UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Priscilla Nogueira Cavini

Sobre família e Saúde Mental: as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)

São Paulo

2012

Priscilla Nogueira Cavini

Sobre família e Saúde Mental: as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)

(Versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Belinda Piltcher Haber Mandelbaum

São Paulo

2012

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.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Cavini, Priscilla Nogueira.
Sobre família e saúde mental: as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) / Priscilla Nogueira Cavini; orientadora Belinda Piltcher Haber Mandelbaum. -- São Paulo, 2012.
83 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Programa Saúde da Família 2. Família 3. Pessoal de Saúde 4. Saúde Mental 5. Representação Social 6. Saúde da família I. Título.

RA418.5.F3

CAVINI, P. N. **Sobre família e saúde mental**: as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Julgamento: _____

Instituição: Assinatura: _____

Prof. Julgamento: _____

Instituição: Assinatura: _____

Prof. Julgamento: _____

Instituição: Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A todas as famílias que atendi na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois foi por meio desses contatos que pude ressignificar minha identidade e minhas práticas como psicóloga social.

A todas as equipes de saúde da família com que já trabalhei direta ou indiretamente, às equipes de saúde da família em que fui apoiadora em Saúde Mental e, em especial, à equipe com a qual realizei o presente trabalho, por sua disponibilidade e, acima de tudo, por dividirem comigo seus conhecimentos e suas opiniões.

À querida professora Belinda, que me orientou neste trabalho de maneira tão dedicada e cuidadosa, pela confiança em mim depositada.

Aos colegas de orientação Renata Munhoz, Marcelo Lábaki Agostinho e Lígia Humberg, pelos encontros e tão ricas trocas de conhecimentos e vivências.

À amiga Renata Bellenzani, pelo incentivo a trabalhar na ESF e a iniciar o mestrado, mas também por sua amizade viva, sincera e duradoura, ainda que nas nossas ausências.

À Rosangela Gomes da Mota de Souza, por sua generosidade em compartilhar sua experiência e conhecimento, nos territórios por onde passamos juntas.

Ao Ed, que, em fase tão intensa de finalização desta pesquisa, foi um verdadeiro companheiro, apoiando-me e me dando tranquilidade ao trabalho, e, acima de tudo, por verdadeiramente me respeitar e passar a compartilhar comigo este projeto tão particular.

Finalmente, à minha família, especialmente aos meus pais, por tudo que me ensinaram e me proporcionaram e pelo apoio incondicional em todos os momentos decisivos da minha vida.

RESUMO

CAVINI, P. N. **Sobre família e saúde mental**: as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). 2012. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Em consequência da consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), a família ganha destaque e se reafirma no cenário e na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil. A ESF desloca o olhar das equipes de saúde do indivíduo para o espaço próprio das famílias e comunidades, fazendo-se necessário abandonar a universalidade de um único conceito de família, que ignora as especificidades e diversidades de arranjos, configurações e contextos culturais. Nesse sentido, as equipes assumem o desafio de propor intervenções sensíveis aos contextos das populações, resguardando-se da tendência de modular suas práticas a partir de concepções pessoais e/ou sociais que tornem impeditivo o trabalho, por não considerarem o grupo familiar em sua subjetividade e realidade próprias. O objetivo desta dissertação é conhecer as representações dos profissionais da ESF das famílias atendidas, em particular, aquelas identificadas por eles como "famílias com necessidade de atenção em Saúde Mental", a partir do referencial da Teoria das Representações Sociais. Para tanto, trabalhou-se com uma equipe de saúde da família, a partir de observações de suas reuniões de trabalho e da realização de grupos focais com a equipe. Com a análise qualitativa dos dados, perceberam-se o reconhecimento da família e suas dinâmicas como protagonistas para a compreensão do processo de saúde-adoecimento de seus membros, o que se tornou ainda mais evidente quando se tratou de casos eleitos como "casos de Saúde Mental", nos quais, invariavelmente, as famílias eram incluídas, seja na tentativa de compreensão ou de responsabilização pelo quadro de sofrimento psicossocial apresentado. De maneira geral, as representações de família estão associadas a concepções idealizadas de cuidado e proteção; no entanto, há o reconhecimento da existência de diversas configurações familiares. Nesse contexto, as representações de famílias com necessidade de atenção em Saúde Mental são associadas a ideias de famílias difíceis, disfuncionais e, na maioria das vezes, comparadas ao ideal de normalidade. Ressalte-se que o contexto social foi incluído nas representações de família, porém o sofrimento mental não pôde ser reconhecido nas famílias que vivem em condições de extrema vulnerabilidade social, havendo, nesses casos, certa tendência de culpabilização das famílias. Há, ainda, limitações quanto ao manejo familiar, tendo em vista que a habilidade em propor intervenções grupais/familiares mostra-se fragilizada, especialmente em relação aos casos de Saúde Mental. Assim, o sentimento de impotência por parte da equipe está presente na falta de capacitação, embora isso seja minimizado pelas ações das equipes de apoio à ESF, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Família; Pessoal de saúde; Saúde mental; Representação social; Saúde da família.

ABSTRACT

CAVINI, P. N. **About family and mental health**: the representations of professionals of Family Health Strategy. 2012. 83 f. Dissertation (Master) – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2012.

As consequence of the Family Health Strategy consolidation as priority model of primary attention to the health in the Unified Health System, the family wins prominence and it is reaffirmed in the scenery and in the calendar of the public politics of health in Brazil. Family Health Strategy moves the glance of the teams of health from the individual to the space of the families and communities, in which is necessary to abandon the universality of a single family concept, that ignores the specificities and diversities of arrangements, configurations and cultural contexts. So, the teams assume the challenge of proposing sensitive interventions to the contexts of the populations, protecting themselves of the tendency of modulating their practices starting from personal and/or social conceptions that turn impeding the work, because they do not consider the family group in its own subjectivity and reality. The objective of this dissertation is to know the representations of Family Health Strategy professionals about the assisted families, in matter, those identified by them as "families with need of attention in Mental Health", starting from the referential of the Social Representation Theory. For so much, we worked with a team of family health, starting from observations of its work meetings and the accomplishment of focal groups with the team. With the qualitative analysis of the data, we noticed the recognition of the family and its dynamics as protagonists for the understanding of the health-illness process of its members; this situation turned more evident when cases elect as "cases of Mental Health" were treated, in which, invariably, the families were included, trying to understand them or to make them responsible for the picture of psychosocial suffering presented. In a general way, the family representations are associated to idealized conceptions of care and protection; however, there is the recognition of the existence of several family configurations. In that context, the representations of families with need of attention in Mental Health are associated to ideas of difficult and dysfunctional families, and, most of the time, they are compared to the normality ideal. Be stood out that the social context was included in the family representations, however the mental suffering could not be recognized in the families that live in conditions of extreme social vulnerability, having, in these cases, certain tendency of blaming the families. Besides, there are limitations about the family handling, because the ability in proposing groups/families interventions is fragile, especially in relation to the cases of Mental Health. Like this, the impotence feeling by the team is present in the training lack, although this is minimized by the actions of the support teams to Health Family Strategy, such as the Nuclei of Support to Family Health.

Keywords: Family Health Program; Family; Personal of health; Mental health; Social representation; Family health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Ambulatório de Especialidades
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APD	Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP/SMS-SP	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo
CEPH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CRS Sul	Coordenadoria Regional de Saúde Sul
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HGP	Hospital Geral de Pedreira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS-Santa Catarina	Organização Social Santa Catarina
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **9**
1 SOBRE O SUS E A ESF **11**
1.1 A Política Nacional de Atenção Básica e a ESF 11
1.2 Reflexões sobre a Aplicação da Política Nacional de Atenção Básica 13
2 SOBRE CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA **19**
2.1 Concepções de Família nas Relações Sociais 19
2.2 A Família no Cenário das Políticas de Saúde no Brasil 22
3 SOBRE A PESQUISA **28**
3.1 As Representações Sociais como Referencial Teórico 28
3.2 Objetivo 31
3.3 Método 31
3.3.1 Sujeitos 31
3.3.2 Campo de pesquisa 32
3.3.3 Procedimento 36
3.3.4 Cuidados éticos 38
4 RESULTADOS **40**
4.1 Análise das Observações 40
4.1.1 Sobre organização, planejamento e concepção de trabalho da equipe de saúde da família 41
4.1.2 Sobre o trabalho centrado na equipe 41
4.1.3 Sobre o acompanhamento das famílias do território 43
4.1.4 Sobre iniciativas de educação em serviço 44
4.1.5 Sobre a compreensão do processo de saúde-adoecimento 44
4.1.6 Sobre a integração entre as equipes e os serviços 45
4.1.7 Sobre o reconhecimento da família 47
4.1.8 Sobre o reconhecimento e a *marca* da saúde mental 47
4.2 Análise dos Grupos Focais 50
5 DISCUSSÃO **74**
REFERÊNCIAS **82**

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho originou-se dos desafios, questionamentos e inquietações sentidos e construídos ao longo de três anos de aproximação e trabalho conjunto com as equipes de saúde da família da Estratégia Saúde da Família (ESF), na região sudeste do município de São Paulo – distritos de Vila Prudente e Sapopemba –, por meio de minha atuação como psicóloga em equipe de apoio em Saúde Mental. Foi nesse cenário que a ESF foi-me apresentada e, nele também, muitas desconstruções, descobertas e reconstruções aconteceram em minha formação pessoal, por meio das relações cotidianas com as pessoas e famílias atendidas e das ressignificações que o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), em Saúde Mental, provocou na minha identidade como psicóloga e profissional de saúde.

Nessa trajetória pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), casas, famílias, espaços e vielas do território, pude redimensionar, *in loco*, a atuação do psicólogo no SUS, na Saúde Mental e, mais especificamente, na Atenção Básica (AB), para o papel de agente facilitador de saúde e cidadania, para além da função de "psicoterapeuta", "terapeuta de família" e "analista". Esse, porém, foi um árduo movimento interno de ressignificações de minhas crenças, valores e conhecimentos, de alguma forma favorecido e garantido por espaços continentes de trocas e reflexões com colegas mais experientes, pela própria formação "psi" e por outros espaços de capacitação. No entanto, vale ressaltar que nem todos os trabalhadores tiveram essa oportunidade, visto que tais espaços não foram proporcionados pelo trabalho como parte de suas atividades.

Nesse mesmo contexto, pude assistir e participar do aumento de investimento ideológico e de financiamento para a expansão da ESF no município, enquanto também percebia e me inquietava com a concomitante e crescente sensação de distanciamento das equipes de saúde da família das famílias cadastradas e vice-versa. Embora houvesse muito empenho, disposição, dedicação, iniciativa e criatividade dos profissionais, por vezes percebia um hiato, uma desconexão entre o que o programa pretendia atingir, em termos de trabalho familiar, comunitário e territorial, e o que os profissionais enraizados em suas práticas e formações tradicionais em saúde davam conta de fazer, contando com poucos, muito poucos espaços e oportunidades de reflexão, capacitação e discussão garantidos nas agendas.

Seguindo minha trajetória na Saúde Coletiva, hoje não mais na assistência propriamente dita, mas como gestora da assistência na região sul do município de São Paulo (coordenando

serviços e equipes de Saúde Mental e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs), percebo que minhas questões e inquietações iniciais permanecem atuais, talvez, agora, assumindo delineamentos e contornos um pouco mais elaborados e menos ingênuos, à medida que meu caminhar como profissional e pesquisadora proporcionou-me visão mais crítica e ampliada sobre o tema.

É nesse contexto, então, que traço meu trabalho de mestrado, na busca de conhecer de forma mais sistematizada algumas representações sociais, percepções e sentidos atribuídos por alguns profissionais da ESF sobre suas famílias cadastradas, sobre suas famílias eleitas para atenção em Saúde Mental e sobre as realidades e o cenário social envolvidos, que, a meu ver, são todos aspectos ativamente implicados nas práticas em saúde e no processo de saúde-adoecimento das pessoas.

1 SOBRE O SUS E A ESF

1.1 A Política Nacional de Atenção Básica e a ESF

De acordo com a proposta de revitalização e reorganização da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, aprovada em 2006, a AB reafirma-se como porta de entrada preferencial do SUS, enquanto a ESF consolida-se e se qualifica como modelo prioritário de AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

Esse movimento de revitalização, segundo documentos oficiais do Ministério da Saúde, ocorreu a partir de um processo que agregou atores políticos municipais, estaduais e federais, além da participação de membros da academia, profissionais e trabalhadores da saúde, bem como usuários e entidades representativas do sistema de saúde, fundamentado nos princípios e eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade no SUS, que se orienta pelas diretrizes estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde de 1990, com base no art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006a).

A universalidade afirma a saúde como um direito de todos e, como dever do Estado, garantir a provisão de serviços e ações que garantam esse direito. Nesse sentido, vai além da garantia imediata de acesso aos serviços de saúde a todos que deles necessitem, enfatizando ações preventivas que reduzam o tratamento de agravos.

Já a integralidade é o princípio que demonstra que a atenção integral em saúde deve contemplar as necessidades integrais e específicas dos usuários; portanto, deve oferecer serviços que incluam os diferentes níveis de organização e complexidade. Outro sentido atribuído à integralidade refere-se à abordagem e compreensão dos indivíduos como sujeitos biopsicossociais; portanto, reconhecendo suas necessidades com olhar mais abrangente e menos reducionista.

Por fim, a igualdade prevê igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. No entanto, considerando as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país, para a prática desse princípio, lança-se mão do uso da equidade, considerando-se a afirmação de que todos devem ter igualdade de oportunidade de usar o sistema de saúde. Para isso, é preciso considerar as diferentes necessidades, adotando um planejamento de políticas de saúde estratégicas para reduzir tais disparidades, em busca de equilíbrio e equidade.

Para dar conta dessas finalidades, o SUS organiza-se segundo três princípios organizacionais fundamentais, a saber: descentralização, regionalização e hierarquização. A descentralização político-administrativa refere-se às três esferas – nacional, estadual e municipal – em que o SUS está organizado com suas atribuições e comandos próprios, sendo que os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e gerenciamento dos serviços.

Quanto à hierarquização e à regionalização dos serviços de saúde, estes são divididos em níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. O nível primário é a porta de entrada oferecida diretamente à população, enquanto os outros níveis são utilizados por fluxos de referência e contrarreferência organizados entre os serviços, de acordo com a necessidade do usuário. Assim, quanto mais organizados o fluxo e as parcerias entre os serviços de diferentes complexidades, melhor a sua eficiência. Além disso, os serviços de saúde são regionalizados em áreas de abrangência, isto é, são responsáveis pela saúde de uma determinada parte da população.

Por sua vez, os usuários devem participar da gestão do SUS segundo preconiza o princípio da participação e do controle social, que obriga a formação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados presentes nos três níveis (municipal, estadual e federal), cujo objetivo é impulsionar a sociedade a participar e se corresponsabilizar pelos rumos tomados pelo SUS (BRASIL, 2000).

Dessa forma, embasado nos princípios e diretrizes do SUS, o resultado do referido documento de revitalização da AB é a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aponta para a redefinição de princípios gerais, responsabilidades de cada esfera do governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006a).

Essa nova política nacional reafirma os princípios gerais da AB, caracterizando-a por um conjunto de ações que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nos âmbitos individual e coletivo, de forma a considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a). Para tanto, deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Segundo esse documento, a AB passa a ter a saúde da família como estratégia prioritária para a sua reorganização, devendo ter caráter substitutivo em relação à rede tradicional da AB, ou seja, a atuação deve se dar por meio das equipes de saúde da família, num território delimitado, por meio de cadastramento domiciliar (BRASIL, 2006a). Essas equipes orientam-se pela atuação no território e, nesse sentido, enfatizamos que a noção de território, na ESF, deve abranger muito mais do que o território geográfico em que as famílias estão estabelecidas. Em outras palavras, as características sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas devem ser mapeadas, assim como devem ser levadas em consideração suas dimensões histórica, cultural e simbólica, com a intenção de desenvolver ações e atividades dirigidas à saúde, de maneira pactuada com a comunidade.

A atuação das equipes se dá com base no diagnóstico situacional, isto é, identificando e atuando nas necessidades daquela população específica, tendo como foco não só o cuidado ao indivíduo, mas a prática de um cuidar ampliado à família, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias e da comunidade, considerando, assim, o sujeito em sua inserção sociocultural, buscando e incentivando a integração intersetorial com parceiros locais, com atenção às peculiaridades e à dinamicidade do território, bem como tomando a saúde também como um facilitador da construção de um espaço de cidadania (BRASIL, 2006a).

Aparentemente, a AB parece simplista, por trabalhar com poucos equipamentos, mas as ditas tecnologias leves, caracterizadas por ações e posturas que dizem respeito, principalmente, às relações entre equipe, usuário e território, como acolhimento, escuta qualificada, vínculo, ações domiciliares e comunitárias, apresentam particular complexidade, que exige sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, tanto curativas e preventivas quanto assistenciais e educativas (FRANCO; MERHY, 2003). Ou seja, assim como preconizado pelo SUS, a AB utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

1.2 Reflexões sobre a Aplicação da Política Nacional de Atenção Básica

Além da leitura dos documentos oficiais sobre a construção do SUS e seus programas, faz-se interessante trazer outras contribuições de autores estudiosos do campo da Saúde Coletiva, que trazem reflexões e análises críticas sobre a construção do SUS e o incentivo à implantação da ESF, como forma de embasar e apoiar o diálogo dos objetivos e achados de

nossa pesquisa com os documentos oficiais do Ministério da Saúde e as leituras críticas dos pesquisadores da área.

Scarcelli e Junqueira (2011), ao discutirem possibilidades de aproximação da psicologia ao SUS, realizaram revisão bibliográfica de trabalhos que tratam de análises de documentos governamentais e de aspectos políticos-jurídicos na construção do sistema público de saúde no Brasil. As autoras reconheceram, em seu artigo, o aumento da cobertura e da produção de atos e procedimentos no SUS, porém apontam questões sobre financiamento, precarização de gestão de pessoal e baixa qualidade no atendimento como impedimentos e desafios para o real avanço e efetivação do SUS no país.

Aproximando-se de nosso campo de estudo – a ESF –, o texto traz levantamentos críticos sobre o sistema de saúde, ao argumentar que a priorização da AB, assim como descrito nos documentos oficiais, na verdade se dá pelo discurso e pela ampliação quantitativa das equipes de saúde da família, visto que, na realidade, os profissionais da rede básica encontram-se desvalorizados no que tange aos incentivos salariais, bem como aos aspectos de formação, com a ausência ou insuficiência de ações de educação permanentes nos serviços (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

O texto também aponta impasses burocráticos e políticos que convergem para a constatação de que encontramos, entre gestores e executores, distintas formas de compreender o sistema de saúde, seus princípios e seus programas: “As diferentes formas de compreensão e implementação do SUS são fundamentadas em determinadas concepções de Estado, de sociedade, de sujeito, de saúde, de educação.” (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 343). Além disso, as autoras seguem afirmando que uma importante contribuição da psicologia como campo de formação, conhecimento e atuação é de contextualizar e problematizar projetos e políticas públicas, desenvolvendo modos de pensar que possibilitem a criação e ressignificação das práticas, buscando evitar uma postura alienante e reprodutora de verdades e modelos inquestionáveis (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Nosso trabalho dialoga com tais questões, à medida que emerge de inquietações vindas do campo, buscando compreender quais concepções e representações de família são adotadas e estão em jogo pelos profissionais que realizam a ESF. Ou seja, diante da reestruturação da AB e da publicação de documentos oficiais, frente às práticas desenvolvidas pelos profissionais, qual é a compreensão que se tem de família? O que deve orientar os profissionais ao trabalhar com o complexo conceito de família, que, possivelmente, pode ser alvo de compreensões heterogêneas entre eles, ao mesmo tempo que também pode facilmente ser construído a partir de percepções e

representações tão particulares e subjetivas que podem acabar por dificultar o reconhecimento, a legitimação e o trabalho com aquilo que não lhes é próprio ou conhecido?

Com base na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), como documento oficial que regulamenta a ESF, realizamos uma pesquisa sobre como o termo ‘família’ aparece nesse texto, com o objetivo de subsidiar as discussões em torno de nosso objetivo de pesquisa. Assim o fizemos por compreendermos que, por tratar-se de um documento norteador de uma política pública de saúde que pretende trabalhar com um novo enfoque – o familiar –, também poderia assumir a função de orientar as práticas dos profissionais envolvidos. Dessa forma, a seguir identificamos os momentos em que o termo aparece no texto oficial.

A primeira aparição relevante do termo ‘família’ acontece no capítulo II, que trata das especificidades da ESF, em particular quando aborda os Princípios Gerais da Saúde da Família, no item II:

> Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população. (BRASIL, 2006a, p. 20).

Em seguida, ainda sobre os Princípios Gerais da Saúde da Família, no item III, encontramos: “Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.” (BRASIL, 2006a, p. 20).

O termo também aparece quando o documento aborda o tema “processo de trabalho na ESF”, nos seguintes trechos:

> Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.
>
> [...]
>
> Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. (BRASIL, 2006a, p. 26).

Posteriormente, surge ao tratar das atribuições comuns a toda a equipe de saúde da família:

> Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2006a, p. 42).

Ainda, nas atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS), temos as seguintes ocorrências:

> Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea.
>
> [...]
>
> Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe.
>
> [...]
>
> Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. (BRASIL, 2006a, p. 43).

Em relação às atribuições do enfermeiro, temos:

> Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. (BRASIL, 2006a, p. 44).

Quanto às atribuições do médico, o termo ‘família’ aparece no seguinte trecho:

> Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. (BRASIL, 2006a, p. 44-45).

