o que fazer, que a menina já não tinha mais convulsionando, precisa tomar a medicação, até falei abertamente pra ela, eu falei ‘Olha, eu sou médica, eu não tenho como te dar um remédio pra aumentar o seu tempo, pra você ter tempo de trabalhar e tomar conta de todo mundo da sua casa e nem um remédio pra dar juízo na cabeça da Barbara, **eu só quero que você analise um pouco mais a sua família, porque você tá pondo comida dentro de casa, mas tá deixando as meninas fazerem, coisas que olha, vocês já tiveram dois netos, você tá com duas netas e tal**’, não sei se vai adiantar muito não, sabe? Mas saíram daqui com essa ideia de que...

ACS11: No final das contas?

MED2: Tem que no neurologista no HC, falei no final.

ACS11: Tem que continuar acompanhando como se ela tivesse morando lá.

MED2: Não, na verdade, eu falei para ela “Se está morando, se está com você, tem que vir nas consultas, porque se alguém, por acaso algum dia me pedir algum relatório, **a respeito da bebê se ela tá bem ou mal cuidada, a minha informação é que ela tá mal cuidada, então se a responsabilidade é tua, você tá sendo irresponsável**”. Falei bem assim. Até falei para ela, ‘Acabaram de marcar uma consulta e não trouxe de novo’, eu não conheço a bebê da Barbara, e a gente tinha se acalmado um pouco mais com essa história de ela ter mudado, se ela mudou, ela tá fazendo seguimento em outra unidade. Ai até falei pra ela ‘a gente não aguenta mais, porque ai vem mudou, não mudou, mudou, não mudou. Cada mês muda a situação.’. Ai ela bateu o pé, não, a Joana realmente mudou, tá morando até com outro rapaz lá no prédio dela aqui. Mas a Barbara não é certeza, volta de novo a história.

(Dia2, Eq2, L15p3-L17p6)

Nesse caso trazido pela médica, é questionado o modo pelo qual a família tem ofertado o cuidado para a criança, sendo que esta é colocada numa posição de culpa caso algo aconteça com o bebê. A equipe parece entender que a família tem dificuldade em assumir o papel de cuidadora e, com isso, estabelece uma relação de vigilância com a família. A relação descrita pela médica entre a equipe e a família parece ficar tensa, não sendo pensados em outros recursos além do legal para o estabelecimento do diálogo, uma vez que nesta situação, o discurso jurídico, da obrigação da família em cuidar dos membros (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 1988) aparece com maior força.

Esse caso mostra como as profissionais dialogam com discursos presentes na sociedade sobre famílias, a partir de um entendimento de que a família é o local de proteção e cuidado dos seus membros. Constando inclusive na Constituição, na qual a família é entendida como o lugar preferencial de cuidado dos idosos e do desenvolvimento das crianças (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 1988). Nesse sentido, a equipe age pautada no que é entendido como necessidade da criança. A criança ser levada na unidade de saúde e ter um acompanhamento enquanto ainda é bebê, é compreendido como um direito fundamental, sendo papel da família a responsabilidade por este cuidado. Discurso este reforçado pela Lei 8.080/90 que dispõe das responsabilidades do Estado com relação à saúde da população, sem eximir as famílias deste dever (Lei 8.080, 1990). Deste modo, quando a família não cumpre essa responsabilidade, são requisitadas outras esferas de poder, inclusive legais, para ordenar o modo de cuidado da criança, como o Conselho Tutelar.

Além disso, parece haver um certo julgamento sobre qual o papel da família e uma normatização sobre este, havendo um silenciamento deste contexto familiar singular destes usuários. Quando a médica pede que a usuária analise a postura que ela tem em casa com relação às filhas e como isso já deu a ela dois netos, parece haver um olhar para um ideal de família, no qual “já” ter dois netos aparece como um problema. Podemos pensar ainda que este modo de olhar se dá a partir de um referencial de família nuclear, comum na classe média brasileira, a partir do qual se construiu uma noção de estrutura para as fases do ciclo vital familiar, o que pode levar a um olhar patologizante para outras formas de organização familiar. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde,

estejam atentos às condições de vida dos usuários e de suas famílias, uma vez que a compreensão dessas pode tornar a atuação junto a elas menos normativa e mais sensível à realidade das famílias.

Ao longo de nossa explanação, diferentes repertórios pelos quais as equipes transitam em suas conversas ao construírem o sentido de *família como responsável pelo cuidado* foram apresentados. O entendimento da família como aquela que cuida, por se preocupar, por dar suporte, mas que também se sobrecarrega, e até aquele que a responsabiliza ao ponto de cobrar e culpá-la, caso este cuidado não esteja sendo ofertado da melhor forma. Nestas diversas maneiras de se relacionar com a família, algumas tensões aparecem. Ora a família aparece como parceira do cuidado, como é preconizado pela ESF (N.C. Silva, 2010), ora é culpada e cobrada por não conseguir cumprir o papel.

Ainda, em alguns momentos tensiona-se a relação público-privado, no qual pode ser questionada se essa cobrança não passa a ser uma vigilância do Estado sobre as famílias (Mioto, 2014). E também quando a família é colocada nesta posição de cuidadora, como sendo algo intrínseco ao seu papel, muitas vezes, ela se sobrecarrega, e podemos nos questionar até que ponto o Estado faz a sua parte na parceria do cuidado (L.A.B. Trad, 2014a). Ademais, a sensibilidade para as questões de condição de vida da população e a como a família as vivencia, dando voz a sua visão destes aspectos pode ser fundamental para a construção de práticas menos normativas, pautadas apenas em orientações, para uma escuta mais curiosa das reais necessidades das famílias.

4.1.3 Família como problema

Sentido	Repertórios Interpretativos	Expressões que dão forma aos repertórios	Discursos	Convites para ação
Família como problema	Família em situação de risco	“família vermelha”; “mais uma de risco”; “família difícil”	Família em risco Família responsável pela proteção social	-Avaliar os casos -Priorizar as visitas domiciliares -Fazer a redivisão do território
	Família como estressor	“ele tá muito passivo e isso tá incomodando essa mãe”; “ela tá com agressões psicológicas em cima da sogra”; “o filho tá dando muito trabalho”; “tentar acolher o usuário toda vez que a família desestruturar”	Família como sistema	-Olhar para a dinâmica familiar para compreender os problemas -Família como causadora dos problemas de um dos membros
	Família responsabilizada pelo problema	“ela tem a bebida à disposição que tá sempre na casa dela”, “na verdade é a família inteira não é só a menina não”; “a minha impressão é que a mãe acaba fazendo a cabeça da filha para ela não aceitar” “nossa as filhas dela não fizeram nada?!”; “provavelmente é culpa da mãe que ensinou a menina a comer errado”; “olhando pra família a impressão que dá é erro alimentar”; “que não tem atenção dos filhos, da família”; “sua mãe não te dá atenção”	Família como responsável por práticas de saúde Família como local de socialização primária	-Culpabilizar a família pelo adoecimento e por hábitos -Responsabilizar a família por não contribuir com a produção de cuidado

Quadro 7: Análise do sentido “Família como problema”

A partir das reuniões que acompanhamos, de diferentes maneiras o sentido de família foi construído como um problema, seja pelo uso de repertórios que a descrevem como em *uma situação de risco*, ou como um estressor, ou ainda *a responsabilizando pelo problema de saúde* dos seus membros. Estes repertórios usados parecem estar relacionados a um aspecto ressaltado por Pereira e Bourget (2010). As autoras apontaram em seu estudo que, muitas vezes, a família é entendida pelos profissionais como tendo uma relação onipotente com os seus membros, sendo a ela atribuída questões tanto positivas quanto negativas sobre a saúde dos membros. Segundo as autoras, muita desta responsabilização da família pelos profissionais, sobre questões referentes à saúde dos

seus membros, pode estar envolvida com discursos científicos mais amplos, que a culpam pelos problemas de saúde dos seus membros.

O repertório de **família em risco** é usado tanto em momentos nos quais ao se falar dos problemas das famílias ressalta-se o caráter de risco na qual essas se encontram, como também em outras situações nas quais uma avaliação do risco familiar é vista como uma forma de organização do trabalho com as famílias. As descrições relacionadas a este repertório interpretativo sobre as famílias são expressas por cores que qualificam o grau de risco e por falas dos participantes que as descrevem como difícil.

Trecho 1:

AUX1: *Ela me disse isso hoje, que ele enfartou esse fim de semana. Então de quarta-feira pra cá, a menina está na UE ainda, não saiu da UE, e o marido enfartou esse final de semana.*

ENF1: *Então é um presente pra você, ACS3.*

AUX1: *Família vermelha.*

ACS3: *Mais uma de risco.” (Dia 4, Eq1, L1p17-L3p17)*

Trecho 2:

MED1: *Depois que passar todo esse negócio todo dos agentes comunitários, de redividir e tudo aí. Eles comentaram de fazer. Porque esse negócio, aí mais a ACS2 tem muita família difícil, como é que vai saber se na da ACS1 vai pegar se a gente não classificou se é de risco ou não. Porque a ACS1 conhece as famílias da área dele.*

ENF1: *Mas quando a gente faz a redivisão de uma microárea, como que eu vou pegar se **aquela família de risco tá no meio do caminho**, como que eu vou fazer para ela desviar.*

MED1 (fala junto): *Não, não.*

ACS1 (fala junto): *É.*

ENF1: *Então, é uma coisa, a classificação de risco, eu acho assim, que ela é importante, você tá sabendo e tudo, mas pra você redivir a área, eu não sei se...*

ACS5 (fala junto): *É, eu não sei, igual você falou a nossa área da impressão que não tem, mas de repente pode mudar tudo. Você vê a área da ACS3, quem falava que a menininha ia ter diabetes e o homem ia ter infarto no mesmo dia, na mesma semana, somente aqui na nossa área que são jovens pode não ter isso, mas amanhã a gente não sabe.*

MED1: *É, e de repente outras que não tem, passam a ter.*

ACS5: *Muda, volta, não dá pra você dividir por isso.*

MED1: *A área não é uma coisa estática.*

ENF1: *E se a gente for pensar, é aquilo assim, a área da ACS2 é uma área mais estática de mudanças, né, não muito, do que a sua, do que a dela, do que a dela, do que a dela. Não sei, eu posso tá enganada, mas assim, a dela é a mais assim, concentrada, depois vem a sua de mudanças e aí depois começa a mudar o resto. (Dia 4, Eq1, L30p21-L17p23)*

No primeiro trecho, a partir de diferentes patologias envolvendo uma família, os profissionais a classificam em alto grau de risco, sendo assim, mais um motivo de preocupação para a ACS responsável pela família. Já o segundo trecho, descreve um

momento no qual a equipe conversava sobre como deveria ser feita a redivisão de área no território. A classificação de risco aparece tanto como uma possibilidade para realizá-la, como um modo de dividir as microáreas, promovendo a distribuição das famílias em maior risco entre as ACS. Na conversa, entretanto, é ponderado como as microáreas têm um caráter fluido, com intensas transformações a partir do nascimento, do falecimento e das mudanças de famílias da/para a área, sendo assim, esta classificação poderia ajudar em um primeiro momento, mas não sanaria as dificuldades.

Algo de grande relevância com relação a este olhar para as famílias, a partir do entendimento de risco, é que este parece ser um aspecto apenas avaliativo e que determina processos de trabalho das equipes vinculados a visitas e à territorialização. Um discurso social de família como aquela que protege os seus membros parece estar atrelado a noção de família em risco. As famílias ao apresentarem dificuldades em cumprir este papel de proteção, passa a ser configurada como em risco, discurso esse que parece contribuir para um entendimento de que as famílias falharam em cumprir o seu papel (L.D.A.A. Costa, 2014). A caracterização da família como em risco para as profissionais, tal qual pudemos analisar no material, parece não extrapolar esta dimensão de avaliação, uma vez que não configura uma intervenção pautada nas condições de vida da população, nem em suas vulnerabilidades.

Essa análise parece ir ao encontro da categoria desenvolvida por E.M. Ribeiro (2004) de **família/risco social**, a qual a autora entende como uma das abordagens de atuação dos profissionais da ESF junto às famílias. Nesta abordagem, o olhar do profissional recairia sobre um grupo específico de famílias, que se caracterizam a partir de condições de vida precárias ou pelas situações que se configuram dentro do processo saúde-doença, como quadros de patologia. A autora ressalta que os profissionais de saúde diante das contradições impostas pela complexidade de problemáticas sociais destas famílias parecem ficar impactados. A partir das conversas que acompanhamos na ESF, podemos pensar que tal impacto se dá de alguma forma entre as profissionais que se sentem paralisados diante da avaliação de risco e não conseguem extrapolar esta fase para a efetiva produção de cuidado.

