

Fabielle Guimarães Tavares

**A FAMÍLIA NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI - RJ**

Dissertação apresentada ao programa de Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna.

Niterói, outubro de 2010

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

T231 Tavares, Fabielle Guimarães.

A família na concepção dos profissionais de saúde que atuam no Programa Médico de Família de Niterói-RJ / Fabielle Guimarães Tavares. – 2010.

110 f.

Orientador: Mônica de Castro Maia Senna.

Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2010.

Bibliografia: f. 99-104.

1. Política social. 2. Família. 3. Proteção social. 4. Saúde da família.
I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.5820981

Ficha de Aprovação

Fabielle Guimarães Tavares

**A FAMÍLIA NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI – RJ**

Dissertação aprovada em 20 de
outubro de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Rita de Cássia Santos Freitas
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Rosana Magalhães
ENSP/FIOCRUZ

Agradecimentos

A Deus, por me proporcionar a crença em algo além do materialismo, e ampliar minha visão de mundo.

À minha mãe e minha irmã, pelo apoio, amizade e compreensão pela minha ausência no convívio familiar no decorrer do curso.

A meu marido, Carlinhos, pela cumplicidade na construção de um projeto de vida, e pela paciência com meu stress durante o curso.

Ao meu sobrinho e afilhado João Gabriel pelos momentos de descontração e alegria.

À Mônica Senna, orientadora e amiga, pela forma como foi realizada esta orientação. Não se esquecendo em momento algum, que por trás de um estudante encontra-se um ser humano com seus erros e acertos. Seu exemplo como professora me fez acreditar que é possível seguir uma carreira acadêmica de sucesso, sem vaidade e egocentrismo. Que sempre me estimulou para a prática da pesquisa, que hoje resulta neste trabalho.

As minhas amigas Fernanda, Flávia e Maria Domingas, pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho.

À minha equipe de trabalho da CLIN, pelo apoio e companheirismo.

Aos amigos do GATI da CLIN, pela formatação final deste trabalho.

Aos profissionais da equipe básica do PMF, que se dispuseram a contribuir com este trabalho.

Aos professores do Mestrado. Cada um contribuiu de alguma forma para a execução deste trabalho. Em especial, a professora Rita de Cássia Freitas, que motivou minha descoberta da temática de família.

A banca examinadora pela contribuição na análise e avaliação deste estudo.

Aos colegas da turma de Mestrado do segundo semestre de 2008, pela amizade e atenção. O aprendizado construído a partir desta convivência foi importante para meu crescimento acadêmico e pessoal.

Resumo

Este estudo teve como finalidade analisar as concepções de família dos profissionais da equipe básica (médico e técnico de enfermagem) do Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ. Parte-se do entendimento de que a família como foco da atenção é um dos atributos da Atenção Primária em Saúde, sendo necessário conhecê-la e assisti-la em suas necessidades. Esses profissionais lidam cotidianamente com essas famílias e, nesse sentido, conhecer as concepções que atravessam seu fazer profissional informa, em grande medida, sobre a implementação do programa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no âmbito do PMF Niterói. O estudo contou com levantamento documental sobre o programa e realização de entrevistas com profissionais que atuam na equipe básica. A análise priorizou o perfil dos entrevistados; suas concepções sobre família; as ações profissionais voltadas às famílias e o processo de capacitação dos profissionais. Os resultados apontaram para necessidade de investimento por parte da gestão do PMF de construção, de fato, de um processo de formação continuada para os profissionais da equipe básica, que tome a família como elemento central.

Palavras Chaves: Política Social, Família, Proteção Social e Saúde da Família.

Abstract

This study aimed to analyze the concepts of family core team of professionals (doctor and nurse technicians) of the Family Medical Program of Niterói-RJ. It starts with the understanding that the family as the focus of attention is one of the attributes of Primary Health, being necessary to identify it and watch it on your needs. These professionals deal daily with these families and, accordingly, identify the concepts that run through their professional information, largely on the implementation of the program. This is a qualitative research, conducted under the FMP Niterói. The study drew on documentary survey about the program and interviews with professionals working in the core team. The analysis prioritized the profile of respondents, their views on family, their professional actions geared to families and the process of professional training. The results pointed to the need for investment by the management of PMF construction, in fact, a process of continuing education for professionals in the core team which takes the family as a central element.

Keywords: Social Policy, Family, Social Protection and Family Health.

Lista de Tabelas e Quadros

Quadro I- Características demográficas de Niterói (RJ), 2000	60
Tabela I- Distribuição da população PR faixa etária em Niterói (RJ), 2000	60
Tabela II- Número de moradores segundo o tipo de abastecimento de água, Niterói (RJ), 2000	61
Tabela III- Número de moradores segundo a forma de instalação sanitária, Niterói(RJ), 2000.....	61
Tabela IV – Número de moradores segundo a forma de coleta de lixo, Niterói (RJ), 2000	62
Quadro II – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em Niterói, Rio de Janeiro (UF) e Brasil, 1991 e 2000	63
Quadro III – Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais e número médio de anos de estudo da população de 25 anos e mais. Niterói, estado do Rio de Janeiro e Brasil, 1991 e 2000	63
Quadro IV – Medidas de desigualdade da distribuição do rendimento familiar per capita em municípios selecionados, no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, 2000	64

Lista de Siglas e Abreviaturas

PMF- Programa Médico de Família

CLIN- Companhia Municipal de Limpeza Urbana de Niterói

ESF- Estratégia Saúde da Família

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SINPAS- Sistema Nacional de Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IAPAS- Instituto de Administração da Previdência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

TCE-RJ- Tribunal de Contas de Estado do Rio de Janeiro

PIB- Produto Interno Bruto

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

UFF- Universidade Federal Fluminense

IAP- Instituto de Aposentadorias e Pensões

PIDAS- Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde

IAV- Índice Nacional de Valorização

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

SILOS- Sistemas Locais de Saúde

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

NEPP- Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa

Sumário

Introdução	9
Capítulo I- A família em discussão: da construção social à centralidade na política de saúde	22
1.1. Família em construção: elementos teóricos, históricos e conceituais	22
1.1.1. A família brasileira em perspectiva histórica	25
1.1.2. Famílias pobres	33
1.2. Família e política social: a centralidade da família na atualidade	37
1.3. A família sob o olhar da política de saúde	44
Capítulo II- A família na abordagem da Medicina Familiar em Niterói: Concepções da equipe básica do PMF	58
2.1. O Município de Niterói e a experiência do Programa Médico de Família: antecedentes históricos.	58
2.2. A Saúde em Niterói: características gerais e antecedentes do Programa Médico de Família.	63
2.3. O Programa Médico de Família de Niterói	71
2.4. Analisando a fala da equipe básica do Programa Médico de Família.	74
2.4.1. Perfil dos entrevistados	74
2.4.2. Concepções de família	77
2.4.3 A incorporação das famílias nas ações do programa	82
2.4.4 O processo de capacitação para o trabalho com famílias	89
Considerações Finais	94
Referências Bibliográficas	99
Anexos	

Introdução

O tema do estudo que dá origem a esta dissertação de mestrado está circunscrito às relações entre saúde, família e proteção social, tendo a concepção de família dos profissionais do Programa Médico de Família (PMF) do município de Niterói como foco de análise. A ênfase recai sobre as concepções dos profissionais da equipe básica (médico e técnico de enfermagem) e sua relação com o público alvo do programa: a família.

Na verdade, o interesse a respeito do Programa Médico de Família é antigo. Já durante a graduação em Serviço Social, concluída no ano de 1998, buscou-se examinar o papel do médico generalista na metodologia do programa. Tal preocupação, decorrente da inserção como estagiária no programa no ano de 1998 deu origem ao trabalho de conclusão de curso (Tavares, 1998).

A preocupação com o tema também aparece durante a experiência profissional como assistente social da Companhia Municipal de Limpeza Urbana de Niterói – CLIN, onde atuo desde 1999. Ao longo dessa trajetória profissional, pude observar que as demandas trazidas por trabalhadores da companhia residentes em áreas atendidas pelo Programa Médico de Família são encaminhadas de forma distinta àquelas dos demais trabalhadores. Parte-se do entendimento de que essa diferença seja mais favorável à população coberta pelo Programa, decorrente da concepção do modelo de atenção à saúde proposto, que foca suas ações na família.

Esse olhar sobre a família no âmbito do PMF foi ainda reforçado quando da minha participação como aluna da disciplina optativa ‘Famílias, redes e proteção social’ no curso de mestrado. A partir dessa disciplina, um conjunto de questões a respeito das intervenções públicas direcionadas à família se colocou como temática de interesse de pesquisa, trazendo novamente à tona algumas das minhas antigas preocupações em relação ao Programa Médico de Família de Niterói.

Pode-se dizer, linhas gerais, que o PMF, baseado no modelo cubano de medicina familiar, foi implementado no Município de Niterói em 1992, sendo uma experiência pioneira no Brasil, voltada à assistência integral à saúde das populações faveladas, definidas como de grande vulnerabilidade¹ para a saúde. Seu princípio básico de atendimento é oferecer serviços de saúde ágeis, eficientes e resolutivos, através de equipes formadas por clínico geral ou generalista e um técnico de enfermagem. Estas equipes são instaladas em módulos construídos nas próprias comunidades onde o serviço é prestado (Tavares, 1998).

Neste modelo, a vinculação/responsabilização dos profissionais das equipes a uma determinada comunidade, combinada com o conhecimento da clientela atendida, busca oferecer uma assistência centrada no perfil e nas necessidades da população. Trata-se de uma inovação, pois na maioria dos serviços de saúde existentes, a atenção à saúde vem sendo construída tradicionalmente de maneira fragmentada, em que cada integrante da unidade familiar é visto de forma individualizada, descontextualizada e portador de um problema exclusivamente biológico.

Assim, do ponto de vista que interessa ao presente estudo, um dos desafios do Programa é a busca de metodologias para trabalhar a família como um grupo com necessidades próprias e únicas. Se a família é o foco da atenção à saúde proposta pelo PMF, de que forma ela é concebida e trabalhada no desenho do programa? Em que medida a abordagem familiar norteia as atividades das equipes do PMF?

Considerando esse conjunto de preocupações, entende-se que analisar as concepções de família que orientam a prática profissional da equipe básica do PMF se faz necessário a fim de compreender as estratégias desse serviço de saúde e seu diferencial em relação aos demais modelos de atenção.

A literatura recente que trata da avaliação de políticas e programas sociais (Draibe, 2001; Arretche, 2001) tem realçado a importância de conhecer os referenciais e concepções que orientam a intervenção dos chamados agentes implementadores da política. Essas autoras chamam atenção para o fato de que

¹ A vulnerabilidade em saúde é um constructo conceitual, o qual se revela um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes. Envolve os planos biológico/ individual, social e programático/institucional, considerados como um todo indivisível (Paz et al, 2006).

nem sempre a política se desenvolve conforme seu desenho realizado pelos seus formuladores. Pois um mesmo objeto pode ser alcançado por diversas modalidades de ação.

“Um programa é, então, o resultado de uma combinação complexa de decisões de diversos agentes. É claro que, nessa cadeia de interações, a concepção original, tal como apresentada na formulação, é sem dúvida, muito importante, porque as decisões tomadas durante esta fase já excluíram diversas alternativas possíveis. Mas esta é apenas uma das dimensões da vida de um programa. Na realidade, a implementação efetiva, tal como traduz para os diversos beneficiários, é sempre realizada com base nas *referências* que os implementadores de *fato* adotam para desempenhar suas funções” (Arretche, 2001:47).

Os agentes implementadores (no caso do presente estudo, os profissionais da equipe básica) têm uma razoável margem de autonomia para determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos serviços a serem oferecidos à população atendida pelo programa. Nesse sentido, eles possuem a prerrogativa de fazer a política. É esta autonomia, que segundo Arretche (2001), lhes permite atuar segundo suas concepções e seus próprios referenciais.

Entende-se que essas concepções se fazem presentes no cotidiano dos serviços, tanto no âmbito da organização como na ação rotineira dos técnicos que atuam no processo interventivo. Ao analisar os processos de atenção à família nos espaços institucionais, Mito (1997) argumenta que essa ação pode ser observada através da identificação de alguns princípios que têm norteado a condução das ações assistenciais direcionada às famílias, tais como: a predominância de concepções estereotipadas de família e papéis familiares, a prevalência de propostas residuais e a centralização de ações em situações-limite e não em situações cotidianas.

Desse modo, é preciso considerar que, se a atenção centrada na família pode contribuir para uma ampliação do processo saúde doença, a persistência do modelo de atenção tradicional tende a perpetuar uma abordagem fragmentada e reducionista das famílias (Lima et al,2007).

Os últimos cinquenta anos registram transformações significativas na formação familiar, não somente no Brasil como em todo o mundo. Essas

transformações também se manifestam no cotidiano dos serviços de saúde em geral. Assim, cabe questionar: será que os profissionais estão atentos à diversidade de arranjos familiares, sobre o caráter temporário dos vínculos conjugais e sobre outras questões referentes à reprodução humana e liberação dos costumes? Parte-se do entendimento de que este olhar pode contemplar o atendimento desses “novos” arranjos familiares, ou excluí-los das ações desenvolvidas pelo Programa. Sem falar na possibilidade de rotular alguns desses arranjos.

Conforme observa Mito (2003), alguns profissionais que não trabalham com a ideia de diversidade de famílias, acabam por designar aquelas que não se conformam pelo modelo tradicional burguês de família nuclear², como “famílias desestruturadas”. Assim, aquelas famílias consideradas como as que “falharam” no desempenho das funções de cuidado e proteção de seus membros, tendem a ser postas pelos profissionais em segundo plano, por representarem um atendimento diferenciado e mais complexo devido às necessidades singulares.

Esta leitura por parte dos profissionais pode encerrar uma tendência de soluções residuais aos problemas familiares. E modificar a lógica do atendimento proposto à população alvo destes serviços.

Mesmo quando os profissionais estão atentos às transformações da família, e leva-se em conta os diferentes arranjos familiares, a expectativa social relacionada às suas tarefas e obrigações continua no sentido de encontrar famílias “modelos” durante as intervenções profissionais. Ou seja, espera-se um mesmo padrão de funcionalidade, independente do lugar em que estão localizadas na linha da estratificação social, calcada em postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paternos e principalmente, maternos (Mito, 2003).

Profissionais das mais diversas áreas têm focalizado a família como objeto de estudo a partir da constatação de que ela desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros.

² Entende-se por família nuclear burguesa, aquela composta por um papel típico, onde o homem -provedor e uma mulher- cuidadora convivem com seus dois ou três filhos. Sobre esse conceito, ver Almeida, 1997.

O primeiro passo a ser dado para que o profissional conheça a realidade e as necessidades da família e possa realizar um trabalho mais coerente é a reflexão acerca de seus conceitos e concepções.

O conceito de família pode ser considerado até certo ponto subjetivo, pois depende de quem a define, do contexto social, político e familiar em que está inserido. Além de ser algo tão próximo de todo sujeito, tendo em vista que cada um tem seu próprio olhar sobre a temática a que todos se vêm de alguma forma inseridos.