Por fim, em relação ao auxiliar e ao técnico de enfermagem, temos: “Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe.” (BRASIL, 2006a, p. 46).

A partir dessas verificações realizadas no principal documento que norteia o trabalho da ESF, podemos perceber que o termo ‘família’ aparece poucas vezes ao longo do texto; além disso, as aparições mais relevantes não parecem ser suficientes para uma função de orientação em relação ao que se espera das equipes de saúde da família em relação a um trabalho com as famílias. Muito menos encontramos indícios sobre possíveis considerações mais elaboradas sobre o conceito de família, como, por exemplo, o que se entende por família, a que conceito de família o documento refere-se, tampouco que tipo de atividades e abordagens familiares é esperado. Não há nenhuma discussão, por exemplo, sobre a questão da especificidade e das diferenças entre as famílias; a única aparição um pouco mais detalhada sobre o trabalho com famílias se dá quando o texto aborda que a prática familiar deve ser exercida pelo conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, mas, ainda assim, de forma pouco explorada e bastante superficial.

Segundo Scarcelli e Junqueira (2011), estudos e disciplinas da Saúde Coletiva já se debruçaram intensamente sobre a importância de se trabalhar com as diversas concepções de saúde, incluindo a promoção, prevenção e reabilitação, enquanto as questões mais relacionadas aos aspectos relacionais e às subjetividades são ainda tratadas como periféricas e complementares, quando deveriam ser consideradas aspectos constitutivos das concepções envolvidas nesse campo. Assim, embora o enfoque familiar tenha sido adotado como eixo norteador de políticas públicas e programas de saúde, como é o caso da ESF, encontramos, segundo Trad (2010, p. 28), “[...] ausência ou imprecisão de um marco conceitual sobre família nesta política e nas ações que a integram.”

Sarti (2010) também busca discutir o modelo da ESF, a partir de análises e indagações sobre se esse programa de saúde de fato leva em consideração as implicações de assumir a família como foco de atenção. Essa discussão ganha força, principalmente, quando se percebem as tentativas de atuação com famílias a partir de bases biomédicas, modelo sob o qual se dá a formação da maioria dos profissionais de saúde. A autora ressalta que essa formação, centrada na noção de corpo em sua dimensão biológica e baseada na biomedicina, leva a um tratamento “objetivado” do corpo e da doença, que resulta num distanciamento entre a equipe e as famílias, ao não se trabalhar com o universo relacional e intersubjetivo do cotidiano familiar.

A proposta da ESF é, justamente, romper com esse modelo, na medida em que procura ampliar a noção de saúde, de maneira que a doença não seja o foco, mas sim a compreensão do processo de adoecer, enfatizando as ações de cuidado e não a cura. Podemos evidenciar tal intencionalidade em algumas características da ESF, como, por exemplo, o fato de o trabalho ser centrado em equipe multiprofissional e não na figura do médico, e, até mesmo, a inserção da

figura do ACS, oriundo da própria localidade e com papel central para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população atendida.

Embora possa se reconhecer tal intencionalidade, a autora discute limitações na efetivação do cuidado familiar que se pretende, ao nos depararmos com o uso impreciso de termos fundamentais para a ESF, como família e comunidade, o que evidencia, também, a forma naturalizada com que se operam essas noções (SARTI, 2010).

Nesse sentido, Sarti (2010) observa a ausência de problematização das implicações de se focalizar a família como unidade de atenção e a imprecisão com que a família é tratada, resultando numa abordagem familiar restrita aos ciclos de vida de seus indivíduos, que são categorizados por sexo, idade e dimensões biológicas do corpo e das doenças. Assim, o cuidado da família fica reduzido a um modelo biomédico, em que a problematização das relações familiares torna-se banalizada pela equipe. A leitura que a autora faz desse processo é de que existe uma polarização entre o que a equipe objetivamente oferece e produz, e as necessidades subjetivas das famílias (SARTI, 2010).

De forma ainda mais abrangente, Sarti (2010) aponta outro paradoxo no modelo da ESF, ao mostrar seu caráter centralizador e sua proposta de cobertura universal, tal como vista nos documentos oficiais, que acabam por definir metas, regras e orientações genéricas frente à necessidade de abertura e flexibilidade nas ações, para que se possam contemplar as diversidades locais e culturais, e, então, de fato poder realizar um trabalho genuinamente de base territorial.

Da mesma forma, diante da escassez de subsídios fornecidos pelos documentos oficiais, pensamos que, no campo da ESF, fazem-se necessárias contribuições que versem sobre os estudos da família, principalmente no que tange à discussão da generalização do conceito de família, bem como à sua ampliação, para considerar as especificidades e diversidades de arranjos, configurações e contextos culturais. Essa discussão é fundamental, tendo em vista que a ESF assume a possibilidade de reestruturação da AB, por meio da territorialização e do estabelecimento de vínculo entre as famílias e o serviço de saúde, proporcionando atendimento humanizado pelo acolhimento e escuta qualificada das necessidades dos usuários e pelo dispositivo do atendimento domiciliar, de forma a poder e dever deslocar e ampliar o olhar das equipes de saúde do âmbito individual para o espaço próprio das famílias e comunidades.

2 SOBRE CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA

2.1 Concepções de Família nas Relações Sociais

Nas últimas três décadas, estudos sobre família têm avançado e ganhado espaço nas ciências sociais, na medida em que esse campo de conhecimento dedica também sua atenção para os aspectos sociais e culturais presentes nas configurações familiares atuais, como forma de procurar sentidos que auxiliem na compreensão e intervenção com esses grupos.

De Jong (2001), em seu ensaio sobre trabalho social, família e intervenção, enuncia a família como uma organização social que emerge como produto das múltiplas condições do real, isto é, como produto do contexto sociopolítico, econômico e cultural em que está inserida, marcando, assim, o caráter multideterminado do espaço familiar. Além disso, a autora avança em seu enunciado quando considera que as concepções e organizações familiares são atravessadas também por modelos e formas esperadas socialmente, de maneira que as famílias estão na interface entre o que elas mesmas singularmente desejam, o que delas socialmente é esperado e o que finalmente é possível se dar nesse interjogo de contextos. Assim, seu ensaio sugere que a família não é uma instituição espontânea, pois historicamente se relaciona com o desenvolvimento dos modos de organização social e cultural, tampouco é um espaço que pode ser naturalizado como bom em si mesmo, pois nela também podem se reproduzir desigualdades e discriminação.

Seguindo esse mesmo propósito de contribuir para o avanço no estudo sobre famílias, Mandelbaum (2008), no primeiro capítulo de seu livro *Psicanálise da família*, preocupa-se em apresentar-nos posicionamentos em relação à elucidação sobre a que nos referimos quando falamos de família, de modo geral. Dessa maneira, realiza relevante apanhado de considerações acerca da família na sociedade ocidental contemporânea.

Em sua revisão, aponta que, de maneira geral, quando falamos de família, referimo-nos "[...] à família nuclear – aquela composta por um par heterossexual casado, monogâmico, unido por laços sentimentais, por uma cooperação econômica contínua e por um interesse comum ligado ao cuidado da prole." (MANDELBAUM, 2008, p. 28). Também comenta que esse referencial de família está impresso em nosso imaginário, pois corresponde à forma pela qual as famílias, predominantemente, organizaram-se em nossa sociedade. Ainda, a autora resgata Berquó (1998), que, em seu estudo sobre os arranjos familiares no Brasil, traça o perfil

estrutural da população brasileira, em ampla pesquisa realizada nos anos 1990, que nos traz o dado de que aproximadamente 50% dos arranjos domésticos brasileiros são de caráter nuclear. No entanto, essa universalidade da família nuclear não se dá por uma lei natural, mas, segundo o que também Mandelbaum (2008) nos traz, deve-se a um arranjo de aspectos sociais, econômicos e culturais.

Esse complexo arranjo é originalmente reconhecido pela sociedade por meio da instituição do casamento e, nesse sentido, Mandelbaum (2008) resgata, em Lévi-Strauss e em Freud, dois tipos de necessidades humanas que estão relacionados à origem do casamento e da família. Por um lado, destaca de Freud os aspectos afetivo e sexual como necessidades determinantes para o casamento e, por outro, resgata, em Lévi-Strauss, os aspectos materiais e econômicos ligados à divisão e organização do trabalho entre os sexos. Movido por essa combinação de interesses, o casamento dá origem às famílias, que, por sua vez, se enlaçam e, assim, produzem novos agrupamentos familiares.

Assim, casamento e família não são assuntos privados de interesses apenas individuais, tampouco de ordem exclusivamente natural e biológica; tratam-se, na verdade, de instituições sociais que regulam trocas entre os diferentes grupos familiares, garantindo a circulação e o intercâmbio social, cultural e econômico entre os indivíduos. Na atualidade, o casamento não é a única opção legal de formalização de uma família, pois, no âmbito do direito de família, outros arranjos, como a união estável e a família monoparental, já são configurações familiares reconhecidas legalmente.

Nesse contexto, Trad (2010) afirma que a família nuclear ainda é o arranjo familiar predominante no Brasil, tanto pela preponderância sociodemográfica quanto pela simbólica. Por outro lado, aponta considerável declínio desse tipo de arranjo quando apresenta indicadores que nos mostram crescimento nas taxas de divórcio e separação e, com isso, o crescimento de famílias monoparentais de chefia feminina, o que desloca o papel da mulher para o de provisão econômica da família, além das atividades domésticas. Outros fatores que contribuem para a reconfiguração da família quanto à sua composição são os domicílios com pessoas vivendo sozinhas, além da diminuição do número de filhos por casal, sem citar os casais que optam por não ter filhos. A autora nos traz que as transformações da família podem ser reconhecidas quanto à sua composição, bem como quanto à distribuição dos papéis e relações familiares, que tendem a ser, hoje, menos hierarquizados e mais flexíveis.

Toda essa reflexão deixa-nos abertos a compreender as famílias e seus movimentos de forma mais ampliada, levando em consideração suas tramas e dinâmicas internas, que são

atravessadas, a todo momento, por um contexto social mais amplo, sujeito a constantes transformações e ressignificações.

No período pós-Segunda Guerra Mundial, instalou-se um processo de reflexão e questionamento sobre os diversos campos da cultura e, especialmente, no que diz respeito à psicologia, pôde-se perceber especial dedicação aos temas que versam sobre as instituições e os malefícios que estas podem causar a seus membros e/ou integrantes. Dessa forma, a família, como uma instituição social, ganha espaço também como unidade de pesquisa no meio acadêmico e passa a ser alvo de análises e críticas quanto ao seu potencial de proteger e promover desenvolvimento, bem como de promover adoecimento.

Foi nesse período também que o campo da Saúde Mental passou a considerar não só o paciente portador de sofrimento mental, mas também sua família, como base de compreensão para diversos fenômenos psicológicos e como alvo de tratamento, por esta estar, de alguma forma, implicada no sofrimento psíquico em questão. Os clássicos estudos de Bateson com pacientes esquizofrênicos e suas famílias, recuperados no texto de Mandelbaum (2008), marcam a década de 1950 com as concepções sistêmicas, que consideram o doente mental parte de um sistema, o sistema familiar, cujo funcionamento se dá

> [...] a partir de regras explícitas e implícitas que o organizam e fornecem sentidos a comportamentos, modos de perceber e pensar e também de adoecer dos seus membros. Nesse sistema, cada parte, cada membro da família tem sua localização dada pelas relações que estabelece com as outras partes. Estas relações dão sentido também à função de cada um no interior do sistema e nas interações que se que se estabelecem entre este sistema e outros com os quais se articula. (MANDELBAUM, 2008, p. 41).

A visão sistêmica parte do pressuposto de que cada membro da família é parte do sistema familiar e estabelece diferentes relações com os outros membros; assim, cada forma de se relacionar e de interagir uns com os outros dentro do sistema marca a função que cada indivíduo ocupa e o lugar por este assumido e/ou atribuído dentro da configuração familiar, de forma que essa rede de interações possa definir como são estabelecidas as relações intrafamiliares e, também, influenciar as relações extrafamiliares.

Desse modo, podemos compreender, por exemplo, que a patologia mental de determinado membro de uma família pode ter a função de manter o funcionamento estável dessa mesma família, isto é, certos padrões de comportamento, de comunicação e de interação familiares podem ser o que adoece um de seus membros, ao mesmo tempo que esses mesmos padrões podem também ser o que regula e mantém a família estável. Esse padrão de

funcionamento familiar geralmente elege um bode expiatório, um depositário, um representante da doença da família; por isso, Mandelbaum (2008, p. 45) acredita que "[...] não seria possível tratar o doente mental sem intervir e transformar os modos de interação em família."

A partir dessas concepções sistêmicas, surgem vários conceitos para embasar variadas modalidades de terapias familiares, todas unidas, de certa forma, por reconhecerem o todo familiar como alvo necessitado de intervenções, além de geralmente envolverem técnicas que atuam nas formas de relação e nos padrões de comunicação intrafamiliares. Assim, o paciente identificado em seu papel de enfermidade deixa de ser o único centro das intervenções, pois a família, em sua totalidade, passa a ser reconhecida como paciente.

Nesse contexto, a psiquiatria tradicional deixa de ser o único referencial para a compreensão das doenças mentais, uma vez que novas explicações focadas no contexto e nas relações interpessoais passam a compartilhar espaço com as explicações e os fenômenos unicamente intrapsíquicos. Consequentemente, novas abordagens terapêuticas sugerem possibilidades de atuação e transformação a partir de intervenções focadas na atualidade dos fatos e das relações familiares, para trabalhar no sentido da mudança dos padrões de relacionamento.

Todo esse levantamento realizado por Mandelbaum (2008) destaca a reconhecida contribuição da Teoria de Sistemas no campo do trabalho com famílias, pois, desde então, as terapias de família ampliaram seus olhares para o todo familiar como foco de tratamento, bem como passaram a preocupar-se com a qualidade das interações intra e extrafamiliares.

De fato, os estudos sobre família, em diversos campos do conhecimento, nos mostram que "a família" não existe mais e foi substituída por "as famílias", reconhecidas em suas diferentes formas, composições e dinâmicas, como também pela responsabilidade de cuidar e de transmitir padrões de comportamento, linguagem, hábitos, valores e a própria preservação do grupo. Percebemos um consenso sobre a transformação da família e a existência das novas configurações familiares, mas ainda permanecem as mesmas expectativas sociais quanto às suas funções de cuidado e preservação.

2.2 A Família no Cenário das Políticas de Saúde no Brasil

Em sua revisão e retomada da origem da ESF, Rosa e Labate (2005) remetem-se ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado, em 1991, pelo Ministério da Saúde, como o momento em que a família ganhou destaque e entrou na agenda das políticas

sociais brasileiras como unidade de ação programática em saúde, num movimento inspirado e referenciado em outros modelos de assistência à família desenvolvidos em países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra.

As autoras apontam para o cuidado de qualquer prática/intervenção da equipe de saúde da família ser considerada uma intervenção familiar, visto que, para tanto, faz-se necessária uma compreensão sobre família que exija especificidade, isto é, que a considere como uma unidade grupal. Assim, alertam que o termo 'família' pode perder sua especificidade se o olhar e a compreensão do profissional e as técnicas utilizadas permanecerem os mesmos. Além disso, pontuam que não basta a mudança do modelo assistencial; exige-se, também, uma nova postura do profissional, que seja capaz de perceber e compreender a família em sua própria dimensão sociocultural (ROSA; LABATE, 2005).

Rosa e Labate (2005) também alertam que se faz necessária uma mudança cultural da população e dos profissionais, no sentido de conscientização da necessidade de aprimoramento dos conhecimentos que se referem à abordagem familiar, ao trabalho em equipe e à assistência humanizada. Ainda, lembram a importância da participação dessas famílias (população) no planejamento das ações, tendo em vista que a ESF é um trabalho de parceria entre trabalhadores, famílias e comunidade.

Pesquisadores sociais que estudam as interfaces entre antropologia e saúde apontam para o desafio da Saúde Coletiva em propor intervenções culturalmente sensíveis e adaptadas aos contextos das populações, principalmente nas situações de pobreza e desigualdade social. Nesse sentido, Trad e Bastos (1998) indicam duas importantes questões: o desafio da ESF em repensar as ações dirigidas aos indivíduos, não reconhecendo a família como sujeito, ainda que plural em seus membros e experiências; e o desafio de reconhecer a família fora de uma definição restrita de matrimônio e residência, com a percepção de que a viabilidade do trabalho da ESF se dá no reconhecimento da instituição familiar como uma rede de relações, com suas características culturais próprias, pertinentes a cada comunidade, assumindo postura que se afaste de uma atomização da realidade segundo representações outras que se tornem impeditivas por não considerarem o grupo em sua subjetividade e realidade próprias.

Franco e Merhy (2003) estudam a ESF considerando as ideologias e interesses presentes na formação das políticas públicas de saúde e apontam que, para que haja efetiva transformação no modelo de assistência em saúde, necessita-se de uma reorganização dos processos de trabalho, sobretudo, da micropolítica do processo de trabalho, isto é, potencializar as relações entre o trabalhador da saúde e o usuário presentes nas práticas em saúde.

Já Camargo-Borges (2007), na revisão de sua tese, aponta diferentes estudos que falam da importância do encontro profissional-usuário no ato assistencial como saída para produzir ações de saúde em dimensão menos alienada do contexto e que, portanto, possa aproximar-se da proposta de integralidade em saúde por meio de práticas diferenciadas.

Mioto (2001) identifica ambivalências, diferenças, contradições e insuficiências na forma de abordagem da família. Para a autora, na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcial ou por meio de representantes e substitutivos, ou como referência genérica no âmbito das políticas sociais, ou ainda é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico.

Por sua vez, Ribeiro (2004), debruçando-se sobre o estudo da ESF, identifica nesse cenário diferentes formas de abordagem da família. Inicialmente, a autora aponta a abordagem da família como um conjunto de indivíduos. Nela, o foco não é a família em si; pelo contrário, o cuidado concretiza-se na perspectiva de um indivíduo e a família assume o papel de responsável no processo de saúde-adoecimento deste. Dela, esperam-se obrigações e deveres, enquanto as condições reais de cuidado são esquecidas.

Nesse mesmo trabalho, é apresentada a noção de família como domicílio, em que as condições do ambiente e a infraestrutura material são os focos de atenção e as bases para a caracterização epidemiológica e as identificações de risco socioambiental, além das necessidades de vigilância em saúde. Ainda, esse estudo indica uma abordagem de família que unifica os sentidos de indivíduo e domicílio. Assim, a atenção está agora focada num doente ou num indivíduo, sob circunstância específica do processo de saúde-adoecimento (ex. puérpera, hipertenso), considerado no seu domicílio. As expectativas quanto aos papéis, deveres e responsabilidades da família são intensificadas, a ponto de os profissionais não perceberem o excesso de deveres e responsabilidades passado às famílias frente aos seus recursos limitados. Também não são correlacionados os danos da saúde física e mental dos membros da família (RIBEIRO, 2004).

O estudo destaca, também, a noção de família como comunidade; nessa abordagem, a família representa as famílias daquele contexto físico-social, em que as ações são universalizadas e as singularidades e individualidades esvaziadas. Desse modo, as famílias são responsáveis pelos problemas locais da comunidade e agregam o papel de agentes viabilizadores de ações comunitárias, por meio de associações, voluntariado etc. Encontra-se, ainda, a concepção de família como risco social, com o enfoque em um grupo específico de famílias geralmente em exclusão social, por isso não conseguindo realizar seu papel, devendo receber ajuda para voltar a funcionar. Nessa concepção, os profissionais de saúde deparam-se

com concepções dialéticas e/ou conflitantes de proteção e solidariedade *versus* postura discriminadora, julgadora ou, até mesmo, fóbica (RIBEIRO, 2004).

Finalmente, há a abordagem da família como

> [...] foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, enquanto possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. O ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades. Essa abordagem requer consideração: das condições materiais e simbólicas, conseqüentes à inserção social da família, a sua organização e dinâmica, à disponibilidade de redes de proteção, ao desempenho social esperado, dentre outras. Requer ainda a definição do real-funcional e simbólico dos seus recursos afetivos/emocionais, espirituais, da capacidade de cuidar-se, da sua história de fracasso x sucesso para atender as demandas requisitadas em suas diferentes fases/momentos, da capacidade de avaliar, de fazer julgamentos e escolhas. Enfim a família é considerada em seu ser e viver, conseqüentes à sua inserção no contexto social, historicamente contextualizada, imersa na complexidade de ser família na pós-modernidade. (RIBEIRO, 2004, p. 663).

Além disso, Gabardo, Junges e Selle (2009) apresentam profissionais dispostos a perceber e lidar com as diferentes realidades e arranjos familiares, mas também identificam a insuficiência de capacitação para os profissionais da ESF diante da complexidade de demandas atendidas. Já Sarti (2007) traz contribuições, a partir de seus trabalhos etnográficos, para compreender como se constrói a noção de família como uma ordem moral entre os pobres, ou seja, como uma referência para pensar e se articular no mundo social em que esse segmento da população situa-se.

A autora apresenta seu trabalho como uma obra que pretende discutir a família como uma referência simbólica fundamental, que permite pensar, organizar e dar sentido ao mundo social, dentro e fora do âmbito familiar. Para tanto, pressupõe que a estruturação da vida social, material e afetiva dos indivíduos acontece a partir da existência da família como uma realidade simbólica que organiza as formas de pensar e viver. Além disso, explica que o uso da categoria “pobre” para se referir à população pesquisada não foi previamente definido, mas emergiu no trabalho de campo, a partir da abordagem etnográfica, como uma categoria nativa, o que já se configura como um dado de sua pesquisa, pois os moradores do bairro estudado assim se definiram e assim acreditavam ser definidos e vistos pela sociedade mais ampla (SARTI, 2007).