Uma das equipes participante deste estudo, também tem feito a classificação de risco das famílias, e descreveu isso como uma forma de priorizar as visitas, uma vez que é difícil que as ACS consigam cumprir todas as visitas que elas têm que fazer no mês. Esta perspectiva de priorização por meio da classificação de risco aparece nos documentos do MS como orientação para o trabalho na ESF (Ministério da Saúde, 2012), e parece orientar o discurso dos profissionais participantes desta pesquisa, como também foi percebido em outros estudos (N.C. Silva, 2010; E.M. Ribeiro, 2004).

Um instrumento muito difundido para a classificação de risco das famílias, e citado pelos profissionais, é pautado em questões da ficha de cadastro da família relacionadas a aspectos como doenças crônicas, número de membros, tipo de moradia, presença de crianças ou gestantes, dentre outras (Coelho & Savassi, 2004). Essa escala leva em conta mais aspectos relacionados a presença de subgrupos do processo saúde-doenças e questões da moradia. Sendo assim, podemos questionar sua abrangência no que se refere a outros aspectos. Este instrumento, na maioria das vezes, não permite uma visão integral da família, focalizando os indivíduos. Também podemos questionar, o quanto esses critérios contribuem para um olhar para as condições de vida da família e da comunidade que tenha impactos na atuação dos profissionais.

Com relação a avaliação de famílias em situação de risco, tem sido desenvolvido no Chile um instrumento de escala de risco familiar para ser usada na APS. Puschel, Repetto, Solar, Soto e González (2012) mostraram em seu estudo o processo de construção e validação deste instrumento, denominado pelos autores de SALUFAM. Esse instrumento, constitui-se em um questionário que avalia perspectivas da dinâmica familiar, das relações de apoio e acordos entre os membros da família, e considera que as famílias que tem maior capacidade de estabelecer acordos entre os membros, e aquelas que conseguem gerar apoio social, têm menor vulnerabilidade em saúde.

Este instrumento chileno, ao trazer as questões das relações entre os familiares para uma avaliação de risco, pode contribuir para que as intervenções sejam pautadas nas necessidades da família, não tendo apenas um olhar a partir de um conjunto de pessoas que coabitam. Deste modo, as intervenções podem extrapolar os grupos do processo saúde-doença que tendem a normatizar as problemáticas sociais. Este olhar para as

famílias em situação de risco também pode ter um potencial para o empoderamento da produção de cuidado por parte dos profissionais. Ao olhar para as relações e se sensibilizar para singularidade das vivências e significados que cada família tem diante das vulnerabilidades em que vivem, pode possibilitar que os profissionais desenvolvam intervenções mais particulares, vinculadas ao contexto nas quais essas famílias se inserem.

Outro repertório, que configura o sentido de família como problema nas conversas entre os profissionais, é o de família como um **estressor**. Na construção deste repertório são comuns descrições marcadas por um caráter individual, no qual a família é posicionada como gerador de estresse, sendo a família entendida a partir da problemática de um de seus membros. As falas que caracterizam este repertório podem ser exemplificadas por: “ele tá muito passivo e isso tá incomodando essa mãe”; “ela tá com agressões psicológicas em cima da sogra”; “o filho tá dando muito trabalho”; “tentar acolher o usuário toda vez que a família desestruturar”.

Este repertório pode ser ilustrado por uma conversa na qual uma mãe estava com dificuldades de relacionamento com o filho. O filho e a namorada iriam ter um bebê e ele não demonstrava iniciativa para ter um emprego formal. Diante desta situação, a mãe pensa em colocar o filho para fora de casa, e depois de uma conversa com a ACS e com a auxiliar de enfermagem, a equipe discute algumas perspectivas sobre o caso, dentre estas como o filho tem sido um estressor para a mãe.

ACS8: Eu falei para ela “dá um tempo pra ele, ele só tem dezoito anos de idade só”, mas **ela tá com medo de atrapalhar o casamento dela.**

AUX3: Mas é que esse tempo, né, ACS8, **atrapalha...** foi o que eu senti, doutora, que ele não trabalha, não faz nada, entendeu? **Ele tá muito passivo, e tá incomodando essa mãe,** já pensou, ter que fazer tudo pelo, ele não trabalhar e não ter uma atividade, isso tá pegando, né? (Dia 3, eq2, l9p13-l13p13)

A ACS ao falar sobre como seria importante a mãe dar mais uma chance para o filho, reconhece também um estressor gerado pelo filho para a relação conjugal da mãe. A partir deste entendimento de que o filho pode “atrapalhar”, e diante do estresse que a auxiliar de enfermagem percebe pela conversa que teve com a mãe, centra-se no familiar a culpa pelo modo como a mãe está ansiosa e angustiada. O discurso de família como sistema, e a relação que se dá entre os subsistemas, mais uma vez, se faz presente como base para a

construção deste repertório. Neste caso em específico, os encaminhamentos dados para o caso demonstraram uma sensibilidade da equipe em olhar para as diferentes perspectivas pelos quais os familiares vivenciam a relação e as problemáticas. A intervenção que foi determinada para o caso visava um maior entendimento de como este filho vê esta situação e de como ele entende a vida dele para o futuro.

Apesar desta problemática e dos encaminhamentos serem vistos deste modo, relacional, em muitos outros casos as profissionais mantêm um olhar individual para os encaminhamentos, uma vez que os problemas são tidos como um estressor para um único membro da família. No caso da senhora que tem a pressão alta, e percebe-se que as relações com o marido e com o filho que está preso são fatores estressantes para ela, o encaminhamento dado é apenas um cuidado com as questões de alteração de pressão arterial. Nesses casos, um cuidado individual é fundamental, mas também estar atento, como na perspectiva anterior, em não apenas responsabilizar a família por algo, mas entendê-la nas suas relações parece fundamental. Isso reforça conclusões de outros autores, que apontam que, apesar de explorar questões relacionais, muitas vezes, por falta de ferramentas, os profissionais da ESF não conseguem desenvolver um trabalho mais voltado para as famílias (Guanaes & Mattos, 2011; Matumoto et al., 2011).

Outro modo pelo qual o sentido de família era produzido configurando-a como um problema, nas conversas entre as profissionais, era a partir do uso de um repertório no qual a família era **responsabilizada pelo problema** dos seus membros. Este repertório é marcado por descrições que se relacionam à responsabilidade que os membros da família teriam com o desenvolvimento de hábitos por seus membros: “ela tem a bebida à disposição, que tá sempre na casa dela”, “na verdade é a família inteira não é só a menina não”. Também há descrições que responsabilizam a família pelos problemas dos membros, em situações nas quais esses parecem não contribuir para o cuidado ofertado pela equipe: “que não tem atenção dos filhos, da família”; “sua mãe não te dá atenção”; “a minha impressão é que a mãe acaba fazendo a cabeça da filha para ela não aceitar”; “nossa as filhas dela não fizeram nada?!”.

ACS8: É da família 87, eu estive lá ontem e a mãe tá muito preocupada com o peso da filha, tá muito gorda.
(...) [L18p22-L24p22]

ACS8: *Falou que tá muito preocupada, que ela não sabe o que fazer. Ai eu perguntei pra ela ‘Mas a Bianca já conversou com você, falou se quer emagrecer?’ disse ‘Não, não fala, não toca no assunto, quando eu falo, ela também não quer tocar no assunto, não quer falar sobre isso.’, mas ela falou que...*

(...) [L1p23-L23p23]

ACS8: *Eu perguntei até pra ela como é que tava, se tinha algum motivo pra ela tá engordando desse jeito, como é que tá o relacionamento dela com o marido, e a Andrea desconversou. Quer dizer, não quis falar sobre isso. Ai eu falei pra ela assim, tem alguma coisa atormentando, a Bianca, né? Ai ela ‘Ah, eu não sei, não sei o que fazer, eu só sei que eu olho pra ela e que eu vejo ela cada vez mais gorda, não sei o que faço.’ Então, é complicado.*

MED2: *Agora, olhando para a Andrea, não sei porque ela tá tão espantada, porque a Andrea é obesa! O que que ela espera da filha dela, entendeu? Provavelmente a culpa é da Andrea, foi a Andrea que ensinou a menina a comer errado.*

ACS8: *A Fernanda era, só que depois que ela fez o controle alimentar, ela tá magrinha.*

(...) [L5p24-L13p25]

MED2: *O dela, ACS8, é aguardar a consulta, porque tenho que avaliar.*

ACS8: *É, né? Ela já marcou?*

MED2: *Já.*

ACS8: *Tem consulta marcada*

MED2: *Porque tem que avaliar se realmente tem alguma doença associada ou se é só erro alimentar.*

ACS11: *150 quilos*

MED2: *Olhando pra família a impressão que dá é erro alimentar, mas não dá pra ter certeza.*

ACS8: *É, e ela falou que ela tá comendo demais, né? (Dia2, Eq2, L16p22-L22p25)*

Nessa conversa entre as profissionais, a família se torna um problema, que ocasiona no ganho de peso da paciente, a partir de duas hipóteses. Uma primeira, trazida pela ACS, diz respeito a um caráter do problema que pode ser relacional, vinculado a problemas entre a paciente e o marido, já a médica, relaciona o problema aos hábitos alimentares da família. Essa última hipótese, parece prevalecer na conversa e tornar-se o foco principal. Este olhar pode se tornar dominante, a partir de um entendimento das relações de poder entre os membros da equipe, na qual o médico, pode ser entendido como aquele que detém o saber ou devido as várias críticas feitas ao sobrepeso da mãe, que surgem na conversa, inclusive em um tom irônico. Algo que surpreende ao fim da discussão do caso, é que apesar da hipótese da obesidade ser relacional, isto é, estar vinculada a uma questão familiar, a intervenção proposta é individual, uma vez que a problemática seria avaliada em uma consulta com a paciente.

A partir dos hábitos alimentares, a família configura-se como um problema para os seus membros. Há um convite nas conversas das equipes para uma culpabilização das famílias ao responsabilizá-las. Esta perspectiva dialoga com um discurso social de que a família é importante na construção de práticas e modelos de saúde para os seus membros,

sendo considerada fundamental na determinação do processo saúde-doença (Moimaz et al., 2011; L.A.B. Trad, 2014a). Ademais, ela também é considerada fundamental para a produção de cuidado junto aos seus membros, e quando o dificulta, seja por não levar o paciente em consultas ou por atrapalhar o estabelecimento do vínculo da equipe com os pacientes, a família é entendida como responsável pelo problema de seus membros.

Os diferentes repertórios que constroem o sentido de família como problema configuram convites para ações que podem culpabilizar a família pelo modo como estabelecem dinâmicas e desenvolvem práticas de saúde. É importante ressaltar que um desafio que deve ser considerado quando trabalhamos com as famílias é o entendimento dessas a partir de suas singularidades (S. Trad, 2014). Nessa perspectiva, é fundamental um olhar atento ao modo pelo qual as famílias desenvolvem sentidos que configuram em práticas sobre sua saúde.