Estes conceitos podem ser diversos, mas um ponto comum é que a união dos membros de uma família, com ou sem laços consanguíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito mútuo, da amizade, das necessidades concretas e da troca e do enriquecimento conjunto.

Ao longo da história, a família passou por diferentes transformações, que afetam a dinâmica de funcionamento, as relações entre seus membros e o desempenho dos diversos papéis sociais no seu interior, e sua função na sociedade.

Nos últimos anos, pode-se observar que tanto as políticas de saúde como a de assistência social buscam, enquanto estratégia de efetivação, a centralidade na família.

A matricialidade sócio-familiar passa a ter centralidade nas políticas sociais devido ao intenso processo de penalização das famílias, que estão cada vez mais vulnerabilizadas. Mesmo havendo o reconhecimento da importância da família para seus membros, é necessário que esta seja incluída como centro da política de saúde, articulada com as outras políticas públicas, tão importantes para que o sujeito possa alcançar de fato a promoção social.

Segundo Miotto (1997), o lugar da família nas políticas sociais é necessário pelo fato de que a sua situação de pobreza está diretamente ligada à má distribuição de renda, em que o modo de produção capitalista não garante pleno emprego, ficando as famílias em situação de vulnerabilidade, havendo a necessidade da inclusão social através das políticas sociais ofertadas pelo Estado.

No Brasil, o grau de vulnerabilidade vem aumentando, dadas as desigualdades, próprias de sua estrutura social, onde cada vez mais se nota a

exigência das famílias desenvolverem formas estratégicas para manterem a sobrevivência. De fato, desde a crise econômica da década de 1970, a família vem sendo convocada a atuar como importante agente privado de proteção social.

Muitos especialistas, como Carvalho (2008), têm se debruçado no estudo entre as relações família e Estado, nas diferentes áreas de conhecimento. Esses autores compartilham do reconhecimento a respeito da centralidade que o tema tem no contexto das sociedades complexas, onde os deslocamentos dos limites entre público e privado têm se colocado de forma permanente.

Durante os anos gloriosos da economia capitalista – marcada pela combinação entre pleno emprego e oferta de políticas sociais universalistas do pós segunda guerra – a família pareceu ser descartável no modelo do Welfare State gestado nos países centrais, onde a proteção e a reprodução social transformaram-se em missão quase total do Estado. Nesse cenário, o indivíduo teria seus direitos garantidos por esse Estado e não necessitaria recorrer à solidariedade comunitária ou familiar.

Porém, nos anos 1990, esse sucesso individual se vê ameaçado. O Estado e o trabalho deixam de ser a única forma de reprodução social. A partir desse momento, as redes de solidariedade e sociabilidade engendradas na família ganham importância na política social e, em especial na proteção social movida no final de século XX.

No caso brasileiro, pode-se dizer, segundo Carvalho (1995), que as sociabilidades sociofamiliares e as redes de solidariedade por elas engendradas nunca foram descartadas. É que as famílias foram e são, para as camadas populares, a sua condição de resistência e sobrevivência. A família alargada, o grupo de conterrâneos, por exemplo, são possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obtenção de emprego, moradia, saúde, entre outros.

Percebe-se, na atualidade, um desenho de política social pautado nas microssolidariedades e sociabilidades sociofamiliares pela sua potencial condição de assegurar proteção e inclusão social. Os serviços combinam modalidades de atendimento ancoradas na família e na comunidade. No caso da saúde, fala-se hoje menos em hospital e mais em internação domiciliar, médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde. A família tem, assim, um lugar de

destaque nesse formato de política social, onde ela desempenha ao mesmo tempo o papel de beneficiária, parceira e “miniprestadora” de serviços de proteção e inclusão social.

Caminhando ainda por esse papel assumido pela família no interior das políticas sociais, depara-se com um consistente debate sobre a “partilha” entre a família e o Estado na implementação dessa política.

Autores como Pereira (2003) acreditam que esse papel da família pode representar uma redução/ desresponsabilização do Estado na gestão da política e sinaliza para os perigos de entendimento “ingênuo” na simples “redescoberta” da família na provisão de bens e serviços sociais básicos.

Concorda-se com essa autora, pois se observa que à medida que o Estado restringe sua participação na solução das questões de determinados segmentos, a família tem sido chamada a preencher essa lacuna, sem receber do poder público a devida assistência para tanto.

“Assim, o 'modelo' é um Estado que reduz suas intervenções no campo social, optando por programas focalistas e seletivos caracterizados por ações tímidas, erráticas e incapazes de alterar a imensa fratura entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais. Cresce o Terceiro Setor. Aparece com força a defesa de alternativas privatistas para a questão social, envolvendo a família, as organizações sociais e a comunidade. Esta defesa, como já afirmamos, é legitimada pelo renascimento de ideias liberais que referendam a desigualdade. Assim, as propostas neoliberais, em relação ao papel do Estado quanto à questão social, são propostas reducionistas e acabam por esvaziar e descaracterizar os mecanismos institucionalizados de proteção social. São propostas fundadas numa visão de política social apenas complementar ao que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade” (Yasbek, 2001:37).

A contraditória parceria entre Estado e família desenvolveu-se de forma diferenciada em várias nações. Em muitas delas, como o Brasil, a família constituiu-se, através da divisão das tarefas e responsabilidades entre gênero e gerações, num dos grandes pilares da política social do Estado. Não por acaso que o modelo de solidariedade familiar não é apenas praticado de fato, mas trata-se de uma solidariedade respaldada em legislação, obrigada por lei; como se observa nos Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso.

Nesse sentido, a concepção sobre a família por parte dos profissionais que atuam com elas, é fundamental no que se refere à efetivação da política formulada a partir dela, no que concerne à garantia de atendimento das mesmas, ou na negação desse direito por um olhar adverso a essa concepção mais macro de ver a família, por ser esta temática tão pessoal a cada sujeito.

Analisar as concepções de família dos profissionais da equipe básica do Programa Médico de Família de Niterói (PMF) torna-se o objetivo principal deste estudo. Buscamos ainda, como objetivos específicos o conhecimento do perfil destes profissionais, como a família é incorporada nas ações desenvolvidas e como os processos de capacitação destes profissionais influenciam na prática em saúde.

Conforme já sinalizado, o estudo parte do entendimento de que as ações desenvolvidas por esses profissionais – em que pese todo o processo de capacitação e de gestão do programa – são balizadas, em grande medida, pelas concepções que os mesmos têm acerca das famílias. É o que alguns autores, como Arretche (2001), denominam de poder discricionário dos agentes implementadores.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual, segundo Haguette (2005), fornece uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais, apoiada no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social, enfatizando as especificidades desses fenômenos em termos de suas origens e de sua razão de ser.

De acordo com Minayo (2004), no âmbito da pesquisa social, o objeto de estudo é essencialmente histórico; ele conserva e reproduz a dinâmica das sociedades e existe em determinado tempo e espaço. Desta maneira, não se pode perder de vista que a temática em análise, as famílias, transformam-se constantemente, são mutáveis, e por isso mesmo, também modificam suas leis, instituições, valores e princípios. A realidade está sempre em processo de transformação.

A realização da pesquisa e a consecução de seus objetivos exigiram um conjunto de procedimentos metodológicos inter relacionados, os quais são expostos a seguir.

Em um primeiro momento foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos com enfoque na família a sua relação com a construção/efetivação de políticas

sociais, principalmente com foco na população pobre de nossa sociedade. O levantamento bibliográfico feito principalmente nas bases de dados SCIELO e portal de teses CAPES, sendo usados os descritores FAMÍLIA, PROTEÇÃO SOCIAL, SAÚDE DA FAMÍLIA. Essa revisão bibliográfica permitiu relacionar os conceitos envolvidos na pesquisa bem como mapear o “estado das artes” da temática de estudo.

A pesquisa envolveu também a realização de um trabalho de campo, no âmbito do Programa Médico de Família de Niterói, envolvendo análise documental e realização de entrevistas.

A análise documental identificou de que forma a família é abordada tanto na concepção do programa como nos seus protocolos e instruções normativas. Buscou-se, nesse momento, conhecer cadastros, planos, relatório anual de gestão, orientações, material de capacitação, protocolos como ficha de gerência de grupo de risco (criança, gestante e doença crônica e idoso), etc.

Fez-se análise de uma amostra de prontuários do PMF, com o objetivo de traçar um breve perfil das famílias cadastradas e captar, nos registros dos profissionais, de que forma os mesmos informam a conformação familiar. Essa amostra foi feita através da escolha aleatória do conjunto de prontuários cadastrados a uma equipe básica do PMF.

A pesquisa contou também com a realização de entrevistas com os profissionais da equipe básica do PMF (médico e técnico de enfermagem), tendo como referência um roteiro semi-estruturado. As questões que orientaram esse roteiro giram em torno dos seguintes temas: o que é família e como ela se conforma na sua área de intervenção profissional; se a metodologia do programa propicia o olhar para o atendimento familiar; como se dá o diálogo do PMF com as demais políticas do município, dentre outras questões que foram levantadas ao longo do trabalho. Desse modo, a entrevista analisou, através da fala da equipe básica, a concepção de família que esses adotam na sua prática. Minayo (2004) lembra o caráter social da fala, que expressa as relações sociais e lutas de classe.

Entende-se a entrevista enquanto processo de interação entre entrevistador e entrevistado, onde o primeiro tem o objetivo de obter informações por parte do outro. A entrevista – como qualquer outro instrumento – está submetida aos cânones do método científico, um dos quais é a busca de objetividade, ou seja, a

tentativa de captação do real, sem contaminações indesejáveis nem da parte do pesquisador nem de fatores externos que possam modificar aquele real original. O real não pode ser captado como num “espelho”, mas é possível fazer “leitura” do real. (Haguette, 2005)

Conhecer as concepções e ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes básicas se mostra importante, tendo em vista que são esses os profissionais que atuam cotidianamente na prática direta com as famílias, ou, nos termos da literatura que trata da análise de políticas públicas, são os agentes implementadores do PMF. As equipes entrevistadas foram selecionadas de forma a contemplar grupos de trabalho³ diferentes, a fim de possibilitar a compreensão e apreensão das semelhanças e diferenças entre as concepções de família e seu desdobramento na prática destes profissionais. Nesse sentido, buscou-se contemplar equipes básicas vinculadas a diferentes grupos de trabalho do PMF, mas com a mesma coordenação.

Para tanto, foi solicitada autorização ao Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa- NEPP, cabendo à coordenação do mesmo a indicação das equipes a serem entrevistadas a partir dos seguintes critérios: a) tempo mínimo de contratação no PMF de um ano e b) equipes com diferentes tempos de inserção no PMF, de forma a contemplar equipes mais antigas, equipes com tempo médio e mais recentes.

Assim, foram selecionadas quatro duplas (equipes básicas) de áreas de supervisão distintas⁴. No entanto, devido ao afastamento de um profissional médico por problema de saúde, sem retorno antes do término do trabalho de campo, as entrevistas se deram com três médicos e quatro técnicos de enfermagem. A escolha das áreas se deu no sentido de conhecer realidades diferenciadas no que se refere à conformação das famílias, ocupação principal dos chefes de família entre outros requisitos que podem interferir de maneira direta ou indireta, nas concepções dos profissionais da equipe básica do PMF.

³ As equipes básicas são auxiliadas por uma equipe multidisciplinar de supervisão, utilizada como instrumento de complementação técnico-metodológica e composta por especialistas na área de clínica médica, pediatria, ginecologia, saúde pública, enfermagem, saúde mental, cirurgia ambulatorial e serviço social. As supervisões são divididas em três coordenações, que se organizam por território.

⁴ O PMF contava, em julho de 2010, com 33 módulos, divididos em 108 equipes por cada módulo.

A fim de preservar o sigilo e anonimato dos entrevistados, essas áreas não serão identificadas e as falas dos entrevistados seguirão um código numérico (entrevistado 1, e assim sucessivamente)

A entrada em campo possibilitou a aproximação com o objeto de estudo e permitiu ainda estabelecer uma interação com os sujeitos que conformam a realidade estudada.

No que se refere à análise do material coletado, Minayo (2004) afirma que para compreender e interpretar o material qualitativo é primordial no sentido de superar a sociologia empírica e ingênuas, onde é necessário penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência da realidade.

Seguindo nesse caminho, utilizou-se a análise de conteúdo enquanto técnica que permitiu tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um terminado contexto.

No primeiro momento, foi feita uma leitura minuciosa das entrevistas, buscando apreender a similaridade e a diversidade das opiniões e analisá-las qualitativamente no que se refere às concepções de família dos profissionais do PMF. Tal método ainda permitiu ir além do texto, do descrito, de forma a obter uma visão do conjunto, sem perder de vista as particularidades, bem como elaborar pressupostos que serviram como parâmetros tanto para a análise quanto a interpretação do material, e determinaram os conceitos teóricos que orientaram a análise.

Seguindo a orientação proposta por Minayo (2004) para análise do material, utilizou-se dos procedimentos metodológicos da categorização, descrição, inferência e interpretação; buscando nessa etapa a articulação entre os objetivos da pesquisa, a base teórica e os dados, de forma a garantir a unidade e articulação entre o texto descrito e analisado com os elementos que condicionam suas peculiaridades.

Em termos de exposição, esta dissertação encontra-se estruturada em dois capítulos. O primeiro está voltado à revisão da literatura sobre os conceitos que permeiam o tema de estudo. Seu conteúdo é composto da discussão conceitual sobre família, sendo iniciado pelas concepções de família construídas ao longo da

história, dando ênfase nos papéis maternos e paternos, e também na construção da família nuclear burguesa, proposta como modelo hegemônico. Trata ainda das transformações ocorridas com a família no período recente. Aponta-se o debate em torno das famílias chefiadas por mulheres e a desigualdade social que algumas vezes aparece como “feminização da pobreza”. Ainda com relação à pobreza, abordam-se as redes de solidariedade e sociabilidades construídas pelas famílias pobres para garantia de necessidades que não são ofertadas pelo Estado. Também neste capítulo discute-se a atual centralidade da família na política social. Argumenta-se quanto uma “redescoberta” da família para complementação de ações não desenvolvidas pelo Estado, ou a presença constante da família enquanto parceira deste Estado, no âmbito da proteção social.

Finaliza-se o primeiro capítulo com um olhar a partir da relação entre a família e a política de saúde. Inicia-se esta observação em séculos anteriores onde a ação de saúde estava voltada apenas para as campanhas higienistas das cidades, e a construção mais recente de modelos assistenciais de saúde, com foco no indivíduo e práticas curativas, e posterior desenho de um modelo que prevê o foco na família e uma atuação no âmbito da prevenção e promoção de saúde, como a Estratégia da Saúde da Família. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é discutida enquanto uma possibilidade de modelo assistencial capaz de atender às necessidades da família, no âmbito da proteção social destas. São apontadas ainda suas fragilidades e potencialidades para garantia do direito à saúde. Nesse aspecto, sinalizam-se as diversas abordagens da família na atuação das equipes de saúde que entrevêm na ESF.