Em toda a sua obra, a oposição entre ricos e pobres aparece como eixo fundamental, em torno do qual a identidade social das famílias se constrói. O livro discute vários outros aspectos, como o lugar do “pobre” nas ciências sociais brasileiras e a sua moral no mundo do trabalho.

No entanto, como contribuição para o presente trabalho, destacamos suas reflexões sobre a família definida como um universo moral.

Discutir família como universo moral é discutir sobre os papéis familiares exercidos, a posição e o lugar do homem, da mulher e dos filhos, as relações de autoridade, a hierarquia entre eles e, como veremos, é também discutir sobre o lugar que os outros – os vizinhos, compadres e comadres – ocupam nas organizações familiares (SARTI, 2007).

Sarti (2007) menciona que estudos recentes sobre "famílias pobres" mostram algumas forças simbólicas presentes nas relações familiares atuais, como a reafirmação da autoridade masculina, ligada ao papel central do homem como provedor da família, num sentido mais externo, nas relações da família com o exterior, enquanto a mulher tem sua autoridade mais reafirmada quanto ao seu papel interno de dona e organizadora da casa e das relações domésticas.

O ponto central desse trabalho é discutir como essas relações se reconfiguram em situações de fragilização social, como o desemprego ou trabalhos não estáveis, em que não é possível, ou encontra-se ameaçada, a existência de um homem provedor para as necessidades ou provedor de respeito e autoridade. Nesse sentido, o estudo aponta que, para manter a dignidade familiar, destacam-se as qualidades morais de seus membros e, então, os papéis familiares podem complementar-se para a realização do que é esperado pela família (SARTI, 2007). Nesse processo, muitas situações difíceis podem emergir e a autora menciona casos de depressão, alcoolismo, violência familiar, entre outros. No entanto, o que gostaríamos de destacar de seu trabalho é a ampliação na consideração sobre o que é família num contexto de "pobreza".

Sarti (2007) acredita que, de forma geral, na sociedade brasileira, as famílias assumem configurações diversas e não existem apenas como famílias conjugais ou nucleares. Entretanto, nas "famílias pobres", pela maior frustração de expectativas materiais e econômicas, torna-se mais evidente uma família caracterizada pela ampliação dos limites da casa, desencadeando arranjos que envolvem uma rede mais ampla de parentesco, para que seja possível garantir e viabilizar a existência da família como ela mesma se concebe.

A família, então, associa-se àqueles com quem se pode contar e em quem se pode confiar, e sustenta-se dentro do que Sarti (2007) chama de rede de obrigações, no sentido de uma rede de apoio mútuo, de trocas e retribuições. Esse movimento delimita os vínculos e os afetos e define a família em torno de um eixo moral em que as relações de reciprocidade e as obrigações morais são fundamentais – a ordem de constituição é a ordem moral. Logo, a família

pobre toma como referência simbólica a linguagem do dar, receber, retribuir e, assim, significa suas relações com aqueles com quem convive.

Segundo Trad (2010), nesse universo das classes populares, a família pobre é movida por interesses coletivos ou familiares muito mais que por interesses e projetos de vida individuais. Da mesma maneira, nesse segmento, a divisão dos papéis masculinos e femininos se dá de forma mais clara e definida, embora isso venha se transformando com a inserção cada vez mais forte da mulher no mundo do trabalho e, consequentemente, como provedora da família.

A autora também levanta outra característica presente entre as famílias populares, que é a precocidade na formação de casais e no nascimento dos filhos, o que leva a uma aceleração no ciclo de vida familiar. Entretanto, Trad (2010), relembrando Fonseca (1995), pede cautela com as generalizações, pois, mesmo entre os setores populares, existem dinâmicas familiares heterogêneas, que também merecem ser estudadas.

É a partir dessas considerações sobre ESF e família que propomos problematizar a estratégia em relação às representações e concepções adotadas pelos diversos profissionais que fazem o trabalho com as famílias e em que medida eles percebem e acreditam que isso tenha implicações e efeitos na prática de seus trabalhos. Nesse contexto de investigação, pretendemos apreender também, ainda que de forma periférica, outros fatores que circundam o contexto institucional, social e econômico do cenário escolhido para a pesquisa.

3 SOBRE A PESQUISA

3.1 As Representações Sociais como Referencial Teórico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que assume como referencial teórico a perspectiva das representações sociais, entendida como um referencial influenciado por contribuições interdisciplinares, visto que tem suas raízes na sociologia, mas estabelece relações com a história, filosofia, antropologia, antropologia da saúde, entre outras. Ainda, esse trabalho toma as representações sociais como um conceito situado nas ciências sociais, que ganha aprofundamento na psicologia social, em que é teorizado e definido como categoria de pensamento, de ação e de sentimento, que expressa, justifica ou questiona a realidade, e, sobretudo, como percepção que faz parte da construção das realidades.

Segundo Moscovici (1978), Durkheim foi o primeiro a propor a expressão "representação coletiva" para designar a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual, na medida em que afirma que a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. O autor é, então, o pioneiro em apresentar a representação coletiva como um sinal do primado do social sobre o individual, situando a psicologia social como o campo de estudo competente em aprofundar e consolidar compreensões sobre como essas representações individuais e coletivas interagem. A partir dessas contribuições, o campo das representações sociais considera que toda representação é composta de figuras, imagens e expressões, que, organizadas e socializadas, assumem a função de simbolizar, pela linguagem, atos e situações do nosso cotidiano.

Moscovici (1978) avança no estudo das representações, quando deixa de abordar o caráter passivo da representação, no qual, como se por reflexo da consciência individual ou coletiva, imagens são captadas do exterior e passivamente transformadas em representação. O avanço se dá ao propor e reconhecer o caráter ativo das representações sociais, considerando que sua atividade é modelar o que é oferecido pelo exterior, por meio dos atos e situações que acontecem entre os indivíduos e grupos pelas interações sociais do cotidiano. Dessa forma, tem-se a leitura de que a representação social é reprodutora de um dado exterior, mas é ativa e criativa, na medida em que implica interação e rearranjos de estruturas e elementos que permitam a reconstrução do dado exterior inserido num contexto povoado de valores, noções e

regras. Segundo o autor, o dado externo não é algo acabado; ele deixa muita liberdade de jogo à atividade mental que se empenha em apreendê-lo.

Nesse contexto, a definição mais consensual entre os pesquisadores do campo é que "as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que, contribui para a construção de uma realidade a um conjunto social." (JODELET, 2002, p. 22).

A partir de Moscovici (1978), Jodelet (2005) vem aprofundando o estudo das representações sociais, dedicando-se ao campo e escrevendo trabalhos como *Loucuras e representações sociais*, que mostra o convívio de uma população rural com doentes mentais que viviam e trabalhavam na comunidade, a partir do qual a autora evidencia que a representação social é um modo de conhecimento do saber prático, isto é, um modo de conhecimento sociocêntrico, que segue as necessidades, os interesses e os desejos do grupo em relação ao objeto em construção. Além disso, sintetiza a ideia de que toda representação é de alguém e de alguma coisa, ou seja, toda representação refere-se a um objeto e tem um conteúdo, e o alguém que a formula é um sujeito social, imerso em condições específicas de seu espaço e tempo (JODELET, 2002).

Por sua vez, Farr (1994), em capítulo do livro *Textos em representações sociais*, resgata a teoria e a história das representações sociais, apontando-as como uma forma sociológica de psicologia social originada, na Europa, por Moscovici, que, ao escolher Durkheim como seu ancestral, não se comprometeu com uma filosofia de ciência positivista, mas, ao contrário, imprimiu continuidade entre o passado dos estudos das representações coletivas e o estudo mais moderno das representações sociais. Embora Durkheim houvesse colocado uma antítese entre o individual e o coletivo, Moscovici não a descartou, apenas produziu uma síntese entre as dimensões individual e coletiva, que resulta numa forma sociológica de psicologia social.

Segundo Farr (1994), Moscovici adotou a expressão "representação social" por julgar mais adequada à complexidade das sociedades modernas, caracterizadas por pluralismos e rápidas mudanças econômicas, políticas e culturais, visto que, para ele, as representações eram produtos e sínteses dos indivíduos nessas sociedades. Além disso, ao estudar a representação social da psicanálise, Moscovici introduziu outra contribuição para a sociologia do conhecimento, que é a de estudar as representações sociais de uma ciência (psicanálise) e não a ciência em si, isto é, trata-se de uma teoria adequada à investigação das concepções leigas das pessoas, de um grupo ou de uma sociedade sobre um determinado tema.

Na mesma obra, *Textos em representações sociais*, Jovchelovitch (1994) aponta que a Teoria das Representações Sociais trouxe consigo debates e dilemas ainda atuais sobre as

relações indivíduo-sociedade e como tais relações constroem-se. A autora afirma que essa teoria considera a vida coletiva, sem perder de vista a capacidade criativa e transformadora dos sujeitos, aqui considerados sujeitos sociais que lutam para dar sentido ao mundo e nele encontrar o seu lugar, por meio de sua identidade social.

Ela posiciona as representações sociais como um fenômeno psicossocial necessariamente radicado no espaço público e nos processos por meio dos quais o ser humano desenvolve sua identidade. Para tanto, parte do argumento de que as representações sociais dão-se em terreno público e são marcadas pela alteridade. Dessa maneira, articula a ideia central de que as representações constituem a esfera social e se dão, nessa mesma esfera, a partir do reconhecimento do outro, isto é, a partir de um lugar social de alteridade que forneça a elas um terreno sobre o qual possam ser construídas (JOVCHELOVITCH, 1994).

A autora também se dedica a mostrar como as representações constroem-se a partir da capacidade e dos processos psíquicos do sujeito psicológico, que, necessariamente, estão em relação com as práticas sociais do diálogo, padrão de trabalho, arte, em suma, da realidade social. Assim, afirma que a representação social está além do nível do sujeito individual, mas no nível de uma realidade social construída a partir das construções particulares e do trabalho individual do psiquismo, que resulta numa realidade social que deve ser compreendida em sua totalidade, envolvendo uma dinâmica que transcende uma visão reducionista e atomística do social como um agregado de indivíduos (JOVCHELOVITCH, 1994).

Da mesma maneira, as representações sociais não são um agregado de representações individuais, pois há processos de mediação social, como a comunicação, o trabalho, os mitos e os ritos, que revelam a busca e o trabalho humano de atribuir significados coletivos para o mundo. Nesse processo, as representações sociais são geradas, por isso são sociais em sua origem, e contribuem para imprimir sentidos à diversidade e à complexidade de um mundo que, embora comum a todos, transcende a cada um individualmente (JOVCHELOVITCH, 1994).

Spink (1993), por sua vez, contribui com o assunto situando as representações sociais no campo de estudos entre as correntes epistemológicas pós-modernas, visto que se trata de uma teoria multidimensional, inserida num paradigma atual de complexidade, que questiona tanto a natureza do conhecimento quanto a relação indivíduo-sociedade.

Minayo (2008) também agrega contribuição ao tema quando salienta que a compreensão do indivíduo como representativo necessita ser entendida no contexto do grupo ou da comunidade-alvo da pesquisa, para que seja possível a compreensão do objeto que se pretende estudar. Referenciando-se em Bakhtin (2006), a autora aponta a fala como uma forma de comunicação privilegiada, pela possibilidade de ser reveladora de valores, normas e símbolos;

fala que pode transmitir as representações grupais específicas de um contexto e de determinadas condições históricas, socioeconômicas e culturais. Assim, pela comunicação verbal, em cada época, em cada grupo social, o discurso assume formas e repertórios que são marcados por conflitos e contradições, além de refletir e refratar as relações sociais, políticas e econômicas daquele cotidiano. Dessa forma, a linguagem e a fala são compreendidas como vetores das representações sociais que, no fluxo de suas associações e metáforas, transportam os dados externos para o espaço simbólico.

O estudo de Minayo (2008), portanto, parte da visão de que a representação social apresenta uma função constitutiva da realidade, entendida como uma realidade também constituída de movimentos e interações sociais que sinalizam para o fato de que os objetos e os fatos são socialmente valorizados e socialmente reproduzidos. Sendo assim, a tarefa aqui pretendida é trabalhar com as representações sociais dos profissionais da ESF, por meio de suas práticas discursivas, como estratégia para conhecer a compreensão acerca das famílias atendidas por eles e das famílias eleitas como aquelas com necessidade de atenção em Saúde Mental.

A escolha por essa estratégia justifica-se por se pretender levar em conta as representações que os profissionais têm de diversos aspectos de sua realidade de trabalho, uma vez que se acredita que elas também tecem os significados, as ações, as escolhas e as posturas éticas de suas atuações na prática.

3.2 Objetivo

Conhecer as representações, entre profissionais da ESF, das famílias por eles atendidas, em particular, aquelas identificadas como “famílias com necessidade de atenção em Saúde Mental”.

3.3 Método

3.3.1 Sujeitos

A população-alvo do estudo foi uma equipe de saúde da família, composta por:

- 1 médica com residência em Medicina de Família e Comunidade, atuando há 9 anos na equipe;

- 1 enfermeira, atuando há 4 anos na equipe;
- 2 auxiliares de enfermagem, atuando há 10 anos na equipe;
- 5 ACSs, atuando, em média, há 7 anos na equipe.

A equipe foi selecionada a partir dos seguintes critérios:

a) a equipe deveria estar completa, isto é, ser composta por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ACSs;
b) os profissionais técnicos deveriam estar trabalhando na ESF desse território há, pelo menos, um ano.

3.3.2 Campo de pesquisa

O estudo foi realizado numa UBS inaugurada no ano de 2000, localizada na região sul do município de São Paulo, mais especificamente, no Distrito Administrativo de Pedreira, que tem 156.811 habitantes, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) (SÃO PAULO, 2009). A área de abrangência da unidade tem uma população de cerca de 12.800 habitantes, o que corresponde a, aproximadamente, 3.284 famílias que vivem na região.

Em relação à divisão administrativa de saúde, a UBS pertence à Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Santo Amaro e Cidade Ademar e à Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul). Trata-se de uma unidade de saúde da família pertencente ao SUS, sob gestão da Organização Social Santa Catarina (OS-Santa Catarina), por meio de contrato de parceria e de gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Essa UBS funciona de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 17h00, e é composta por 4 equipes de saúde da família, num território de, aproximadamente, 3.284 famílias cadastradas de um total de 11.372 pessoas incluídas no programa. Vale ressaltar que, no momento da pesquisa, uma das equipes estava incompleta, com a falta de um profissional médico.

Com base no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), apresentamos, a seguir, alguns dados referentes ao território de atuação da equipe de saúde da família deste estudo, no mês de janeiro de 2011.

a) Dados Demográficos

A seguir, apresentamos o total de pessoas cadastradas no território de atuação dessa equipe de saúde da família, por faixa etária e sexo. Assim, temos que, no mês de janeiro de 2011, essa equipe trabalhou com um total de 3.119 pessoas, sendo que, dessas, a maior concentração, para os dois sexos, encontrou-se na faixa dos 20 aos 39 anos de idade. Embora as mulheres tenham sido a maioria, a diferença no total foi de 131 mulheres a mais que os homens nesse território (BRASIL, 2011).

Tabela 1 – Total de pessoas cadastradas, por sexo e faixa etária.

Sexo	**Faixa Etária (anos)**									
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	30	134	151	109	135	568	178	120	69	1494
Feminino	21	147	148	122	137	650	197	132	71	1625
Nº de Pessoas	51	281	299	231	272	1218	375	252	140	3119

Fonte: Brasil (2011).

Também destacamos alguns dados sobre a situação de escolaridade dessa população cadastrada. Observamos que o total de crianças cadastradas nessa área, na faixa etária entre 7 e 14 anos, foi de 437, estando a totalidade matriculada na escola. Em relação à população de 15 anos ou mais, esta totalizou 2.257 pessoas, sendo que 2.171 foram classificadas como alfabetizadas (BRASIL, 2011).

Tabela 2 – Total de crianças entre 7 e 14 anos matriculadas na escola.

Crianças de 7 a 14 anos	**Na escola**
437	437

Fonte: Brasil (2011).

Tabela 3 – Total de alfabetizados entre a população maior de 15 anos.

15 anos ou mais	**15 anos ou mais alfabetizados**
2.257	2.171

Fonte: Brasil (2011).

b) Dados sobre o ambiente

Destacamos, também, alguns dados sobre o ambiente em que essas famílias vivem, pois consideramos que, para o nosso objetivo de pesquisa, é relevante conhecer alguns aspectos do contexto social em que essas famílias estão e das condições do território em que essa equipe trabalha.

Em relação ao tipo de casa, de acordo com o SIAB (BRASIL, 2011), a grande maioria é de alvenaria (98%) e apenas 7 casas, ou 2%, são de madeira. Sobre a coleta de lixo, 100% das casas têm o serviço de coleta pública; já em relação ao sistema de esgoto, 90% das famílias usam fossas, 5% dos detritos são lançados a céu aberto e apenas 5% do esgoto recebe tratamento.

O abastecimento de água é feito 100% a partir de rede pública. No entanto, nem toda a água é tratada: apenas 35% recebem tratamento; o restante das famílias prefere realizar filtração (46%), fervura (2%) ou cloração (17%). Além disso, todas têm rede de energia elétrica.

Ainda, destacamos um último dado sobre a utilização de serviços de saúde, que nos mostrou que 80% da população é usuária exclusivamente do SUS, sendo que apenas 20% referem ter um plano de saúde.

c) Dados sobre os serviços de referência da UBS, no ano de 2010

- Assistência Médica Ambulatorial (AMA) Doroteia e Pedreira (para leves e médias emergências);
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto Cidade Ademar (para transtornos mentais graves e persistentes);
- Ambulatório de Especialidades (AE) Jardim dos Prados;
- AE Pedreira – César Antunes da Rocha;
- UBS Parque Doroteia (para ginecologia);
- Hospital Geral de Pedreira (HGP).

d) Dados sobre os recursos humanos da UBS, no momento da investigação

- 3 médicos de família e/ou generalistas;
- 4 enfermeiros;
- 8 auxiliares de enfermagem;

- 22 ACSs;
- 1 gerente;
- 7 auxiliares administrativos;
- 1 orientador de público;
- 1 cirurgião dentista;
- 1 auxiliar de consultório dentário;
- 2 equipes de apoio,[1] sendo:
  - 1 NASF, com as seguintes categorias profissionais: assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta;
  - 1 dupla de matriciamento e apoio em Saúde Mental, composta por um psiquiatra e um psicólogo do CAPS da região.

e) Dados sobre a caracterização da STS de Santo Amaro e Cidade Ademar, região em que a UBS está inserida

- 12 UBSs tradicionais;
- 11 UBSs ESF;
- 6 AMAs;
- 2 AEs;
- 2 CAPSs Adulto;
- 1 CAPS Álcool/Drogas;
- 1 CAPS Infantil e Juventude;
- 1 Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO);
- 1 Centro de Referência e Treinamento em DST/HIV/Aids;
- 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 1 Supervisão de Vigilância em Saúde;

[1] Essas equipes de apoio trabalham com a técnica do apoio matricial. O trabalho de matriciamento organiza-se a partir de reuniões para a discussão de casos entre a equipe de saúde da família e as equipes de apoio. A partir das discussões, ocorre o planejamento de ações que podem ser: atendimentos compartilhados, atendimentos específicos, visitas domiciliares, grupos educativos ou terapêuticos, ações intersetoriais, entre outras ações que cada caso demandar. Essa técnica prevê a lógica da corresponsabilização e compartilhamento dos casos pelos profissionais envolvidos (em detrimento da prática dos encaminhamentos segmentados por especialidades), além de apresentar uma dimensão de "capacitação em ato" entre as equipes, na medida em que, a partir do compartilhamento de ações entre os profissionais de diversas formações em saúde, ocorrem a troca de saberes e a horizontalidade das ações.

- 2 Unidades de Referência em Saúde do Idoso;
- 1 Assistência Domiciliar.

3.3.3 Procedimento

a) Observação das reuniões da equipe de saúde da família (diário de campo)

Foram observadas 6 reuniões da equipe nuclear, isto é, da equipe de saúde da família, e 2 reuniões com as equipes de apoio, sendo uma entre a equipe de saúde da família e a equipe do NASF e outra entre a equipe de saúde da família e a dupla de matriciamento em Saúde Mental. Os dois tipos de reunião ocorrem com frequência mensal, sendo previsto que a equipe de saúde da família esteja previamente organizada para as discussões com as equipes de apoio, isto é, que já tenha escolhido casos e situações para os quais necessita de apoio. O único diferencial da reunião com as equipes de apoio é que a reunião com a equipe de Saúde Mental acontece apenas com a presença da equipe técnica; dessa forma, os ACSs não participam, assim como também não participam os auxiliares de enfermagem.

A *reunião de equipe* é um procedimento que faz parte do processo de trabalho da ESF, tendo sido pensada estrategicamente, para constituir-se como um dispositivo qualitativo, organizador e norteador do trabalho das equipes de saúde da família, por meio de encontros diários de uma hora, previstos e garantidos nas agendas de todos os profissionais da equipe, para que possam realizar planejamentos e discussões sobre as ações e as famílias acompanhadas. É, portanto, um importante espaço de encontro, que possibilita ações comunicativas nas quais experiências e angústias podem ser compartilhadas em trocas horizontais que rompem as ações pré-formatadas e favorecem ações mais sensíveis às necessidades das famílias e dos profissionais.