4.1.4 Família como rede de relações

Sentido	Repertórios Interpretativos	Expressões que dão forma aos repertórios	Discursos	Convites para ação
Família como rede de relações	Estrutura familiar	“é uma relação meio patológica”; “família é toda desestruturada”; “os pais são o espelho dos filhos”; “mas é o funcionamento desta família”;	Família como estruturada/ Desestruturada Família como sistema Família como responsável pelo desenvolvimento emocional	-Responsabilizar a família pelas problemáticas que ela enfrenta -Patologizar as relações familiares
	Configuração familiar	“ele era viúvo e eles se juntaram...começaram a cuidar desse neto também”; “porque o marido não é pai do filho dela”; “eram relações muito instáveis...ela nunca tinha casado com os pais das meninas”; “ela chamava ele de pai, eles chegaram a construir um vínculo”	Família como vínculo afetivo Família como laços de consanguinidade	-Explicar o vínculo que é estabelecido entre as pessoas na família -Vinculação consanguínea relacionada à responsabilidade
	Dinâmica familiar	“ela reclamava dele (marido) como lidar com o primeiro filho, muito agressivo com o menino”; “ela (cunhada) tinha brigado e por isso ela tava distante do irmão, agora tá se preocupando com ela” “eu sinto a mãe super necessitada, mas também muito acomodada... e a filha tá realmente pedindo”; “as filhas não tem relação de carinho que ela quer ter...ela também não semeia”; “ela não tá mais aguentando a situação da nora e do filho lá”; “parece ser um conflito de dinâmica familiar; “a mãe colocou que as duas (ela e a filha) estão com uma relação muito difícil”	Família como sistema Família como responsável pelo desenvolvimento emocional	-Entender que as mudanças na dinâmica influenciam no cuidado que a família oferta para o paciente -Analisar as dinâmicas ajuda a compreender outros aspectos da saúde das pessoas -Entender que as relações familiares interferem no cuidado que pode ser ofertado ao paciente -Analisar as relações evita a responsabilização de alguns membros em detrimento de outros. -Refletir sobre os conflitos familiares e como se relaciona com a saúde dos usuários

Quadro 8: Análise do sentido “Família como rede de relações”

Outro sentido que foi usado pelos profissionais em suas conversas foi o de família como rede de relações. Esse sentido foi constituído por três repertórios, relacionados ao modo pelo qual as profissionais descreviam as relações familiares a partir da estrutura, da configuração e da dinâmica. Esses repertórios, entendidos como unidades de constituição das práticas discursivas (M.J.P. Spink & Medrado, 2013) aparecem de forma integrada nas conversas entre os profissionais, uma vez que os aspectos de estrutura, configuração e dinâmica estão intrinsecamente relacionados uns aos outros. Nesse momento, de apresentação dos resultados, optamos por separá-los didaticamente a fim de dar visibilidade a como cada um desses se configura no processo da conversa.

A família como rede de relações era um sentido construído na discussão de casos nos quais as equipes tinham que lidar com situações complexas, como de violência intrafamiliar, abuso de substâncias ou quando a demanda trazida pelos próprios usuários estava centrada na relação que esses estabelecem uns com os outros na família. Um primeiro repertório descreve as relações familiares a partir da noção de **estrutura familiar**. A estrutura aqui é entendida a partir de Wagner, Tronco e Armani (2011) como um conjunto de padrões a partir do qual a família interage, construindo padrões de relacionamento. Esse repertório interpretativo é caracterizado por descrições de família como: “relação patológica”, “desestruturada”, “esse é o funcionamento da família” ou ainda dos “pais como espelho dos filhos”.

Essas descrições convidam a ações a partir de olhares que patologizam as relações entre os membros da família e também responsabilizam as famílias pelas problemáticas as quais elas enfrentam. No caso discutido no trecho abaixo, conversa-se sobre uma família na qual a mãe tem problema com o consumo de bebidas e tanto ela quanto o filho têm epilepsia. Diante deste quadro e de uma possível tentativa de suicídio da mãe são abertas questões sobre como os filhos estão, e sobre como as relações entre os familiares se configuram.

“ESTP: Os filhos tão bem, você sabe? Não?

ACS7: É complicada.

MED2: Você tava pensando na convivência com a mãe?

ESTP: É, por exemplo, convivência, na escola...

MED2 (fala junto): Porque pensando na saúde pessoal, tá boa.

(...) [L5p32-L11p32]

MED2 (fala junto): Na verdade a impressão que eu tenho é que ela é, meio mãe.

ACS6: É

MED2: Ela tá com responsabilidades que não é pra idade dela, assim. Ela que carrega a mãe bêbada, ela que vai buscar tarde.

(...) [L16p32-L25p32]

ACS6 (fala junto): E o marido já não tá mais aguentando, né?

ESTP (fala junto): Você não tem contato com o pai?

MED2 (fala junto): Não conheço o pai, falei isso ontem, na última reunião, né? Nunca vi o pai. Ele não vem em consulta, nunca vi.

ACS7 (fala junto): Eu também não.

ENF2 (fala junto): Ele trabalha, entendeu? O filho não é dele, então, é assim é uma **família que tudo é desestruturado**. Não tem, entendeu? Ele bebe no fim de semana, né, então..." (Dia 5, eq 2, L28p31-L5p33)

Na discussão do caso ilustrado pelo trecho, podemos perceber que a partir de uma série de problemas relatados podemos olhar concomitantemente para descrições de estrutura, de dinâmica e da configuração desta família. As profissionais ao lidarem com as relações que fogem a um padrão estabelecido, mas que se configuram como um padrão para aquela família tendem a classificá-la como desestruturada (Prata et al., 2013; Szymanski, 1995).

Este discurso, que categoriza a família como estruturada e desestruturada, parece conter implicitamente uma noção de família ideal, na qual as funções e modos de se estruturar são dadas *a priori*, ao passo que essas descrições se configuram como estáticas e desconsideram os múltiplos modos como as famílias se organizam. Esse discurso psicologizante das famílias pode trazer o risco de uma avaliação normativa – em que o reconhecimento de estruturas diferentes, do que seria a família nuclear, poderiam ser tomados, *a priori*, como fator de risco.

Deste modo, uma vez que ao se definir um padrão sobre o que é uma família estruturada, isso implica na criação de um discurso de inadequação das famílias (L.D.A.A. Costa, 2014). Um dos desafios, trazidos por alguns autores que buscam compreender como podemos desenvolver o trabalho com famílias nas políticas públicas, diz respeito a um olhar que saia de perspectivas normativas e morais e busque compreender como essas questões se dão no plano local. Buscando assim, refletir sobre as famílias de modo ético e sem atribuir a elas juízos de valor (Pereira, 2012, citado por L.D.A.A. Costa, 2014).

Ademais, em casos como aquele discutido no trecho, as profissionais discutiam diferentes possibilidades para desenvolver intervenções, e dentre elas, surgia a possibilidade de trazer um membro da família para conversar, o marido, os filhos. A depender do caso, as profissionais enfrentavam uma dificuldade de como estabelecer este contato e, de modo concomitante, preservar a privacidade do usuário. Este parece ser um grande desafio da ESF: os profissionais ficam mais próximos das famílias, criam vínculo com seus usuários e de alguma forma começam a entender os principais conflitos existentes, mas os modos pelos quais eles podem agir a partir disso, parecem ficar limitados.

Além disso, surge junto aos profissionais, muitas vezes, um sentimento de impotência, por entenderem que eles próprios devem solucionar os problemas das famílias (Guanaes & Mattos, 2011; Prata et al., 2013). A partir dessas descrições que cristalizam um modo de ser família, além de limitar o olhar para outras possibilidades pelas quais essa família pode ser, parece que essas descrições silenciam possibilidades de intervenção criativas dos profissionais, uma vez que esses parecem já saber tudo sobre a família, tendo um olhar pouco curioso para elas. Diante das dificuldades, os encaminhamentos em grande parte são feitos a partir de um cuidado individualizado dos membros da família, segmentando a família (S. Trad, 2014).

Outro repertório que possibilita a produção de sentido de família como rede de relações se dá a partir da noção de **configuração familiar**. As profissionais em suas conversas ao usarem desse repertório sobre o modo como são as composições familiares, o fazem para explicar relações de vínculo estabelecido entre membros de uma família, embasados por um discurso de família como pessoas unidas por laços afetivos.

ACS11: *Mas assim, tá dando bastante... é ele que tá dando suporte, pra falar a verdade, apesar de tanto o seu Augusto ter os filhos dele e ela ter as filhas dela, quem tá dando suporte mesmo é esse neto.*

MED2: *Os dois era o segundo casamento?*

ACS11: *Isso. É ela sentiu muito, porque assim, o primeiro foi muito sofrido, né? Ela apanhava muito, foi terrível, e esse aí, eles ficaram 21 anos juntos. Ele era viúvo e eles se juntaram, casaram e começaram a cuidar desse neto também. Eles cuidaram desde pequeno, porque a mãe ainda é, a mãe e o pai desse Hugo, que é o neto, é vivo, mora aqui em Ribeirão, sabe? Mas quem cuida mesmo. (Dia 2, Eq2, L23p28-L2p29)*

Para além dos laços de consanguinidade, que o neto tem com um dos avós (não sendo especificado com qual deles), a vinculação estabelecida pelo cuidado ofertado pelo

casal ao neto, é usado como explicação para que agora ele cuide da avó que ficou viúva. O discurso de família usado nessa conversa está atrelado a afetividade desenvolvida entre os membros, sendo essa forma de entendimento de família comum nas descrições de profissionais de saúde em outros estudos (N.C. Silva, 2010; Pereira & Bourget, 2010).

Concomitantemente a esta visão de família, também são usadas descrições de configurações que unem os membros de uma família por meio de laços consanguíneos. Este repertório descrito a partir desse discurso, parece convidar os profissionais a um olhar para as relações de responsabilidade dentro da família como restrita a membros que são consanguíneos. Em alguns momentos, quando se fala de problemas sejam vinculados à doença ou relacionados a questões de relacionamento, principalmente entre filhos e mães, a questão do marido não ser o pai deste filho parece desresponsabilizá-lo de ter que passar por essa situação como membro da família.

AUX3: *Ela veio aqui buscar uma seringa e desabafou comigo que hoje o filho e a nora brigaram e a nora colocou uma faca dentro do quarto, e disse que na hora que o moço voltar, vai matar ele, falou pra mãe. A mãe veio aqui apavorada, falando isso. E que ela tá sobrecarregada, né, e que ela não tá mais aguentando mais essa situação, e que ela tá pensando em pôr ele para fora de casa, porque ele não quer sair de livre e espontânea vontade, entendeu? E que você já sabe dessa situação dela. **E que ela tá fazendo de tudo para esconder do marido, né, bem? Porque o marido não é pai desse moço,** ela tá fazendo de tudo, e ela queria que o pai mesmo dele, desocupasse uma casa para ele ir morar, só que ele ofendeu o pai, e o pai não vai dá uma casa pro filho morar, entendeu? (Dia 3, eq2, l9p27-l27p27)*

Na situação descrita nessa conversa, há um entendimento de que a esposa, que não quer problemas no relacionamento conjugal por causa do filho, tenta não expor os problemas para o marido. A profissional de saúde explica que a mãe não quer compartilhar o problema, porque o marido não é o pai do seu filho. Deste modo, a profissional entende do mesmo modo que a mãe, que o problema deveria ser resolvido pelo pai biológico. Por não termos acompanhado o caso por mais tempo, tendo apenas participado desta discussão, não sabemos quais foram os contratos criados por esta família com relação ao lugar que o marido tem na relação com o filho da esposa. Entretanto, a partir desta conversa, e de outras nas quais a mesma situação é trazida, há uma percepção comum de que por não se ter vínculo de consanguinidade, parece não haver necessidade de estabelecimento de responsabilidade.

Ademais, podemos pensar que mais uma vez o discurso de gênero dentro da família se faz presente nas conversas, sendo usualmente cobrado da mulher a responsabilidade pela educação dos filhos. A construção desse discurso dessa forma, parece legitimar que o marido seja poupado de questões relacionadas ao comportamento do filho. Ao construir esse repertório dessa maneira, parece que silenciemos o papel que o homem poderia ter nos cuidados com os filhos, acompanhando mais de perto seu desenvolvimento.

Wagner et al. (2011) nos lembram que há uma necessidade de desconstruir a ideia de que o modo como se dá a configuração das famílias determina suas estruturas. Tal como parece acontecer no caso supracitado e naquele outro trazido anteriormente, no qual após se falar que o marido não é o pai da criança a família é significada como desestruturada. Com relação ao funcionamento das famílias, mais uma vez, devemos levar em conta o modo como elas se constituem, e não devemos atuar a partir de uma noção de que a sua composição define seus padrões de relacionamento *a priori*.

Outro repertório que merece destaque é o de **dinâmica familiar**. Entendemos aqui a dinâmica familiar caracterizada pelos diferentes movimentos que as famílias fazem diante das situações do cotidiano, nas quais elas se colocam ou são colocadas (Wagner, et al., 2011). As descrições, relacionadas a este repertório, configuram um olhar dos profissionais para como as mudanças nas dinâmicas familiares influenciam o processo de cuidado do usuário, tanto na relação dos membros com ele, quanto com relação a equipe com os usuários.

Os aspectos referentes ao modo pelo qual os relacionamentos familiares se movimentam, parecem ser fonte de explicação para o processo de saúde-doença dos seus membros, e de como essas relações têm interferência nos problemas de saúde dos usuários. Dessa forma, o discurso sistêmico de família na qual os subsistemas se relacionam e se influenciam mutuamente parece ser uma grande base para os profissionais quando discutem casos nesta perspectiva.