O segundo capítulo trata dos resultados da pesquisa realizada, buscando analisar as informações coletadas, à luz da literatura sobre o tema. Inicialmente, fez-se uma reconstrução histórica do Programa Médico de Família de Niterói (PMF), enfocando as motivações para a sua implantação, a missão e/ ou objetivos do programa, população e áreas cobertas, e número de equipes implantadas. Feita essa caracterização, empreende-se à apresentação dos resultados da pesquisa e sua análise, a partir dos seguintes eixos: a. perfil dos profissionais da equipe básica (entrevista com os profissionais); b. concepção de família dos profissionais da equipe básica (entrevista com os profissionais); c. ações profissionais das equipes dirigidas às famílias (análise dos cadastros das famílias atendidas, e entrevistas

com os profissionais); d. processo de capacitação e treinamento dos profissionais do PMF para atuar com famílias (análise documental e entrevista com os profissionais).

Ao final do trabalho, buscamos tecer algumas considerações acerca das concepções de família vigentes entre os profissionais que atuam diretamente com as famílias cobertas pelo PMF, buscando apontar sua relação com as ações desenvolvidas pelo programa e ainda apresentar algumas sugestões relacionadas à capacitação da temática aos gestores do programa.

Vale destacar que essa dissertação não tem pretensão de esgotar o tema de estudo. Antes, trata-se de um olhar sobre a relação entre família, saúde e proteção social que busca contribuir com algumas análises e reflexões sobre esta temática.

Capítulo I

A Família em discussão: da construção social à centralidade na política de saúde.

Neste capítulo pretende-se discutir diferentes concepções sobre família, e como ela se modificou, e vem se modificando ao longo da história. Buscou-se ainda analisar a retomada de sua centralidade nas políticas sociais recentes, principalmente em relação à política de saúde.

1.1. Famílias em construção: elementos teóricos, históricos e conceituais.

Quando se inicia a análise sobre família, percebe-se o quanto essa temática é próxima, e “familiar” a todos os sujeitos. Devido a essa “familiaridade”, existem diversas análises sobre a mesma. Estas se apresentam sob o olhar da antropologia, cultura, economia, história, sociologia e psicologia. Assim, buscando uma maior aproximação com a temática, será feito um breve resgate no que se refere à conformação da família em períodos de um passado não tão distante, e como ela se apresenta na contemporaneidade.

Analisando a nomenclatura do termo família, descobre-se que o mesmo é derivado de *famulus*, que significa escravo doméstico - expressão inventada pelos romanos para designar um novo organismo social que surge entre as tribos latinas, quando foram introduzidas à agricultura e à escravidão legal. Esse organismo se apresentava através de um chefe, que possuía uma mulher sob seu poder, filhos e alguns escravos, tendo sob estes o poder da vida e da morte. Desta forma, todos os componentes da família eram submissos ao pátrio poder (Lima et al,2007). Desde então, o termo família tem designado instituições e agrupamentos sociais bastante diferentes entre si, do ponto de vista de sua estrutura e funções. Tais grupos e instituições não tiveram, ao longo da história, necessariamente a reprodução quotidiana ou geracional como função específica ou exclusiva e, em muitos

momentos, desempenharam simultânea e prioritariamente, funções políticas e econômicas.

Segundo Ariès (1978), a família medieval inglesa do século XV demonstrava uma falta de afeição, principalmente em sua atitude com relação às crianças. Após conservá-las em casa até a idade de sete ou nove anos (sete anos era a idade que os meninos deixavam as mulheres-mães para ingressar na escola ou no mundo dos adultos), eles as colocavam, tanto os meninos como as meninas, nas casas de outras pessoas, para aí fazerem o serviço pesado, e as crianças aí permanecem por um período de sete a nove anos (até 14 e 18 anos). Nestes termos, eles eram chamados de aprendizes. Eram poucas as famílias que evitavam esse comportamento: por maior que fossem suas posses, enviavam suas crianças para casas alheias, recebendo em sua casa, crianças estranhas. Esta atitude era justificada pelos pais, ao enfatizar o aprendizado de boas maneiras pelos seus filhos.

Desta forma, o serviço doméstico se confundia com a aprendizagem, sendo essa uma forma muito comum de educação da época. Era através do serviço doméstico que o mestre transmitia a uma criança, não ao seu filho, mas ao filho de outro, a bagagem de conhecimentos e experiência prática e o valor humano que pudesse possuir.

“Nessas condições, a criança desde muito cedo escapava à sua própria família, mesmo que voltasse a ela mais tarde, depois de adulta, o que nem sempre acontecia. A família não podia, portanto, nessa época, alimentar um sentimento existencial profundo entre pais e filhos. Isso não significava que os pais não amassem seus filhos: eles se ocupavam de suas crianças menos por elas mesmas, pelo apego que lhes tinham, do que pela contribuição que essas crianças podiam trazer à obra comum, ao estabelecimento da família. A família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental” (Ariès, 1978:158).

Percebe-se que ao final do século XV, quando a frequência à escola passa a ser mais intensa nesta sociedade, a maneira de tratar as crianças passa por mudanças, e com elas também se modifica o relacionamento familiar. A escola torna-se um instrumento normal da iniciação social, da passagem do estado da infância ao do adulto.

Para Ariès (1978), essa mudança correspondeu a uma preocupação dos pais de vigiar seus filhos, de ficar mais perto deles e de não abandoná-los mais, mesmo que temporariamente, aos cuidados de outra família. A substituição da aprendizagem pela escola exprime também uma aproximação da família e das crianças, do sentimento da família e do sentimento da infância, outrora separados.

O clima sentimental era agora completamente diferente, mais próximo do atual, como se a família moderna tivesse nascido ao mesmo tempo em que a escola, ou ao menos, que o hábito geral de educar as crianças na escola.

Ariès (1978) enfatiza que essa escolarização, tão cheia de consequências para a formação do sentimento familiar, não foi imediatamente generalizada. Ao contrário. Ela não afetou uma vasta parcela da população infantil, que continuou a ser educada segundo as antigas práticas de aprendizagem. Antes de mais nada, havia as meninas. Com exceção de algumas, que eram enviadas às “pequenas escolas” ou a conventos, a maioria era educada em casa, ou também na casa de outras pessoas, uma parenta ou vizinha. A extensão da escolaridade às meninas não se difundiria antes do século XVIII e início do século XIX. Durante muito tempo, as meninas seriam educadas pelo costume, mais do que pela escola, e muitas vezes em casas alheias.

Já com relação aos meninos, a escolarização estendeu-se primeiro à camada média. A alta nobreza e os artesãos permaneceram fiéis à antiga aprendizagem. A sobrevivência da antiga aprendizagem nas duas extremidades da escala social não foi, porém, impedimentos para o triunfo da escola. A civilização moderna, de base escolar, foi então definitivamente estabelecida.

Neste contexto, a família moderna emerge acima de outras formas de relações humanas que poderiam prejudicar seu desenvolvimento.

“Quanto mais o homem vive na rua ou no meio de comunidades de trabalho, de festas, de orações, mais essas comunidades monopolizam não apenas seu tempo, mas também seu espírito, e menor é o lugar da família em sua sensibilidade. Ao contrário, se as relações de trabalho, de vizinhança, de parentesco pesam menos em sua consciência, se elas deixam de aliená-lo, o sentimento familiar substitui os outros de fidelidade, de serviço, e torna-se preponderante ou, às vezes, exclusivo. Os progressos do sentimento da família seguem os progressos da vida privada, da intimidade doméstica. O sentimento da família não se desenvolve quando

a casa está muito aberta para o exterior: ele exige um mínimo de segredo” (Ariès, 1978:164).

Sendo assim, assistiu-se na Europa ao nascimento e desenvolvimento do sentimento de família desde o século XV até o século XVIII. Percebeu-se que até o momento, a valorização da família não havia destruído a antiga sociabilidade. Mas nessa época esse era um sentimento das classes abastadas, a dos homens ricos e importantes da cidade e do campo. Após o século XVIII, conforme Ariès (1978), tal sentimento estendeu-se a todas as camadas e impôs-se tiranicamente às consciências. A família tornou-se uma sociedade fechada onde seus membros gostam de permanecer. A partir de então, as pessoas começaram a se defender contra uma sociedade cujo convívio constante até então havia sido a fonte da educação, da reputação e da fortuna. A casa perdeu o caráter de lugar público que possuía em certos casos no século XVII, em favor do clube e do café, que, por sua vez tornaram-se menos frequentados. A vida profissional e a vida familiar abafaram a atividade das relações sociais.⁵

Vale destacar que a família também pode ser um espaço de alianças, disputa de poder e violência. Nos diversos relacionamentos, as diferenças individuais quanto às percepções e necessidades emergem, pois cada pessoa forma sua própria percepção e tem necessidades num determinado momento. Essas diferenças no contexto relacional tornam-se bases de conflito, e no convívio familiar, isto também não deixa de existir.

1.1.1. A família brasileira em perspectiva histórica

Ao longo da história, segundo Lima et al (2007), podem ser identificados cinco tipos de família: patriarcal, doméstica, nuclear, parental e conjugal. Enquanto que a família patriarcal é constituída por um conjunto de pequenas famílias sujeitas à autoridade do patriarca, motivada pela necessidade de sobrevivência, a família doméstica é caracterizada por uma única unidade familiar, independente, com autonomia econômica e cultural. Já a família nuclear é definida pelos autores como aquela reduzida às dimensões de unidade microssocial, onde homem e mulher assumem o papel de sujeitos no matrimônio e na família. A parental tem como

objetivo a procriação, e na conjugal, a comunhão de vida e a formação do casal como uma unidade.

Escolheu-se como ponto de partida para uma maior reflexão, a família patriarcal, que seria a imagem mais representativa no Brasil, sendo um modelo fixo onde os integrantes apenas são substituídos no decorrer das gerações. Na história brasileira, esta família sempre foi vista como uma instituição que impôs normas e valores morais pelo menos desde o Brasil Colônia. Segundo Almeida (1987) tratava-se de uma família escravista, baseada na poligamia, onde ao homem branco todas as relações sexuais ativas seriam possíveis, enquanto que às mulheres brancas estariam reservadas a castidade e fidelidade. Ao tomar este exemplo como ponto de partida, enfatiza-se uma visão já clássica na história política e na antropologia, onde esta família seria uma espécie de célula básica da sociedade brasileira. A família patriarcal, segundo Almeida (1987), seria uma matriz que permeia todas as esferas do social: a da política, através do clientelismo e do populismo; a das relações de trabalho e poder, onde o favor e a alternativa da violência preponderam nos contratos de trabalho e na formação dos feudos políticos, muito mais que a ideia de direitos universais do cidadão. A matriz da família patriarcal, com sua ética implícita dominante, permeou todas as outras formas concretas de organização familiar, tanto no passado quanto na família conjugal mais recente.

No século XIX chega ao Brasil a ideia da família nuclear burguesa, aquela família intimista, que vivenciava o espaço do privado, que se opunha ao espaço do público. A família que se diferenciava da área da produção, caracterizava-se por ser unidade de consumo. Era também uma família reduzida, não na quantidade de filhos, mas na abrangência de parentes na sua formação (Almeida, 1987).

O modelo “ideal” da família nuclear burguesa surge no marco da ascensão da burguesia industrial. Nesse momento todos são iguais, ou são ditos iguais perante a lei. Os ricos vão enriquecer e os pobres empobrecer, devido às leis “naturais” do mercado, mas a família estando excluída da produção teria constituído uma célula perigosamente igualitária se não houvesse também leis “naturais” que colocassem a mulher no seu lugar, que não é o de igualdade ao homem.

⁵ Para um estudo mais aprofundado sobre a questão, consultar Ariès, 1978; Almeida, 1987 e Velho, 1987.

“A família intimista, fechada para si, reduzida ao pai, mãe e alguns filhos que vivem sós, sem criados, agregados e parentes na casa, eis o modelo de modernidade no limiar do século XIX. A mulher, “rainha do lar”, mãe por instinto, abnegada e vivendo em osmose com os bebês, sendo ela o canal da relação entre eles e o pai, que só se fará presente para exercer a autoridade” (Almeida, 1987:61).

Cabe esclarecer que esta família continua patriarcal, pois a “realeza” da mulher-mãe fica restrita ao ambiente da casa, ou melhor, do privado. Enquanto ao homem-pai cabe o comando, em última instância.

Ainda segundo Almeida (1987) pode-se identificar o perfil do homem e da mulher na formação da família em questão: o homem branco era dono prepotente da mulher, dos filhos e dos escravos, mas também pai generoso e carinhoso amante. A “virilidade colonizadora” do europeu criava uma grande intimidade entre o branco, suas escravas e os “moleques”, muitos deles seus filhos. As crianças negras tinham tanto o papel de afilhados como bichos de estimação. As mulheres negras eram, em sua maioria, objeto sexual. Algumas ainda desempenhavam o papel de “ama-de-leite”, e apenas um número bem reduzido, algumas vezes, recebiam o “status” de “mãe-negra”. A mulher branca, no entanto, aquela que na genealogia da família brasileira seria a ancestral da esposa da família conjugal (porque para a mulher negra caberia o papel da “mulher da rua”) representa nessa lógica uma figura esvaziada.

Muitas teorias respaldam o estudo das relações entre homens e mulheres e, dentre elas, a Teoria do Patriarcado, na qual o processo de subordinação feminina foi construído a partir da necessidade de dominar as mulheres, cujo desejo estaria em transcender sua privação dos meios de reprodução da espécie. O patriarcado, para Badinter (1986), não designa só uma forma de família baseada no parentesco masculino e no poder paterno, mas também toda estrutura social que nasce de um poder do pai. Esse processo faz com que, gradativamente, as mulheres sejam vistas como mais um bem, o estrito controle da sexualidade feminina e, passa a constituir-se na característica fundamental da sociedade patriarcal.

Como foi possível compreender, a maternidade se configurou, ao longo da história, como a única função valorizada socialmente, desde os tempos remotos da humanidade e que se estendeu até meados do século XX, função esta que permitia

à mulher ser reconhecida e valorizada. Assim, ser mãe seria pertencer a uma classe especial, ter uma posição de aparente prestígio dentro da sociedade.

Porém, apesar deste movimento, de apontar a maternidade como um evento inerente à condição feminina, para Badinter (1985) o amor materno é resultado de uma construção social e cultural, nada tendo a ver com instinto, fator sanguíneo ou um determinismo da natureza. A sacralização da figura da mãe surge como uma forma de reprimir o poder e a autonomia da mulher, a partir de um discurso que culpará e a ameaçará, caso não cumpra o seu dever materno, dito natural e espontâneo. Badinter (1985) afirma que uma mulher pode ser feliz sem ser mãe e que não existe, por parte dela, uma pulsão irresistível em se ocupar do filho, como a imposição cultural busca cristalizar.

A família é uma instituição fundamental no processo de socialização da subjetividade. Ela será de algum modo construída, elaborada ou desenvolvida, dependendo do ponto onde se inicia a observação.

A antropologia mostra através de estudos, a formação de vários tipos de família e redes de parentesco. Mas não há possibilidades infinitas, e sim modelos básicos de organização de parentesco, que se expressam, inclusive, em tipos de famílias. O que se percebe é que não se trata de uma família, mas essas possibilidades também não serão infinitas, inesgotáveis (Velho, 1987). De fato, caso se acreditasse em mudanças ilimitadas, e se cada geração inventasse sua forma de pensar família, não haveria sociedade.