No entanto, diante do excesso da demanda, da prevalência de uma cultura e de um modelo ainda hierárquico, organicista e assistencialista nas práticas em saúde e das dificuldades tanto de articulação das relações interpessoais quanto da troca de saberes, esse espaço de reunião pode facilmente se fragilizar e perder sua função potencializadora de atuação profissional ética, compromissada e consistente no que diz respeito à oferta de um cuidado singular e integral às famílias.

b) Grupo focal com a equipe de saúde da família (gravação e transcrição com consentimento)

A técnica do Grupo Focal (GF) é uma entre as várias modalidades de entrevistas grupais e, desde os anos 1980, tem sido muito utilizada na área de pesquisa, educação e avaliação em saúde. No campo da Saúde Pública, Minayo (2008) menciona o GF como uma eficaz estratégia de coleta de dados em pesquisas que visam a investigar conhecimentos, atitudes, crenças e percepções de um grupo em relação a um tema, de forma que se possam gerar hipóteses a partir da perspectiva do próprio grupo.

O GF foi escolhido para este estudo justamente por possibilitar diálogos entre a pesquisadora e o grupo social eleito, a partir de estímulos para o debate, de maneira a fornecer dados qualitativos com base nos contatos horizontais entre os membros, que comentam e falam sobre pontos de vista e experiências em torno dos temas propostos pela pesquisadora/facilitadora.

Neste trabalho, o grupo social eleito como sujeito foi a equipe de saúde da família, com seus diversos integrantes: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Sua escolha deve-se ao fato de que o trabalho realizado com as famílias é organizado a partir da dinâmica interna dessa equipe interdisciplinar, que planeja, realiza e também avalia as ações em saúde propostas ao paciente/família. O que se pretende é avaliar as representações sociais de um grupo social – a equipe –, que são constituídas pelas relações das diversas pessoas que o compõem. Portanto, não se pretende analisar o problema de pesquisa a partir de uma compreensão das categorias profissionais, mas a partir da equipe multiprofissional e de tudo o que as relações dentro dela podem revelar.

Foram realizados dois encontros de GF, com duração de uma hora e meia cada, na sala de grupo da UBS, por ser um local mais reservado, adequado e agradável para a interação. Além disso, a partir das observações iniciais das reuniões de equipe, preparamos um roteiro de questões para o GF, em função dos objetivos de investigação. As questões norteadoras foram:

- qual é a primeira ideia que lhe vem à mente quando falamos em família?
- Se falarmos nas famílias atendidas por vocês, por esta equipe, o que vem à mente?
- como aparecem as questões de Saúde Mental dessas famílias no dia a dia da equipe e como vocês as conduzem?
- como é para vocês uma família com necessidade de cuidados em Saúde Mental?

- como vocês veem o meio que as famílias vivem, em relação às suas condições de saúde e Saúde Mental?

3.3.4 Cuidados éticos

Vale ressaltar as considerações e os princípios éticos envolvidos neste tipo de pesquisa, como o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (CEP/SMS-SP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Houve, também, cuidado quanto à participação voluntária, esclarecida e consentida dos participantes. Assim, a coleta de dados foi precedida da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pesquisadora aos profissionais da equipe de saúde da família, que o assinaram após esclarecerem suas dúvidas quanto à participação na pesquisa.

Após a aprovação do CEP/SMS-SP e do CEPH, realizamos um contato inicial com a gerência da UBS, para a apresentação do projeto de pesquisa, momento em que também se acordou uma data oportuna para a mesma apresentação à equipe de saúde. Nesse encontro, apresentamo-nos ao grupo de profissionais e o projeto de pesquisa, seus objetivos e procedimento de coleta de dados. Cuidamos para que essa apresentação fosse feita de forma a facilitar a compreensão de todos, tendo em vista as diferentes formações profissionais envolvidas na equipe.

Nessa ocasião, também explicamos, de maneira clara e com linguagem acessível, que nosso trabalho visava a estudar a ESF e procurar compreender como a equipe, no seu dia a dia, conversa sobre as famílias atendidas e sobre a Saúde Mental. Para isso, precisaríamos participar das reuniões de equipe, observando e acompanhando, por certo tempo, as discussões e planejamentos do trabalho conjunto. Posteriormente, precisaríamos realizar um ou dois encontros para conversas específicas com a equipe sobre temas como família, famílias atendidas, Saúde Mental e condições de saúde/adoecimento. Esses encontros deveriam durar, aproximadamente, uma hora e meia e teriam um intervalo entre eles de quinze dias, para que tanto a equipe quanto a pesquisadora pudessem pensar e voltar a discutir o que foi conversado, além de acrescentar e/ou esclarecer pontos da conversa ou tirar possíveis dúvidas.

Esse momento de apresentação inicial do projeto à UBS foi, como dissemos, com as equipes de saúde da família, além de ter sido o momento em que esclarecemos que não haveria, em princípio, relação de subordinação entre nós – pesquisadora e voluntários da pesquisa –, apesar de meu papel, na instituição, como supervisora de Saúde Mental numa equipe de

Assessoria e Apoio Técnico às equipes de Saúde Mental, lembrando que as equipes de saúde da família (voluntários desta pesquisa) são subordinadas apenas e diretamente aos gerentes das UBSs.

Esse esclarecimento foi um movimento claro e intencional nosso, com o intuito de lidar e minimizar possíveis situações de desconforto, para garantir que tais questões fossem abordadas de forma aberta com os profissionais, a fim de que se sentissem à vontade para verbalizar incômodos e, também, tivessem a oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre o estudo e manifestar interesse ou não em participar.

Finalmente, pesquisadora e voluntários pactuaram, no início do processo, um contrato de trabalho que garantiu o sigilo dos temas abordados e os acordos necessários para que o trabalho e os encontros pudessem ocorrer sem prejuízos para as rotinas diárias de todos.

4 RESULTADOS

Para que os dados coletados nas observações das reuniões de equipe e nos GFs realizados pudessem revelar os achados desta pesquisa, realizamos tratamento qualitativo deles, a partir da análise das falas e das observações de campo, procurando buscar as representações que emergiram de família e de outros temas relacionados, como relações e papéis familiares, doença mental, loucura e sofrimento mental.

Inicialmente, foi realizada a análise do diário de campo, seguida de transcrição integral dos GFs. Posteriormente, realizamos a edição do material transcrito, para que, finalmente, pudéssemos interpretar os achados.

4.1 Análise das Observações

Apresentamos, inicialmente, a análise do material coletado, a partir das observações das reuniões de equipe. Percebemos que, nessa etapa da pesquisa, surgiram pontos relevantes que dizem respeito, principalmente, a temas que versam sobre a organização do processo de trabalho dessa equipe de ESF, bem como sobre alguns aspectos institucionais e de gestão de trabalho.

Compreendemos que a relevância da análise desse material está ligada aos subsídios que esses achados nos forneceram para tecer a compreensão do contexto institucional em que foi realizada esta pesquisa. Assim, as constatações dessa etapa inicial foram importantes, pois foram complementadas pelos achados dos GFs e auxiliaram no exercício de apreendermos as representações sociais de família e Saúde Mental no âmbito da ESF.

A seguir, apresentamos uma reflexão comentada sobre o trabalho de campo, elaborada a partir de nossas observações, num diálogo com pesquisas já desenvolvidas sobre o tema e com a experiência da pesquisadora no campo da ESF e da Saúde Mental. Destacamos, ainda, os principais temas que surgiram da análise desse material, de maneira que estes já se constituem como os primeiros resultados de nossa investigação.

4.1.1 Sobre organização, planejamento e concepção de trabalho da equipe de saúde da família

Os primeiros achados revelam algumas características dessa equipe de saúde da família em relação à sua forma de organização de trabalho e planejamento nas atividades de reuniões de equipe. Nestas, em todas as oportunidades de observação, perceberam-se o cumprimento do cronograma e do horário previsto, a presença completa da equipe, bem como o gerenciamento da atividade por parte de seus integrantes. É importante destacar que tais elementos são fundamentais para o bom funcionamento das outras atividades a serem desenvolvidas por uma equipe na ESF, pois proporcionam melhores condições ao trabalho diário de discussão e planejamento das ações voltadas às famílias atendidas.

Outro ponto que vale destacar nessa atividade é a discussão que os membros tiveram sobre ética, como, por exemplo, quando a médica problematizou o tema no espaço de reunião de equipe:

> [...] *a reunião de equipe é um espaço em que a vida das pessoas é aberta, e como se posicionar quanto ao sigilo profissional? O ACS que também é população e toda a equipe tem que ter maturidade para evitar situações constrangedoras e possíveis comentários na comunidade.* (Médica).

Portanto, percebemos que se faz presente, no cotidiano do trabalho, uma preocupação em relação à postura ética da equipe frente às discussões de casos e ao posicionamento dos ACSs, tratando-se de uma equipe que demonstra respeito para com as famílias atendidas. Esse aspecto certamente relaciona-se com o nosso objetivo de pesquisa, pois acreditamos que a postura da equipe, o conteúdo de suas falas, suas ações e preocupações estão diretamente relacionados às representações que os profissionais têm das famílias que são por eles atendidas.

4.1.2 Sobre o trabalho centrado na equipe

Em relação ao trabalho em equipe, verificamos situações em que os membros tomaram decisões compartilhadas, ou seja, em alguns momentos, foi possível observar a tomada de opiniões entre os integrantes da equipe, antes da tomada de decisão. Por exemplo, em uma situação trazida pelo ACS, quando comenta sobre uma família que parece ter membros que, de fato, não moram na área e, portanto, precisariam ser descadastrados da UBS pela inviabilidade de a ESF realizar acompanhamento de pessoas que não residem na área, a equipe mostra-se

cautelosa quanto a essa resolução. Então, a médica pede a opinião da enfermeira e do ACS da referida família: "[...] *o que vocês acham, temos condição de acompanhar esta família fora de área?*" Juntos, decidem conversar mais uma vez com a pessoa e orientá-la sobre a questão, inclusive dizendo que ela deve passar no posto de saúde de sua região, pois o atendimento, além de inviável pelo que preconiza a ESF, ficaria também prejudicado, por não poder haver o acompanhamento necessário da equipe.

Percebe-se o mesmo movimento de decisão grupal quando a equipe decide, em conjunto, utilizar o espaço de reunião de equipe para iniciar o planejamento estratégico das ações do próximo ano. Isso só se efetivou após a médica e a enfermeira realizarem consulta com a equipe sobre essa possibilidade e avaliarem a necessidade de discutir algum caso urgente com os ACSs.

Além disso, constatamos o papel central da médica nas reuniões de equipe, por assumir a coordenação das discussões. No entanto, essa coordenação não se dá a partir de um discurso ou de uma proposição de ações médico centradas; pelo contrário, o que percebemos foi a atuação da médica como facilitadora de discussões ampliadas, com o reconhecimento dos outros saberes da equipe. Por exemplo, um ACS traz uma situação de uma paciente que chorou muito durante a visita domiciliar realizada e, ao discutir o caso, diz para a médica que a paciente já tinha consulta agendada na UBS em breve; ainda assim, a médica quer conhecer as percepções dele (ACS) sobre o caso, valorizando o conhecimento que ele pode ter da situação. O ACS conta, então, que a paciente fala que sente saudade da mãe, que mora no interior, e que o marido não deixa visitá-la. A auxiliar de enfermagem diz que também já atendeu a paciente e acredita que ela está se sentindo frágil por um misto de fatores, como, por exemplo, por estar passando por tratamento ginecológico no AE; então, comenta:

> [...] *deve ser um misto de questões clínicas e afetivas; parece que ela tem um marido controlador que a impede de muitas coisas e tem o hábito de compensar com presentes, flores... por isso ela me contou que chora* [...]. (Auxiliar).

Portanto, podemos entender, a partir de ilustrações como as apresentadas, que o trabalho parece ser centrado na equipe, havendo valorização das diversas opiniões para a tomada de decisão e as discussões dos casos, por meio do compartilhamento de concepções e opiniões. Esses aspectos são considerados relevantes para a nossa pesquisa, pois indicam modos de relação que podem ser estabelecidos dentro da equipe.

Nesse sentido, acreditamos que todos esses aspectos relacionais, situacionais e de organização de trabalho estão diretamente relacionados à constituição das representações sociais do objeto de trabalho dessa equipe, ou seja, das famílias por ela atendidas. Ainda, a valorização individual de cada membro que compõe esse grupo de trabalho sugere relações mais francas e horizontais entre seus membros, facilitando a comunicação entre eles e, consequentemente, com seu público-alvo. Igualmente, pensamos que todo esse contexto apresentado pela equipe auxilia-nos na análise de suas representações de família e Saúde Mental.

4.1.3 Sobre o acompanhamento das famílias do território

Durante as reuniões de equipe, foi possível perceber algumas falas dos profissionais que demonstraram conhecimento e acompanhamento de algumas situações vivenciadas pelas famílias do território, como na situação em que o ACS foi perguntado pela médica sobre algum caso novo a ser discutido, ao que respondeu:

> [...] *caso novo não, Dra. Mas sabe a avó daquele menino que a senhora atendeu ontem, Dra., sabe?... Então, em visita, descobri que ela está mesmo com Alzheimer e passou a ser acompanhada no ambulatório de especialidades também... precisamos visitar* [...]. (ACS).

Destacamos esse trecho pelo fato de considerarmos relevante a constatação de que essa equipe de saúde da família mostra conhecer seu território e as famílias cadastradas. Além disso, constata-se que, além de cadastrar e atender às famílias, a equipe acompanha e assume a função de coordenar a atenção em saúde de seu território, por meio de comunicação articulada da equipe e das visitas domiciliares dos ACSs. Nesse contexto, pensamos que as representações sociais são construídas a partir daquilo que se conhece, que se pensa, que se toma como valor; aspectos que também influenciam diretamente na forma como se age com essas famílias.

Ainda no sentido de acompanhamento do território, notamos ações de monitoramento constantes em relação a alguns programas prioritários de vigilância e de condições de saúde estabelecidos pela ESF; foram rotineiras, nas reuniões de equipe, as ações de monitoramento de internações hospitalares, gestantes, puérperas, crianças, hipertensos e diabéticos.

Em todas as reuniões, a médica perguntou se havia ocorrido alguma internação na área. Num desses momentos, presenciamos a fala de um ACS: "[...] *internação não, Dra., só uma puérpera que voltou do hospital neste fim de semana e que a gente precisa visitar* [...]." No

mesmo momento, num movimento natural e como uma prática estabelecida, a enfermeira combinou com o ACS uma visita domiciliar para o mesmo dia.

4.1.4 Sobre iniciativas de educação em serviço

Em alguns momentos, a reunião de equipe foi uma oportunidade de educação e capacitação em serviço e, a partir das discussões de casos, pôde-se potencializar o espaço da reunião como um momento de aprendizagem e troca de saberes entre os membros da equipe, principalmente nos momentos em que as equipes de apoio estiveram presentes.

Para ilustrar isso, trazemos a situação em que, a partir da discussão de um caso de hepatite C, a médica aproveita o ensejo e relembra a capacitação recentemente oferecida aos ACSs sobre o tema, ou seja, ela aproveita a oportunidade da discussão de caso para potencializar o espaço de reunião também como um momento de capacitação e aprendizagem. Algo semelhante ocorre quando a assistente social do NASF oferece uma capacitação temática sobre direitos e benefícios vinculados à saúde, após perceber que muitos casos trazidos pela equipe de saúde da família versam sobre esse tema e que os profissionais têm dúvidas ou, até mesmo, desconhecimento das possibilidades de encaminhamentos sociais para essas situações.

Nesse sentido, diversos estudos, como o de Gabardo, Junges e Selle (2009), Scarcelli e Junqueira (2011), entre outros, apontam-nos que existe carência de incentivo e investimento na formação e aprimoramento dos profissionais da ESF. Portanto, iniciativas como as apontadas demonstram a preocupação dessa equipe em propiciar momentos internos de capacitação e discussão de temas relevantes para o aprimoramento do trabalho com as famílias.

4.1.5 Sobre a compreensão do processo de saúde-adoecimento

Durante as observações, presenciamos um momento de planejamento estratégico da equipe – uma atividade orientada pela gerência da UBS, visando à avaliação do trabalho, com o reconhecimento dos pontos fortes e fracos, de forma a subsidiar a equipe a realizar o seu planejamento anual. Nessa atividade, a equipe reconhece seu papel como um dos atores para a melhoria e transformação da realidade local, considerando as ações em saúde de forma ampliada. A médica diz:

> *Pensar em saúde é pensar numa dimensão biopsicossocial, incluindo as questões intrafamiliares dos pacientes, considerando, inclusive, suas situações*

> *econômicas e todas as suas necessidades nos diferentes momentos da vida... considerar se tem emprego ou não, se usa álcool ou não...* (Médica).

Há, também, a noção de corresponsabilidade pelos casos por parte da equipe, mesmo quando o paciente é acompanhado também em outro serviço de saúde, conforme fala da médica: "*Somos responsáveis pelo caso, em seu sentido mais amplo, principalmente no que se refere ao contexto familiar e cotidiano do paciente.*"

Outra situação verifica-se em uma reunião que inicia com a discussão do caso de um casal de analfabetos que mora numa área distante. A questão gira em torno do fato de a esposa estar perdendo as consultas de especialidades, que são de difícil agendamento, pois eles não sabem ler e não conseguem se organizar. O ACS comenta que a paciente parece orientada para outras questões: pega ônibus, anda bastante pelo bairro; mesmo assim, tem perdido as consultas. Ele comenta que já pensou em algumas estratégias, mas não há vizinho próximo que possa ajudar. A equipe entende a questão como um ponto importante no processo de acompanhamento da saúde desse casal e acaba decidindo que o ACS avisará o casal um dia antes da consulta.

Esses trechos mostram-nos que a equipe trabalha com uma concepção de saúde que leva em consideração vários aspectos do cotidiano das pessoas, como, por exemplo, o contexto familiar, as condições socioeconômicas, as relações sociais e de trabalho, e os hábitos de vida. Isso nos sugere uma compreensão sobre saúde, por parte da equipe, que se aproxima de uma noção de processo, ou seja, que "ter saúde" ou não é uma condição envolvida no contexto de vida das pessoas.

4.1.6 Sobre a integração entre as equipes e os serviços

Assistimos a um evidente reconhecimento e integração entre a equipe de saúde da família e as equipes de apoio: bucal, Saúde Mental e NASF. Essa apropriação entre as equipes foi observada nos seus momentos de encontro, nas reuniões ampliadas, mas também nas ausências, isto é, mesmo quando as discussões de casos davam-se em momentos em que as equipes de apoio não estavam presentes, elas eram lembradas e consideradas dispositivos de apoio ao trabalho da equipe nuclear. Por exemplo, a dentista comenta sobre um caso discutido e atendido por ela, o qual o psicólogo da equipe de apoio também conhece; assim, a partir dos seus atendimentos à família, ele pôde apontar para a equipe a necessidade de cuidados a essa mãe também, para que a família pudesse se organizar melhor em sua rotina. A partir de então, o

olhar e o cuidado foram ampliados e o resultado está sendo a possibilidade de melhor acompanhamento da família.

Evidenciou-se, ainda, o conhecimento dos recursos da rede de saúde e outros serviços como indicativo da percepção do cuidado de uma forma ampliada, na tentativa de integrar os programas de atendimento disponíveis, além das práticas e da assistência disponível na UBS. Isso foi evidenciado quando, na discussão de um caso de atendimento odontológico a um paciente reconhecido pela equipe como “deficiente intelectual”, a médica afirma que, do ponto de vista clínico, ele está bem e estável para ser atendido na cadeira da dentista, mas lembra-se também do Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD), um programa novo na região e para o qual a família já está aguardando vaga. Essa é uma importante lembrança, por tratar-se de um programa ainda bem novo, com o qual as equipes estão pouco familiarizadas.

Outra evidência de integração entre os serviços é o caso de um paciente que está sendo acompanhado no Centro de Referência e Treinamento em DST/HIV/Aids da região, porém, mesmo assim, a equipe de saúde da família mostra-se inteirada e responsável pelo caso, não em relação ao tratamento específico (que fica a cargo do centro de referência e especialidade), mas colocando-se como corresponsável pelo caso em seu sentido mais amplo, principalmente no que se refere ao contexto familiar e cotidiano do paciente. Sobre isso, o ACS comenta que o paciente tem vergonha e não fala com as pessoas, nem com a família, sobre HIV/Aids, porém mostra-se vinculado à equipe de saúde e nela confia.

A equipe preocupa-se com a condição de o paciente ser cabeleireiro e lidar com formol, o que pode prejudicar sua condição de saúde, e orientam-no a usar máscara. O ACS diz que conversa bastante com ele, mas salienta que avança na conversa até onde ele permite. Já a médica pergunta sobre o uso de drogas, lembrando que o tipo de hepatite que ele tem é mais comum em usuários de drogas injetáveis; a auxiliar comenta que ele já fez uso no passado. Todos concordam que a equipe deve mostrar-se disponível ao paciente e perguntar se ele precisa de alguma ajuda para lidar melhor com a doença em seu cotidiano profissional, familiar e social. A médica lembra também que, se necessário, podem discutir o caso com a assistente social do NASF, em caso de ele ter direito a algum benefício. Assim, a auxiliar de enfermagem e o ACS combinam de fazer uma abordagem nesse sentido, de oferecer apoio e possibilidade de fala sobre outras questões que envolvem sua condição de saúde.

A partir dessas situações observadas, inferimos que, além da integração entre as equipes e programas de saúde, está implícito, nesse movimento, também o reconhecimento por parte da equipe de outros aspectos que compõem as condições e o estado de saúde de uma família ou de

um indivíduo. Isto é, com o reconhecimento das outras equipes de apoio, percebemos que, para essa equipe, cuidar da saúde é também cuidar dos aspectos sociais e emocionais das famílias atendidas. Assim, à medida que avançamos nas observações, aproximamo-nos da compreensão e das concepções dessa equipe sobre saúde, família e Saúde Mental, como apresentamos a seguir.