ACS7: *É a respeito da Patrícia da 163, eu estive lá na quarta e falei com a mãe e com a Patricia, combinei de levar a ESTP na quinta-feira, chegamos lá, não tinha ninguém.*

(...) [I29p7-L6p8]

ACS7: *Então, assim, a gente queria saber, a gente continua insistindo, deixa quieto, o que faz?*

MED2: *Não, claro que continua insistindo.*

(...) [L9p8-L10p8]

MED2 (fala junto): Essa é aquela que a mãe também tem depressão?

ACS7 (fala junto): Tem depressão

ESTP: O problema é a mãe dela, o problema assim, é quem a gente acha que tá dificultando de acessar a Patricia. E a ACS7 no dia que tinha encontrado, até achou que as coisas tavam assim, você falou, na mesma, assim.

ACS7: É, a mãe disse assim “Comigo eu achei que estava melhor, mas tá piorando, porque eu já estava com o cabelo crescido, já para tirar a peruca e já tá caindo tudo de novo.” “Mas você não foi procurar ajuda?”, “Não.”, né? E eu falei com a Patricia “Posso trazer?” eu falei que era a ESTP, que a gente tinha ido lá, que a gente tinha conversado, aí ela “Não, 13:30.”, mas ninguém atendeu. Então, eu acho, a minha impressão é de que a mãe acaba fazendo a cabeça da Patricia de não aceitar, sabe? Que vai, porque pela Patricia, eu criei vínculo.

(...) [L22p8-L6p9]

ACS7: É. A mãe admite que ela precisa de levar as filhas...

(...) [L8p9-L9p9]

MED2: Não, é porque as vezes precisa voltar, assim, entender, as vezes, assim, sem lá, alguém ficou doente, alguma coisa aconteceu e a pessoa precisou sair mesmo, as vezes, não que esteja gerando a dificuldade, entende?

ACS7: Então, mas eu acho que é a primeira opção.

(Elas riem)

ACS7: Conhecendo ela. A mãe admite que ela está relapsa, que as meninas precisam de dentista. Os dentinhos da pequena tão todos assim escuros, apodrecendo por causa de chupeta, de mamadeira, e ela diz assim “Eu preciso tomar uma atitude só que eu não vou”, entendeu? “Eu não dou o primeiro passo”. Aí sempre a desculpa, porque o dia que marca a consulta, coincidência, né? O carro quebra, alguém começa a passar mal em casa e não dá pra ir, não tem quem fique com a outra pequena, sempre tem uma desculpa, para não ir até onde precisa.

MED2: Entendi. O duro é que assim, eu acho que precisa ir lá entender um pouco melhor, porque às vezes foi só coincidência, né? Pode acontecer, apesar de vocês acreditarem que não. Precisa entender um pouco melhor, as vezes não é porque elas não querem, é porque aconteceu alguma coisa mesmo, mas eu não acho que tem que desistir não, eu acho que a gente não pode nunca desistir, o máximo que conseguir, beleza, também tem que entender que a pessoa tem autonomia, né? Ela, infelizmente, essa adolescente ainda está sobre os cuidados da mãe, faltam só dois anos para ela poder ter um pouco mais de autonomia, e a gente poder intervir com mais intensidade nela e não tanto com a questão da permissão da mãe. A mãe não proibiu, né?” (Dia2, eq2, L27p7-L28p9)

O trecho exemplifica uma situação na qual a dinâmica das relações familiares parece interferir no processo de cuidado dos usuários pela equipe. Ao propor intervenções junto a uma adolescente, a equipe negocia sentidos sobre como a mãe pode estar boicotando o processo de mudança da filha, ou até mesmo, como mãe e filha criaram um modo de se relacionar que não permite o acesso de outras pessoas que buscam ajudá-las. A equipe dialoga sobre diferentes possibilidades de olhar para a situação e de como um quadro de depressão da mãe está influenciando as filhas, inclusive pela falta de cuidado delas. Esse olhar para a família parece possibilitar a equipe buscar uma intervenção que extrapole o

cuidado individual, uma vez que é sugerido que o cuidado a filha adolescente fosse um primeiro passo para o estabelecimento de vínculo com os demais membros da família, que apesar de pedirem ajuda, tem dificuldade de contribuir para o cuidado.

As profissionais de saúde descrevem a mãe, prioritariamente, como relapsa, apesar de entenderem que a mãe também precisa de cuidados e que os problemas dela influenciam a dinâmica da família, gerando problemas em outros membros. Este olhar para a mãe pode demonstrar uma cobrança da equipe para que a família cumpra uma função de proteção social dos seus membros. Há um esforço feito pela equipe em se aproximar das problemáticas da família como um todo, mas diferentes sentidos e discursos competem na conversa, na qual as participantes negociam qual o olhar a equipe terá como foco para essa família.

Apesar de conseguirem identificar as dificuldades das famílias a partir das questões de estrutura, configuração e dinâmica familiar, talvez por uma falta de arcabouço para desenvolver suas práticas os profissionais das equipes recorrem as próprias vivências com suas famílias para conseguir entender os casos e dar encaminhamentos para esses. As profissionais, assim, parecem usar recursos que para eles são familiares. Do mesmo modo, pela dificuldade de conduzir as discussões, muitas vezes, ao conversarem sobre um caso, as profissionais adotam posições e discutem os casos a partir do entendimento de um membro da família. Embora isso aconteça, elas têm clara percepção de como isso é problemático.

Nestas discussões o que parece ficar claro é um esforço das profissionais para lançarem olhares para as famílias em suas relações, porém há uma dificuldade na condução destas conversas. Tais conversas, parecem pouco instrumentadas em teorias e perspectivas que poderiam contribuir para o desenvolvimento dos casos – e mesmo para análise crítica das situações, sem a adoção de “lados” ou julgamentos. O uso de instrumentos para a avaliação das famílias, como os propostos por Ditterich et al. (2009) (genograma, ecomapa, o modelo F.I.R.O. e o P.R.A.C.T.I.C.E.) não foram citados durante as conversas entre os profissionais, mas poderiam, eventualmente, contribuir para um olhar para a família desde sua configuração, até o ciclo de vida familiar. Além disso, Galera e Luis (2002) ao trazerem modelos de intervenção sistêmica junto às famílias, apontam como

fundamental um diálogo próximo a elas para desenvolvimento das intervenções, por meio, por exemplo da entrevista familiar.

Apesar da relevância do uso de tais recursos avaliativos para a intervenção com as famílias, é necessário que os profissionais também não os cristalizem como recurso meramente técnico, construindo, a partir do uso dos mesmos, uma “realidade” sobre as famílias. Os modelos avaliativos podem ser um recurso para a prática, mas, a depender de como são usados, podem se aproximar do modelo médico hegemônico que cria diagnósticos e faz intervenções clínicas, que podem não se aproximar das questões contextuais nas quais essas famílias estão envolvidas (M.J. Spink & Matta, 2010). O olhar para as relações familiares é fundamental para o trabalho com as famílias, mas também é de extrema importância que não se perca de vista as questões das condições de vida das pessoas atendidas e as percepções que as próprias famílias têm sobre si e sobre o seu contexto (Prata et al., 2013).

Nesse sentido é fundamental que os profissionais estabeleçam uma relação de dialogicidade com as famílias, horizontalizando suas intervenções junto a elas (Takashima, 2005, citado por S. Trad, 2014). Os instrumentos, se pensados a partir dessa lógica, podem ser mais que meras avaliações que inserem a família dentro de padrões, podem ser recursos para o diálogo (Guanaes & Mattos). Tais formas de intervenção poderiam viabilizar ainda mais práticas pautadas nas diretrizes para o trabalho na ESF, no sentido de ser orientado para o território, visando autonomia dos indivíduos e agindo com foco na integralidade do sujeito (Ministério da Saúde, 2014).

4.2 A dinâmica da produção dos sentidos: uma ilustração

Nesta seção buscaremos ilustrar como os sentidos, apresentados de modo separado anteriormente, são construídos ao longo da conversa entre os participantes. Para isso, apresentaremos um caso por meio de uma narrativa criada a partir dele. Em seguida, através de um quadro, buscaremos demonstrar os sentidos, repertórios, discursos e convites para a prática que estão presentes nesta conversa. Neste quadro, os aspectos que fazem parte da discussão do caso apresentado aparecerão em destaque. Por fim, faremos

uma breve discussão do caso perpassando os modos de conversar sobre a família e o processo de negociação de sentidos, relacionando-os a literatura da área.

4.2.1 Narrativa sobre um “caso”

Muitos informes haviam sido passados nesta reunião e ainda eram muitos os casos que estavam inscritos para serem discutidos. Mas o horário de término da reunião estava próximo. A médica, que era quem tinha casos inscritos para a discussão, resolve que irá passar apenas um, que já havia sido discutido em outra reunião, porque algumas informações estavam confusas e também porque queria que a estagiária de psicologia estivesse presente, decide que era melhor que este fosse apresentado.

A médica inicia a história informando o número do cadastro e a microárea a qual a família pertencia, afirmando que uma adolescente da área tinha sofrido agressões e que diante da situação entendeu que seria importante realizar uma avaliação com relação à família. Após essa introdução, a médica inicia uma longa fala na qual relata uma conversa que teve com a mãe e a filha em uma consulta. Ao longo da discussão do caso, diferentes profissionais da equipe trazem informações sobre os membros da família e também falam de suas percepções sobre a situação vivenciada.

Nessa consulta, muito foi conversado sobre mudanças no comportamento da adolescente que, segundo a mãe, foi uma criança muito prestativa e doce, mas que na adolescência estava muito agressiva. São destacados aspectos da infância da adolescente, que havia morado na casa da avó, com a mãe e a irmã, uma vez que a mãe teve “relacionamentos instáveis”. Quando a adolescente ainda era criança, a mãe se casou, e a princípio parece que padrasto e enteada “chegaram a construir vínculos”. A agressividade teria surgido na pré-adolescência da usuária, o que culminou com sua expulsão da escola. Na consulta, a mãe relata que a filha foi agredida fisicamente pelo padrasto algumas vezes, mas que ela se posicionou na relação pedindo para o marido que não fizesse mais isso. A adolescente afirma não gostar do padrasto por ter sofrido tais agressões e que a comunicação entre eles é ruim, pois não conversam muito e, quando conversam, são agressivos um com o outro. Para a mãe, tanto ela como o padrasto se mostram agressivos com a adolescente porque ela tem mentido e agido de maneira preguiçosa. Para a adolescente, a mudança de seu comportamento deve-se ao desamor que sente da família com relação a ela. Diante da situação, durante a consulta, a médica propôs à adolescente um acompanhamento psicológico com a estagiária da unidade. Apesar de reticente, após a conversa com a médica, aceitou a proposta. A médica relata, por fim, sua percepção de que a adolescente apresentava baixa autoestima, e que o rótulo de agressiva acabou por gerar estigma em seu ambiente escolar.

Durante e após a apresentação do caso, a equipe transita por diferentes repertórios interpretativos e discursos sociais, se posicionando de diferentes maneiras. Por exemplo, questionam se a mãe estaria sendo negligente, por estar presenciando a agressão do padrasto em relação à filha; ou mesmo se não estaria contribuindo para a presença da filha nas consultas médicas. De alguma forma, as profissionais têm a percepção de que ela está sendo “mal cuidada”. Hipotetizam, também, se a adolescente estaria tentando chamar a atenção da mãe com seus comportamentos agressivos. Diversas são as explicações que as profissionais buscam dar para a situação vivida para a família. Algumas consideram que o comportamento da adolescente se assemelha a uma birra infantil; outros entendem que se referem a características ou jeitos de ser; outros ainda entendem que esse comportamento denuncia o sofrimento emocional pelo qual a adolescente passa. Além disso, elas

trazem o sentido de que a adolescente apenas repete comportamentos aprendidos na família, com relação ao autocuidado e também no que diz respeito à agressividade. Essas conversas são descritas a partir de repertórios como “os pais são os espelhos dos filhos”; “repetindo as agressões que presença e sofre em casa”; “apenas um reflexo do ambiente”.

Outro aspecto conversado, e que é tensionado na discussão entre as profissionais, diz respeito ao papel da mãe, com relação ao autocuidado da adolescente. Há posicionamentos que colocam a mãe como não sendo a única responsável por isso, caracterizando que a adolescente também tem seu papel, enquanto outras profissionais ressaltam que a mãe “tem que dar o exemplo”. No decorrer dessa discussão, apesar de ser problematizado o papel da mulher no cuidado, uma vez que ela além de cuidar da casa, cuida dos filhos. O desfecho dessa conversa se dá pelo consenso de que a mãe deve dar o exemplo e ser responsável por ensinar a filha com relação ao autocuidado.