Esta família nuclear não é uma célula isolada. Por mais precária que pareça, existe uma articulação entre as várias famílias nucleares. É essa articulação que possibilita a formação social da identidade, e, portanto, fundamental à compreensão da subjetividade dos indivíduos que compõe esta sociedade.

O ponto de partida, no direito brasileiro, para entendimento do discurso legal sobre família é o Código Civil de 1916. A família estruturada pela legislação brasileira é antes de tudo, uma visão das elites dominantes, preocupadas com a legitimação, em termos legais, dos laços familiares, com a definição do poder marital e paterno, com a legitimação da prole e a regulamentação do patrimônio. Sem falar no reflexo do modo de relacionamento do grupo familiar, conforme vivenciado nas diferentes classes sociais (Barsted, 1987).

O legislador quando interpreta a ideologia dominante, sob o foco da lei, ao regular as relações entre pais e filhos, marido e mulher e dependente de vários matizes, ao organizar a estrutura do casamento e do regime de bens, cumpre não só uma função normativa, mas também, e principalmente, valorativa de sua época. Ele codifica ao nível de regras do direito as relações de poder e a delimitação dos papéis sociais.

Barsted (1987) afirma que o direito sobre a família realiza uma mediação entre as diversas esferas da vida social, organizando as relações interpessoais, dando-lhes, através do casamento e da filiação, seu elemento de legitimação social.

O legislador da época só reconheceu como família o grupo constituído através do casamento civil, não prevendo qualquer proteção legal para formas distintas de organização familiar.

Esse desenho de família vislumbra a ampliação do núcleo fundamental composto por pai, mãe e filhos, entendendo também os laços de compadrio e favor dos padrões rurais, como família “extensa”.

Mais um elemento deste modelo é a monogamia, onde o adultério passa a ser crime, conforme o código civil e penal da época.

Neste momento, diz Barsted (1987), o Estado percebe a família de forma isolada das outras relações civis. Ela faz parte do campo do privado. Somente a partir de 1930 é que a família passa a articular-se a outras esferas, abrangendo o trabalho, a previdência social, a criminalidade e a Constituição.

Os principais questionamentos sobre a família e sobre o papel dos homens e, sobretudo, das mulheres neste âmbito tiveram início no período após a Segunda Guerra Mundial. A mudança no papel da mulher e a crescente mobilidade na cultura ocidental, associadas com o surgimento dos contraceptivos e da possibilidade do aborto, levaram a alterações significativas na vida pública e privada (Leite, 1994). Além destes fatos, outros fatores como a ascensão profissional da mulher, o divórcio, entre outros, podem contribuir para o declínio do modelo tradicional familiar.

“Embora a participação da mulher na esfera pública esteja associada às próprias dificuldades econômicas que exigem a participação de um número maior de membros da família na

composição do orçamento doméstico, certamente o movimento feminista contribuiu significativamente para esta vivência da mulher também nos espaços públicos, anteriormente ocupados predominantemente pelo homem” (Gueiros, 2002:109).

A mudança ocorrida com a entrada da mulher no mundo profissional, a conquista de poder decidir sobre o momento de ter, ou mesmo de não ter filhos em decorrência dos métodos anticoncepcionais, o divórcio e a possibilidade de estabelecer novas parcerias amorosas, pluralizam os signos que permitem sua inscrição numa determinada rede social. Neste contexto, pode-se dizer que está havendo na contemporaneidade, uma reinvenção, onde a mulher assume novos papéis e novos desafios, na diversidade social que se desenha.

Quando se fala em diversidade, é porque a família brasileira possui um acentuado marco de classe, possuindo assim uma variedade óbvia de modelos de perceber família.

Segundo Freitas (2002) a família contemporânea, também chamada por alguns teóricos de moderna, intimista e nuclear, vem sendo questionada constantemente, o que indica uma necessidade de revisão dos modelos.

Nas últimas décadas, a família vem passando por algumas mudanças, especialmente no que se refere a sua composição, ao espaço de compartilhamento de vivências e aos papéis estabelecidos entre os seus membros. Assim, falar e compreender a família no sentido tradicional constitui um entendimento bastante limitado dentro dos arranjos societários. A família é uma relação social dinâmica que assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturadas na cultura da família, na classe social à qual pertence, incluindo os valores e normas de outras culturas.

Desta forma, o fundamento da família não está na natureza biológica do homem, mas na sua relação social: as famílias se constituem como aliança entre grupos. Trata-se de uma construção típica do espírito humano e não um subproduto de suas necessidades econômicas ou biológicas e pode ser considerada um conjunto de pessoas afetivamente ligadas entre si que se regem pelo princípio da participação integral de todos em tudo que afeta de modo direto ou indireto e convívio (Lima et al,2007).

Para Da Matta (1987), uma reflexão mais crítica sobre a família permite descobrir que ela não é apenas uma instituição social capaz de ser individualizada, mas constitui também e principalmente um valor.

A família é um grupo social, bem como uma rede de relações. Funda-se na genealogia e nos elos jurídicos, mas também se faz na convivência social intensa e longa. É um dado de fato da existência social (sem família como dizem os velhos manuais de sociologia, não há sociedade) e também constitui valor, um ponto do sistema para o qual tudo deve tender.

“Assim, o termo “família” refere-se não só à família nuclear (mulher/marido e filhos), mas também a toda parentela. Além disso, utiliza-se “família” como qualitativo poderoso para denotar situações corriqueiras ou rotinizadas (“essa comida é familiar”) ou quando alguma coisa é importante e boa (“aquela moça é de família”). Pertencer bem ou mal a uma “família”, nestes vários sentidos, é mais significativo do que ter um elo com pessoas e instituições: de fato, esse pertencer é tão crítico que vale por uma classificação social... Quem não tem família já desperta pena antes de começar o entrecho dramático; e quem renega sua família tem de saída, a nossa mais franca antipatia” (Da Matta, 1987:125).

Outros autores também trabalham no sentido de pensar a família enquanto construção valorativa pensá-la para além do biológico e da consanguinidade. É importante ainda, que se faça para além destas ponderações, uma análise contextual.

Szymanski (2002) enfatiza que ao pensar família deve-se considerar as mudanças que ocorrem na sociedade, como estão sendo construídas as novas relações humanas e de que forma as pessoas vêm cuidando de suas vidas familiares. As mudanças que ocorrem no mundo afetam a dinâmica familiar como um todo e, de forma particular, cada família, conforme sua composição histórica e pertencimento social.

“As mudanças na composição familiar, sua visibilidade e o aceite da sociedade (como por exemplo, a legalização da união entre homossexuais) exigem que se leve em conta o reflexo daquelas na sociedade mais ampla, nas formas de se viver em família e nas relações interpessoais. O mesmo é válido para as famílias nucleares, que também têm de assimilar o impacto dessas transformações. Para compreendê-

las e desenvolver projetos de atenção à família, o ponto de partida é o olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes” (Szymanski, 2002:10).

Falar de família é compreender os diferentes significados para cada sujeito, dependendo do local onde vivem de sua cultura e também de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. A família tem sido apresentada, representada e reapresentada, sob diferentes definições, noções, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas.

Prado (1985) caracteriza o tipo de família na realidade brasileira na década de 1980, descrevendo diferenças entre os diversos recortes de classes. Na classe chamada alta, a família persiste numa forma mais “extensa” do que nas demais, havendo um patriarca que controla os meios de produção, o patrimônio e a renda familiar, fazendo predominar sua autoridade. Na classe média reflete uma família nuclear, mas com uma grande rede de parentesco. Na classe baixa, encontram-se famílias nucleares, entretanto sem uniões legais e chefiadas por mulheres.

Na década seguinte, já na metade dos anos 1990, Vaitsman (1994) declarou que o predomínio da considerada família ideal da modernidade vem desaparecendo. Ou seja, a chamada família tradicional, ou conjugal, como aquela formada pelo homem-pai provedor e a mulher-mãe dona-de-casa, unidos pelo casamento (legal e indissolúvel), e seus filhos, vivendo sob o mesmo teto, passa a coexistir, cada vez mais, com uma rede de interações que incluem outros “conteúdos”, chegando até a se institucionalizar sob novas formas.

Embora a autora faça essa afirmação a partir de estudo realizado com famílias da classe média brasileira, pode-se dizer que a família brasileira vem se traduzindo há muito tempo em “famílias brasileiras”. Não só pelos seus matizes étnico-culturais, mas também pelas suas nuances sócio-econômicas, mostrando-se em sua diversidade, pluralidade, heterogeneidade, flexibilidade, instabilidade e fragmentação. Destaca-se que esses mesmos elementos são justamente os traços que vêm delineando a tendência pós-moderna.

Ainda conforme Vaitsman (1994), as separações e os novos casamentos vêm aumentando o número de pessoas que vivem com parceiros que não são os pais ou mães de seus próprios filhos. Concomitantemente, aumenta o número de crianças que convivem com seus irmãos, meio-irmãos e “os filhos do marido/esposa de minha mãe/meu pai”. Vêm conquistando seu espaço, os casais de homossexuais,

“as pessoas que vivem sós, livres do estigma de solteirões, as mães solteiras e os descasados de ambos os sexos que, juntamente com o exercício simultâneo de alguma atividade remunerada, assumiram a criação dos filhos sem a presença de um parceiro” (Vaitsman, 1994:13).

A autora ainda chama atenção para o fato de que não se trata da substituição de um tipo de família, “a conjugal moderna”, por outro tipo, a “pós-moderna”, uma vez que a família hierárquica, marcada pela dicotomia de papéis, não desapareceu. De maneira mais precisa, o que caracteriza, para a autora, a família e o casamento numa situação pós-moderna é justamente a inexistência de um modelo dominante, seja no que diz respeito às práticas, seja enquanto um discurso normatizador dessas práticas.

1.1.2. Famílias pobres

Ainda discorrendo sob a conformação da família, Sarti (2008) afirma que embora a família continue sendo objeto de profundas idealizações, a realidade das mudanças em curso abalam de tal maneira o modelo idealizado que se torna difícil sustentar a ideia de um modelo “adequado”. Para a autora, não se pode mais afirmar o que seria adequado ou inadequado para dizer sobre a família.

Resgata-se, agora, a ideia de classe, para analisar duas questões muito presentes na discussão de família na atualidade: a família monoparental feminina (chefiadas por mulheres), com uma suposta “feminização da pobreza”; e a construção de redes das famílias pobres, que mais tarde poderá embasar a construção das políticas sociais tendo na família uma “parceira” para o desenvolvimento de ações, principalmente voltadas a essa população mais empobrecida.

Iniciando o debate das famílias chefiadas por mulheres, cabe pontuar, que esta é uma situação vivenciada por mulheres pertencentes a diferentes classes sociais e, em especial, aquelas residentes nos grandes centros urbanos. Mas atualmente, a discussão gira em torno da “feminização da pobreza”, com argumentos que identificam uma maior vulnerabilidade social nas famílias chefiadas por mulheres. Sem dúvida elas existem. Mas é necessária uma maior observação no tocante a esta afirmação.

Para Carvalho (1998), em que pese à importância da ênfase na questão das desigualdades sociais como eixo central nas análises em torno da expansão do fenômeno da chefia de domicílio por mulheres, começam a ganhar espaço outras vozes que enfatizam a necessidade do entendimento de que tal fenômeno, por estar sujeito igualmente a outros condicionantes, deve ser visto como uma configuração histórica e social. Cabe dizer, que é necessária uma leitura que interconecte as desigualdades como as de gênero, classe, raça ou etnia e idade ou geração à questão da relação com o Estado, particularmente no que se refere à oferta de políticas sociais e inserção no mercado de trabalho.

Desta forma, qualquer esforço no tocante à problematização da questão da chamada feminização da pobreza, requer uma abordagem extremamente cuidadosa e equilibrada. Pois as mulheres efetivamente estão em situação de desvantagem em relação aos homens, tanto no que se refere ao usufruto do direito quanto à carga de trabalho e ao nível de remuneração. Têm desvantagens ainda em relação à possibilidade de mobilidade socioeconômica, já que enfrentam barreiras culturais, legais, obstáculos no mercado de trabalho, entre outras limitações. Portanto, a desigualdade de gênero não é fictícia, pois as mulheres chefes de família enfrentam dificuldades suplementares, ao terem que administrar sua dupla participação nas esferas da produção e da reprodução, em condições desfavoráveis quando comparadas aos homens que também são chefes de domicílio e que, na sua maioria, contam com a participação, cada vez maior, das esposas, tanto na tradicional esfera dos cuidados domésticos como no mundo da produção (Carvalho, 1998).

Sendo assim, as mulheres estão mais fragilizadas porque assim já se encontravam em relação ao homem, e também pela presença de crianças, o que

acarreta uma maior vulnerabilidade familiar. Desta forma, prefere-se pensar em uma “pauperização das mulheres”, ao invés de uma “feminização da pobreza”⁶.

No que se refere à configuração em rede das famílias pobres, Sarti (2008) ressalta que essa contraria a ideia corrente de uma constituição em um núcleo. Diz ser necessário desfazer a confusão existente entre família e unidade doméstica (a casa) que traz imprecisões que poderão ter consequências nas ações a ela pertinentes, uma vez que puderam levar a desconsiderar a rede de relações na qual se movem os sujeitos em família e que puderam também prover os recursos materiais e afetivos com que poderão contar.

No universo simbólico das famílias pobres, o papel do homem e da mulher também se constitui através de uma divisão complementar de autoridade, e irá corresponder à diferenciação existente entre casa e família. Eles serão complementares, mas diferentes hierarquicamente.

“Em consonância com a precedência do homem sobre a mulher e da família sobre a casa, o homem é considerado o *chefe da família* e a mulher, a *chefe da casa*. O homem corporifica a ideia de autoridade, como uma mediação da família com o mundo externo. Ele é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. À mulher cabe outra importante dimensão da autoridade: manter a unidade do grupo. Ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar” (Sarti,2008:28).

Os vínculos construídos entre a rede familiar da população pobre não se desfazem com o casamento. Ao contrário, eles se mantêm através das obrigações mútuas entre os familiares, principalmente pelas necessidades de colaboração financeira entre a rede de parentesco, e também pela construção social que não restringe à convivência ao núcleo conjugal.

“A família pobre, constituindo-se em rede, com ramificações que envolvem o parentesco como um todo, configura a trama de obrigações morais que enreda seus membros, num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos” (Sarti, 2008:31).

⁶ Para um estudo mais aprofundado da temática da feminização da pobreza, ler Carvalho (1998).

A noção de família para os pobres se configura através da rede de obrigações. Ela está para além da relação de consanguinidade. A relação de parentesco se baseia na convivência. Para essa fração da população, a família significa mais do que pais e avós (ou laços de sangue). Ela representa a rede de obrigações. Quer dizer: aqueles com quem se conta, e que também se pode confiar.