4.1.7 Sobre o reconhecimento da família

Durante as discussões de casos observadas nas reuniões de equipe, percebemos o reconhecimento, por parte da equipe, da família, seus membros, relações e contexto social como fatores que influenciam as condições de saúde e Saúde Mental. No entanto, ficou bem evidente também a fragilidade dessa equipe quanto a proposições de intervenções familiares.

Conforme detectamos na revisão da literatura sobre famílias, neste trabalho, também aparece na equipe a noção da relação intrafamiliar como desencadeante de um transtorno mental. Por exemplo, ao discutir um caso de retardo mental de um homem de 30 anos, a equipe apresenta a seguinte fala:

> [...] *o rapaz está mais calmo, na verdade a mãe era o maior motivo de agitação dele, porque ela era bastante agitada, desorganizada e acabava agitando o filho também... A mãe melhorou, então o contato com ele melhorou também* [...]. (Auxiliar).

Além disso, a dentista pergunta para um ACS sobre outro caso, da mãe "agitada" de um garotinho que também está ficando "agitado", que ela havia atendido: "[...] *aí, agora está todo mundo mais calmo naquela casa... A mãe está fazendo artesanato no grupo aqui do posto e está bem mais tranquila... Ela e a família também* [...]." (ACS).

A partir dessas ilustrações, já nas observações vamos nos aproximando das representações sociais de família e adoecimento mental, que parecem estar interligadas, nas concepções dessa equipe de saúde da família. Entretanto, essa etapa da pesquisa ainda não nos permite promover discussão ou aprofundamento na investigação do tema.

4.1.8 Sobre o reconhecimento e a *marca* da saúde mental

Em relação ao reconhecimento de pacientes/famílias com necessidades de atenção em Saúde Mental, claramente percebemos "grifos" nas falas e nas discussões dos profissionais

como uma forma de destaque, marcando a Saúde Mental como uma condição especial ao se referir a determinados pacientes ou famílias. Assim, frases como as que seguem foram comumente utilizadas para identificar pessoas, casos ou famílias com necessidades de atenção em Saúde Mental: "[...] *ele é Saúde Mental*", "[...] *esta família é Saúde Mental*" ou, ainda, "[...] *este caso é de Saúde Mental*". Não parecem falas pejorativas ou de repulsa, mas, de qualquer forma, são falas que vêm com um grifo diferencial em relação aos outros casos, ou seja, percebemos, por parte da equipe, a existência de uma total identificação do paciente com sua condição de sofrimento mental, como se ele, o sujeito, fosse a própria doença ou a própria saúde em si mesmo.

Aproximando-nos ainda mais de nossas perguntas de pesquisa, percebemos uma variedade de situações e concepções identificadas como "Saúde Mental". Num primeiro apanhado de concepções, verificamos a Saúde Mental representada por termos, sintomas e diagnósticos da área da psiquiatria, tais como: transtornos psiquiátricos, esquizofrenia, casos considerados *borderline*, transtorno de personalidade, tentativa de suicídio, retardo mental, depressão, ansiedade e síndrome do pânico. Entretanto, foi também representada e associada a situações de violência doméstica, maus-tratos, uso de álcool e drogas, dinâmicas familiares complicadas, problemas conjugais, insônia, luto e "mulheres que sofrem".

Encontramos um terreno fértil para a investigação sobre o tema nas observações das reuniões da equipe, que ainda nos mostraram uma variedade de ações reconhecidas como de Saúde Mental: além da medicação, foram citados como estratégias de atendimento as terapias, os grupos terapêuticos e de convivência, os grupos de atividade corporal, a terapia comunitária, apenas conversar e desabafar, as atividades de lazer e de esportes. Percebemos, também, na equipe, o sentimento de ampliação de possibilidades de intervenção com as famílias após a chegada das equipes de apoio. Nesse sentido, a equipe de saúde da família reconhece que o apoio do psicólogo nas discussões dos casos tem sido fundamental para o desenvolvimento de um olhar e de um cuidado ampliados à família e ao contexto social, possibilitando melhor acompanhamento dos casos.

Eles referem-se, ainda, à possibilidade de ampliação da atuação da saúde da família com o trabalho conjunto das equipes de apoio, que propiciam algumas ações diferenciadas, como consultas e atendimentos domiciliares compartilhados entre os profissionais, além da realização de alguns grupos: grupo de adolescentes com foco em educação em saúde, grupo terapêutico de mulheres, oficina de letramento para crianças, grupo de orientação a pais e cuidadores, grupo de atividade física etc. Para ilustrar, trazemos a fala da auxiliar de enfermagem, que, ao discutir o caso de uma adolescente que procura por anticoncepcional, lembra que:

> [...] *a unidade está para iniciar um grupo de adolescentes que também seria um outro espaço, além da consulta, para orientação e acompanhamento dos adolescentes. O grupo será feito com a participação do NASF e da Saúde Mental.* (Auxiliar).

No entanto, ainda percebemos que há pouca condição para ofertar trabalho direto com as famílias, considerando-as unidades de atendimento. Nesse sentido, a médica diz: "[...] *já melhorou bastante com as equipes de apoio, mas o tempo dispensado é ainda insuficiente para a demanda da equipe e nós também não somos capacitados para uma abordagem familiar mesmo* [...]."

Além disso, casos de violência doméstica e vulnerabilidade social são priorizados nas reuniões com as equipes de apoio e trazidos com grande riqueza de detalhes acerca do contexto familiar e social, mas também com valores e opiniões pessoais dos profissionais em alguns momentos, como no comentário de um ACS sobre uma mulher vítima de violência física e psicológica pelo marido: "[...] *já são sete anos de casamento e desde o início ela sofre violência, mas na época o casamento foi confortável para ela, porque ela conseguiu um homem que assumisse as filhas dela* [...]."

De maneira geral, essa análise inicial do material das observações das reuniões de equipe demonstra compreensão ampliada do processo de saúde-adoecimento pelas equipes de saúde, com a inclusão da família (membros familiares), da dinâmica familiar (relações familiares) e seus contextos sociais nas discussões dos casos. Isso se torna ainda mais evidente quando se trata de casos eleitos como "casos de Saúde Mental", uma vez que, neles, invariavelmente, as famílias são incluídas, seja nas tentativas de compreensão ou de responsabilização pelos quadros de sofrimento psicossocial apresentados. Ressalte-se que, por vezes, são incluídas como protagonistas, por serem consideradas facilitadoras do "tratamento" ou do "manejo" pensado pela equipe.

A inclusão da família e a ampliação do olhar sobre o contexto social na compreensão dos casos clínicos, especialmente em Saúde Mental, parecem orientar atos "clínicos" que promovem a integralidade e a humanização nas práticas em saúde. No entanto, também foram percebidas as limitações quanto ao manejo familiar, isto é, o reconhecimento da família parece estar presente, mas a habilidade em propor intervenções grupais/familiares ainda é frágil, embora venha sendo fomentada pelas equipes de apoio à ESF, tais como os NASFs.

Dessa forma, ainda que com alcance tangencial, essa análise apresenta-nos o campo sobre o qual procuramos compreender as representações de família e Saúde Mental dessa equipe e, sem que fosse o nosso objetivo de pesquisa, também já nos dá sinais de como tais

representações estão, de alguma forma, ligadas às atuações dos profissionais pesquisados, particularmente no tocante às suas opções, possibilidades e limites de atuações, intervenções e possíveis encaminhamentos no trabalho com famílias na área da Saúde Mental.

4.2 Análise dos Grupos Focais

Nesta sessão, apresentamos a análise do material coletado a partir da realização de dois GFs, sendo que cada encontro teve a duração de uma hora e meia. Os GFs foram direcionados à mesma equipe de saúde da família que observamos nas reuniões de equipe, que apresenta a seguinte composição:

- 1 ACS atuando há 10 anos na equipe;
- 1 ACS atuando há 9 anos na equipe;
- 2 ACSs há 7 anos na equipe;
- 1 ACS há 6 anos na equipe;
- 1 ACS há 1 ano na equipe;
- 1 auxiliar de enfermagem há 10 anos na equipe;
- 1 enfermeira há 4 anos na equipe;
- 1 médica há 9 anos na equipe.

Da análise dos dados e da interpretação das falas, emergiram cinco grandes temas, a partir dos quais organizamos a apresentação dos resultados, que também foi preparada de forma ilustrativa, com destaque de vinhetas retiradas da transcrição original do material, já acompanhadas de reflexões interpretativas que serão mais fortemente exploradas no capítulo da discussão.

Tema 1: Representações sobre família

Esse primeiro tema trata das representações dessa equipe de família numa perspectiva geral, isto é, mostra as concepções que essa equipe e seus integrantes demonstram ter sobre a família quando pensam sobre o tema de uma maneira geral e não específica. Assim, por exemplo, ao conversarmos sobre as ideias de família que emergiram no grupo diante da

pergunta "*quais as primeiras ideias que lhes vêm à mente quando falamos em família?*", destacamos as seguintes falas:

> *Base. Estrutura.* (ACS).
>
> *Acho que também é um núcleo de apoio e proteção, independente de quem seja, é um lugar onde você possa se aconchegar e representa a sua base, a sua proteção, um apoio.* (Médica).
>
> *O importante é que ela seja acolhedora. Acolher a todos, seja ela do jeito que for.* (ACS).

As representações de família apareceram ligadas às ideias de base, conforto, apoio e núcleo, ou seja, são representações bem definidas quanto à função que esses profissionais esperam dela. Contudo, também notamos o reconhecimento da possibilidade de certa diversidade na família quanto à sua formação/composição, como, por exemplo, quando escutamos as falas "independente de quem seja" e "seja ela do jeito que for", o que demonstra certa abertura a variadas concepções de família em relação à sua composição.

De fato, as primeiras ideias sobre família e suas funções estão restritas e fortemente ligadas à sua condição idealizada de poder oferecer proteção. No entanto, a forma e o agente familiar de apoio não aparecem restritos a condições, nem a pessoas específicas, o que nos leva a considerar que a funcionalidade da família permanece determinada por uma expectativa e por representações prévias de cuidado e proteção, enquanto as representações de forma e de agentes de cuidados não são definidas *a priori*; pelo contrário, parecem ser variadas e reconhecidas a partir das diferentes situações.

Continuando a conversa, destacamos o seguinte trecho:

> *Eu acho que família é o mesmo. Cuidar das outras famílias é a mesma coisa que cuidar da minha família. Eu cuidando bem da minha família, eu cuido bem da dos outros.* (ACS).

Nesse trecho, também notamos uma representação de família ligada ao cuidado, mas está presente um sentimento de indiferenciação entre as famílias (a sua própria e as atendidas); está presente a representação de que as famílias são iguais. No entanto, as famílias não são iguais e, justamente por serem diferentes, necessitam de reconhecimentos e tratativas diferentes pela equipe. Se as equipes tomam-nas como iguais, em massa, da mesma forma, podem propor

intervenções e atuar de forma única e indiferenciada em relação a elas, desconsiderando as especificidades e particularidades em suas composições, funcionamentos e necessidades.

Em seguida, selecionamos a primeira fala da enfermeira no grupo:

> *Eu acho que, às vezes, pode ser um pouco difícil. Família a gente imagina, a gente tem assim, às vezes, como base a nossa família, que ela é um apoio... claro que cada um com seus pontos fracos, mas que é um apoio. Mas também pode ser uma rede muito complicada, muito difícil, muito delicada e às vezes é falta total. Família, eu acho que tem muitas particularidades interessantes pra gente discutir, trabalhar e lidar*. (Enfermeira).

Pela primeira vez na conversa, apareceu uma nova consideração, que trouxe outra possibilidade de representação de família. No início dessa fala, estava presente uma concepção de família caracterizada por alguma idealização ("*Família a gente imagina, a gente tem assim, às vezes, como base a nossa família, que ela é um apoio...*"), que pôde ser relativizada pela consideração de possível fraqueza ("[...] *claro que cada um com seus pontos fracos*") e, posteriormente, ampliada para uma representação oposta às que se apresentaram até então, ligando-se à ideia da falta e da não proteção ("[...] *mas também pode ser uma rede muito complicada, muito difícil, muito delicada e às vezes é falta total*").

Aqui, percebemos que a representação de família, como essa própria fala enuncia, está permeada por uma diversidade de possibilidades, configurando-se por aquilo que se espera e se deseja dela, mas relativizando-se com o que é possível ou, até mesmo, indesejável na família. Nesse sentido, De Jong (2001) considera que o ato de pensar e representar o tema "família" mobiliza um emaranhado de sentimentos, frustrações e expectativas; e exatamente esse conjunto de percepções parece ser o "caldo" que, juntamente ao contexto social, constitui as representações de família.

Em seguida, destacamos um trecho da fala da auxiliar de enfermagem, que expressa uma representação idealizada de como deveria ser a família, na qual se faz presente a ideia da impossibilidade de alcançar esse ideal:

> *É que também, às vezes, a gente coloca como união. Família deveria ser unida, mas aí entra o ponto que nem sempre dá pra ser como a gente quer, como deveria ser, com base, com apoio, com estrutura, com amor, com união.* (Auxiliar).

E continua:

> *Mas como cada um é um, mesmo sendo do mesmo pai e mãe... Todos deveriam ser iguais, mas eles não são. Cada um tem um jeito de ser. E trabalhar isso na nossa própria família também é difícil. Não é só na família dos outros que é difícil trabalhar isso. Na nossa também.* (Auxiliar).

Destacamos esse trecho, pois nele se fez presente uma representação de família que reconheceu a diferenciação entre seus membros, mas de maneira a considerar as diferenças uma dificuldade na família. A condição de uma família poder reconhecer e propiciar a diferenciação entre seus membros, que, segundo a contribuição dos estudos sistêmicos sobre família apontada por Mandelbaum (2008), é um indicador positivo no que diz respeito à dinâmica intrafamiliar, pareceu ser reconhecida, na fala da auxiliar de enfermagem, como uma dificuldade, como algo que não deveria acontecer, pois contraria suas expectativas de igualdade entre os membros que vêm de um mesmo pai e de uma mesma mãe. Assim, percebemos que a família que diferencia seus membros como sujeitos independentes pode ser reconhecida pela dificuldade de romper com o ideal de igualdade entre os membros e não pela condição de existir e de se sustentar como um grupo, a partir de suas partes integrantes.

Ao mesmo tempo, percebemos no trecho um autorreferenciamento, acentuado pela próxima fala, em que a profissional disse:

> *Nossa... você pensa: meu pai não era pra ser assim. Casaram, se uniram, mas numa certa época da vida eles já não conseguem mais se relacionar, não conseguem mais conversar. Não conseguem mais fazer aquilo que deveria ser feito: paz, amor e apoiar um ao outro. Então realmente deveria ser uma coisa maravilhosa, que chega ao ponto que ela se transforma e começa a ir para outros caminhos, que é complicado para alguns tentar trabalhar e entender.* (Auxiliar).

Essa vinheta mostra-nos uma experiência pessoal, que exemplifica de forma bastante ilustrativa a representação idealizada de família frente à dificuldade de lidar com as vicissitudes da vida familiar. Nesse mesmo sentido, sugere-nos quão presentes são as nossas experiências na constituição das nossas representações, ainda mais quando se trata de um tema tão próximo a todos e relacionado à origem de nossas relações, tal como é o tema “família”. Ainda, notamos que, conforme a conversa foi se desenvolvendo, as falas, inicialmente curtas, diretas e aparentemente simplistas, foram assumindo enredos mais elaborados, que possibilitaram uma análise mais complexa a partir das ideias e concepções expressas, que puderam ser também associadas às contribuições da literatura da área.

A seguir, destacamos outro comentário:

> *Nem sempre pela vontade da gente, mas vai pra outros caminhos... Deveria, mesmo com tudo isso, ajudar e apoiar. Mas nem todas têm... sei lá... uma estrutura para isso... ou às vezes têm medo e não sabem como agir também... porque às vezes você fala assim: não vou fazer... não é às vezes por que não quer, mas não sabe como fazer ou como mudar, como ir buscar ajuda... aí termina descontrolando tudo. Aí fica meio complicada a família.* (ACS).

A partir dessa ilustração, podemos destacar vários aspectos importantes. Primeiramente, está presente uma ideia de dinamicidade na família, mesmo que não seja exatamente assim nomeada na fala, quando analisamos o trecho "*Nem sempre pela vontade da gente, mas vai pra outros caminhos*", demonstrando o caráter dinâmico e não previsível da família, que é viva e, portanto, muitas vezes assume caminhos imprevisíveis, que não podem ser controlados pela vontade de um de seus membros, ainda que este assim o deseje. Além disso, continua presente uma representação bem definida quanto à sua função de apoio, como mostra o seguinte trecho: "*deveria, mesmo com tudo isso, ajudar e apoiar*". Já no final, aparecem as ideias de "estrutura" e "desestrutura" como agentes "complicadores" e responsáveis pelo "descontrole" da família em relação ao que era idealizado.

Novamente, emergiu a variedade de concepções e representações interligadas e intrínsecas ao tema "família", ou seja, os aspectos dinâmicos, as idealizações, as ideias de desestrutura e as fragilidades. Dessa forma, a variedade de rumos e a dinamicidade da família, nesse caso, mostraram-se presentes, embora ainda permaneça a ideia de que, independentemente de seus rumos, sua função é a de prover proteção. Também está presente a concepção de certa estrutura familiar idealizada ou de que a falta dela desorganiza e fragiliza a família, a ponto de imobilizá-la e de configurar-se numa representação de família complicada e descontrolada.

Em seguida, a já referida ideia de dinamicidade apareceu novamente, porém agora como se num desenvolvimento da fala anterior, explicitamente verbalizada:

> *É uma coisa dinâmica que vive muitas situações durante muito tempo. Em uma situação pode se harmonizar melhor e em outra situação pode não conseguir harmonização.* (Médica).

E, como num resumo do que foi dito, dois ACSs emitiram suas opiniões, momento que foi seguido por um silêncio do grupo. O primeiro disse:

> *Eh... Tem família que vem tudo bonitinho, ela segue até o vovô morrer. Agora tem umas que não... que sai pra outro caminho... você quer resgatar e não consegue... cada um para um lado.* (ACS).

O segundo continuou:

> *Você percebe um apoio, uma rede assim na família, uma coisa que liga. Porque mesmo as conturbadas estão lá juntas e é um ponto de referência.* (ACS).

Essas duas falas parecem resumir todos os aspectos discutidos e incluídos nas representações de família trazidas por essa equipe: a idealização da família "bonitinha" interrompida apenas pela morte; a dinamicidade e diversidade na família, que pode "sair para outro caminho"; o esforço para o retorno ao ideal ("*você quer resgatar e não consegue... cada um para um lado"*); além do reconhecimento de que todos esses aspectos estão presentes na representação de família que se sustenta na ideia de apoio e ligação, como vemos na fala: "*mesmo as conturbadas estão lá juntas e é um ponto de referência*".

Tema 2: Representações sobre as famílias atendidas

Esse segundo tema apresenta-se como uma continuidade do primeiro; no entanto, contém certa especificidade, pois pretende apresentar as representações sociais sobre as famílias atendidas pela equipe. Assim, a partir do direcionamento proposto no GF, partimos de um referencial generalizado sobre as concepções de família apresentadas para podermos, nesse momento, trabalhar de forma dirigida às suas representações, na equipe, em relação a um determinado grupo de famílias: as famílias que a equipe atende.

Nesse sentido, as primeiras falas versam sobre a diversidade de famílias, expressa em poucas palavras, como se os membros estivessem apresentando e enunciando o que mais adiante discutiríamos com riqueza de elementos. A seguir, as primeiras falas que surgiram sobre as famílias por eles atendidas:

> *Uma diversidade muito grande.* (Médica).
>
> *Totalmente diversas.* (Auxiliar).
>
> *Eu diria que tem de tudo.* (Médica).
>
> *É, tem um pouco de tudo.* (Enfermeira).

Em seguida, começaram a nomear e explicitar situações nas quais reconhecem as famílias que atendem:

> *Casais homossexuais, casais heterossexuais, com filhos, sem filhos, em melhor situação econômica, em pior situação econômica, em condições extremas de pobreza, em bons relacionamentos familiares, em péssimos... famílias que são amigas convivendo juntas.* (Médica).
>
> *Ou famílias que não se suportam...* (Auxiliar).
>
> *E vivem juntas, ou famílias que não se suportam e se separaram e deixou de ser uma família.* (Médica).

Nessas falas, a equipe nos trouxe um panorama sobre as diversas possibilidades reconhecidas de configurações familiares no âmbito das famílias atendidas. Percebemos que está presente o reconhecimento da família em suas várias possibilidades de configuração, seja nuclear, homossexual, com ou sem a presença de filhos. Há, também, a enunciação da diversidade das famílias atendidas quanto ao aspecto econômico e afetivo.

Nos trechos seguintes, percebemos uma ampliação ainda maior em relação às representações que a equipe tem sobre as famílias atendidas, quando associou outras situações mais complexas, como o uso de drogas, violências e carências:

> *Outras se acabam por causa das drogas, que cada vez está aumentando mais. A gente tem mais dificuldades com estas pessoas que estão se perdendo nas drogas, na bebida...* (ACS).
>
> *Violências... têm muito. Têm também aquelas violências que não são divulgadas, aquelas pessoas que ficam anônimas... com medo...* (ACS).

Temas complexos, como o uso de drogas e a violência doméstica, fazem-se presentes quando o assunto versa sobre as famílias atendidas. O surgimento espontâneo desses temas nos faz pensar que as concepções sobre essas famílias são imbricadas de aspectos mais complexos, isto é, além do reconhecimento das condições e das dinâmicas intrafamiliares pertinentes a todo grupo familiar, a equipe também precisa lidar com temas perpendiculares complexos, como os citados, que parecem atravessar as representações e o trabalho com essas famílias de forma significativa.