Ao longo da conversa, é ressaltado que diante da complexidade do caso discutido, é importante que as profissionais não assumam “lados” na família, e de como elas têm que se ajudar na equipe, para fazerem esse esforço de não tomar uma postura como mais verdadeira que a outra. Entretanto, na negociação desta diversidade de explicações para o caso dessa família, as profissionais divergem entre si. Todos parecem desejar se posicionar e ter algo a dizer, às vezes buscando construir posicionamentos em relação à defesa de um ou outro lado da história. Isso gera certo tumulto na conversa, ao mesmo tempo em que sinaliza a relevância que a análise pormenorizada desse caso parece ter para a equipe.

Embora tenha havido grande mobilização da equipe na discussão da situação, e o levantamento de várias possibilidades explicativas, a discussão é encerrada com base no argumento do término do tempo da reunião, sem um claro encaminhamento sobre as possibilidades de ação da equipe no cuidado à família.

4.2.1.1 Análise da dinâmica dos sentidos a partir da narrativa

Sentidos	Repertórios Interpretativos	Expressões que dão forma aos repertórios	Discursos	Convites para ação
Família como pessoas que moram juntas	Família como sinônimo de moradia	Número de cadastramento	Família na política Atenção Básica e documentos da ESF	- Identificar paciente na área de abrangência e qual ACS o acompanha - Realizar territorialização
	Família como informante			
	Família como pessoas que coabitam			
Família como responsável pelo cuidado	Família como suporte			
	Família como sobrecarregada			
	Família responsabilizada pelo cuidado	“está mal cuidada”; “sua mãe não te dar atenção a ponto de você ir morar com a avó”	Família como proposto na constituição	-Preocupar-se com o cuidado ofertado pela família -Cobrar a família cuide dos seus membros - Culpabilizar a família pelo cuidado ofertado ao paciente
Família como problema	Família como em situação de risco			
	Família como estressor			
	Família responsabilizada pelo problema	“a mãe dela é conhecida como barraqueira, e que isso já leva a menina a brigar na escola”; “ela só tá repetindo o que ela tem em casa”	Família como responsável por práticas de saúde Família como local de socialização primária	-Culpabilizar a família pelo por hábitos -Responsabilizar a família por não contribuir com a produção de cuidado
Família como rede de relações	Estrutura familiar	“esse é o funcionamento dessa família” “os pais são o espelho dos filhos”	-Família como sistema -Família como responsável pelo desenvolvimento emocional	-Responsabilizar a família pelas problemáticas que ela enfrenta -Patologizar as relações familiares
	Configuração familiar	“eram relações instáveis...ela nunca tinha casado com os pais das meninas”; “ela chamava ele de pai, eles chegaram a construir um vínculo”	Família como unida pelo vínculo afetivo Família nuclear	-Explicar o vínculo que é estabelecido entre as pessoas na família -Categoriza qual um tipo de relação é estável em detrimento de outra
	Dinâmica familiar	“a mãe colocou que as duas (ela e a filha) estão com uma relação muito difícil”	-Família como sistema -Família como responsável pelo desenvolvimento emocional	-Entender que as mudanças na dinâmica influenciam no cuidado que a família oferta para o paciente -Refletir sobre os conflitos familiares e como se relaciona com a saúde dos usuários

Quadro 9: Análise dos sentidos destacando os que são construídos na conversa

Como era comum ao longo das reuniões, a conversa se inicia com a apresentação do caso, sendo este introduzido pelo número de cadastramento da família e a microárea a qual ela pertencia, trazendo o sentido de família como pessoas que moram juntas, sendo usado na construção da narrativa o repertório de **família como sinônimo de moradia**. Posteriormente, diante de uma situação de violência, a médica vê a necessidade de avaliar o caso com relação à família, na qual abra-se hipóteses da relação da agressão a alguma situação familiar, podendo ser esta **família a responsável pelo problema**. Ainda, no decorrer da conversa, é questionado o papel de cuidado da família, no que diz respeito, por exemplo, ao autocuidado da usuária e a responsabilidade da família nisso, sendo produzido pelas profissionais o sentido de **família responsabilizada pelo cuidado**. Ao discutir uma série de assuntos, ao longo de grande parte da conversa, o sentido de **família como rede de relações** é construído nas narrativas, na qual os repertórios de estrutura, configuração e dinâmica familiar são usados. Ao que parece, o uso desses repertórios é feito para identificar a causa do problema nas relações familiares e, outras vezes, para explicar a relação entre a mãe e a filha.

Ao longo da discussão a equipe faz um esforço para criar uma narrativa que seja coerente e que tenha uma construção cronológica sobre a família, como se a partir desta história pudéssemos identificar as causas dos problemas e as consequências que os modos de se relacionar geraram naquela família. É importante ressaltar, que esse exercício explicativo também parece ser feito pelas usuárias do serviço ao longo da consulta, uma vez que para conseguir explicar a situação atual, mãe e filha recorrem a situações do passado. Essa forma de construção narrativa: coerente e com sequência temporal, pode ser vista como uma maneira pela qual as pessoas buscam organizar e dar sentido a suas vivências (Rasera & Japur, 2007).

A partir desta compreensão sobre as narrativas, entendendo-as como uma forma pela qual as pessoas organizam as suas vivências a partir de histórias, podemos pensar em tantas outras histórias e descrições que ficaram de fora destas que já sabemos. Estudiosos da narrativa problematizam que a experiência vivida é bem mais ampla que a experiência contada e que, assim, podemos explorar diferentes formas de narrar uma mesma história. Quando a recontamos abrimos possibilidades de pensarmos em novos elementos que

ainda não haviam sido utilizados e podemos ampliar a narrativa (Rasera & Japur, 2007). Podemos trazer essas reflexões para o caso que apresentamos, quais histórias não conhecemos, ou não foram contadas, quando os profissionais na conversa constroem a narrativa dessa maneira? Quais outras perguntas poderiam ser feitas sobre/e para esta família?

Ainda neste sentido, além da médica, que é a principal narradora desta história, outros membros da equipe buscam trazer elementos que contribuam para as explicações do caso, como percebem a adolescente e sobre o que sabem da mãe e do padrasto. Ao que parece, as profissionais buscam encontrar uma verdade sobre a família que parece escapar por diversas vezes, como quando descrevem o caso como complexo. Podemos pensar que esses momentos, nos quais as profissionais problematizam que há uma complexidade nos casos, poderia ser viável a abertura para refletirmos sobre o caso para além de uma busca sobre a realidade da família. Assim, poderiam ser abertos convites para pensar no caso para além de uma definição única, e ampliar olhares sobre outras descrições possíveis das situações (Guanaes & Mattos, 2011). Essa polissemia pode ser expressa pelos diversos repertórios usados na produção de diferentes sentidos sobre as famílias ao longo da discussão.

Assim como as profissionais ao conversarem parecem buscar uma realidade sobre a família, o mesmo é feito quando elas buscam caracterizar qual é o problema da família, elas o fazem, a fim de alcançarem uma verdade. Contudo, mais uma vez, na fluidez dos sentidos, é possível perceber como surge uma tensão entre formas explicativas do que seria o problema. Uma primeira explicação se dá relacionada ao comportamento da adolescente, com o uso de um discurso de ciclos de vida, na qual a fase da adolescência é considerada muitas vezes difícil e permeada por uma série de mudanças de comportamento. E uma segunda, que justifica a problemática a partir da falta de afetividade da família com relação a ela, essa explicação em diferentes momentos da discussão parece recorrer a um discurso emocional, no qual se busca no passado, por exemplo na infância da paciente, explicações para a configuração atual do problema.

A equipe ao longo de sua discussão se posiciona a partir dessas duas caracterizações do problema, e parece negociar esses sentidos ao longo da conversa, essas formas de

descrição parecem posicionar as profissionais ora ao lado da família, ora ao lado da adolescente. Apesar de acontecer essa dicotomização de “lados” que explicariam o problema, a equipe vê essa forma de se posicionar como problemática e diz da importância em não “assumir lados”. Em meio a essas descrições do problema são construídos os sentidos de família que configuramos neste estudo.

As profissionais quando configuram o problema em relação a falta de afetividade e cuidado da família, descrevem situações nas quais a adolescente parece negligenciada pela mãe. Como nas descrições de que a adolescente está sendo mal cuidada; e naquelas quando é problematizada a dificuldade que deve estar envolvida na relação entre ela e a mãe, uma vez que ela é agredida pelo padrasto e mesmo assim a mãe continua com ele. Nesses momentos, a família como *responsabilizada pelo cuidado* e interpretada como negligenciando-o parece configurar a descrição do repertório na conversa.

Para além dessas dicotomizações, em vários momentos a equipe integra as duas explicações a partir de um entendimento de que tais comportamentos são efeito da *estrutura* da família, uma vez que a família estabelece um padrão a partir de relações agressivas. Segundo a equipe, é possível esperar que a adolescente também aja da mesma maneira, a partir de um discurso de que se aprende comportamentos no ambiente e, assim, ela estaria apenas repetindo.

Outras justificativas parecem se dar pela história de vida da paciente e da difícil relação estabelecida entre ela e a mãe, e entre ela e o padrasto. Tanto as profissionais quanto a adolescente e sua mãe parecem ter um olhar relacional para os problemas, trazendo explicações para a situação atual a partir dos problemas relacionais entre os membros da família. As profissionais ao fazerem o uso desse repertório, que traz um olhar para a dinâmica das relações familiares, fazem o uso de discursos que configuram a família como responsável pela socialização primária de seus membros e também a partir da perspectiva sistêmica, no qual há um padrão nas relações familiares, que de algum modo mantém um funcionamento do sistema. É ressaltado ainda, um papel fundamental da família no desenvolvimento emocional de seus membros.

Ademais, ainda tendo como foco a análise dos modos de conversar da equipe, podemos perceber como alguns repertórios parecem ser mais legitimados na conversa em detrimento de outros. Como exemplo, podemos ressaltar a conversa explicitada em um parágrafo anterior, quando a equipe constrói o sentido de família como rede de relações, na qual o comportamento dos pais contribui para o comportamento dos filhos. Essa explicação, a partir do repertório de estrutura familiar, tem grande ressonância da equipe, que a legitima como uma explicação válida. Todavia, quando as profissionais conversam sobre o papel da mãe na educação da filha, no sentido de autocuidado, algumas profissionais ressaltam que não acham que tudo tem que ser responsabilidade da mãe. Entretanto, a conversa vai aos poucos se configurando para um entendimento de que a mãe tem o papel de ensinar esses comportamentos, o que acaba levando essas profissionais a concordarem com as demais pessoas que discutem o caso.

Desse modo, o discurso de gênero dentro da família parece novamente fazer parte das conversas da equipe. Nessa negociação de sentidos relacionados ao papel da mãe na educação dos filhos, parece que olhares que ampliam esse papel, na perspectiva de que a responsabilidade não pode estar toda na mãe, parece perder espaço para o discurso da mãe que deve ensinar o autocuidado que ganha maior destaque. Mais uma vez, parece ser importante que reflitamos sobre o papel naturalizado da mulher no cuidado, uma vez que a configuração familiar ainda é problematizada nessa discussão, na qual se sugere que a mãe teve relacionamentos que são categorizados como instáveis. Por outro lado, em nenhum momento, se pensa no papel dos homens, pais dessas filhas, no cuidado desta família. Essas formas de pensar também nos convidam a um entendimento de que se estes são relacionamentos instáveis, existem relacionamentos estáveis, e assim, o uso desses discursos parecem contribuir para uma normatização sobre a conjugalidade, sobre a maternidade e por conseguinte sobre o que é uma família.

A partir de um entendimento que ao descrevermos as famílias de determinados modos construímos uma realidade sobre elas (Gergen, 1985), as análises das conversas das equipes parecem ser uma oportunidade importante de perceber quais são as práticas discursivas que estão sendo construídas, e quais outros discursos não ficam aparentes quando conversamos desses modos (Gergen, 1985). Também podemos refletir sobre os

discursos que podem ser marginais a esses, e que não tem visibilidade quando olhamos para família dessas formas. Dentre esses sentidos, que estão silenciados na conversa, podemos pensar em um sentido de família como recurso.