O estudo das famílias pobres não irá lançar maiores luzes sobre o funcionamento de sistemas políticos nacionais ou do modelo de concentração de renda. Mas a população não sofre apenas os problemas gerais. Tem que vivenciar o enfrentamento de questões mais imediatas, ainda que sejam reflexos das questões mais gerais: como alimentar a família; como encontrar colocação no mercado de trabalho; onde deixar a criança enquanto a mãe sai para o trabalho; em quem apoiar-se quando a família é abalada por alguma crise, etc. As pessoas precisam viver sua vida cotidiana e a este nível o parentesco é uma variável importante, pois é através dele que se organiza boa parte do espaço social imediato, e é através dele, que as pessoas se ajustam às dificuldades do dia-a-dia.

Viver frente à pobreza e à necessidade de adaptação à carência de recursos materiais faz com que população pobre produza uma definição de papéis sexuais que difere daquela encontrada entre as camadas mais “favorecidas” economicamente, e requer certos esforços de ajustamento nos quais o parentesco provê uma rede estratégica de suporte recíproco.

Conforme o padrão da classe média e das elites, em algumas circunstâncias, a construção da vida familiar dos pobres não é estável. Certos tipos de comportamento, culturalmente relacionados à noção de família, não se conformam aos valores dominantes. As formas de organização da vida familiar, da vida doméstica, e das redes de parentesco diferem com relação aos padrões dos “ricos”. Porém, persiste um ideal de família, e este não é inteiramente diferente das “elites”. Por outro lado, a experiência da pobreza resultou na elaboração de um modelo ideológico alternativo, um modelo operacional adaptado às circunstâncias da instabilidade econômica.

Neste sentido, Sarti (2008) vem ao encontro desta ideia, afirmando que a noção de família apóia-se em torno de um eixo moral. As fronteiras sociológicas têm fundamento segundo o princípio da obrigação que estrutura essa relação. Para

estes sujeitos, é necessário um vínculo mais preciso que o de sangue para confirmar o parentesco. É a ideia de obrigação que garante este vínculo, tornando mais central que os laços consanguíneos.

Na sociedade brasileira, a família possui um lugar de destaque, mas para a população pobre, ela se coloca como central. Não apenas com base na rede de apoio ou de ajuda mútua, diante da necessidade de amparo que não encontra no poder estatal. A família para, os pobres, caracteriza-se simbolicamente como fundamental, pois é ela que organiza e ordena sua percepção de mundo dentro e fora do universo familiar.

Para Woortmann (1987), tornou-se evidente a existência de diferenças entre pobres e ricos no que se refere a parentesco. Os estratos mais baixos elaboram um sistema ideológico bastante consistente, mas sem atribuir-lhe uma subcultura separada, tendo em vista, que o modelo cultural dominante, isto é, o modelo definido nos termos dos grupos sociais hegemônicos também opera junto a esse grupo, e por eles são manipulados. Torna-se claro que papéis sexuais e padrões de parentesco são resultados de uma interação, e frequentemente de uma manipulação consciente, de dois níveis do sistema ideológico: um modelo “ideal” correspondendo à cultura dominante, e um modelo “adaptativo”, emergente da práxis cotidiana dos pobres.

Como foi dito anteriormente, a rede de relações entre a população pobre, torna-se mais forte, em virtude do desamparo social que acomete essa fração da população. A necessidade de sobrevivência, e garantia das necessidades básicas, facilita a criação de ajuda mútua, através de “rede de serviços” que essa população estabelece entre aqueles que consideram de seus laços. Devido a esta ausência, são prestados alguns serviços, que deveriam ser ofertados pelo poder público.

Desta forma, passar-se-á a analisar a relação entre a família e sua centralidade no âmbito das políticas sociais recentes.

1.2 Família e política social: a centralidade da família na atualidade

Percebe-se, hoje, uma redescoberta da importância da família, no discurso e nos planos e programas governamentais. Esta “redescoberta” teve início no final

dos anos 1970, com a crise econômica, e desde então a família vem sendo considerada um importante agente privado no desenvolvimento de políticas de proteção social.

Existe na atualidade um feixe de políticas que buscam articular um número considerável de sujeitos e recursos contemplando a família. Essas políticas não só incorporam uma gama de benefícios e serviços, como também possuem o atributo de arrecadar recursos e criar fundos públicos, seja para promover subsídios fiscais; de leis ou normas referentes ao casamento, divórcio, comportamento sexual, controle de natalidade, aborto; e de segurança social, relacionadas à saúde, à educação, à habitação e ao emprego (Pereira, 2003).

Segundo essa autora, não se pode dizer que exista propriamente uma política de família. Nem em muitos países capitalistas centrais, nem periféricos como o Brasil. A autora entende política como um conjunto de ações deliberadas, coerentes e confiáveis, que são assumidas pelos poderes públicos como dever de cidadania, e deverão produzir impactos positivos sobre os recursos e a estrutura da família. Assim,

“no Brasil, país onde se costuma dizer que nunca existiu um Estado de Bem-Estar, por comparação a um suposto esquema coerente, consistente e generoso de bem-estar primeiro-mundista, a afirmação de que não há política de família ‘cai como uma luva’. Mas tal afirmação só teria cabimento se, de fato, houvesse uma verdadeira política de família nos países desenvolvidos. Como tal política está impregnada de particularidades culturais, é lícito falar de uma ‘política de família à brasileira’ e identificar os seus traços principais- até porque a não-ação governamental não deixa de ser uma atitude política” (Pereira, 2003:28).

Durante o período do auge da economia, com pleno emprego e oferta de políticas sociais universalistas, pareceu que a família seria descartável no modelo de Estado de Bem-Estar, gestado pelos países centrais.

Carvalho (1995) traz a ideia de que a proteção e a reprodução social transformaram-se em missão quase total de um Estado Social, provedor e garantidor dos direitos dos cidadãos. Nesse pensamento, o indivíduo poderia trilhar a sua vida apenas dependente do Estado e do trabalho e não mais das chamadas sociabilidades comunitárias e familiares.

Nessa lógica, foi vendida uma ideia para a sociedade, de que o Estado seria suficientemente forte para assegurar políticas sociais e operar a partilha da riqueza produzida, e ainda garantir o pleno emprego.

Somente nos anos 1990 se dá conta de que estas promessas estariam ameaçadas, pois o Estado deixou de ser a garantia do trabalho para todos.

É neste contexto que as redes de solidariedade e sociabilidade, pensadas a partir da família passam a ser valorizadas no âmbito da proteção social, principalmente na política social.

No Brasil, como na maioria dos países latino-americanos, este Estado de Bem-Estar, quando existiu, se deu de modo tímido e frágil, sendo chamado por autores como Carvalho (1995) e Pereira (2003) de Welfare Mix, onde a responsabilidade com a proteção era partilhada entre o Estado e a sociedade civil. Desta forma, não se pode dizer que a sociabilidade e solidariedade fundada nas relações familiares nestes países deixaram de acontecer, por força de um Estado firme e de pleno emprego.

“No Brasil, as sociabilidades sociofamiliares e as redes de solidariedade por elas engendradas nunca foram descartadas. É que elas foram e são, para as camadas populares, a sua condição de resistência e sobrevivência. A família alargada, o grupo de conterrâneos, por exemplo, são possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde...” (Carvalho, 1995:17)

Devido a este potencial da família, de assegurar a proteção e inclusão social dos sujeitos que dela fazem parte, percebe-se na contemporaneidade, um esforço em tornar centrais as microssolidariedades e sociabilidades sociofamiliares, nas políticas de cunho social.

Gueiros (2002) diz ter observado que à medida que o Estado restringe sua participação nas ações de proteção social, voltadas a alguns segmentos, como, por exemplo, crianças, adolescentes, idosos, portadores de deficiência e pessoas com doenças crônicas, a família passa a ser responsabilizada, assumindo estes cuidados, mas sem receber do Estado, a assistência necessária para realizar tal tarefa.

No desenho das políticas sociais, os serviços coletivos vêm combinando modalidades de atendimentos ancorados na família e na comunidade. Busca-se hoje, a internação domiciliar, o médico de família, o cuidador domiciliar, o agente comunitário de saúde. Fala-se em agentes de suporte e cuidadores domiciliares para apoiarem as famílias no trato e proteção com as crianças, idosos, pessoas portadoras de deficiências, etc. Fala-se ainda em agentes que assessoram grupos comunitários em programas para geração de trabalho e renda, animadores culturais e implementadores de projetos coletivos, que visem à melhora na qualidade de vida da comunidade (Carvalho, 1995).

Nos marcos legais, a assistência social foi garantida como política pública de direito do cidadão e dever do Estado, na Constituição Federal de 1998, através dos artigos 203 e 204 e firmada através da Lei Orgânica Social- LOAS, Lei nº 8742 de 07 de dezembro de 1993, passando assim, a assistência, a saúde e a previdência a constituírem a seguridade social.

A Constituição Federal de 1998, ainda contemplou o debate sobre a família, através dos seus artigos 226 e 227, que a coloca como base da sociedade, devendo receber a proteção do Estado e que, juntamente com o Estado deve assegurar a proteção integral da criança e do adolescente, garantindo ainda a convivência familiar e comunitária.

Conta-se ainda, como parte deste arcabouço legal, com a Política Nacional de Assistência Social do ano de 2004, que preconiza a importância do trabalho com as famílias, ainda na proteção básica, enquanto referência para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o tempo e espaço para o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e parte do pressuposto de que são funções básicas da família prover a proteção e a socialização dos seus membros, serem referência de vínculos afetivos, sociais e de identidade grupal além de ser mediadora das relações entre seus membros e a vida social.

Nessa lógica, torna-se evidente a matricialidade sociofamiliar, na Política de Assistência Social, onde o atendimento passa a ter centralidade na família e seus membros, pois se considera que nela encontram-se todos os segmentos. Esta atenção se dá tendo em vista as transformações societárias e a forte pressão que os processos de exclusão sócio-cultural geram sobre as famílias, acentuando suas fragilidades e contradições. Por isso, faz-se primordial sua centralidade no âmbito

das ações da Política de Assistência Social, como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida (Brasil, 2003).

A matricialidade sociofamiliar passa a ter centralidade na política devido ao intenso processo de penalização das famílias, que estão cada vez mais vulnerabilizadas. Mesmo que haja o reconhecimento da importância para seus membros, é necessário que ela seja incluída como centro das políticas de assistência, articulada com as demais políticas públicas, para que de fato se alcance a promoção social.

No cenário descrito, percebe-se que a família retoma - se é que um dia saiu - um lugar de destaque na política social. A família é entendida como lugar de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e de construção de identidade, principalmente na experiência de insegurança trazida pelo desemprego. Ela é ao mesmo tempo beneficiária, parceira e executora de ações de proteção e inclusão social, propostas pelo Estado, que vem se retraindo neste campo.

A relação entre família e Estado se estabelece muitas vezes de maneira conflituosa por estar menos relacionada aos sujeitos e mais à disputa do controle sobre o comportamento destes sujeitos.

“A contraditória parceria entre Estado e família desenvolveu-se de diferentes formas nas diferentes nações e, em muitas delas, a família, através da divisão das tarefas e responsabilidade entre gênero e gerações, constituiu-se num dos grandes pilares do Estado de Bem-Estar. Não por acaso que o modelo de solidariedade familiar não é apenas praticado de fato, mas trata-se de uma solidariedade obrigada por lei, conforme prevêm as legislações vigentes sobre a convivência familiar” (Miotto, 2003:46).

No que se refere às políticas públicas, cresce a valorização da família e da sociedade, principalmente a partir das políticas de cunho neoliberal da década de 1980; na partilha de responsabilidades que até aquele momento, eram de responsabilidade do poder público estatal, ou seja, no enfrentamento das expressões da questão social.

Tem-se observado nos anos recentes, uma crescente participação da família, enquanto estratégia de efetivação nos projetos e processos de políticas de proteção social, principalmente as políticas de seguridade, como saúde e assistência social.

Percebe-se ainda, que as políticas de combate à pobreza também elegeram a família e a comunidade, como parceiras para sua efetivação. Elas visam assegurar uma rede de proteção e de desenvolvimento socioeconômico voltada às famílias e as comunidades em risco e vulnerabilidade social. Os programas de renda mínima, por exemplo, visam garantir ao grupo familiar recursos suficientes pra aquisição de uma cesta alimentar, a manutenção dos filhos na escola, inibindo ainda, o trabalho precoce de crianças e de adolescentes.

A retomada da família como eixo central das políticas sociais vem sendo alvo de um intenso debate quanto às potencialidades e limites dessa instituição prover, de forma exclusiva ou complementar, a proteção social de seus membros. Este debate se faz ainda mais necessário quando se observa que a retomada da centralidade da família se inscreve num contexto de revisão e crítica ao papel do Estado provedor e a delegação das responsabilidades de proteção social para as famílias e comunidades. Como bem ilustra Yasbeck (2001:37):

“Assim, o 'modelo' é um Estado que reduz suas intervenções no campo social, optando por programas focalistas e seletivos caracterizados por ações tímidas, erráticas e incapazes de alterar a imensa fratura entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais. Cresce o Terceiro Setor. Aparece com força a defesa de alternativas privatistas para a questão social, envolvendo a família, as organizações sociais e a comunidade. Esta defesa, como já afirmamos, é legitimada pelo renascimento de ideias liberais que referendam a desigualdade. Assim, as propostas neoliberais, em relação ao papel do Estado quanto à questão social, são propostas reducionistas e acabam por esvaziar e descaracterizar os mecanismos institucionalizados de proteção social. São propostas fundadas numa visão de política social apenas complementar ao que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade”.

Neste sentido, Mito (2007) afirma que a centralidade da família na política social está ancorada sobre duas perspectivas distintas. A primeira está focada na família como eixo central no processo de cuidado e proteção de seus membros, sem levar em conta as determinações sócio-históricas e econômicas que

influenciam diretamente nas suas condições e organização, atentando para sua capacidade natural de cuidadora e provedora.

É importante ressaltar o lugar da família nas políticas sociais, pelo fato de que a situação de pobreza está diretamente ligada à má distribuição de renda, onde o modo de produção capitalista não garante pleno emprego, ficando as famílias em situação de vulnerabilidade, havendo a necessidade da inclusão social através das políticas sociais ofertadas pelo Estado. No Brasil o grau de vulnerabilidade vem aumentando, dadas as desigualdades, próprias de sua estrutura social, onde cada vez mais se nota a exigência de as famílias desenvolverem formas estratégicas para manterem a sobrevivência (Miotto, 1997).

“Cada vez mais são atribuídas à família responsabilidades que estão aquém de suas possibilidades, principalmente quando se trata de famílias em situação de extrema vulnerabilidade. As famílias imersas no ciclo de pobreza e exclusão necessitam de uma intervenção efetiva do Estado para a superação de sua situação atual, afinal por si só não dispõe do básico para promoção de sua integração social e do desenvolvimento pessoal de seus membros” (Miotto, 2007: 57).

Para a mesma autora, pensar a lógica da família nesta sociedade atual significa colocá-la não como agente do processo de proteção social, mas no papel de co-agente, e pensá-la no interior do Estado como principal desencadeador e protagonista desse processo. Pois quanto mais o Estado se retrai, mais a sociedade sofre as consequências. Se o Estado se retrai, não ocorre a integralidade e universalidade no acesso aos direitos sociais, o que implicará na não-efetivação das políticas públicas de proteção à família; pois estes são princípios fundamentais para essa política. O que se observa, são ações cada vez mais fragmentadas e seletivas, percebe-se uma política social que não atende as famílias integralmente, mas são políticas direcionadas a uma determinada fração da população, como: a criança, ao idoso, a mulher, ao negro, entre outras.