Em seguida, outro aspecto sobre as famílias atendidas foi lembrado:

> *E têm as pessoas carentes, bem carentes mesmo, que procuram a gente... nós mesmos, os agentes comunitários, às vezes eles nem procuram por causa da saúde, mas pelo acolhimento... pela Saúde Mental mesmo, de poder acolher, a gente ouvir já ajuda bastante.* (ACS).

Interessante destacar a representação da família atendida ligada à carência presente nessa fala. Notamos que a carência pode ter sido utilizada num sentido mais amplo, ou seja, não necessariamente carência econômica, mas também afetiva, pois a representação é seguida da ideia de acolhimento e escuta praticada pelos ACSs. Além disso, pela primeira vez, apareceu espontaneamente no grupo o tema "Saúde Mental" ligado à ideia de famílias carentes que precisam ser acolhidas, ouvidas.

Após um curto silêncio, o grupo começou a trazer situações do cotidiano do trabalho para ilustrar o que pensava sobre as famílias que atendiam. Por exemplo, na fala a seguir, o sentimento de amor foi usado para representar o que deve ser comum nas famílias, ao mesmo tempo que as diferenças de ideias e opiniões foram usadas para afirmar a diversidade das pessoas e das famílias:

> *Os sentimentos são os mesmos. Sempre o amor, mas as ideias é que são diferentes. Cada um tem uma ideia, cada um quer seguir a sua vida de uma forma diferente. Mas o amor sempre está ali, mas é que as ideias às vezes não batem. Às vezes o pai quer fazer uma coisa, o filho quer fazer outra, a mãe outra. O filho quer se drogar, a mãe não quer que ele se drogue e por aí vai... Então, o amor está ali, mas a diferença sempre existe, porque sempre há formas diferentes de pensar. Um tem uma ideia de fazer uma coisa, outro tem a ideia de fazer outra, então é meio complicado o todo ali, não tem como ser tudo igual, nunca vai ser igual.* (ACS).

Percebemos, assim, a ideia de que o afeto está ou deveria estar presente nessas famílias, além do reconhecimento de que a presença da afetividade não impede a diferença de opiniões e ações entre seus membros, mesmo quando essa divergência é algo como o uso de drogas por um membro da família.

A próxima fala, de uma auxiliar de enfermagem, reafirma a representação idealizada de família ligada ao amor e ao carinho, porém inviabilizada pela representação de agressividade entre os membros:

> *Eh... o carinho, o amor mesmo que deveria existir... eu não vejo.* (Auxiliar).

Então, contou o que viu, revelando suas ideias sobre as famílias do território atendido:

> *Eu acho que às vezes falta um pouco de respeito. Eu não vejo muito amor entre as famílias. Muito pelo contrário, eu vejo muita agressão. Às vezes a agressão não precisa ser só física. Ela também é com palavras...* (Auxiliar).

Em seguida, revelou seu sentimento ao trabalhar com essas famílias:

> *Sinto que existe uma impotência de quem, por exemplo, de nós que estamos do outro lado. Uma impotência de ver tudo isso acontecer e não poder intervir, de certa forma.* (Auxiliar).

Com certa indignação, a auxiliar de enfermagem prosseguiu com sua fala, narrando situações familiares de forma bastante detalhada, nas quais imprimiu seu incômodo com o que viu em suas visitas domiciliares:

> *Então, é mãe que gosta mais de um filho, mas não gosta do outro. E o outro é agressivo porque, de uma certa forma, a tolerância dele já está no limite, ele já não consegue dar amor para aquele pai, aquela mãe, aquele irmão, por mágoas contidas.*
>
> [...]
>
> *Você entra na casa e já ouve gritos de pai com filho, de filho com pai, de irmão com irmã, mãe estressada que não vai à reunião do filho, que não vê a lição da escola... sabe... ah tá estudando, mas eu nem sei que prova que ele fez... se passou, se não passou, não existe este interesse. As mulheres estão tão preocupadas com o trabalho da casa, porque algumas não trabalham fora... mas, assim, lavar roupa, cuidar da casa, do marido e esquece dos filhos. Acham que só de fazer a comida, lavar e passar, já está bom. Não dão carinho, não dão uma atenção. Às vezes o filho faz um desenho... olha mãe o que eu fiz... ah, tá bom, depois eu vejo... sabe, isso já faz com que a criança pense... puxa... minha mãe não deu importância... já outras você vê que o mínimo que a criança faça... ai que legal, que bonitinho faz mais um... mas é muito raro a gente ver isso; na grande maioria das vezes o que a gente vê é realmente assim um descaso sabe, teve um filho e... ah... crio, cuido bem, dou banho, dou comida, passo roupa, lavo roupa, e pronto.* (Auxiliar).

Nossa análise destaca que, quanto às representações das famílias atendidas, além dos aspectos já trazidos sobre família de uma maneira geral, apareceram fatores que aumentaram a complexidade do assunto, como a presença de situações de uso de drogas, violência e agressividade. Diante da intensidade com que tais aspectos surgiram, arriscamo-nos a dizer que eles fazem parte das representações que a equipe tem sobre essas famílias, talvez não por sua incidência generalizada entre elas, mas pela intensidade e dificuldade da equipe quando tais aspectos (violência, drogas, agressão) aparecem no trabalho.

Tema 3: Sentimentos e posturas da equipe frente às representações de família e das famílias atendidas

De forma espontânea, em determinado momento do GF, emergiu outro tema intimamente ligado às representações de família e famílias atendidas, referente aos sentimentos e ações despertados na equipe frente aos temas abordados. Certamente, esse seria um tema dirigido ao grupo caso não emergisse, mas acreditamos que o fato de ter surgido espontaneamente é um sinal de que o encontro estava "vivo" e mobilizando afetos.

Nesse contexto, a auxiliar de enfermagem continuou contribuindo com o grupo e, mais uma vez, expôs seu sentimento de impotência e de identificação com as famílias:

> *Olha, é difícil, eu acho difícil, e eu muitas vezes me senti impotente, porque, querendo ou não, com algumas famílias eu até me identifico... em algumas coisas, não em tudo. Mas em algumas coisas sim; então, assim, você parece que é um balde de água fria sabe? Porque se você às vezes não consegue nem resgatar e resolver na sua, que dirá nas que estão de fora e que você é apenas uma pessoa da saúde que vai lá e orienta...* (Auxiliar).

De maneira bem clara, ela mostrou um sentimento de impotência não apenas ligado às famílias atendidas, mas também às questões da própria família. Isso porque abordar o tema "família" significa entrar em contato com representações e sentimentos próprios; assim, ainda que se pretenda falar de outras famílias, das famílias atendidas, por exemplo, a representação que se tem da própria família faz-se presente e permeia a conversa. Por isso, já intencionalmente, o GF foi dirigido, inicialmente, de forma a se poder falar livremente sobre família e, só na sequência, temas mais dirigidos, como as famílias atendidas, foram propostos.

Nesse sentido, percebemos diferenças nas expressões, nas falas, ou seja, nas representações, quando se abordou o tema de forma focada e ampliada, mas, em muitos momentos, os sentimentos e as representações cruzaram-se e se misturaram, demonstrando que a representação que se tem da própria família, de alguma forma, está em jogo quando se pensa nas famílias atendidas.

> *Muitas coisas a gente não pode se meter mesmo... mas a gente tenta orientar com quem é mais... com quem conversa melhor e que te escuta melhor, mas... assim, pessoalmente, eu me sinto impotente... eu fico querendo ajudar sabe, parece que eu tenho vontade de pegar ali e resolver sabe... ah, se fosse comigo, eu já faria diferente, mas não tem como. Eu também não consigo nem dar conta da minha, então às vezes a gente se sente assim, eu me sinto impotente muitas vezes.* (Auxiliar).

Apareceu, também, a noção de complexidade na abordagem familiar, aliada ao sentimento de falta de capacitação para o trabalho com famílias:

> *É um trabalho de formiguinha assim, porque as questões às vezes são tão complexas e nós não temos a estrutura pra resolver. Cuidar de uma família que tem algum problema é uma questão extremamente complexa... A terapia da família, trabalhos em grupo familiares... e a gente não tem o tempo nem a equipe capaz e capacitada pra fazer esse trabalho.*
>
> [...]
>
> *Muitas vezes, as famílias também não colaboram. Se você tivesse a equipe, a família não viria, não teria adesão. É uma luta, que a gente tenta inserir nas outras atividades que nós temos com a equipe multiprofissional que agora existe, mas é um trabalho de formiguinha e que a gente se frustra muitas vezes, porque a própria família não adere ou porque precisaria de uma coisa mais avançada, mais próxima e que a gente não é capaz de oferecer.* (Médica).

A médica seguiu dando sua opinião sobre a ESF:

> *Eu acho que a gente percebe o problema, mas não consegue resolver. Não tem tempo nem capacidade mesmo. Para fazer uma terapia familiar, é um treinamento de três, quatro anos.* (Médica).

Essas falas mostram claramente os limites sentidos pela equipe quanto às suas condições de oferecer atendimento familiar adequado frente às complexas demandas que as famílias apresentam. Por um lado, a equipe reconhece e diferencia o grupo familiar como um grupo de formação e relações de complexa compreensão, superando o olhar dirigido apenas aos indivíduos que o constituem. Por outro, tal reconhecimento não é suficiente para ofertar intervenções adequadas, principalmente pela falta de formação dos profissionais da ESF e, também, pela falta de tempo para dispor de tal atenção em seus cotidianos.

Em seguida, ainda nesse tema sobre os sentimentos e posturas frente às famílias atendidas, ganhou destaque a preocupação da equipe com os ACSs:

> *À medida que a gente vai lidando com as famílias, a gente percebe que têm muitas outras coisas que a gente vai descobrindo. Às vezes, eu fico pensando assim, com essa conversa, nos agentes de saúde... Eles vão todo mês naquela casa e todo mês aquela mesma pessoa senta e fala uma coisa diferente, um desabafo, cada vez ela se abre mais. Então, imagina a sensação de estar ali sentado naquele sofá escutando um pouquinho mais daquela historia triste e não saber o que fazer.* (Enfermeira).

> *É um fator estressante e de angústia muito grande pra eles.* (Médica).

Vários estudos, como o de Gabardo, Junges e Selle (2009), já foram realizados sobre a condição de trabalho e adoecimento dos ACSs, que, por um lado, são considerados fundamentais para o funcionamento da ESF e, por outro, são os menos favorecidos em relação à formação e ao preparo psíquico para lidar tão de perto com questões tão mobilizadoras trazidas pelas famílias atendidas. Portanto, algumas dessas falas indicam que o que encontramos nesta pesquisa em relação à insuficiência de investimento na formação e capacitação das equipes da ESF corrobora os achados da literatura da área. Mesmo não sendo esse nosso objetivo direto de pesquisa, percebemos que a falta de espaço para reflexão e capacitação é tema presente na ESF, que interfere diretamente na condição de compreensão e atuação com as famílias e suas demandas complexas em saúde.

Ainda sobre os sentimentos frente ao trabalho com as famílias, os ACSs disseram:

> *Muitas vezes, a gente só senta e escuta. Não sabe nem o que falar.* (ACS).
>
> *Às vezes, a gente sabe mais o que acontece nessas casas do que eles próprios, entendeu? Individualmente, a gente consegue abordar, acolher a cada um.* (ACS).
>
> *Pra mim é gratificante; se não fosse, eu não estava aqui há tantos anos. Me identifiquei bastante com o trabalho e só pelo fato de você ir, isso eu falo que é o verdadeiro amor pelo serviço e pelas pessoas, porque, assim, só pelo fato de você sair de casa e você ir de casa em casa, você acolher, mesmo às vezes não podendo ajudar, mas pelo menos você ouvindo as pessoas, é muito gratificante.* (ACS).

Verifica-se que os ACSs percebem claramente seu papel de acolhimento e escuta das famílias; no entanto, parecem não reconhecê-lo como uma importante ação em saúde, como exemplificado nos seguintes trechos: "*a gente só senta e escuta...*" e "*mesmo às vezes não podendo ajudar*". Além disso, apesar de reconhecerem seu papel e de desempenhá-lo com satisfação, sentem-se esquecidos e, ao mesmo tempo, orgulhosos, por, ainda assim, conseguirem desenvolver um trabalho ético.

> *Eu só acho que deixa a desejar... é que a gente acolhe tanto e a gente não é acolhido, entendeu? E mesmo assim eu admiro a gente, mesmo porque a gente não deixa isso influenciar nas nossas vidas particulares nem no nosso trabalho, essa falta de acolhimento.* (ACS).
>
> *E a gente consegue isso pela mente, mente mesmo... sabe, é deixar cada um saber dividir as coisas, sabe aquela ética mesmo. Cada um com o seu*

> *problema, cada residência com os seus problemas, não levando nem os problemas dos pacientes para casa nem de casa para os pacientes, sabendo administrar e nisso eu acho que a gente está de parabéns.* (ACS).
>
> *Eu acho que o ponto importante é sempre gostar do que você faz. Se eu não gostasse, não daria importância para o que a família tal está vivendo. Pensaria que ela está com o problema dela; ela se vira no problema dela, porque o meu serviço é saber como ela está e orientar em algumas questões. Só que o nosso trabalho eu não vejo como só isso; eu vejo que realmente às vezes você senta na casa e parece que ela não tem nenhum problema, mas ela precisa falar, ela precisa conversar. E a conversa que ela tem já pode ser o suficiente; então, ela não precisa de mais nada, ela desabafou. Então é gratificante nesse ponto, porque às vezes não precisa mandar pra médica.* (ACS).
>
> *Às vezes, ela estava tão estressada que fala mal de você no portão e, no outro mês, ela fala: oh... desculpa, eu estava assim... Então, você apaga aquilo, mas desde que você goste. Porque quando você não gosta, você não consegue separar. Você leva o seu pra casa do vizinho e o vizinho vem te perturbar no outro dia.* (ACS).
>
> *E muitos não conseguem fazer isso e estão tudo pirando por aí, se afastando com depressão, não estão sabendo administrar.* (ACS).
>
> *Eu acho que o ponto central é você gostar daquilo. Dá pra resolver algumas coisas, dá. Não dá pra resolver tudo, não dá. Porque nós somos uma equipe e um precisa do outro.* (ACS).
>
> *Têm famílias que querem ajuda, mas só que quer que você faça. Eu passo meu problema e vocês têm que resolver. E nem tudo é vocês que têm que resolver, eu também tenho que dar o meu passo à frente. E muitos não querem dar o seu passo. Eu passei o problema pra vocês, é vocês que vão ter que resolver. Mas eles não fazem a parte deles, que a gente coloca de responsabilidade e corresponsabilidade. Às vezes, não está existindo isso, então ele continua com o problema dele, porque eu não posso resolver, a equipe não pode resolver. Ele pode, se ele desse um passo e ajudaria a gente, que não vai ouvir a mesma conversa no próximo mês, porque ele deu um passo dele. Mas aí você tem que sentar, explicar de novo que se ele fizesse isso... então, você tem que gostar disso, porque senão você não volta mais. E quando a pessoa fica muito assim... e não aguenta, é porque ela não está mais conseguindo gostar daquilo que ela está fazendo e ela começa a misturar tudo.* (ACS).

Tema 4: Representações de famílias reconhecidas por alguma necessidade de atenção em Saúde Mental

Apresentamos, a seguir, os resultados da análise das falas sobre um tema central de nossa pesquisa: as representações da equipe em relação às famílias atendidas e identificadas por eles como tendo alguma necessidade de atenção e cuidado em Saúde Mental.

A primeira fala sobre o tema foi a seguinte:

> *São casos difíceis pra gente lidar com os poucos recursos que a gente tem. Mas a gente tenta, com os poucos recursos, dar um pouco de apoio quando a família pede, quando fala que quer uma ajuda e que precisa de uma ajuda, caso contrário, se não pede, fica difícil a gente conseguir ir à casa pra conversar.* (Enfermeira).

Ela mostra uma representação de família com necessidade de atenção em Saúde Mental, associada a casos difíceis e a poucos recursos de atendimento. Interessante perceber, nesse sentido, que o atendimento apareceu como "ajuda" e uma "ajuda" que precisa ser solicitada pela família, demonstrando certa dificuldade de iniciativa da equipe no cuidado em Saúde Mental.

Ainda refletindo sobre essa dificuldade da equipe em relação ao tema, destacamos outro trecho, que surgiu ainda no início da discussão com a equipe:

> *São vários motivos que podem causar isso* [referindo-se à Saúde Mental]. (Auxiliar).

Notamos que o início da conversa sobre o tema já é marcado pela dificuldade, evidenciada de diversas formas, seja a dificuldade de compreender essas famílias, seja a dificuldade na iniciativa em ajudá-las ou, até mesmo, como constatamos, a dificuldade em nomear a Saúde Mental, uma vez que é referida como "isso".

> *Há uma diversidade de fatores; às vezes, a falta do apoio familiar ou uma questão genética mesmo. Têm algumas famílias que você percebe que o ambiente ajuda, mas é uma coisa muito genética, que várias gerações apresentam. Mas acho que o que mais tem mesmo é a falta de estrutura, falta de valores, que é o mais difícil de você lidar. Quando o problema é mais genético, você vai lá dá o remédio, eles melhoram, é uma beleza. Agora, quando é um problema de estrutura, de desrespeito, a gente fica pensando que é uma coisa sem solução; a gente vai, intervém, orienta e, quando você vai ver, tá tudo na mesma*. (Médica).
>
> *Porque é difícil também a gente pensar em algumas soluções, apresentar algumas opções. Tem a ver com o valor de uma família, das relações.* (ACS).

A primeira fala mostra hipóteses sobre a origem de problemas mentais, nas quais percebemos uma variedade de causas atribuídas pela equipe, como a falta do apoio familiar, questões genéticas, ambiente, falta de estrutura e valores familiares. Muito interessante notar a sensação de alívio quando se trata de algo genético, pois há um tratamento definido com remédios e a melhora é garantida. Já quando se trata de problemas de Saúde Mental

relacionados a relações e valores familiares, está presente uma ideia de investimento em vão por parte da equipe, ou seja, casos considerados de difícil ou sem solução.

Continuamos a apresentar algumas considerações importantes feitas pela equipe sobre representações de família e Saúde Mental:

> *A gente, às vezes, aproxima aquela família Saúde Mental da nossa ou o que seria o nosso ideal e, às vezes, não é daquela forma. A dinâmica e o funcionamento daquela família é diferente.* (ACS).
>
> *Tem que respeitar cada um no seu espaço, no seu ambiente, do jeito que é.* (ACS).
>
> *O problema é que, às vezes, a família diferente vive bem; só que, às vezes, ela está com a dinâmica doente e intervir nisso? A gente tenta aproximar ela ao que é nosso? Mas será que vai funcionar? Às vezes, é mesmo uma dinâmica diferente. É difícil.* (Médica).
>
> *Às vezes, para eles, o nosso não está de acordo com o conceito que eles têm de família. Às vezes, pra eles, esse é o normal. Pra gente é que não está normal.* (ACS).

A análise desse material mostra-nos certa tendência, por parte da equipe, de polarização entre "família normal" e "família diferente", de forma a aproximar a "nossa família" do normal e "a família deles" do diferente. É bem verdade, porém, que há uma iniciativa de problematização sobre o que é considerado normal, o que é viver bem, por quem isso é considerado bom e normal, além de quando e como intervir nessas situações.

Na continuidade da exploração do tema "família e Saúde Mental", destacamos alguns trechos:

> *Tem a ver com criação, com história de vidas, às vezes, diferentes.* (Médica).
>
> *Tem muito disso: ah... eu não quero ser igual àquela família. Ah... eu queria ser igual àquela... mas às vezes olha aquela na aparência, mas quando chega lá dentro na convivência... aquela família não é bem o que eu pensava. Estava tão bonitinho e quando entra na casa e pega tudo... nossa... não imaginava que fosse desse jeito... então... tem isso.* (ACS).

Esses exemplos mostram-nos que a representação das relações entre família e Saúde Mental está ligada à história de vida das pessoas e à percepção de que, no contexto familiar, há aspectos da intimidade e da convivência familiar que podem ser percebidos e trabalhados apenas se vistos a partir de uma perspectiva mais íntima e próxima daquele cotidiano.

> *Às vezes, essas famílias que a gente chama de esquisitas, bem diferentes da nossa, funcionam bem.* (Médica).

Percebemos, assim, que as representações de família com necessidade de atenção em Saúde Mental estão associadas ao diferente, ao "esquisito", embora a equipe reconheça que, mesmo assim, essas famílias podem ser funcionais.

> *Mas às vezes é isso. Está tudo bem pra eles, é uma família que funciona. Acho que isso é dizer que já aprenderam a conviver com a diferença da nossa, do que seria ideal.* (Médica).

Esse é um exemplo interessante do desenvolvimento de um conceito sobre família e Saúde Mental que contém a ideia de que a "família esquisita" pode funcionar bem, desde que tenha aprendido a se perceber como diferente da ideal, sendo que, mais uma vez, a família ideal é referida como a "nossa" família. Logo, a representação de família e Saúde Mental é construída sobre formas de pensamentos e valores que podem até reconhecer suas especificidades e sua capacidade de funcionar bem, porém segundo padrões de referência e de adaptação que tomam como base a "família normal". Desse modo, parece-nos que a família com algum tipo de sofrimento mental não pode ser representada por si mesma, sendo sempre representada a partir da "família normal" e do que pode dela se aproximar ou se afastar.