A família como um recurso, poderia ser pensada como aquela que é vista tanto pela equipe como para os seus membros como tendo recursos que possibilitam a ela ter potencial para o cuidado dos seus membros. Assim, quais possibilidades poderiam ser abertas se a equipe buscasse explorar esses potenciais que a família tem? Quais os momentos de sucesso das relações entre os familiares? Em quais situações eles estabeleceram relações que não estavam pautadas na agressividade? (Guanaes & Mattos, 2011). A possibilidade de focar em recursos e na perspectiva de futuro, como uma prática apreciativa, é entendida como tendo de grande potencial. Essa mudança de foco pode possibilitar que as conversas sejam mais profícuas e que contribuam para o compartilhamento de desejos, de capacidade de fazer escolhas e também como uma forma de estabelecer suporte para as pessoas que estão sendo cuidadas (Souza, McNamee & Santos, 2010).

Para além dessas maneiras de pensar em desenvolvimentos da conversa, é importante retornarmos a discussão do caso apresentado, principalmente com relação ao seu desfecho. Não foi apenas na discussão deste caso que o encerramento da conversa se deu de uma maneira brusca e sem fechamentos. Em muitas outras reuniões, as discussões pareciam seguir uma sequência que não realizava encerramentos para o início de outras conversas. Algo semelhante a esses desfechos, sem finalizações, foi vivenciado por Matumoto et al. (2011), que caracterizaram esse processo como uma despersonalização das famílias discutidas e também como algo feito pelos profissionais como um recurso para não sentirem tanto o processo de discutir casos tão complexos, e que assim podem angustiá-los.

Ainda, sobre o desfecho, podemos pensar em como a discussão se deu e como se configurou a intervenção proposta para o caso. A discussão se dá em um plano das relações, nas quais as profissionais compreendem a importância dos modos de se relacionar da família, como eles se comportam uns com os outros, mas a intervenção é pautada no acompanhamento psicológico individual direcionado à adolescente.

Deste modo, mais uma vez, ao que parece, a equipe tem recursos para refletir os casos de modo relacional, mas ao propor intervenções essas se dão de modo individual. Isso não quer dizer que neste e em outros casos um acompanhamento individualizado seja inapropriado ou desnecessário, apenas nos leva a pensar o porquê entendendo demandas nas relações familiares não se consegue pensar práticas que a integrem? Retornamos, assim, à reflexão de que pode haver uma falta de instrumentalização dos profissionais para atuar na complexidade das relações, pois, muitas vezes, ainda com formações pautadas no modelo biomédico. Além disso, podemos fazer uma avaliação sobre o momento das discussões de família, como as equipes veem a efetividade dessas conversas? Como elas contribuem de maneira significativa com as intervenções que propõe?

Outra questão relacionada a força do modelo biomédico, se dá pelo apagamento de questões relacionadas à cultura, à comunidade, às relações de trabalho, à escola, enfim, aos processos de determinação social da saúde e da doença nas discussões das equipes de modo geral. No caso aqui problematizado, pouco se é pensado sobre o modo como esta família se insere naquela comunidade, como se dão as relações de trabalho e com a escola, aos quais elas se submetem e quais são as influências disso nas relações e nos processos saúde-doença de cada um na família.

Algumas questões que podem estar vinculadas à cultura, e aos modos próprios de se relacionar da família, também tem pouca visibilidade. As profissionais, ao estarem pouco atentas a esses aspectos, podem patologizar as relações familiares, e podem traçar um olhar que reconhece essas relações enquanto “caso de saúde mental”. Essa caracterização do caso pode se dar sofrimento da adolescente, ou pela compreensão que se tem da configuração familiar, considerada instável, ou pelo encaminhamento do caso, dado para a estagiária de psicologia.

É de grande importância que a atuação da ESF se dê atrelada ao território, conjugando possibilidades de entendimentos sobre direitos e também sobre empoderamento dos sujeitos sobre suas vidas. Tal empoderamento só poderá ser construído pela legitimação de modos de viver que sejam diferentes dos padrões que estabelecemos e com um olhar sensível para o modo pelos quais as famílias se organizam dentro da comunidade. Isso não quer dizer que se legitime posturas agressivas e de

violência, isso nos leva apenas a refletir sobre a possibilidade de estarmos abertos e curiosos com relação ao modo como as famílias entendem o que é um problema para elas e como também veem em seus modos de se relacionar recursos e potenciais.

Em suma, buscamos nesta seção através da apresentação de uma narrativa sobre um caso discutido pela equipe, ilustrar como compreendemos a dinâmica a partir da qual os sentidos eram construídos nas conversas das equipes. Além disso, ao discutirmos um dos casos, visamos explicitar alguns modos pelos quais tais sentidos eram negociados e quais os repertórios interpretativos e discursos eram usados, entendendo os mesmos como convites para a construção de ações de cuidado junto às famílias.

Considerações Finais

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso que fizemos desde o início deste estudo é apenas um, dentre os muitos possíveis, na descrição da APS, da ESF, das famílias e de suas relações com as políticas públicas; bem como na descrição dos nossos resultados de pesquisa. Como McNamee (2004) propõe, um método permite a produção de algumas informações em detrimento de outras. Desse modo, compreendemos que diferentes recortes metodológicos também poderiam trazer outras narrativas sobre o objeto de estudo em questão.

Partindo da perspectiva de que a produção do conhecimento no construcionismo social, mais do que encontrar uma verdade sobre a temática, busca a polissemia de sentidos nela envolvida, visamos ao longo de todo o nosso estudo trazer o campo-tema do estudo a partir de diversos olhares (P.K. Spink, 2008). Através de um caminho que revisitou contextos de desenvolvimento das temáticas centrais do estudo (APS, ESF e família), nós pudemos desconstruir naturalizações e demonstrar o caráter sócio, histórico, cultural e econômico que caracterizam a centralidade das famílias nas políticas públicas de saúde.

Com relação a construção do campo-tema de estudo, a pesquisadora se fez algumas perguntas que começaram a construir a família na ESF como uma temática de relevância com a qual ela gostaria de trabalhar: Que família é essa que trabalhamos na ESF? Nós de fato trabalhamos com famílias? A partir dessas questões e de tantas outras que surgiram com o contato com a literatura formulou-se o objetivo central deste estudo: analisar os sentidos construídos sobre famílias por profissionais de saúde de equipes multiprofissionais da ESF.

O modo como buscaríamos respostas para as questões foi ficando mais claro a partir de um entendimento de que as famílias podem ser compreendidas como realizações discursivas (Martins et al., 2014), sendo produzidas pelas pessoas nas relações, as quais em suas atividades cotidianas manejam e constroem sentidos sobre família. Nessa perspectiva, olhar para os contextos microssociais possibilitaria uma compreensão dessas famílias construídas pela ESF a partir de negociações concretas entre os participantes, sem que fossem elaboradas de maneira abstrata (McNamee, 2010). Deste modo, a observação e a

gravação em áudio das reuniões de discussão de família/caso se mostraram um recurso para compreender a articulação desses sentidos.

A ESF ao se aproximar das pessoas através de uma população adscrita e buscar proporcionar um contato longitudinal, e também visando desenvolver novos processos de trabalho (Ministério da Saúde, 1997), apesar dos inúmeros desafios, mostra grandes potencialidades. No nosso estudo, pudemos perceber que as diferentes profissionais parecem em muitos momentos romper com a lógica centrada em procedimentos, uma vez que conversam sobre os usuários e suas famílias com um conhecimento de suas vidas que extrapola o mero encaminhamento para outros profissionais ou apenas a realização de exames. As profissionais participantes desse estudo também se mostram comprometidas em buscar mais informações sobre as famílias e por visarem um cuidado que olhe para as pessoas e suas necessidades.

Ainda, as reuniões de equipe nas quais as profissionais compartilham e discutem casos e famílias da área de abrangência das equipes, parecem, em diferentes momentos, romper com a lógica médico-centrada, uma vez que as informações e percepções de outros profissionais é considerada fundamental para o desenvolvimento das ações de cuidado. Ao longo dessas reuniões, foi possível perceber que as problemáticas que envolvem as famílias são pensadas e discutidas a partir de diferentes olhares.

Apesar das potencialidades que a Estratégia e o espaço das reuniões de equipe trazem, também são inúmeros os desafios na configuração de processos de trabalho que sejam pautados na autonomia dos usuários e suas famílias, e que também estejam atentos aos processos de determinação social do processo saúde-doença, com um olhar para o contexto de modo integrado às práticas. Um desses desafios se dá com relação ao objeto de atenção da ESF e ao olhar que deve ser dado a ele a partir dos princípios da AB e do SUS.

A família da ESF, assim como a família na nossa sociedade, não é apenas uma; diversos são os sentidos construídos pelos profissionais ao desenvolverem suas práticas de cuidado junto aos usuários. Algo que parece se destacar quando perpassamos os muitos sentidos de família e o modo como eles usados nas conversas é um olhar para o indivíduo dentro de uma família. As profissionais ao conversarem parecem tangenciar um olhar para

a família de modo integral, referindo-se às suas relações intra e extrafamiliares, e à relação que esta tem com a comunidade em que está inserida. Elas têm uma compreensão da importância desse tipo de discussão, no entanto, muitas vezes, parecem faltar elementos sobre como aprofundar esses entendimentos e as práticas nessa direção. Essas dificuldades, na maior parte das vezes, têm como efeito o retorno a ações individuais como proposta de cuidado.

Outro desafio que parece acontecer quando nos atentamos para as discussões das profissionais de saúde é um entendimento da família a partir de suas singularidades. Muitos são os discursos usados ao longo da conversa, mas algo que parece comum, a grande parte deles, é um caráter que normatiza e naturaliza formas de ser família e os papéis que elas devem desempenhar junto aos seus membros. Esse olhar parece dificultar a aproximação e criação de vínculos entre profissionais e famílias e, ainda, podem silenciar modos criativos de intervenção das profissionais, uma vez que cristalizando essas formas de ver a família, torna-se muito difícil que se desenvolva ações que rompam com o que já está dado.

Algo que parece fundamental para um cuidado efetivo seria uma postura dialógica que inclua a família em seu processo de cuidado e que tenha uma leitura empática para os seus valores e práticas (Takashima, 2005, citado por S. Trad, 2014). No entanto, é possível que esta escuta mais próxima das famílias e suas necessidades pode estar acontecendo em momentos interativos específicos da equipe profissional e a família, como por exemplo, em consultas individuais e visitas domiciliares, que não foram acompanhados em nosso estudo.

Essa perspectiva que cria normas e, em alguns momentos, oculta os contextos familiares particulares das famílias parece contribuir para olhares de responsabilização e culpabilização dos membros da família, quando esses não correspondem às práticas esperadas pelos profissionais. Podemos problematizar tal cobrança das equipes como uma reprodução do controle do Estado sobre as famílias, principalmente de classes sociais mais baixas, determinando modos de vida e práticas de saúde (Mioto, 2014).

Ademais, cabe ressaltar a importância da ampliação de recursos para as práticas profissionais direcionadas às famílias e ao entendimento dessas para além de aspectos

vinculados à doença. As profissionais, a partir de uma formação ainda muito pautada no modelo biomédico, parecem ter dificuldade de lidar com as problemáticas que se dão nas famílias e que fogem das práticas prescritivas. Assim, percebemos ao longo do nosso estudo um esforço das profissionais para entenderem os problemas de modo relacional e de forma a olhar a saúde de uma perspectiva mais integral.

O NASF foi uma estratégia criada pelo MS a fim de ampliar o escopo de atuação das equipes de saúde da família. A atuação do NASF tanto na intervenção direta junto aos usuários, famílias e comunidades, quanto a partir de um apoio técnico-pedagógico (Ministério da Saúde, 2014), poderia contribuir para que o trabalho das equipes se desenvolva nesse aspecto. Nesse sentido, o trabalho do psicólogo a partir dos saberes e práticas construídas para o entendimento das famílias e suas relações poderia trazer contribuições para a construção do cuidado na ESF.

Entretanto, entendemos como um cuidado fundamental que o olhar não se limite as relações intrafamiliares para a explicação e intervenção das problemáticas das famílias, uma vez que isso poderia reforçar uma lógica que se busca romper. Ao lançarmos olhares apenas para essas relações poderíamos novamente “individualizar” os problemas, agora entendendo-os apenas como sendo daquela família específica, descolando as famílias de seu contexto social, cultural e econômico.

O estudo provocou uma série de reflexões a respeito de como a família se configura como objeto de atenção e quais as potencialidades e limites envolvidos nessa proposta quando colocada em prática. Entendemos que nossa investigação ao problematizar que não existe apenas um modo de entender as famílias, traz diversas nuances provocadas pelo uso dos diferentes sentidos nas conversas e, como ao descrever a família de diferentes modos, circunscrevemos possibilidades de atuar junto a ela.