Entende-se que nenhuma política familiar é neutra, na medida em que toda a política é pensada a partir de uma ideologia, que pretende difundir uma determinada concepção de família, valores sociais, culturais, morais e econômicos. Além de possuir um caráter normativo/ regulador, imposto por meio de política demográfica

(controle de natalidade) e de legislação (normatização jurídica do casamento e do divórcio).

Neste contexto, mesmo quando se opta por uma intervenção estatal voltada para a autonomia e emancipação, onde se compreenda a família como recurso fundamental para a construção da sociabilidade e da preservação do tecido social, na medida em que essa família é tomada enquanto protagonista nos cuidados e na proteção social dos seus membros, e que o papel do Estado aparece somente como apoiador, isso só irá ocorrer quando a família não conseguir dar conta das suas funções que lhes são atribuídas, gerando para a mesma uma sobrecarga de funções.

“Essa sobrecarga se insere em uma perspectiva chamada de familismo, a qual tem como premissa a existência de dois canais para a satisfação das necessidades dos indivíduos, a saber, o mercado (via trabalho) e a família. O Estado intervém somente quando não ocorre a proteção por meio desses canais, sendo que a intervenção é temporária. Segundo tal perspectiva, tem-se a formulação de políticas residuais, a manutenção de concepções estereotipadas de família e centralização de ações em situação limite.

Sobrecarregada, a família busca a satisfação das necessidades em parceria com uma rede de apoio composta pela própria família, grupo de amigos e programas sociais, sejam eles estatais ou organizados por entidades beneficentes de direito privado” (Mito, 2007: 61).

Nesta perspectiva, a autora enfatiza que a família além de ser um espaço de cuidado e proteção, também se configura como um espaço a ser cuidado. Propõe ainda, uma política familiar que tenha por finalidade contribuir para a autonomia das famílias, ou seja, que possam proporcionar recursos que possibilitem às famílias a condição de sujeito ativo na sociedade, com o desenvolvimento de atitudes, conscientes e responsáveis.

1.3 A família sob o olhar da política de saúde

Buscar-se-á uma observação na conformação da relação entre a família e a política pública de saúde em séculos anteriores, para melhor entender sua conformação na atualidade. Dito de outra forma, as atuais relações entre família e saúde se inscrevem no âmbito das marchas e contra marchas que atravessaram a

constituição da trajetória da relação Estado/sociedade/família em cada momento histórico.

Segundo Silva Júnior (1998), na segunda metade do século XIX, após as guerras napoleônicas e o incremento da industrialização e da urbanização, a emergência de epidemias, a pressão das massas operárias urbanas e o crescimento das correntes políticas socialistas passam a compor um cenário que exige intervenções do Estado.

A Inglaterra, com sua tradição política liberal, relegou historicamente as questões de saúde pública ao âmbito da Lei dos Pobres, atribuindo aos poderes locais responsabilidades na assistência aos indigentes. As ações desenvolvidas, delegadas pelas autoridades locais às iniciativas privadas, de cunho associativo, visavam assegurar mínimas condições de sobrevivência para que os indivíduos pudessem, num período mais curto possível de tempo, procurar seu sustento e a manutenção de sua saúde no mercado.

Esse quadro iria mudar exatamente no contexto das transformações que se operaram no período da Revolução Industrial do século XIX. Os fluxos migratórios, do campo para as cidades, provocaram aglomerações humanas nos espaços urbanos e suburbanos com deterioração progressiva das condições de vida das populações pobres. Epidemia de cólera, tifo exantemático, tuberculose e outras doenças causaram mortes e sérios problemas na produção fabril.

Desta forma, sabe-se que a higienização das cidades como estratégia do Estado moderno esbarrava frequentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição familiar e levava os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do governo. A reconversão das famílias ao Estado pela higiene tornou-se tarefa dos médicos. A este momento histórico, a medicina social designa o nome de “higiene familiar” (Lima et al, 2007).

Esta ordem médica iria produzir uma norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados, e colocados à disposição do Estado.

A família idealizada pelos higienistas, conforme afirmam Lima et al (2007), deixar-se-ia manipular acreditando-se respeitada, abandonaria antigos privilégios em troca de novos benefícios, auto-regular-se-ia, tornando cada um dos seus membros, num agente de saúde individual e estatal.

Este Estado assumiu dois tipos de intervenção normativa que, dizendo defender a saúde física e moral das famílias, executava ações em nome dos direitos dos homens. A primeira dessas intervenções deu-se através da medicina doméstica, que estimulava a política populacionista, reorganizando as famílias em torno da conservação e educação das crianças. A segunda se dirigiu às famílias pobres sob forma de campanhas de moralização e higiene da coletividade (Lima et al, 2007).

Quando esta intervenção se deu no âmbito da medicina doméstica, dois elementos foram diretamente afetados: a casa e a intimidade dos sujeitos. Em relação a casa, houve aumento do intercâmbio entre ambiente doméstico e o meio social. A intimidade, por sua vez, transformou-se para permitir um fluxo mais livre entre os próprios membros da família.

Conforme argumentam Lima et al (2007), como consequência do empobrecimento e das campanhas de isolamento da família no século XVIII e XIX em contraposição ao progresso e riqueza alcançados com a dinâmica capitalista industrial, ampliam-se as condições de vulnerabilidade social, que passa a ser um fenômeno em massa enfrentado principalmente com o apoio da filantropia.

“A filantropia, a assistência social e a medicina concentraram-se para manobrar os laços de solidariedade familiar e usá-las, quando preciso, na represália aos indivíduos insubordinados e insatisfeitos” (Lima et al, 2007:9).

Sob esta ótica, desenvolveu-se uma nova moral da vida e do corpo e a medicina, através da persuasão higiênica, vai se montando sobre a ideia de que a saúde da família depende de sua sujeição ao Estado.

Neste contexto, para que o Estado reconhecesse e fortalecesse o poder médico, foi exigido que esse se mostrasse eficaz, sendo-lhe solicitado, como prova de sua eficácia, a capacidade de se fazer aceitar pelas famílias. Dessa forma, uma das mais importantes conquistas do movimento higienista foi à imposição da figura do médico à família. Gradativamente, a figura do médico de família foi sendo valorizada.

Com o avanço do capitalismo, principalmente a partir da Revolução Industrial e a mobilização do operariado como importante ator político, observa-se certo afrouxamento das ideias liberais. É nesse contexto que ganha destaque a

implantação de um novo padrão de intervenção do Estado na questão social, baseado no seguro social compulsório. Trata-se da experiência alemã implantada pelo chanceler Otto Von Bismarck em que a política social se voltava prioritariamente à proteção dos trabalhadores e suas famílias mediante contribuição prévia. Dentro desse modelo, a assistência à saúde aparecia como um dos benefícios no rol daqueles assegurados aos trabalhadores contribuintes.

No século XX, surge o desafio à construção de sistemas redistributivos capazes de impedir o crescimento das desigualdades frente aos riscos de desagregação da solidariedade social. Com a crise econômica do início do século e a crescente mobilização dos trabalhadores, em especial do operariado, há uma inflexão importante na forma de conceber a pobreza e a questão social: essa deixa de ser vista como uma falha de caráter individual e passa a ser reconhecida como um fenômeno generalizado, que atinge mesmo os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Nesse contexto, merece destaque a construção dos chamados Estados Sociais assentados na conjugação de três aspectos centrais, a saber: o padrão keynesiano-fordista com a noção do pleno emprego, a ideia de seguridade social tal como proposto no Relatório Beveridge e a teoria da cidadania marshalliana.

Segundo Pereira (2008) estes três aspectos centrais conformariam o paradigma dominante do Estado de Bem-Estar. Para o alcance do pleno emprego, conforme a política econômica keynesiana, seria necessário efetuar um macrogerenciamento da economia para assegurar crescimento sob condições de pleno emprego e desenvolver uma série de políticas sociais incumbidas de redistribuir os frutos do crescimento econômico; controlar os efeitos desse crescimento sobre a população; e compensar aqueles que pagaram o preço desse crescimento. Com relação à ideia de seguridade social pode-se dizer, que com base no modelo keynesiano, surgiu o Relatório ou Informe Beveridge sobre o Seguro Social e Serviços Afins. Nesse relatório elaborado por um comitê sob a coordenação de William Beveridge, propôs-se uma completa revisão do esquema de proteção social existente na Grã-Bretanha. Mesmo que em 1930 já se contasse com esquemas de pensões, saúde e seguro-desemprego, muitas pessoas ainda permaneciam na pobreza, sendo necessário que se submetessem a humilhantes testes de meios que comprovassem o merecimento da assistência pública. A

inovação proposta por este relatório deu-se na medida em que trouxe a ideia de um modelo nacional e unificado sob a égide de um eixo distributivo, ao lado do contributivo, abolindo ainda com os testes humilhantes de concessão à assistência pública. Finalizando o terceiro aspecto central, a cidadania marshalliana, a autora coloca que ao final dos anos de 1940 o sociólogo inglês T. M. Marshall elaborou uma teoria onde a cidadania seria composta de três grupos de direitos, que se desenvolveram em diferentes épocas. Seriam eles: os civis; os políticos e os sociais. Esses direitos foram conquistados por meio de movimentos democráticos e passaram a ser amparados por instituições públicas.

Pode-se ainda sinalizar, conforme Magalhães (2001:572),

“que apesar de certa vocação universalista, o Welfare State assumirá diferentes contornos em cada contexto social. Sem representar um sistema neutro de repartição dos riscos e infortúnios da vida, o desenvolvimento das redes de proteção social na segunda metade deste século irá depender de como o problema da pobreza e da vulnerabilidade social será processado em cada arena política.”

O fato é que a partir da implantação dos chamados Welfare States no segundo pós-guerra, assiste-se à implantação de sistemas públicos de política social de caráter nacional, abrangente e universal, sobretudo nos países de capitalismo avançado. No caso da saúde, ganha destaque o modelo inglês, com a institucionalização do National Health System (NHS), em que a atenção à saúde é considerada direito universal e responsabilidade estatal.

Associado a esse processo, observa-se uma expansão considerável de serviços médico-hospitalares, trazendo, como efeito perverso, o aumento de gastos com o setor. É nesse contexto que iniciativas de enfrentamento dos crescentes gastos com a provisão de serviços de saúde ganham terreno.

Nessa direção, merece destaque o desenvolvimento da proposta da Medicina Comunitária nos Estados Unidos, a partir dos anos de 1960. Essa proposta aparece como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso de amplas camadas da população. Como relata Silva Júnior (1998), vários programas de Medicina Comunitária foram implantados como parte da chamada “guerra à pobreza”, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de integração dos “marginalizados”

da sociedade americana, na visão funcionalista da época.

Ainda segundo este mesmo autor, a Medicina Comunitária se estrutura a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando, portanto, as ações de promoção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto à estrutura, organiza o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando o nível primário as ações de menor complexidade a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade.

As propostas pautadas na Medicina Comunitária chegaram à América Latina financiadas, segundo Hubner & Franco (2007), pela Organização Pan-americana de Saúde-OPAS e instituições filantrópicas como W. F. K. Kellogg, entre outras. Através de seminários patrocinados por organismos internacionais, estimulou-se nas Faculdades de Medicina a criação de espaços onde se pudesse demonstrar a correção da nova abordagem de formação médica, que seriam os Departamentos de Medicina Preventiva.

A Medicina de Família é considerada como pertencente ao mesmo campo da Medicina Comunitária, ambas no âmbito das ações primárias em saúde. Porém, a Medicina de Família difere da Comunitária, quando coloca como pressuposto o foco da atenção na família e seu espaço singular, que é o domicílio.

No campo da saúde no Brasil, desde os anos de 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) alcançou as famílias, conforme afirma Silva (2010), ao instituir as visitas domiciliares como uma atividade de rotina, ainda que direcionadas aos indivíduos. Somente 40 décadas após, será dada maior ênfase na atuação com famílias, no campo das políticas sociais.

Para Donnângelo (1975), dificilmente se poderia sustentar que o Estado, na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica até a década de 1970. Historicamente, sua atuação foi concentrada em medidas de alcance coletivo, acrescentando-se, ainda, que o próprio setor de saúde não constituiu setor prioritário nas definições de política econômico-social do Estado. Essa constatação é válida para todo o período que se está considerando, não obstante terem os programas de assistência médica se ampliando consideravelmente no âmbito da Previdência Social. Tal constatação permitirá dimensionar, também, o sentido da interferência estatal na assistência médica através das instituições de Previdência.

Nesse sentido, dois aspectos adquirem relevância com relação à forma e extensão dessa interferência. O primeiro deles reside na consideração de que a ampliação quantitativa e qualitativa da assistência médica, no âmbito das instituições previdenciárias, está mais relacionada com as pressões do consumidor e características institucionais da previdência e não diretamente relacionadas à assistência médica, do que com a ação deliberada do Estado para absorver ou mesmo controlar o sistema de produção e consumo de serviços. O segundo aspecto diz respeito ao fato de que a interferência, no momento em que ocorreu, comportou formas de privilégio do produtor privado dos serviços de saúde (Donnangelo, 1975).

Durante os anos de 1970, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde eram mínimos. O sistema previdenciário sofreu mudanças institucionais, separando o componente benefício da assistência médica. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS). Essa reorganização significou, também, um novo momento de concentração do poder econômico e político no sistema previdenciário (Luz, 1991).

Segundo Cordeiro (1991), para os usuários, as transformações da organização do sistema de saúde indicavam duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde.

No âmbito internacional, em setembro de 1978, acontece, em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde com a proposta de atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. O enfoque prioritário foi à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade. Tal proposta implicava ainda em cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de

acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação (Silva Júnior & Oliveira, 1993).

Esta proposta corresponde à solução oferecida por um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular.

Ainda sobre a afirmação de Lima et al (2007), fala-se do fenômeno “neofamiliarismo”, em que a família passa a ser vista como unidade econômica e política de resolução de problemas de racionalidade global do modelo neoliberal. Neste sentido, os (neo) liberais (re) descobriram as potencialidades da família em substituir intervenções do Estado, que eram consideradas burocráticas e muito custosas. A partir dos anos 1970, também a força de esquerda começou a reconhecer a importância social da família.

Já na década de 1980, há um impulso dos programas de inserção da família nos cenários das políticas públicas brasileiras. No início da década de 1990, o advento da Constituição Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente, vieram reforçar o olhar sobre a família.

Com a Constituição de 1988, ocorre a alteração da concepção clássica de atenção à saúde em nosso país, focada principalmente na ênfase na clínica individual, curativa e hospitalocêntrica, para uma proposta que se sustenta em um conceito ampliado de saúde (Brasil, 1988). Esse conceito afirma que

“... para se ter saúde é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. No entanto, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo esse quadro de determinantes” (Cunha & Cunha, 1988: 22).