> *Mas às vezes tem até a dinâmica familiar de uma família parecida com a nossa, que não está funcionando, tem algum problema. Eu acho que isso angustia mais do que uma família diferente. Quando ela apresenta algum problema, de alguma forma, na dinâmica que a gente precisa intervir. E muitas vezes a gente não consegue.* (Médica).

Já nessa fala, há o reconhecimento de que "famílias como as nossas" podem também não funcionar bem, em algum momento. Assim, admite-se que qualquer família pode precisar de atenção em Saúde Mental; no entanto, em relação às famílias ditas "como as nossas", a equipe sente-se mais angustiada.

Em seguida, destacamos algumas falas sobre as possibilidades de intervenção nos casos de Saúde Mental:

> *Não poder intervir, não fazer nada é que deixa assim... quando a gente vai numa casa... o que eu vou falar, o que eu vou fazer... porque não tem o que fazer.* (ACS).

> *Antes era pior, a gente pegava um caso desse e ficava desesperado, porque não tinha pra quem mandar. Não tinha. Hoje, a gente já pensa NASF, já pensa que tem uma fonoaudióloga, que tem equipe, que tem o psicólogo. São mais pessoas para poder intervir. E antes que não tinha nada, você levava o problema, voltava com ele... quer dizer... era desesperador.* (ACS).
>
> *Hoje, eu acho que está melhor, mas, mesmo com toda essa equipe, têm problemas que não tem o que fazer e você vai voltar lá pra acalmar, deixar ela falar tudo o que ela falou no ano inteirinho de novo. Ela vai desabafar e você volta pra sua casa e não pode levar pra sua casa, pra ninguém. Tem que guardar ali e ficar ali.* (ACS).
>
> *Até mesmo com a equipe ampliada. Ela é limitada. Existem intervenções que a gente não tem pernas pra fazer.* (Médica).

A equipe percebeu uma ampliação nas possibilidades de cuidados em Saúde Mental, mas ainda persiste a sensação de "não se ter o que fazer" nesses casos. Nesse sentido, levantamos a questão de essa sensação de impotência da equipe ser provocada pela própria natureza dos casos, que diz respeito a situações que talvez não se tenha mesmo uma "resolução" definitiva, por se tratar de questões dinâmicas, subjetivas, intrínsecas aos sujeitos, e que, portanto, de alguma forma, permanecem contínuas. É certo que a ausência de profissionais e serviços qualificados dificulta o trabalho, mas, talvez se existissem todos os profissionais disponíveis, ainda assim certos sentimentos de desconforto, de impossibilidade, de não resolução continuariam presentes. Vejamos, por exemplo, como a equipe sente-se mais aliviada quando se trata de um caso de Saúde Mental "genético" e definido, em que a solução é objetivamente encontrada num remédio, muito diferente da angústia e da sensação de impotência frente a questões dinâmicas e intersubjetivas. Logo, acreditamos que a própria natureza das questões de Saúde Mental é incompatível ao que comumente as equipes estão preparadas para atender, bem como o manejo, as expectativas e os prognósticos são também bem diferentes do que os padrões de representações acerca das questões mais objetivas e biológicas em saúde.

> *Tem aquela família interrogação também. Porque você vai lá na casa, entra, e é tudo arrumadinho, tudo bonitinho, foto de todo mundo e tudo está sempre lindo. Tem algum problema? Não, está tudo ótimo. E você nunca sabe o que de fato acontece na casa. Aí, às vezes, eu penso: nossa que estranho, assim porque tudo tão normal, impossível.* (ACS).
>
> *Será? Por que a gente vive com tantos problemas e a gente acha que não pode existir algo certinho.* (ACS).
>
> *É dinâmico, muda. E toda família tem segredos, que ela não vai revelar para ninguém.* (Médica).

> *Eu trabalho com uma família há oito anos. Ontem, depois de oito anos, com toda uma equipe descobrimos algo novo... então, quer dizer... cada vez que vão pegando confiança, eles vão se abrindo mais um pouquinho. Ontem, eu fiquei até quieta quando me contou.* (ACS).
>
> *É que têm coisas também que nem tudo se conta. Você não vai contar tudo.* (ACS).

Essas falas são bons exemplos para uma discussão sobre o público e o privado. Podemos pensar nessa questão em relação às famílias, isto é, de certa maneira, são elas que escolhem o que querem mostrar e o que querem preservar; a elas está ou deveria estar resguardada essa autonomia. Por outro lado, a ESF, por vezes, mostra-se invasiva às famílias, numa dificuldade de reconhecer o limite entre o papel de vigilância à saúde no território e o papel de investigador das famílias.

A equipe continuou a falar sobre suas ideias do que seja uma família com necessidade de atenção em Saúde Mental e, nesse momento, ampliou as possibilidades com exemplos variados, como vemos a seguir:

> *Se a pessoa começa a dizer: meu marido não está bem, ele não dorme, meu marido está achando que ele vai ficar louco e ele não dorme há dois dias e ele não está bem... então, eu penso logo na Saúde Mental*. (ACS).
>
> *Casos que você percebe que têm problema na estrutura da pessoa, como ela recebe você e como ela conversa com você e, se de repente isso mudar, eu acho que é Saúde Mental. Então, ela não está bem, eu traria pra Saúde Mental.* (ACS).
>
> *De uma forma geral, qualquer coisa que passe a ser disfuncional, que tire a harmonia, o equilíbrio ou que comprometa a vida da pessoal, seja pessoal ou no trabalho, comportamental, seja adulto, criança, algum caso que fuja daquele equilíbrio particular que aquela família vivia.* (Médica).
>
> *Por exemplo, se uma mãe me diz que o filho fica só no quarto, faz tempo que ele não conversa com ninguém... ele não era assim, de repente ele se tranca no quarto, ele está ali, não fala, não conversa, eu pergunto... então, algo está acontecendo.* (ACS).
>
> *Quando passa a alterar uma rotina que a família vivia.* (Médica).
>
> *Têm muitos casos pelo ritmo de vida que a gente leva, pelas coisas que acontecem no dia a dia, trabalho, preocupação com filho, com casa, com aluguel, com todas as contas pra pagar, o salário não dá... isso gera realmente uma angústia e a pessoa pode sim se envolver com um problema mental.* (Auxiliar).

Essa equipe pareceu perceber a necessidade de atenção em Saúde Mental em várias situações, mas as representações que tem sobre o tema estão fortemente ligadas à ideia de normalidade *versus* diferença, assim como também à questão da disfuncionalidade e da

dificuldade de resolução. Não encontramos, de forma geral, representações de Saúde Mental como doença, por exemplo. Pelo contrário, à medida que o GF foi se desenvolvendo, as famílias eleitas para Saúde Mental apareceram com questões próximas do cotidiano, como dificuldade de dormir, mudanças de comportamento que pudessem comprometer a rotina e o bem-estar etc.

Interessante também observar, na fala seguinte, a capacidade da equipe em perceber a família quanto à sua própria potencialidade de se rearranjar e, ainda, em perceber o melhor momento para intervir:

> *Eu penso em alguns pontos, assim, de equilíbrio ou de desarmonia que a família não está conseguindo lidar com isso. Porque também existem alguns casos que as famílias conseguem discutir e se reorganizar pra tentar resolver. Então, a gente tem também essa função de conseguir observar, conversar e dar um tempinho pra ver como ela se rearranja de alguma forma, e quando não tem estrutura ou não consegue mesmo de alguma forma se reorganizar, a gente se preocupa mais e tenta discutir isso com a Saúde Mental.* (Enfermeira).

Além disso, há outros segmentos de famílias que também são considerados com necessidade de atenção em Saúde Mental:

> *Eu vejo também muita somatização; inconscientemente a pessoa diz que tá tudo bem, mas tem dores inexplicáveis, irritações, ansiedades. Mulheres que ficam em casa é incrível a quantidade de problemas de Saúde Mental, como a gente disse, não são só os loucos de pedra, mas com certeza é também um problema de Saúde Mental.* (Médica).
>
> *Eu percebo que afeta principalmente as mulheres. É uma quantidade absurda de gente que a gente atende e que é mulher com filhos, que não trabalha, que está aparentemente numa condição mais tranquila, mas tem um comprometimento da Saúde Mental importante. São mulheres que sofrem.* (Enfermeira).

Portanto, verifica-se que as mulheres ganham destaque nas representações de Saúde Mental, principalmente aquelas que sofrem por suas somatizações, dores e ansiedades.

> *Eu fico pensando também no futuro. Hoje, têm muitas meninas e meninos com 12 anos com filhos, entram nas drogas muito cedo, então essas crianças, daqui alguns anos, vão ser um problema pra Saúde Mental. Vai criar uma criança com problema, porque ela vai entrar na família já sendo um problema e vai desestruturar tudo. Porque, se fosse tudo certinho, bonitinho, nada aconteceria.* (ACS).

Nessa fala, está presente um determinismo em relação à Saúde Mental, isto é, de que as crianças filhas de adolescentes serão problemas para a Saúde Mental, pois desestruturam a família.

> *Quando vejo uma criança de dois anos sendo discutida com a Saúde Mental e a família achando que o problema é realmente a criança... tem alguma coisa errada, ela só tem dois ou quatro anos.* (ACS).
>
> *Tem muita mãe que traz e diz: ai, ele precisa de psicólogo, de terapia, é hiperativo. E às vezes o grande problema é os pais, pela falta de limite, de carinho.* (Médica).
>
> *Acho que, nesses casos, a comodidade dos pais pode se transformar sim num passo pra Saúde Mental. Às vezes, a criança já está com problema e a mãe nem percebe. Nisso tudo entra dificuldade de aprendizado, crianças sem limites, porque vivem numa casa sem limites e sem respeito.* (Auxiliar).

Notamos, também, a representação de que os problemas com as crianças podem estar relacionados com a dinâmica familiar, porém essa representação está ligada a uma ideia de culpabilização da família. Nesse sentido, a equipe de saúde da família parece perceber mecanismos familiares utilizados, mas não encontra ferramentas para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico com a família que não seja culpar ou abordar o problema superficialmente.

Resumindo o sentimento e as ideias da equipe, o GF sintetizou assim suas concepções sobre o tema "família e Saúde Mental":

> *São várias coisas, não é aquela, só aquela que tem um louco de pedra.* (ACS).
>
> *Essas são as mais fáceis.* (Médica).
>
> *Dá haldol... e fala: ai que bom que eu sei o que é, por exemplo, esquizofrenia... ele vai ficar bom.* (ACS).
>
> *Não é só pra louco, se fosse só esse era mais fácil... que nem a Dra. falou... ai que bom, já sabe e já resolve.*
>
> [...]
>
> *Às vezes, é falar da gente também.* (Auxiliar).

Tema 5: O meio e as condições de vida das famílias em relação à saúde/Saúde Mental

Outro tema relevante para o nosso objetivo de pesquisa relaciona-se às representações das famílias atendidas levando em consideração, de forma mais focada, o contexto em que vivem. Lembremos que, para os ACSs, esse contexto é o mesmo em que vivem e trabalham;

além disso, as representações sociais são não só construídas pelo trabalho intrapsíquico, mas também definidas a partir do contexto e do meio social em que se inserem. Assim, apresentamos algumas falas que versam sobre as características mais gerais do bairro, provenientes, principalmente, dos ACSs:

> *Estou aqui há 15 anos e gosto do bairro onde eu moro e trabalho. Ele é bom, tem uma parte ambiental bonita, tem uma represa bonita. Não tem tanta coisa que, às vezes, a gente ouve pela televisão. É lógico que alguns pontos de violência ele tem. Mas, em relação a muitos, é um bairro bem sossegado, tranquilo, não sei se é porque ele é bem pequenininho, bem dividido, não se expande, não abrange outros cantos.* (ACS).
>
> *É o bairro onde eu vivo e onde eu tenho condições de estar. No meio de outros bairros por aí que a gente vê só a violência... drogas existem, em todo lugar.... mas... sim, eu gosto daqui, é tranquilo, meus filhos podem voltar e sair, assim não tão tranquilo, claro... mas podem voltar... comparando com outros lugares, é melhor.* (ACS).
>
> *Em respeito à lotação, o acesso agora é bom. Já foi muito pior.* (ACS).
>
> *Tem um pouco de violência, mas todo bairro tem um pouco, né?* (ACS).
>
> *As pessoas que vêm de outro lugar, de outras unidades, elas falam que o bairro é bem diferenciado. Os estagiários que vêm gostam.* (ACS).

Percebemos essas primeiras falas são dos ACSs e têm o sentido de apresentar o bairro de forma positiva, ressaltando suas qualidades ambientais, facilidade de acesso, sua tranquilidade e violência menor se comparada à de outros lugares. Afinal, esse é o bairro onde eles vivem, trabalham, e, de certa forma, são as pessoas mais bem-sucedidas da comunidade, por terem um trabalhado estável e reconhecido entre a população.

Em seguida, apresentamos as falas das pessoas de fora, destacando outros aspectos:

> *Acho que o pouco a se falar é que é um bairro com poucos recursos culturais, de lazer, pelo fato de ser muito isolado, e a população sente carência desse tipo de coisa. De um mercado um pouco maior, de um núcleo de cultura. Para as pessoas que não têm tantas condições ou tanta vontade de sair, piora demais a Saúde Mental, se sentem com tédio, não têm lugar para ir, com quem conversar... se não é a vizinhança... não tem, não tem o que fazer no bairro.* (Médica).
>
> *O que acaba dando mais tranquilidade, por ser mais reservado, também deixa sem possibilidades de atividade. Não tem uma ONG, uma sociedade cultural... nada.* (Enfermeira).

Em seguida, os próprios ACSs começaram a mostrar outros pontos de vista:

> *É assim oh: uma igreja e um bar, um bar e uma igreja... do lado daquele bar tem uma igreja, do lado daquela igreja tem um bar.* (ACS).
>
> *Eu penso que o bairro está aumentando muito, aí aumenta a violência, porque vêm gente boa e gente ruim.* (ACS).
>
> *A degradação ambiental é uma questão por aqui, já que é uma área de preservação, teoricamente não pode construir.* (ACS).
>
> *Agora está mais calmo, mas tinha muito isso de a polícia vir e derrubar, prender... agora não... eles vêm, só olham e não fazem nada... por isso, as pessoas estão invadindo cada vez mais, invadindo em área de risco, em morro, perto do córrego, então não tem mais o que fazer. É só parede levantando. A gente não sabe quem está vindo, quem está chegando.* (ACS).
>
> *Saneamento, esgoto, agora está sendo jogado tudo dentro da represa, a gente não tem mais acesso às trilhazinhas que a gente fazia pra cortar caminho... agora, como está crescendo bastante, eles estão começando a colocar esgoto na maioria das casas, só que não tratam... vai tudo pra represa. Por enquanto, não está fedendo ainda, mas já está muito cheia.* (ACS).

Após essa primeira apresentação geral do bairro, o grupo começou a relacionar o ambiente e o contexto com as condições de saúde das famílias que ali vivem. Isso, por si só, já é um resultado para a nossa pesquisa, ou seja, o fato de constatarmos que, para essa equipe, as representações de família e Saúde Mental estão diretamente relacionadas às características do meio. No entanto, fomos mais adiante nessas reflexões, à medida que o GF ofereceu material para subsidiar a discussão, como apresentamos a seguir:

> *O meio tem muita relação com a Saúde Mental. O jeito que as pessoas vivem... muitas pessoas aqui no bairro precisam se locomover muito pra chegar ao trabalho, isso é bastante estressante. E a própria falta de lazer, vem, volta pra casa, fica ali dentro de casa e não tem opções. Não tem muitas ofertas de trabalho, até mesmo de estudo; muitas crianças não conseguem vaga na escola daqui. Quem vai levar e buscar... tudo isso preocupa muito as famílias daqui.* (Enfermeira).
>
> *Eu acho que tem bastante situação de álcool e drogas, porque o acesso é fácil, do lado de casa, não vem polícia. E não tem o que fazer; então, pela falta de lazer, pelo cansaço do dia a dia... e têm aqueles que bebem duas doses todos os dias, não dá trabalho, mas é abuso de álcool.* (Médica).

Portanto, a equipe teceu relações relevantes entre a Saúde Mental e as condições de vida das famílias, levando em consideração vários aspectos, como oportunidades de trabalho, lazer e educação. Incluíram, também, álcool e drogas como questões a serem pensadas dentro da saúde e da Saúde Mental, principalmente num bairro que apresenta condições favoráveis ao acesso a essas substâncias.

> *Têm também alguns bolsões em condições socioeconômicas muito carentes, principalmente as áreas de invasão.* (Médica).
>
> *Minha área é bem precária, principalmente na favela. Numa viela, tem família que a casa é tábua de um lado, tábua de outro, um plástico na frente e do lado, telhado quase não tem, é a árvore. Fica no mangue da represa. Fui fazer uma visita domiciliar de puerpério e fiquei desesperado, começou a chover, o acesso era muito ruim, muita lama, a casa só tinha uns tapetes ali na frente pra cobrir um pouco da lama, o resto era tudo no barro mesmo. E eu pensava como é que um recém-nascido vive aqui? Como é que esse povo vive aqui, muita gente, muita criança. Eles vivem precariamente, não tem uma palavra menos agressiva.* (ACS).
>
> *Nós, do posto, cuidamos da pneumonia... mas e a casa? Vai voltar pra casa, vai pegar pneumonia de novo. É a casa onde eles vivem, pra onde eles vão voltar. Nós sabemos que isso faz parte da saúde; a gente sempre pergunta como é a casa deles, como eles vivem? Mas lá no hospital ninguém vai perguntar isso; vai tratar a febre, a pneumonia. E vai voltar pro mesmo ambiente, e vai acontecer de novo... A gente vê no prontuário, seguido, várias vezes é a mesma coisa que a criança tem, mas é devido às condições em que mora.* (Auxiliar).
>
> *A minha área não é muito diferente dessa. Não tem nenhuma casa com plástico. Mas tem um cômodo pra 9 pessoas. Olha o risco, um adoece, todos adoecem. As condições são precárias mesmo.* (ACS).
>
> *Não é só a condição de moradia, mas, se a gente olhar mais próximo dessa família, essa carência não é apenas no morar, é uma carência moral, econômica, uma carência completa. Uma família que chega numa situação dessa de morar em volta de um plástico... qual o entendimento da própria família do que é saúde, do que é dignidade... bem difícil de trabalhar.* (Médica).

Assim, assistimos a uma clara relação estabelecida entre as condições socioeconômicas e o adoecimento, narrada de forma viva e com muita propriedade pela equipe de saúde. Chama-nos a atenção a sua percepção de que a carência material pode levar a uma carência moral dessas famílias e, nessa situação, a equipe encontra dificuldades para trabalhar, pois apenas os cuidados em saúde não são suficientes.

As próximas falas mostram novas representações dessas famílias pela equipe, sendo o sentido impresso, agora, de culpabilização por tais situações de precariedade.

> *Está nessas condições, mas tem um comodismo. Não tem um horizonte, vontade de sair dali, pra melhorar. Vai à luta. Pra buscar o que quer. Não. Está ali. E fica ali.* (ACS).
>
> *A gente dá o queijo pra pessoa comer, mas nem a faca ela quer pegar e cortar o queijo.* (ACS).
>
> *Acho que essas condições de vida podem até fazer a gente adoecer, mas eu acho que essas pessoas adoecerem de Saúde Mental é mais difícil do que*

> *aquelas que correm o dia todo, no estresse, pra batalhar e procurar crescer e melhorar.* (ACS).
>
> *Então, são pessoas acomodadas, são aquelas mulheres acomodadas que enchem a casa de filho e o marido não está nem aí. Às vezes, é o filho de um, filho de outro. Eles não estão nem aí; então, não tem aquele estresse do dia a dia pra dizer que é um caso de Saúde Mental. Eu acho que Saúde Mental mesmo são aquelas pessoas que estão ali correndo, lutando pra abranger o horizonte delas.* (ACS).
>
> *Você vê que é comodismo, então, pelo menos nas minhas famílias, eu vejo mais Saúde Mental naquelas agitadas, que não acham tempo pra nada, que estão sempre se ocupando de alguma coisa e querem mais.* (ACS).

De maneira enfática, o adoecimento mental não é reconhecido pela equipe nessas famílias vivendo em condições de extrema pobreza e precariedade, pois elas são, na verdade, reconhecidas como "acomodadas"; o adoecimento mental parece só ser reconhecido naquelas famílias batalhadoras, ocupadas e, portanto, permitidas a adoecer. Logo, ao mesmo tempo que o meio e as condições sociais são reconhecidos pela equipe, faz-se presente a atribuição de culpa às famílias por suas precárias situações de vida.

> *Ah... nisso tudo aí tá faltando é Deus no caminho deles.* (ACS).

Essa é a única fala, durante toda a entrevista, que remete à religiosidade.

Para finalizar, algumas opiniões sobre os encontros realizados:

> *Eu gostei, porque a gente nunca teve esse momento pra discutir essas coisas que estão lá no fundo e que ninguém nunca abordou.* (ACS).
>
> *A gente sente falta desse acolhimento pra equipe, de saber o que a gente pensa e sente.* (ACS).
>
> *Nossa vida é muito corrida, mas como é importante parar pra ver o pensamento de cada um. Foi muito gostoso poder conversar, falar o que pensa, nossas experiências. Cada vez só têm mais cobranças e isso alivia o dia a dia.* (Médica).
>
> *Podia até ter sido mais tempo, mais profundo... tratar da gente... faz falta.* (ACS).
>
> *Podia até colocar nosso nome, só foto que não* [risos]. (ACS).