Compreendemos que esse olhar advindo de uma perspectiva da psicologia social pode ser fundamental para o desenvolvimento dos processos de trabalho na ESF, uma vez que faz um convite para que estejamos mais atentos a quais discursos estamos usando e como estamos agindo a partir deles. Entendemos, que não há um modo melhor ou outro que seja pior de olhar para as famílias, é como se cada situação discutida nos convidasse a

usar alguns discursos em detrimento de outros. Esses discursos permitem que olhemos para alguns pontos, mas não dão visibilidade para outros aspectos que também poderiam ser úteis.

Algo que também pode ser um convite importante é refletirmos sobre quais narrativas ficam de fora quando conversamos de modo a procurar explicações para as problemáticas traçando relações de causa e efeito, entendendo que essa é apenas um modo de descrever a família em detrimento de tantos outros (Guanaes & Mattos, 2011). Outro convite, que entendemos que nosso estudo faz, é o de realizar conversas em termos mais apreciativos e reflexivos, sem centrar apenas nas soluções, para que a equipe possa se perguntar: quais as necessidades dessa família? Como podemos entendê-la melhor? O que essa família entende que é problema para ela? Essa postura colaborativa, que visa a polissemia em detrimento de uma busca de verdade sobre as famílias, pode gerar curiosidade para conhecer essas famílias de outros modos, bem como para conhecer suas narrativas sobre cuidado, permitindo à equipe compreender melhor os pedidos que a família apresenta aos profissionais.

Esperamos que com o nosso estudo possa contribuir para o trabalho das equipes multiprofissionais na ESF, no que diz respeito à atuação junto às famílias. Assim, entendemos que nosso estudo contribui com as práticas desenvolvidas na ESF, principalmente, nos seguintes aspectos:

- Ao desnaturalizar que há apenas um modo de entender as famílias e ao colocar a pluralidade de sentidos como algo que pode contribuir para o trabalho do profissional de saúde, permitindo que estes reflitam sobre suas práticas, estando atentos aos convites para a ação que são feitos a partir do uso de diferentes sentidos;
- Ao problematizar o uso de discursos normalizadores sobre as famílias pelas equipes de saúde, mostrando como esses tendem a se mostrar pouco sensíveis às singularidades das famílias, limitando, assim, as possibilidades de cuidado em saúde; podemos contribuir para que os profissionais de saúde reflitam sobre possíveis

formas de aproximação junto às famílias, que valorizem como as famílias entendem a si próprias e como esperam os cuidados em saúde, visando maior autonomia.

- Ampliar a valorização da implantação do NASF, uma vez que ao ampliar os olhares a partir de diferentes profissionais da equipe sobre um mesmo caso ou família, o trabalho desses profissionais pode permitir a ampliação dos repertórios de ação, promovendo uma visão mais ampla das problemáticas vivenciadas e, conseqüentemente, impulsionando ações para além do enfoque individual.

Além das contribuições elencadas, compreendemos que uma série de questões e desafios ainda se fazem presentes a partir do desenvolvimento do nosso estudo. Assim, podemos questionar como as práticas desenvolvidas com as famílias podem romper com uma lógica assistencialista? Como podemos transformar as práticas de cuidado, que tenham foco na família, mas que não estejam desvinculadas a um entendimento das condições de vida da população?

Nesse sentido, entendemos que novos estudos poderiam contribuir para um entendimento de como podemos desenvolver tais práticas. Além disso, podemos refletir que um desafio a ser colocado tanto para os profissionais quanto para nós, pesquisadores, é: como incluir as famílias de modo mais horizontalizado na produção das práticas de cuidado sobre elas? Como as famílias entenderiam as discussões que temos sobre elas e as explicações que criamos sobre as situações de suas vidas? Desse modo, o desenvolvimento de práticas dialógicas, sensíveis às necessidades de saúde das famílias, promovendo a autonomia dessas, e ainda, respeitando e legitimando modos de vida por elas construídos, também parece ser um grande desafio.

Referências

REFERÊNCIAS

- Aguiar, D. S. (1998). *A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?* (Dissertação de mestrado não publicada). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Aguiar, R. A. T. (2003). *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., & Fonseca, C. D. (2004). A Estratégia Saúde da Família. In B. B. Duncan, M. I. Schmidt, & E. R. J. Giugliani, *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências* 3a ed., Porto Alegre, RS: Artmed.
- Aragaki, S. S., Piani, P. P., & Spink, M. J. (2014). Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In M. J. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento, & M. Cordeiro, *A produção de informação na pesquisa social: Compartilhando ferramentas* (pp. 295-322). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2009). Saúde da família: Mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1439-1452.
- Ariès, P. (1986). Da família medieval à família moderna. In *História social da criança e da família* (pp. 225-272). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara.
- Ayres, J.R.C.M. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde & Sociedade*, 13 (3),16-29.
- Azevedo, N. S., & Kind, L. (2013). Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 520-535.
- Borges, C. C. (2002). *Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01072002-091835/>
- Borges, R., & D'Oliveira, A. F. P. (2011). A visita médica familiar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 461-472.
- Brasil (2012). *Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.

- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. London, United Kingdom: Routledge.
- Campos, C. E. A. (2006). A organização dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(6), 131-147.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: Uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-404.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Campos, M. R. M., & Matta, G. C. (2007). A construção social da família: Elementos para o trabalho na atenção básica. In M. V. G. C. Morosini & A. D. Corbo (Orgs.), *Modelos de atenção e saúde da família*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Carvalho, I. M. M., & Almeida, P. H. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 109-122.
- Carvalho, M. C. B. (1994). A priorização da família na agenda da política social. In S. M. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: A base de tudo*. São Paulo, SP: Cortez.
- Castro, A. L. B., & Machado, C. V. (2012). A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 477-506.
- Cervendy, C. M. O., & Berthoud, C. M. E. (2008). Ciclo vital da família brasileira. In L. C. Osório & M. E. P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar* (pp. 25-37). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Cezar-Vaz, M. R., Muccillo-Baisch, A. L., Soares, M. C. F., Soares, J. F. S., Costa, V. Z., Kerber, N. P. C., ... Cardoso, L. S. (2009). Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na Saúde da Família: Uma abordagem qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 915-922.
- Coelho, F. L. G., & Savassi, L. C. M. (2004). Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1(2), 19-26.

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Corbo, A. D. A., Morosini, M. V. G. C., & Pontes, A. L. M. (2007). Saúde da família: Construção de uma estratégia de atenção à saúde. In M. V. G. C. Morosini & A. D. Corbo (Org.), *Modelos de atenção e saúde da família* (pp. 69-106). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Coriolano, M. W. L., & Lima, L. S. (2010). Grupos focais com agentes comunitários de saúde: Subsídios para entendimento destes atores sociais. *Revista de Enfermagem- UERJ*, 18(1), 92-96.
- Costa, A. C. G. (1994). A família como questão social no Brasil. In S. M. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: A base de tudo* São Paulo, SP: Cortez.
- Costa, G. D., Cotta, R. M. M., Ferreira, M. L. S. M., Reis, J. R., & Franceschini, S. C. C. (2009). Saúde da família: Desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 113-118.
- Costa, J. F. (1989). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Costa, L. D. A. A. (2014). *Famílias produzidas nos discursos psicológicos: Um diálogo com a produção científica* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL.
- Cruz, M. L. S., Franco, L., Carvalho, J. W., Silva, F. B., Beteli, V. C., Lima, M. F., ... Paré, M. C. A. O. (2008). Reunião de equipe: Uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). *Psicologia Revista*, 17(1-2), 161-183.
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary healthcare. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1864-1874.
- Dimenstein, M. D. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 53-81.
- Dimenstein, M. D. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Ditterich, R. G., Gabardo, M. C. L., & Moysés, S. J. (2009). As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 515-524.

- Doricci, G. C. (2014). *A prática dos articuladores da atenção básica: Comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Fausto, M. C. R., & Matta, G. C. (2007). Atenção primária à saúde: Histórico e perspectivas. In M. V. G. C. Morosini & A. D. Corbo (Orgs.), *Modelos de atenção e saúde da família* (pp. 43-67). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Feuerwerker, L. M. (2005). Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: Nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface -Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 489-506.
- Foucault, M. (1979). O nascimento da medicina social. In *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco, & W. S. Bueno (Orgs.), *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-133). São Paulo, SP: Hucitec.
- Gabardo, R. M., Junges, J. R., & Selli, L. (2009). Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 91-97.
- Galera, S. A. F., & Luis, M. A. V. (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(2), 141-147.
- Galindo, D., Martins, M., & Rodrigues, R. V. (2014). Jogos de armar: Narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa. In M. J. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento, & M. Cordeiro, *A produção de informação na pesquisa social: Compartilhando ferramentas* (pp. 295-322). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012a). Atenção primária à saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. Lobato, A. L. Carvalho, & J. C. Noronha, *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012b). *Atenção primária à saúde: Seletiva ou coordenadores dos cuidados?* Rio de Janeiro, RJ: CEBES.
- Grandesso, M. A. (2008). Desenvolvimentos em terapia familiar: Das teorias às práticas e das práticas às teorias. In L. C. Osório & L. P. Valle (Orgs.), *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Grando, M. K., & Dall'Agnol, C. M. (2010). Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 14(3), 504-510.
- Graziano, A. P., & Egry, E. Y. (2012). Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: Visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 650-656.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: Um enfoque construcionista social*. São Paulo, SP: Vetor.
- Guanaes, C., & Mattos, A. T. R. D. (2011). Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 1005-1017.
- Hacking, I. (1999). Why ask what? In *The social construction of what?* (pp. 1-34). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Horta, A. L. D. M., Ferreira, D. C. D. O., & Zhao, L. M. (2010). Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 523-528.
- Kell, M. C. G., & Shimizu, H. E. (2010). Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 1), 1533-1541.
- Lei No. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- Lei No. 10.741, de 01 de outubro de 2003. (2003, 3 de outubro). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

- Lionello, C. D. L., Duro, C. L. M., Silva, A. M., & Witt, R. R. (2012). O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 103-110.
- Lisboa, A. V., Santos, A. L., Bassoli, F. A., Paiva, N. D., & Fernandes, T. C. (2011). Escuta de famílias em domicílio: Ação do psicólogo na estratégia de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 748-761.
- Magalhães, R. (2001). Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 569-579.
- Martins, P. P., McNamee, S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Family as a discursive achievement: A relational account. *Marriage & Family Review*, 50(7), 621-637.
- Matumoto, S., Mishima, S. M., Fortuna, C. M., Pereira, M. J. B., & Almeida, M. C. P. (2011). Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 603-610.
- McNamee, S. (2004). Social construction as a practical theory. Lesson for practice and reflection in psychotherapy. In D. Pare & G. Lerner, *Critical knowledge and practice in psychotherapy* (pp. 9-21). New York, NY: Haworth.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: Transformative inquiry. *Saúde e Transformação Social*, 1(1), 9-19.
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: Coordenando mundos de pesquisa. In C. Guanaes-Lorenzi, M. Moscheta, C. Corradi-Webster, L. Vilela (Orgs.), *Construcionismo social: Discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Instituto Noos.
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. New York, NY: Routledge.
- Medrado, B. D. (1997). *O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira* (Dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo, SP: Hucitec.

- Merhy, E. E., & Queiroz, M. S. (1993). Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2), 177-184.
- Ministério da Saúde. (1986). *Relatório final da 8a Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- Ministério da Saúde. (1994). *Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000a). *Sistema Único de Saúde: Princípios e conquistas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2000b). *Implantação da Unidade de Saúde da Família* (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, Caderno 1). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Diretrizes do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* (Série E. Legislação em Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (Vol. 1, Cadernos da Atenção Básica, 39). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Mioto, R. C. T. (2014). A família como referência nas políticas públicas: Dilemas e tendências. In L. A. B. Trad (Org.), *Família contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 51-66). Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Moimaz, S. A. S., Fadel, C. B., Yarid, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da família: O desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 965-972.