Nesse contexto, a saúde passa a ser reconhecida, ainda, como direito de todos e dever do Estado, enquanto acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A viabilização destes pressupostos deu-se a partir da implantação do modelo

do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, que, como política pública, busca também a cidadania e a minoração da exclusão social e das desigualdades sociais. Nesse sistema, os três níveis de governo e o setor privado contratado e conveniado exercem ação conjunta com objetivo único, tendo como princípios a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A universalização garante a possibilidade de acesso à saúde a todas as pessoas. A equidade é um princípio de justiça social e busca tratar de maneira específica cada território, com o objetivo de diminuir as desigualdades, levando em consideração as diferenças de necessidades e investindo mais onde a carência é maior. A integralidade implica em considerar a pessoa como um todo, integrando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A descentralização e a participação popular são formas de concretizar o SUS na prática (Cunha & Cunha, 1988). Dessa forma, o setor público se compromete com a produção de serviços de saúde de maneira descentralizada, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como foco o atendimento integral e as atividades preventivas.

Com o intuito de romper com o modelo assistencial de saúde, que tem como esteio a atenção curativa, com postura medicalizante, verticalizada e individualista, ainda centrada na atuação do médico e com pouca resolutividade, foi criada a Estratégia Saúde da Família – ESF, baseado nos princípios do SUS descritos acima. Essa estratégia foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde⁷, que tem como esteio a atenção curativa, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, que atua nos cuidados primários de saúde, e coloca o cuidado fora do hospital, mais perto da comunidade, focando suas ações no eixo territorial. A ESF corresponde a um campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, aqui entendidos como cuidados culturais – cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível, congruentes e competentes e que considerem sempre a integralidade e a territorialidade (Spector, 1999). Nesse sentido, cada

⁷ Por modelo de atenção à saúde entende-se: um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia (Campos, 1997).

profissional de saúde deve estar atento à comunidade na qual sua prática está inserida, considerando o cidadão como um todo, e deve também intervir em consonância com as condições de vida dos usuários do serviço, visando à promoção de saúde, à prevenção de doenças, ao tratamento e à reabilitação. Ou seja, essa nova proposta de cuidar implica também em um processo de produção de novas subjetividades, seja nos profissionais de saúde seja nos usuários, respeitando os grupos culturais, suas relações com a saúde, e o contexto multideterminado em que se inserem. Essa estratégia pressupõe, ainda, a parceria com a família, para sustentar a nova proposta de saúde e melhorar, assim, a qualidade de vida da população.

A reflexão sobre a temática da família e sua inserção no cuidado à saúde proporcionada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma oportunidade de se buscar alternativas que aproximem os profissionais de saúde do núcleo familiar. As famílias possuem muitas fragilidades e susceptibilidades levando-as a apresentarem diferentes necessidades de saúde; suas diversas vulnerabilidades e os riscos que as caracterizam, concomitantemente, como singulares e plurais. A ESF surge como uma possibilidade de se visualizar a família como parte do processo de reorientação do modelo de saúde, buscando construir ações de saúde a partir de seu contexto e necessidades.

Conforme discutido anteriormente, a definição de família envolve uma complexidade de fatores que são conformados nos diferentes contextos e realidades vividos por ela. Neste sentido, não se pode falar na existência de um conceito de família que explique a estruturação de todas, mas na existência de famílias no sentido plural dos determinantes de vida de cada núcleo familiar. Uma visão de saúde ampliada, fundada na dinâmica da diversidade cultural e social, assim como a introjeção da família como entidade que possa participar dos planejamentos das ações em saúde, é fundamental para a conquista de um novo modelo assistencial. Na medida em que se conhecem os diversos núcleos familiares, pode-se, também, destacar, diante do vivido por elas, os fatores que cada uma está exposta e que caracterizam as proporções de risco inerentes ao contexto de vida (Marsiglia, 2008).

Segundo Lima et al (2007), o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família – quando foca a atenção na família e a aborda em seu ambiente físico e

social – permite uma compreensão ampliada do processo saúde doença e o reconhecimento da necessidade de interações para além das práticas curativas, a abordagem da família favorece conhecer sua realidade, conflitos, e interações, o que valoriza suas singularidades.

O modelo de atenção à saúde focado no indivíduo, também chamado de tradicional, tem influência nas práticas de saúde e no processo de trabalho das equipes profissionais, o que ocasiona uma visão programática e biológica, que irá acarretar uma abordagem fragmentada e reducionista das famílias.

Para Lima et al (2007), no Brasil, tanto a atenção à saúde quanto a formação dos profissionais, possuem um corte biomédico, que podem dificultar a atuação dos profissionais de saúde na perspectiva do enfoque familiar.

“... para considerar a família como foco de atenção à saúde é necessário compreendê-la de maneira abrangente devido a sua imensa diversidade de composição e apresentação, dependendo da classe social, cultura e história de sua época. Dessa forma, a família pode ser considerada como um grupo social dinâmico, onde as relações intra e extra-familiares e os papéis assumidos por seus membros estão em constante transformação” (Lima et al, 2007 :2).

Neste sentido, o cuidado pode ser procedido à família num contexto histórico. A família aparece, então, como unidade de atuação e, portanto, deve ser tomada como unidade de análise. Da mesma forma, a noção de família passa a ser compreendida como um sujeito que é distinto dos indivíduos que a compõem e da comunidade com a qual ela se inter-relaciona. Por sua vez, o trabalho com as famílias permite potencializar os recursos existentes nas próprias famílias, entre elas e no âmbito das comunidades, identificando aliados em seus diferentes agrupamentos, desenvolvendo estratégias de redes de apoio e de trabalho integradas com os demais atores sociais.

Quando a intervenção com as famílias se dá de forma fragmentada e individualizada, as políticas sociais dirigidas a essa clientela provocam duplicidade ou descontinuidade no atendimento às famílias e não integram os diferentes projetos, resultando em uma série de ações atomizadas (Lima et al, 2007).

Elsen (2002) afirma que dentro da perspectiva multidimensional de saúde, a

estratégia de se trabalhar com famílias surge como possibilidade distinta de se trabalhar de forma isolada com a saúde de seus membros, como um processo que se dá nas inter-relações complexas entre família e sua rede social, a família e a comunidade, a família e a equipe de saúde, e entre a família e a sociedade.

Outro ponto levantado por esta autora refere-se à influência negativa que a família pode exercer na saúde dos seus membros, quando funciona como um sistema fechado em relação aos demais sistemas, uma vez que dificulta o estabelecimento das relações interpessoais de seus membros, diferente das famílias que funcionam como sistema aberto favorecendo as relações interpessoais de seus membros com melhor aceitação aos cuidados externos e melhor resultado no tratamento.

Retomando o modelo da Estratégia Saúde da Família, que tem por objetivo primeiro a intervenção à família, percebe-se que muitas vezes não fica claro aos profissionais que nesta atuam, de que família estão falando, em que argumentos estão pautados as concepções que baseiam suas intervenções com estes sujeitos.

“A focalização da família dentro da ESF implica em contextualizá-la como espaço estratégico de atuação, contrariando o enfoque do “indivíduo biológico” - abordagem própria da prática curativa – e tomando-o como “indivíduo em relação”, ou seja, as famílias devem ser entendidas como redes de interações e como espaços singulares para uma substancial compreensão do processo saúde/doença e conseqüentemente de intervenções de maior impacto social. Esse entendimento nos leva a compreensão do indivíduo, sua família, a comunidade e os diferentes grupos sociais também como sujeitos de viver e ser saudável, considerando as diferentes etapas de seu curso de vida e sua inserção social” (Mito, 2007: 96).

Focalizar a família como uma unidade tanto na prática quanto na pesquisa tem sido uma tarefa árdua. Reconhece-se que a família é significativa para a saúde de seus membros, entretanto, quando ela é vista como uma unidade torna-se necessário que o profissional atue no sentido de buscar uma maior clareza da sua realidade.

No cenário da Estratégia da Saúde da Família (ESF), Ribeiro (2004) afirma que esta estratégia seria fruto de um mundo globalizado, que mostra interesse na redução dos custos dos serviços sociais e de saúde, requer lucros crescentes, mas

que ainda busca a minimização dos conflitos sociais, como as preocupações da sociedade com a desagregação social. Para essa autora, essas questões acabam por impulsionar a formulação, por parte do Estado, de políticas públicas em direção à família.

Em que pesem essas considerações, é preciso considerar - aspecto contraditório: se a preocupação com a racionalização de gastos aparece como elemento importante, por outro, as diretrizes propostas são caras ao próprio movimento sanitário e podem impulsionar mudanças mais abrangentes na forma de lidar com a temática saúde.

É possível pressupor que exista uma multiplicidade de abordagens no cuidado à saúde das famílias adotadas pela ESF. Essas abordagens nem sempre dialogam entre si ou não se complementam, o que acaba por compor um quadro de diversidade/parcialidade, que ocasiona o não alcance da integralidade do cuidado, exatamente por não conseguir identificar claramente, o objeto deste cuidado. Ribeiro (2004) contribui para identificar e analisar essas múltiplas abordagens. Após anos de estudo da temática, a autora construiu um modelo classificatório capaz de identificar as principais abordagens, a saber:

Família/indivíduo: nesta abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo, que é o foco real da atenção. A família é o cliente nominal, mas não é o 'objeto' do cuidado. Esta família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação e treinamento.

Família/domicílio: nesta abordagem o ambiente, a infraestrutura material da família, as condições de cuidado são foco de atenção. O que representa a família é o seu espaço, seu contexto físico. O domicílio representa a base dos dados a serem levantados pela equipe para análise estatística e epidemiológica.

Família/indivíduo/domicílio: nesta abordagem são unidos os sentido/conteúdo de família/indivíduo com família/domicílio, e o que difere nesta perspectiva, é o foco no doente que se encontra no domicílio. A expectativa quanto a papéis, deveres e a responsabilidade da família, se intensifica no que se refere ao cuidado e tratamento do paciente. O desgaste da família com relação a este cuidado, muitas vezes não é considerado.

Família/comunidade: nesta abordagem a família passa a ser vista como “as famílias”; sua identidade e a forma de viver são definidas por parâmetros universais, com foco no contexto, na inserção social, no ambiente físico social da comunidade. De outra forma, a universalização faz com que a individualidade e a singularidade dos processos, se esvaziem. A família passa a ser responsabilizada pelo enfrentamento dos problemas da comunidade, como a marginalidade, violência, ou seja, assume o papel de família/agente, que desempenha ações enquanto associação e voluntariado.

Família/risco social: neste enfoque a atenção se volta para um grupo específico de famílias, aquelas vivem comunidades periféricas, em processo de exclusão social. Essas famílias são depositárias das concepções dialéticas vigentes nos espaços sociais, ou no conflito dado entre as concepções protetoras/ solidárias /cidadãs e aquelas discriminadoras/ julgadoras/ fóbicas.

Família/família: nesta abordagem a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade. 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. 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.

Conforme a mesma autora,

“Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize na ESF real. Nesse cenário os diferentes atores podem trabalhar com múltiplas abordagens de família, produzindo-se o entendimento de que se fala e cuida de um mesmo objeto” (Ribeiro, 2004:663).

Neste sentido, retoma-se a questão central deste estudo, que pretende analisar as concepções de família dos profissionais do Programa Médico de Família de Niterói, no sentido de observar de que maneira elas orientam estas práticas. Cabe também perguntar se durante os processos de formação profissional e capacitação dessa equipe, o estudo sobre a família aparece. E nas ações desenvolvidas por essas equipes, a família aparece como foco?

CAPÍTULO II

Família na Abordagem da Medicina Familiar em Niterói: concepções da equipe básica do PMF

2.1. O Município de Niterói e a experiência do Programa Médico de Família: antecedentes históricos.

Niterói é um município localizado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, possuindo uma área total de 129 quilômetros quadrados (segundo dados do censo demográfico do IBGE-2000), que correspondem a 2,8% da área da Região Metropolitana.

De acordo com o Censo de 2000 do IBGE, Niterói possuía naquele ano uma população total de 459.451 habitantes, que em sua totalidade é considerada urbana (sua taxa de urbanização é de 100%). A estimativa populacional para o ano de 2009 era de 479.384 habitantes. Verifica-se um predomínio da população feminina, a qual era composta por 215.161 mulheres (47%) com idade acima de 10 anos e 182.599 homens (40%) acima de 10 anos de idade.

Quadro I – Características demográficas de Niterói (RJ), 2000.

Características demográficas	Nº.	%
População Total	459.451	100,00
População Masculina acima de 10 anos de idade	182.599	39,74
População Feminina acima de 10 anos de idade	215.161	46,83
População urbana	459.451	100,00
População rural	0	0,00
Área (km ²)	129	
Densidade demográfica (hab/km ²)	3.561,6	
Densidade demográfica da Região Metropolitana (hab/km ²)	2.380	
Densidade demográfica do Estado do Rio de Janeiro (hab/km ²)	328	

Fonte: IBGE. Censo demográfico, 2000.

Em relação à distribuição da população por faixa etária, a tabela abaixo demonstra que no município de Niterói, o perfil adulto é o que predomina na população, sendo que a faixa etária acima dos 18 até os 64 anos de idade corresponde a 64,8% da população total.

Tabela I- Distribuição da população por faixa etária em Niterói (RJ), 2000.

População por faixa etária	Nº.	%
0 a 3 anos de idade	24.903	5,4
4 anos de idade	5.664	1,2
5 a 6 anos de idade	13.126	2,9
7 a 9 anos de idade	17.998	3,9
10 a 14 anos de idade	32.911	7,2
15 a 17 anos de idade	22.165	4,8
18 a 19 anos de idade	16.882	3,7
20 a 24 anos de idade	41.114	9,0
25 a 29 anos de idade	35.499	7,7
30 a 39 anos de idade	71.367	15,5
40 a 49 anos de idade	67.249	14,6
55 a 59 anos de idade	47.355	10,3
60 a 64 anos de idade	18.355	4,0
65 ou mais anos de idade	44.863	9,8
Total	459.451	100,00

Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2000.

De acordo com o Estudo Socioeconômico realizado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ), em 2004 Niterói era o quarto maior PIB da região metropolitana do Rio de Janeiro, com PIB a preços básicos no valor de R\$ 7.322.248,00 e integrava o grupo de 8 municípios da Região Metropolitana com PIB a preços básicos acima de R\$ 1 bilhão (este grupo composto, além de Niterói, pela capital, Duque de Caxias, São Gonçalo, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de

Meriti, e Mesquita).

Quando se observa a composição do PIB de Niterói segundo ramo de atividade, verifica-se a maior participação da indústria de transformação (33,2%), seguida pela atividade denominada Outros Serviços (19,5%), e pela Administração Pública (11,5%). E também se observa que os setores com percentual mais baixo são: agropecuária, a indústria extrativa e o comércio atacadista.

Os indicadores de acesso aos serviços de saneamento básico do município de Niterói apontam para uma situação favorável para a maioria da população. Por outro lado, demonstram também que é expressiva a parcela da população com dificuldades de acesso a esses serviços.

Em relação ao abastecimento de água, a grande maioria dos moradores possui acesso à rede geral canalizada em pelo menos um cômodo (com 73,2% do total de moradores). Cerca de 13% dos moradores utilizam poço ou nascente canalizada em pelo menos um cômodo, enquanto 5% fazem uso de outras formas(quadro III).