5 DISCUSSÃO

A partir da apresentação e da análise dos dados desta pesquisa, temos condições de tecer considerações e reflexões sobre os temas abordados, de forma a articular os referenciais teóricos utilizados neste trabalho com os achados da investigação. É importante, novamente, salientar que este trabalho de interpretação e discussão é produto de uma reflexão dialogada entre o campo de pesquisa e o nosso campo de conhecimento, possibilitado, também, pela trajetória vivenciada na ESF. Sendo assim, produzimos as reflexões a partir do campo de pesquisa que, nesse contexto, assume uma posição híbrida, por ser tanto cenário desta pesquisa acadêmica quanto da prática profissional da pesquisadora.

Nesse momento, recorremos a Bourdieu (2001), que considera o campo da pesquisa social uma relação social que pode apresentar efeitos e distorções, mas que, acima de tudo, deve ser refletida e construída enquanto praticada. Recuperamos, também, a ideia do autor de que a familiaridade com o tema, com o campo, com as pessoas, com uma categoria social, pode ser um recurso para uma melhor compreensão do outro e de suas vivências, assumindo, assim, a familiaridade não como impedimento, mas como possibilidade de compreensão e reconhecimento. No entanto, no campo da produção de conhecimentos, há limites e sempre haverá, visto que as relações são dinâmicas e que a pesquisa trata sempre de um recorte do social, além do fato de que sempre haverá outras dissimetrias em jogo, que, se reconhecidas, podem não ser impeditivas do trabalho, mas, ainda assim, delimitar certos recortes.

A familiaridade (neste caso, a de ser profissional de saúde do mesmo território e de ter atuado alguns anos no mesmo programa de saúde) pode significar que tanto pesquisado quanto pesquisador compartilham certos conhecimentos, certas vivências e características, e que, portanto, há uma proximidade que pode garantir a diminuição de uma possível violência simbólica, pelo fato de compartilharmos algumas experiências e riscos em comum. Isto é, pode-se evitar uma possível estranheza, que poderia surgir do desconhecimento e do distanciamento do pesquisador em relação ao tema; a pesquisadora, aqui, está incluída na pesquisa e objetiva-se a si própria, quando faz parte dela.

Assim, se a pesquisa é considerada uma relação social que permite familiaridade, reconhecimento dos limites e franqueza social, podemos caminhar em direção a uma comunicação verdadeira, garantida pelos laços de comprometimento e reconhecimento social entre pesquisador e pesquisado, superando os obstáculos da diferença, da hierarquia, do poder e

das diferenças de condição social, sendo os limites diminuídos pela legitimação do outro como ele é, pelo que ele sabe, pode e quer manifestar.

Nesse sentido, o pesquisador deve direcionar-se para situar seu pensamento no lugar que o pesquisado ocupa no seu espaço social, como um movimento não de projeção, mas de compreensão, que permite reconhecer os lugares e as condições sociais dos quais ambos são produtos. Logo, o pesquisador aproxima-se do objeto balizado não pela neutralidade ou vigiado apenas pelo rigor científico, mas orientado pelo seu saber e pela busca do saber do outro a partir de uma familiaridade vivenciada, reconhecida e/ou construída entre ambos. Sendo assim, sentimo-nos à vontade para prosseguir nesta discussão de forma a salientar e retomar alguns pontos importantes, nesse momento de reflexão sobre a pesquisa e sobre o campo estudado.

De maneira geral, como orientam os textos oficiais do SUS, percebemos que, no âmbito de nossa pesquisa, a maioria dos princípios e conceitos preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) foi reconhecida na organização e na prática de trabalho da equipe de saúde da família aqui estudada, com destaque para o acesso à saúde, fortemente preconizado pelo SUS como principal atributo da AB, que foi praticado pela equipe de saúde em questão. Nesse aspecto, compreendemos que a acessibilidade ao sistema de saúde esteve garantida no território estudado, mas, com a mesma clareza, não podemos afirmar que questões relacionadas à resolutividade, bem como à garantia de encaminhamentos necessários, foram reconhecidas.

Embora esse não tenha sido o tema de nossa pesquisa, é uma questão que permeia nosso trabalho, pois, ao estudarmos as representações de família e Saúde Mental, fica evidente a fragilidade nas possibilidades de intervenção e encaminhamentos que essa equipe demonstra ao se deparar com questões do trabalho com as famílias. Assim, consideramos uma primeira contribuição desta pesquisa a sugestão de realização de estudos focados nessa área de possibilidades de intervenções familiares e/ou encaminhamentos pertinentes, para a resolução dessas questões na ESF.

Ainda sobre os conceitos apresentados como norteadores nos documentos oficias do SUS, salientamos a noção de território, sua importância e sua complexidade, ao adentrarmos o estudo da ESF. Nossa pesquisa ilustra com riqueza de detalhes o que chamamos de trabalho no território, pois percebemos como a equipe de saúde da família, em vários momentos, recorre e considera o território em suas abordagens e compreensões acerca das famílias atendidas. Além disso, verificamos o profundo conhecimento da estrutura e das características das famílias e da comunidade pela equipe, o que, a nosso ver, torna-se viabilizador de um trabalho que de fato faça sentido e seja pautado a partir das reais necessidades das pessoas que ali vivem.

Por sua vez, Scarcelli e Junqueira (2011) apresentam uma visão crítica sobre o SUS e o desenvolvimento da ESF, sendo um dos pontos levantados nesse artigo a insuficiência de ações de educação e capacitação nos serviços. Embora esse também não tenha sido o foco de nosso trabalho, em vários momentos, nossos achados concordam com a posição crítica das autoras, pois, principalmente no que tange ao trabalho com a família na ESF, nenhuma iniciativa institucional de educação e formação foi presenciada; pelo contrário, delatamos a urgente necessidade de se abrirem espaços de formação e reflexão nos serviços do SUS; além disso, os profissionais acabam enredados em suas práticas e encontram poucas oportunidades de reflexão e aprimoramento de suas práticas profissionais.

Já em relação ao trabalho com famílias, sequer os documentos oficiais do SUS, como vimos no levantamento realizado nesta pesquisa, cumprem a função de orientar os profissionais quanto ao que se entende por isso; apesar de ser preconizado que o trabalho passe a ser reorientado por práticas de atenção familiar (BRASIL, 2006a), nenhuma letra é escrita sobre essas práticas tão sabidamente complexas e específicas.

As mesmas autoras citam a relevante contribuição que a psicologia social oferece no sentido de problematizar o campo e ressignificar as práticas em saúde a partir de pesquisas desenvolvidas na área. Nesse sentido, acreditamos que o presente trabalho, ainda que com alcance reduzido, tenha desenvolvido esse papel social e acadêmico, por propiciar um espaço de reflexão crítica sobre o tema.

A partir da análise e interpretação dos resultados, percebemos que há o reconhecimento, por parte da equipe de saúde estudada, de que trabalhar com famílias, assim como nos traz Mandelbaum (2008), é compreendê-las em seus diversos momentos e movimentos, considerando-as de forma a perceber suas tramas e dinâmicas internas, que são também atravessadas pelo contexto social em que se estão inseridas.

Analisando nossos achados, percebemos a complexidade do tema proposto quando constatamos a diversidade de aspectos trazidos pela equipe para a discussão da família, bem como a mobilização de diversos sentimentos e afetos no grupo. Assim, nosso estudo mostra-nos que as representações de família são compostas por um conjunto de concepções complexas que inclui alguns aspectos, tais como: as relações interpessoais entre os membros, a dinâmica dessas relações, os papéis desenvolvidos e atribuídos a cada um dos membros dentro e fora da família, a organização e a “estrutura” familiar, além das funções internas e sociais esperadas da família e das influências do meio social em que está inserida.

Sobre esse aspecto, Sarti (2010), a partir de sua análise de experiências concretas na ESF, demonstra que a mudança da política, bem como dos arranjos organizacionais do processo

de trabalho da ESF, por si só não garante a efetivação de novas práticas que deem conta das relações familiares, sem que se discutam as implicações da mudança no foco da atenção, que pretende passar do indivíduo para a família. Assim, dialogamos com a autora quando ambos os trabalhos indagam sobre as representações de família assumidas no cotidiano da equipe de saúde da família. Ela acredita que, por não se problematizar a questão, os profissionais operam com as próprias noções de família oriundas dos seus diversos universos culturais. De certa forma, também evidenciamos que o modelo naturalizado de família apresenta grande força simbólica, que pode levar a uma desconsideração ou a uma estigmatização do diferente.

Sarti (2010) define esse movimento como a atribuição de uma concepção moral de família naturalmente identificada com o bem, com os sentimentos de amor, carinho e proteção e com a consequente dificuldade de propiciar espaço ao conflito, que acaba sendo reconhecido como "anormalidade", "disfuncionalidade" ou "patologia" da família. No entanto, notamos diferenças de concepções e representações de família entre os membros que compõem a equipe: ora encontramos o reconhecimento da família em suas diversas possibilidades de constituição e organização; ora referem-se às famílias de forma padronizada, como se todas fossem iguais; por vezes, destacam as diferenças entre as próprias famílias e as famílias atendidas; e, outras vezes, tais representações misturam-se e se tornam indiferenciadas. Podemos, assim, dizer que a constituição das representações sociais de família para esse grupo está em constante movimento, isto é, as concepções são construídas a partir de referenciais particulares, mas são também reconstruídas e ressignificadas a partir das experiências vividas nos atendimentos com as famílias, bem como das discussões e trocas de opiniões na equipe. Portanto, assim como Moscovici (1978) traz-nos, evidenciamos o caráter ativo das representações sociais, que permite transformações a partir do que se compartilha socialmente.

Acreditamos que essas diferenças e contrapontos quanto às representações de família na equipe, primeiramente, apareceram devido ao funcionamento do grupo permitir que seus membros exponham suas concepções, ainda que divergentes entre si. É justamente esse movimento de trocas que acaba permitindo que as concepções assumidas pela equipe sejam relativizadas entre eles, a partir de discussões que, longe de impedir o trabalho, ampliam as possibilidades de compreensão e atuação com as famílias.

A partir de todos esses aspectos que emergiram nos encontros com a equipe, percebemos que, de forma unânime, a principal função da família é representada pela ideia de prover proteção e cuidado, funcionando como base para seus membros, mas verificamos, também, o quanto que essa é uma representação carregada de idealizações, que, muitas vezes, acaba por afastar-se daquilo que as famílias objetivamente podem ou desejam ser.

Ainda, apresentamos alguns exemplos, a partir das falas da equipe, em que se evidencia que um dos desafios lançados à ESF, enunciados por Rosa e Labate (2005), ou seja, o desafio do reconhecimento da família como unidade para além dos indivíduos que a compõem, parece ser etapa vencida nesses anos de desenvolvimento da ESF. No entanto, outro desafio, que trata da capacidade da equipe em propor estratégias voltadas ao grupo familiar e não apenas aos indivíduos, parece ainda manter-se como uma das grandes dificuldades encontradas pela equipe. Em outras palavras, como se pôde perceber em nossos achados, a equipe identifica que o trabalho deve ser feito com o grupo familiar, porém não se reconhece preparada para o trabalho, que exige tempo e capacitação profissional.

Nossos achados são consoantes com os de Gabardo, Junges e Selle (2009), pois, assim como em seu estudo, encontramos profissionais dispostos a desenvolver ações mais específicas e dirigidas ao grupo familiar, mas há ausência de iniciativas e políticas de capacitação para que os profissionais da ESF possam avançar em seu trabalho. Nesse contexto, a equipe demonstra que a ESF pode oferecer condições propícias para o avanço nesse trabalho, pois, além de apresentar vínculos com as famílias, reconhece que, se preparada, tem condições de oferecer outros cuidados. Certamente, não podemos generalizar a partir de um único estudo com uma única equipe de saúde da família, mas também não podemos desprezar o valor dessas considerações feitas pela própria equipe, que está há dez anos atuando no território.

Por sua vez, Trad (2010), em sua trajetória em grupos de pesquisa na ESF, aponta a questão do reconhecimento das equipes sobre a pluralidade de famílias na sociedade contemporânea como ainda atual no campo da Saúde Pública. Seu trabalho indica dificuldades de caráter tecnológico ao se perceber a intenção de se trabalhar com a lógica da unidade familiar, ao mesmo tempo que as ofertas de atenção são ainda regidas pela lógica individual e oferecidas aos indivíduos de uma família ou a grupos específicos (mulheres, crianças, hipertensos etc.). Essa dificuldade assinala um hiato entre o que se pretende fazer e o que se pode alcançar em termos de trabalho familiar.

Nesse âmbito, identificamos, em nossa pesquisa, que são necessários esforços técnicos para o trabalho com famílias, aliados a mudanças de ordem conceitual, que considerem de fato a pluralidade e o dinamismo da família brasileira, marcada pela diversidade social, cultural e étnica; uma diversidade que, segundo Trad (2010, p. 119), “[...] comporta múltiplos projetos e experiências familiares nos quais se mesclam fragilidades com alternativas singulares de superação dos problemas que se apresentam na vida cotidiana.”

Além do aspecto da insuficiência de formação e capacitação, nosso estudo dialoga com Mioto (2001) em relação aos aspectos de ambivalência e contradição na postura das equipes de

saúde ao tratarem com o tema "família". Percebemos, em nossa análise, momentos em que a equipe de saúde trabalha com uma representação emaranhada de família, num movimento em que as idealizações e frustrações sobre as próprias famílias misturam-se às representações das famílias atendidas. Nesse sentido, pensamos que os momentos de capacitação sobre o tema – trabalho com famílias – devem proporcionar espaço continente para que reflexões dessa ordem possam emergir e, assim, deixar a equipe mais livre para o trabalho com as famílias, podendo reconhecê-las em suas reais necessidades e possibilidades.

Vale destacar que, ao propor se pensar sobre as famílias atendidas pela equipe, a partir da pergunta: "*E se falarmos das famílias atendidas por vocês, por essa equipe, o que vem à mente?*", outras questões, como o uso de drogas, a violência doméstica e a percepção de carência, apareceram. A partir do momento em que focamos o trabalho com as famílias desse território, percebemos que todos os aspectos já relacionados à dinâmica familiar permanecem em voga, além de serem incrementados por outros fatores sociais e comportamentais bastante complexos, que parecem causar sentimentos de impotência, fragilidade e ambivalência na equipe. Isso porque o trabalho com as famílias permite-nos conhecer as suas particularidades, tanto no que se refere às suas potencialidades quanto às suas fragilidades e aos seus dramas e sofrimentos domésticos, como evidenciamos com as questões de agressividade e violência trazidas pela equipe. Da mesma forma, o trabalho no território favorece-nos uma aproximação com a realidade e o meio em que as famílias vivem, porém também nos coloca frente a questões de difícil enfrentamento pela saúde de forma isolada, como a violência urbana, o uso de drogas e a miséria social.

Todas essas questões atravessam o trabalho das equipes de saúde na ESF, mas não podem ser resolvidas pela saúde de forma isolada, o que acaba denunciando à própria equipe sua impotência, pois os profissionais acabam tornando-se, de alguma forma, reféns da situação, seja pela obrigatoriedade de se manterem calados diante de regras ditadas, algumas vezes, pelas próprias famílias, como, por exemplo, quando estas não permitem intervenções em situações de violências intrafamiliares, seja pela insuficiência de políticas públicas para atuar frente a demandas tão complexas como as drogas e a miséria.

Já o referencial teórico das representações sociais, fortemente embasado nas contribuições de Jodelet (2002) sobre a compreensão das representações como formas de conhecimento socialmente produzidas e compartilhadas, parece ter sido evidenciado de forma ilustrativa a partir dos encontros com a equipe, pois percebemos que suas representações, ou seja, a forma como os membros pensam, conhecem e atribuem sentidos às famílias, são elaboradas a partir de valores sociais e de processos sociais historicamente construídos.

Entretanto, também estão em jogo as próprias necessidades, interesses e desejos do grupo, neste caso, a equipe de saúde da família. Nesse sentido, Farr (1994) traz o conceito de representação como produto dos indivíduos nas sociedades e Jovchelovitch (1994) contribui com o tema quando elucida que as representações constituem a esfera social, ao mesmo tempo que ocorrem nessa mesma esfera. Aproximamo-nos desses mecanismos quando, embasados por esse referencial teórico, percebemos que as concepções sobre família e Saúde Mental dessa equipe são resultados e, também, elementos das interações individuais e sociais do grupo.

Gostaríamos de retomar, ainda, alguns aspectos apresentados nos resultados em relação às representações ligadas à Saúde Mental. Não foi nosso objetivo, neste trabalho, discutir a trajetória da Saúde Mental em nosso país, mas, ao estudar as representações sociais das famílias reconhecidas com necessidades em Saúde Mental, fizeram-se necessárias algumas contextualizações.

Assim, baseados em Amarante (1995), consideramos as bases históricas da Saúde Mental no Brasil e remetemo-nos à história da psiquiatria e da loucura, que, originalmente, traz fortes concepções organicistas, biológicas e reducionistas em seus conceitos sobre adoecimento mental. Nesse contexto, por muitos anos, preponderaram as ações de segregação e os estigmas em relação aos doentes mentais, que, de forma geral, foram hospitalizados e alienados de seus direitos sociais. Além disso, há aproximadamente três décadas, vivemos e participamos de movimentos de reformas políticas e ideológicas em torno da Saúde Mental, que, em geral, humanizaram o tratamento e aproximaram os que convivem com algum sofrimento mental da sociedade mais ampla, nos espaços de convivência e, também, nos espaços de cuidado.

De fato, as representações sociais de Saúde Mental vêm acompanhadas de muitos resquícios desse antigo referencial ideológico, percebido, por exemplo, quando as discussões sobre o tema são pautadas nas diferenças entre as famílias normais e aquelas consideradas esquisitas ou diferentes. Desse modo, o movimento de direcionar as ações em Saúde Mental para o restabelecimento do “normal” acaba sendo o grande dificultador do trabalho.

O desconforto frente à natureza das questões de ordem psicossocial ainda é percebido e aparece de forma bastante clara quando as questões de Saúde Mental não são reconhecidas nas famílias vivendo em extrema condição de pobreza e vulnerabilidade social. Portanto, questões dessa ordem são de difícil representação para a equipe estudada, assim como Ribeiro (2004) aponta em seu estudo sobre as famílias reconhecidas como famílias em “risco social”, o qual mostra que famílias nessa situação mobilizam, na equipe, sentimentos ambivalentes de proteção e repulsa, com posturas moralistas e, até mesmo, fóbicas. Interessante como percebemos movimentos similares por parte da equipe em nosso trabalho, quando essas famílias não foram

legitimadas a adoecer mentalmente, pois suas condições de precariedade, na concepção da equipe, estavam ligadas a certa postura de comodismo.

Não pretendemos encerrar as discussões sobre o tema nem tecer generalizações descuidadas; pelo contrário, nossa pesquisa revela um vasto campo de trabalho a ser explorado no âmbito das representações sociais de família e Saúde Mental. No entanto, encontramos situações que indicam que atravessamos um momento de transição ideológica em torno da Saúde Mental nos serviços de saúde; por exemplo, percebemos, nessa equipe, que as representações de Saúde Mental circulam no cotidiano do trabalho, fazem parte dos assuntos discutidos e são reconhecidas como questões em saúde que merecem atenção, mas, ao mesmo tempo, carregam consigo certas dificuldades de aproximação e de ação por parte da equipe.

Em suma, ainda que muito se tenha estudado em relação ao nosso tema de trabalho e se tenha avançado nas práticas em saúde e Saúde Mental, nosso estudo aponta-nos que lidamos com um campo de trabalho absolutamente dinâmico, permeável às transformações sociais e, também, vulnerável às ciladas de ordem subjetiva, o que nos obriga a constantemente rever nossas práticas acadêmicas, de forma a nos sintonizarmos com a atualidade e a velocidade com que as questões transformam-se, bem como com os desafios que nos trazem.

Queremos, com isso, dizer que os trabalhos acadêmicos no campo de pesquisa psicossocial em saúde e Saúde Mental não se esgotam, pois se propõem a lidar com temas que permitem a constante renovação e a revisitação de questionamentos da ordem do subjetivo, que se relaciona e interage a todo momento com o campo da saúde. Apesar das políticas e dos programas, as ações em saúde, saúde da família e Saúde Mental são feitas, em última instância, pelas pessoas que as praticam e recebidas por pessoas que delas necessitam; assim, para finalizar, concordamos com Franco e Merhy (2003) que o grande investimento a ser feito na saúde é na potencialização das relações entre as pessoas, entre o trabalhador da saúde e o usuário, para a efetivação de práticas em saúde sensíveis e direcionadas às necessidades da população, seja ela qual for, desde que respeitada em seus direitos e, também, pautada em seus deveres.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.

BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: SCHWARCZ, L. M. **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 4. Cap. 6.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petropólis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes técnicos institucionais: Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Informações estatísticas. **SIAB**, jan. 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: já. 2011.

CAMARGO-BORGES, C. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família**: articulando saberes e práticas. 2007. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DE JONG, E. Trabajo social, familia e intervención. In: DE JONG, E.; BASSO, R.; PAIRA, M. (Orgs.). **La familia en los albores del nuevo milenio**. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2001. p. 31-46.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e a sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 63-85.

FONSECA, C. Amor e família: vacas sagradas da nossa época. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Orgs.). **Família em processos contemporâneos**: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, 1995. p. 69-89.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 53-124.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R.; SELLE, L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 91-97, 2009.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

_____. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOVCHELOVITCH, S.. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 63-85.

MANDELBAUM, B. **Psicanálise da família**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação sócio familiar. **Fronteiras**, São Leopoldo, v. 4, n. 1, p. 93-102, 2001.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 5 maio 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 5 maio 2009.

SÃO PAULO (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Sistema SEADE de projeções populacionais**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>. Acesso em: 25 maio 2009.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 91-103.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.