- Monken, M., & Barcellos, C. (2007). O território na promoção e vigilância em saúde. In A. F. Fonseca (Org.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 177-224). Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz.
- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para qualificação da assistência em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Nascimento, F. G., Prado, T. N., Galavote, H. S., Maciel, P. A., Lima, R. C. D., & Maciel, E. L. N. (2010). Aplicabilidade de uma escala de risco para a organização do processo de trabalho nas famílias atendidas na Unidade de Saúde da Família de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2465-2472.
- Noronha, M. G. R. C. S., & Lima Filho, D. L. (2011). O agir em saúde da família: As condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1745-1754.
- Nunes, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: Ideias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(5), 251-264.
- Oliveira, A. K. S., Bezerra, I. M. P., Silva, C. C., Lima Neto, E. A., & Silva, A. T. M. C. (2012). Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 953-959.
- Oliveira, R. G., & Marcon, S. S. (2007). Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: A prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 65-72.
- Oliveira, S. F., & Albuquerque, F. J. B. (2008). Programa de Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 226-236.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Recuperado de <http://nacoesunidas.org/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>
- Organização das Nações Unidas. (2014). Recuperado de <http://undesadspd.org/Family/InternationalObservances/InternationalYearoftheFamily.aspx>
- Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Recuperado de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, URSS*. Brasília, DF: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1994). *Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. Cairo-Egito*. Brasília, DF: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de saúde primários - agora mais que nunca*. Genebra, Suíça: OMS.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2008). *Renovação da atenção primária à saúde nas Américas: Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Washington, DC: OPAS.
- Paim, J. S. (2008). Modelos de atenção à saúde no Brasil. In L. Giovanella, S. Scorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho, *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Cebes/Fiocruz.
- Pereira, P. J., & Bourget, M. (2010). Família: Representações sociais de trabalhadores da estratégia da saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 584-591.
- Polaro, S. H. I., Gonçalves, L. H. T., Nassar, S. M., Lopes, M. M. B., Ferreira, V. F., & Monteiro, H. K. (2013). Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 228-233.
- Potter, J., Wetherell, M., Gill, R., & Edwards, D. (1990). Discourse: Noun, verb or social practice? *Philosophical Psychology*, 3(2), 205-217.
- Prata, L. L., Rosalini, M. H. P., & Ogata, M. N. (2013). Família e cuidado sob os olhares de uma equipe de saúde da família de São Carlos, SP. *Revista de APS*, 16(3), 250-257.
- Puschel, K., Repetto, P., Solar, M. O., Soto, G., & González, K. (2012). Diseño y validación del instrumento SALUFAM: Un instrumento de valoración de la salud familiar com alto valor predictivo clinico para atencion primaria chilena. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 417-425.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: Aproximações entre o construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo, SP: Vetor.
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar. O bisturi do médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 309-17.

- Resta, D. G., & Motta, M. D. G. C. (2005). Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: Uma reflexão necessária à prática profissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(No. Esp.), 109-115.
- Ribeiro, E. M. (2004). As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 658-664.
- Ribeiro, F. A. (2007). *Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: Uma perspectiva histórica* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Ribeiro, L. M., & Rases, E. F. (2008). Os idosos e o uso de próteses auditivas: Identificando os repertórios interpretativos que justificam essa decisão. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 425-433.
- Rojo, L. M. (2004). A fronteira interior – análise crítica do discurso: Um exemplo sobre racismo. In L. Iñiguez, *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Romagnoli, R. C. (2009). Breve estudo institucionalista acerca do programa de saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 525-536.
- Ronzani, T. M., & Silva, C. M. (2008). O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 23-34.
- Rosa, W. A. G., & Labete, R. C. (2005). Programa de saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034.
- Sá, L. D., Santos, A. R. B. N., Oliveira, A. A. V., Nogueira, J. A., Tavares, L. M., & Villa, T. C. S. (2012). O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 409-417.
- Sarti, C. (2014). O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In L. A. B. Trad (Orgs.), *Família contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 91-93). Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Sayd, J. D., Vieira Junior, L., & Velandia, I. C. (1998). Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), 165-195.
- Seraponi, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(Supl.), 243-253.

- Shimizu, H. E., & Rosales, C. (2009). As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 424-429.
- Silva Júnior, A. G., & Alves, C. A. (2007). Modelos assistenciais em saúde: Desafios e perspectivas. In M. V. G. C. Morosini & A. D. Corbo (Orgs.), *Modelos de atenção e saúde da família* (pp. 27-41). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Silva, M. C. L. S. R. (2010). *Entrevista de 15 minutos: Uma ferramenta de abordagem à família no Programa de Saúde da Família?* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Silva, M. C. L. S. R., Silva, L., & Bousso, R. S. (2011). A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1250-1255.
- Silva, N. C. (2010). *Atenção Primária em saúde e contexto familiar: Análise do atributo "centralidade da família" no PSF de Manaus* (Tese de doutorado não publicada). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Silveira, A. C., Machado, C. V., & Matta, G. C. (2015). A atenção primária em saúde na agenda da organização pan-americana de saúde nos anos 2000. *Trabalho Educação e Saúde*, 13(1), 31-44.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Souza, L. V., McNamee, S., & Santos, M. A. (2010). Avaliação como construção social: Investigação apreciativa. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 598-607.
- Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na saúde pública: Configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P. (Org.) (2013) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P., & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: A perspectiva da psicologia social. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 1-21). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Spink, M. J. P., & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos de interpretação. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 71-99). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 22-41). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M.J. & Menegon, V. M. (2013) A pesquisa como prática discursiva. In M. J. P. Spink *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Versão online. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro: Editora Cortez. p.42-70.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: Uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.
- Spink, P. K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20(Ed. Esp.), 70-77.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde. (Original publicado em 1998)
- Szymanski, H. (1995). Teorias e “teorias” de família. In M. C. B. Carvalho (Org.), *A família contemporânea em debate* (pp. 23-27). São Paulo, SP: EDUC.
- Trad, L. A. B. (2014a). A família em suas mutações: Subsídios ao campo da saúde. In L. A. B. Trad (Org.), *Família contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 19-50). Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Trad, L. A. B. (2014b). Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: Reflexões em torno da Estratégia de Saúde da Família. In L. A. B. Trad (Org.), *Família contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 105-132). Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Trad, L. A. B., & Bastos, A. C. S. (1998). O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 429-435.

- Trad, L. A. B., & Rocha, A. A. R. M. (2011). Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: Coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1969-1980.
- Trad, S. (2014). Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In L. A. B. Trad (Org.), *Família contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas* (pp. 179-197). Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2006). O sistema único de saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 531-562). São Paulo, SP: HUCITEC; Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Vasconcelos, E. M. (1999). A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, 23(53), 6-19.
- Viana, A. L. D., & Dal Poz, M. R. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl.), 225-264.
- Wagner, A., Troco, C., & Armani, A. B. (2011). Introdução: Desafios da família contemporânea. In A. Wagner, *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões* (pp. 19-35). Porto Alegre, RS: ArtMed.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Sentidos construídos por profissionais de saúde sobre o trabalho com famílias na ‘Estratégia de Saúde da Família’**”, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pela psicóloga e estudante de Mestrado Luiza Campos Menezes, ambas do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Esta pesquisa tem por objetivo buscar entender os sentidos construídos pelos profissionais de saúde da família, sobre famílias. Para isso, a pesquisadora observará reuniões de discussão de família, buscando compreender como nas conversas entre os profissionais a temática da família se caracteriza. Ainda, visa refletir sobre como estes sentidos construídos nas conversas influenciam na prática dos profissionais.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você permitirá que a pesquisadora participe das discussões de famílias, apenas enquanto ouvinte das conversas, sendo ela observadora desta atividade que acontece no seu cotidiano de trabalho. Estas discussões sobre família serão gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora.

As informações reunidas serão utilizadas apenas com fins relacionados a presente pesquisa, serão garantidos tanto sua privacidade e o anonimato, enquanto profissional, quanto dos usuários envolvidos nas discussões de família pela equipe, na divulgação do trabalho em eventos ou artigos científicos. Caso seja de seu consentimento, você será convidado a assinar um termo em anexo autorizando que estas gravações e transcrições fiquem armazenadas em um banco de dados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis para você, sendo esta desenvolvida em seu cotidiano de trabalho, sem vinculação com os contratantes.

Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário. Além disso, junto a este documento encontra-se o contato do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do qual, você poderá buscar informações sobre os aspectos éticos desta pesquisa. Ainda, cabe destacar, que caso você aceite participar deste estudo, uma cópia deste documento ficará com você e outra arquivada com o pesquisador.

Este trabalho mostra-se importante por buscar compreender processos ainda pouco estudados na ESF, uma vez que, ainda não há uma clareza no que ao certo seria realizar trabalhos junto as famílias. Esperamos que os resultados do presente estudo contribuam para o desenvolvimento de intervenções com famílias em contextos de saúde pública, sensíveis às suas necessidades individuais e sociais. Compreender estes sentidos pode contribuir para nos processos de trabalho dos profissionais de saúde da família na atuação junto às famílias.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“Sentidos construídos por profissionais de saúde sobre o trabalho com famílias na ‘Estratégia de Saúde da Família’**”.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante: _____

RG ou CPF: _____

Telefone para contato: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
 – USP. Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33
 Av. Bandeirantes, 3900.
 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.
 CEP: 14040-901.
 Telefones: (16) 3602-4446 (Carla Guanaes Lorenzi);
 (16) 99877-1206 (Luiza Campos Menezes).

Assinatura: _____

Pesquisadora: Luiza Campos Menezes

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 23 – Casa 37.
 Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
 Ribeirão Preto – SP.
 CEP: 14040-901.
 Telefone: (16) 3602-4811.
 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para composição de Banco De Dados

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Composição de Banco De Dados

Esta pesquisa tem por objetivo buscar entender os sentidos construídos pelos profissionais de saúde da família, sobre famílias. Para isso, a pesquisadora observará reuniões de discussão de família. Busca-se compreender como nas conversas entre os profissionais a temática da família se caracteriza. Ainda, visa refletir sobre como estes sentidos construídos nas conversas influenciam na prática dos profissionais.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você permitirá que a pesquisadora participe das discussões de famílias, apenas enquanto ouvinte das conversas, sendo ela observadora desta atividade que acontece no seu cotidiano de trabalho. Estas discussões sobre família serão gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora. As informações reunidas serão arquivadas em um banco de dados. Trata-se do registro das informações obtidas em meio digital (CD-ROM), de forma que ficarão disponíveis para futuras pesquisas por parte dos pesquisadores, sob responsabilidade da Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi. Seu anonimato será garantido em quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados futuramente.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis para você, sendo esta desenvolvida em seu cotidiano de trabalho, sem vinculação com os contratantes.

Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário. Além disso, junto a este documento encontra-se o contato do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do qual, você poderá buscar informações sobre os aspectos éticos desta pesquisa. Ainda, cabe destacar, que caso você aceite participar deste estudo, uma cópia deste documento ficará com você e outra arquivada com o pesquisador.

Este trabalho mostra-se importante por buscar compreender processos ainda pouco estudados na ESF, uma vez que, ainda não há uma clareza no que ao certo seria realizar trabalhos junto as famílias. Esperamos que os resultados do presente estudo contribuam para o desenvolvimento de intervenções com famílias em contextos de saúde pública, sensíveis às suas necessidades individuais e sociais. Compreender estes sentidos pode contribuir para nos processos de trabalho dos profissionais de saúde da família na atuação junto às famílias

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____

Pesquisadora: Luiza Campos Menezes

Eu, _____ declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho. Autorizo o armazenamento de meus dados em um banco de dados e autorizo sua utilização em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo dos mesmos. Declaro que possuo cópia do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do participante: _____

RG ou CPF: _____

Telefone para contato: _____

() Quero ser avisado todas as vezes que meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

() Não quero ser avisado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
– USP. Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33
Av. Bandeirantes, 3900.
Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefones: (16) 3602-4446 (Carla Guanaes Lorenzi);
(16) 99788-1206 (Luiza Campos Menezes).

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto – USP. Bloco 23 – Casa 37.
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefone: (16) 3602-4811.
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO A- Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/070/-vjmc

Ribeirão Preto, 11 de agosto de 2014

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO COM FAMÍLIAS NA "ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA" "** foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 134ª Reunião Ordinária, realizada em 07.08.2014, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 30438414.6.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Luiza Campos Menezes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP – USP

c/c:
Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi
Departamento de Psicologia da FFCLRP – USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3602-4811
Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coeto@ffclrp.usp.br

ANEXO B- Ofício de aprovação da Secretária Municipal de Saúde **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 1657/14-GS
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 24 de abril de 2014.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Carla Guanaes Lorenzi
Prezada Pesquisadora
Luiza Campos Menezes

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa em sua Reunião Ordinária; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO COM FAMÍLIAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 014364 1.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidade de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde. Favor enviar resultados obtidos ao término. Todas as unidades de seu campo de pesquisa concordaram com a sua realização.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados e Ofício de Coparticipação acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRB - 8/8168
Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Secretaria Municipal da Saúde
Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP
Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br