Tabela II – Número de moradores segundo o tipo de abastecimento de água, Niterói (RJ), 2000.

Tipo de Abastecimento	Nº.	%
Rede geral canalizada em pelo menos um cômodo	334.394	73,3
Rede geral canalizada só na propriedade ou terreno	13.911	3,0
Poço ou nascente canalizada em pelo menos um cômodo	60.487	13,3
Poço ou nascente canalizada só na propriedade ou terreno	2.770	0,6
Poço ou nascente não canalizada	9.724	2,1
Outra forma: canalizada em pelo menos um cômodo	18.997	4,2
Outra forma: canalizada só na propriedade ou terreno	1.713	0,4
Outra forma: não canalizada	14.381	3,1
Total	456.377	100,00

Fonte: DATASUS a partir do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

Em termos de esgotamento sanitário, a tabela III demonstra que a maior parte dos moradores do município tem acesso à rede geral de esgoto ou pluvial (70,6%), ao passo que 15,2% utilizam a fossa séptica. Apenas 1% do número de moradores de Niterói não possui acesso à instalação sanitária.

Tabela III – Número de moradores segundo a forma de instalação sanitária, Niterói (RJ), 2000.

Tipo de instalação sanitária	Nº.	%
Rede geral de esgoto ou pluvial	322.026	70,6
Fossa séptica	69.414	15,2
Fossa rudimentar	22.662	5,0
Vala	18.039	4,0
Rio, lago ou mar	14.200	3,1
Outro escoadouro	5.484	1,2
Não tem instalação sanitária	4.552	1,0
Total	456.377	100,00

Fonte: DATASUS a partir do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

A coleta de lixo, por sua vez, é feita, em sua maioria (cerca de 80% dos moradores) através dos serviços de limpeza. Cerca de 17% dos moradores têm a coleta por meio de caçamba de serviço de limpeza.

Apenas 4% dos moradores de Niterói utilizam outras formas de coleta de lixo que não sejam por serviço de limpeza ou por caçamba de serviço de limpeza, enquanto apenas um pequeno percentual dos moradores enterra o lixo na propriedade (tabela IV).

Tabela IV – Número de moradores segundo a forma de coleta de lixo, Niterói (RJ), 2000.

Tipo de coleta de lixo	Nº.	%
Coletado por serviço de limpeza	364.539	79,9
Coletado por caçamba de serviço de limpeza	75.786	16,6
Queimado (na propriedade)	7.357	1,6
Enterrado (na propriedade)	176	0,04
Jogado em terreno baldio ou logradouro	7.439	2,0
Jogado em rio, lago ou mar	560	0,12
Outro destino	520	0,11
Total	456.377	100,00

Fonte: DATASUS a partir do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano elaborado pelo PNUD em conjunto com o IBGE, o IPEA e a Fundação João Pinheiro, Niterói possuía, em 2000, um elevado IDH-Municipal, sendo o 3º colocado de todo o país e o 1º do estado do Rio de Janeiro, além de ser mais alto do que o IDH do Brasil (quadro II).

Quadro II – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em Niterói, Rio de Janeiro (UF) e Brasil, 1991 e 2000.

Região	IDH-M			
	1991	2000	Classificação UF	Classificação Nacional
Niterói	0,817	0,886	1o.	3o.
Rio de Janeiro (UF)	0,753	0,807		
Brasil	0,696	0,766		

Fonte: PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003.

Em relação ao analfabetismo, o quadro III demonstra que em 2000 houve uma redução da taxa de analfabetismo quando comparada com o censo de 1991, ao mesmo tempo em que aumentou a taxa de número médio de anos de estudos na população de 25 anos de idade e mais. Vale dizer que esses indicadores demonstram uma situação melhor em Niterói em relação ao estado do Rio de Janeiro e ao Brasil.

Quadro III – Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais e número médio de anos de estudo da população de 25 anos e mais. Niterói, estado do Rio de Janeiro e Brasil, 1991 e 2000.

Região	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais (%)		Número médio de anos de estudo (população de 25 anos de idade e mais)	
	1991	2000	1991	2000
	Niterói	5,41	3,55	8,84
Rio de Janeiro (UF)	9,72	6,22	6,49	7,24
Brasil	20,07	12,94	4,87	5,87

Fonte: PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003.

Apesar dos indicadores favoráveis, o município apresenta contrastes em seu território, muitos dos quais não possíveis de serem visualizados nos indicadores sintéticos. Pode-se notar, no entanto, que menos por cento da renda familiar per capita é apropriada pelos 40% mais pobres, estando à relação entre a renda apropriada pelos 10% mais ricos e os 40% mais pobres, o índice de Gini e o índice L de Theil bastante próximos da capital e do estado do Rio (quadro IV).

Quadro IV – Medidas de desigualdade da distribuição do rendimento familiar per capita em municípios selecionados, no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, 2000.

Localidades	Porcentagem da renda apropriada pelos			Relação médias 10+ / 40-	Índice de Gini	Índice L de Theil
	40% mais pobres	20% mais ricos	10% mais ricos			
Niterói	6,9	61,2	42,4	24,7	0,59	0,67
São Gonçalo	11,8	53,0	36,1	12,2	0,49	0,39
Itaboraí	10,8	55,9	39,9	14,8	0,52	0,42
Rio de Janeiro	7,2	65,5	48,2	26,9	0,62	0,69
Estado do Rio de Janeiro	7,7	63,5	49,5	25,6	0,61	0,66
Brasil	6,4	68,1	52,4	32,9	0,65	0,76

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003

2.2. A Saúde em Niterói: características gerais e antecedentes do Programa Médico de Família

Em relação aos indicadores de saúde, é preciso destacar que o município de Niterói tem se constituído, ao longo das últimas quatro décadas, como referência nacional na política de saúde, principalmente pelo pioneirismo de ações como o Projeto Niterói e a implantação do Programa Médico de Família.

De acordo com informações disponíveis no Estudo Socioeconômico realizado pelo TCE- RJ em 2006, o município dispunha, naquele ano, de “18 hospitais conveniados ao SUS, 4 do próprio município, 4 estaduais, 1 filantrópico, 1 universitário e 8 contratados. Oferece um total de 1.944 leitos hospitalares, numa proporção de 4,2 leitos por mil munícipes, enquanto a média no Estado é de 2,9 leitos por cada mil habitantes.” (TCE-RJ, Estudo Socioeconômico 2006). Trata-se de um município com grande capacidade instalada de serviços de saúde, sobretudo se comparado aos demais municípios da região, o que acaba por atrair a população vizinha em busca de acesso à rede de serviços de saúde.

O maior número de unidades do município é referente ao programa Médico de Família – PMF (29% do total das unidades), embora esse não seja o modelo assistencial exclusivo da Atenção Básica de Saúde no município. O PMF teve sua implantação no ano de 1992, no contexto da descentralização da saúde e

consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o alto índice de unidades do PMF em Niterói, e com o número crescente, de 2001 a 2007, de famílias que dele fazem parte, pode-se presumir que isto reflete uma alta demanda do município referente ao que o programa oferece como serviços.

O Município de Niterói, tradicional reduto do Movimento Municipalista Brasileiro⁸, sempre demonstrou através de diferentes atores ao longo do processo histórico, potencial articulador para o desenvolvimento de novos modelos para gestar saúde.

Conforme relata Silva Júnior & Oliveira (1993) o envolvimento da Universidade Federal Fluminense -UFF- enquanto um importante ator- com a sociedade do município de Niterói na área de saúde pode ser evidenciado desde a criação da Faculdade Fluminense de Medicina, em 1926. Docentes e alunos da Faculdade, historicamente, vêm participando das disputas políticas no âmbito local e regional, ocupando cargos públicos de importância e atuando como formuladores das propostas políticas de saúde.

No início, década de 1960, o Hospital Municipal Antônio Pedro foi cedido à Universidade, passando a atuar como hospital universitário, mantendo, porém, suas atribuições como principal hospital público de uma vasta região metropolitana.

Em 1968, com a Reforma Universitária, foi criado o Departamento de Saúde da Comunidade, que adotou como estratégia a articulação com a rede de serviços de saúde, inicialmente no município de São Gonçalo. No início da década de 1970, sob influência de movimentos progressistas, se estabeleceu uma articulação com as populações periféricas de Niterói, no desenvolvimento de um trabalho interinstitucional, que envolvia assistência à saúde e apoio ao movimento popular organizado na comunidade da Vila Ipiranga.

Com a vitória eleitoral da oposição ao regime militar no município, em 1976, foram convidados professores envolvidos no projeto de Saúde Comunitária para ocuparem a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da cidade.

⁸ O movimento municipalista cresce e amadurece de maneira articulada à conjuntura política nacional. Articulados aos movimentos progressistas da saúde surgem os encontros dos setores de saúde dos municípios. Para aprofundar ler Goulart, F. & Ribeiro, J., 1996.

Projetou-se o primeiro Plano Municipal de Ações de Saúde, visando à construção de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à Saúde, em articulação com o restante da rede estadual e federal, que operavam unidades de maior complexidade.

No processo de implantação da rede municipal, articulou-se o Programa Integrado de Saúde Materno Infantil - PISMI, coordenado pela Universidade e financiado pela Fundação Kellogg. A partir do final da década de 70, as propostas de articulação ensino-serviço foram ampliadas, incorporando os debates sobre currículo médico, reorientação dos Serviços de Saúde e as demandas dos movimentos estudantis e populares (Silva Júnior & Oliveira, 1993).

Fazendo um contraponto com o cenário nacional vivenciado nas décadas de 1960 e 1970, pode-se destacar, conforme Bertolozzi et al. (1996), que em 1963 a III Conferência Nacional de Saúde definiu o desenvolvimento econômico como elemento essencial para garantia de níveis satisfatórios de saúde para a população. Em outras palavras, propunha a racionalidade do planejamento, a produtividade e a distribuição de riquezas como “fontes de saúde”. Foi nessa época que se registrou a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da União, apesar das grandes tendências à sua diminuição.

Mas com o golpe de 1964, o poder foi assumido pelas forças armadas, que suspendeu as garantias constitucionais, cassando os mandatos e tornando extintas algumas organizações de base.

Conforme Escorel & Teixeira (2008) na primeira década do regime autoritário, o sistema de atenção estatal à saúde foi caracterizado pela preponderância da Previdência Social, com sua lógica e modelo, sobre o Ministério da Saúde que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Esse fato ocorreu pela concentração de recursos prioritariamente na esfera da Previdência Social.

Uma das medidas que poderia exemplificar, foi à unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados.

Até 1964 a assistência médica previdenciária era prestada pela rede de serviços próprios composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A

partir da criação do INPS, alegando a incapacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros.

Escorel & Teixeira (2008), ainda sinalizam outra modalidade de atenção à saúde sustentada pela Previdência Social que passou a ser expressiva neste período, que foram os convênios com empresas, a chamada 'medicina de grupo'. Nesses convênios a empresa passava a ficar responsável pela assistência médica de seus empregados e dessa forma deixava de contribuir para o INPS. A medicina de grupo, orientada pelo lucro, tinha total interesse em diminuir a quantidade de serviços prestados e baratear os custos desses serviços.

Neste período, o Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário sob a alegação de ser "disfuncional à modernização" já que sua atuação se dava no âmbito coletivo e financiado pelo orçamento fiscal da União, sem a preocupação com o retorno monetário.

Desta forma, a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia (Escorel & Teixeira, 2008).

Foi nesse contexto que emergiu o movimento sanitário no interior das universidades, como decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. Assim, a Universidade passou a ser o espaço onde era possível a contestação às práticas do regime de então. Esse movimento social propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente.

A construção deste novo pensamento sobre saúde, que possui o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, que busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania; recebeu estímulos também da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) que, ao longo da década de 1960, divulgou a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde. A mesma organização disseminou nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária voltados para os grupos mais pobres caracterizados por serem de baixo custo, simplificados e que contavam com

a participação da comunidade na sua execução.

Segundo Bertolozzi et al(1996), dentro deste contexto político centralizador e importador do modelo econômico norte- americano, colocou-se em prática a metodologia do Planejamento, que se apresentava como um meio de intervir nos setores sociais, através do estabelecimento de ações virtualmente técnicas, paralelamente ao controle do conflito de classes.

Na saúde, as políticas de Planejamento reforçavam a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidade de serviço. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades.

Foi neste momento que o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista. Na verdade, justificou-se essa medida pela importância política e financeira que o antigo INPS tinha no cenário da época.

Com a V Conferência Nacional de Saúde em 1975, foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Bertolozzi et al,1996).

Essa V Conferência também foi utilizada para legitimar, dentro de uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários das instituições- particularmente do ministério e secretarias de Saúde-, a dicotomia legalizada da atenção à saúde no país. Mas, por outro lado, Escorel (2008), aponta que teve o efeito de legitimar, em base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, que previam a participação dessas populações.

Na segunda metade da década de 1970, desenvolveram-se grandes projetos de âmbito nacional ou regional e diversas experiências municipais. Nessas

realizações participaram pessoas identificadas por um pensamento comum, com propostas transformadoras para o sistema de saúde. A troca de informações, o debate, a difusão do aprendizado institucional pessoal em artigos, aulas e conferências possibilitaram que essas experiências pudessem ser assimiladas por um conjunto de pessoas e o aprendizado coletivo superasse os limites da vivência individual.

A Academia estava estritamente vinculada com o político. Coerente com o pensamento segundo o qual a saúde é vista como uma prática social, portanto com as mesmas determinações da sociedade e do conjunto de práticas sociais, toda a movimentação dentro das instituições acadêmicas - a produção e a reprodução do conhecimento – estava profundamente ligada ao que acontecia e agitava a vida política nacional (Escorel, 2008)

Em 1981, foi implantado o Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde - PIDAS, envolvendo vários departamentos da Faculdade de Medicina e outras Escolas, como Enfermagem, Serviço Social e Nutrição. Esse programa desenvolvido em Comunidades e Unidades de Saúde de Niterói e São Gonçalo serviu de base para o desenvolvimento de novas metodologias de ensino, articuladas às demandas locais, e o envolvimento de outras áreas de conhecimento como Engenharia, Educação e outros numa perspectiva de trabalho intersetorial. Essas ações influenciaram a definição da política de Extensão Universitária da UFF, através da Pró-Reitoria de Extensão, que passou a incorporar a valorização das Ações de Integração ensino -serviço- sociedade.

Esse programa federal (PIDAS) aliou-se também ao “movimento sanitário” de Niterói na construção de uma articulação política ampla voltada para a reformulação do Sistema de Saúde local. Em 1982, surgiu o Projeto Niterói, pioneiro no desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde, em nível nacional. No Projeto Niterói, grupos interinstitucionais desenvolveram ações visando à municipalização dos serviços, à gestão colegiada, à universalização da atenção, ao sistema de referência e contra-referência, à organização das bases de dados, às análises epidemiológicas e ao desenvolvimento de programas.

Em 1988, o PIDAS foi transformado em um Programa de Capacitação extramural em saúde do Centro de Ciências Médicas da UFF, envolvendo toda a área de saúde e algumas Escolas de outros Centros. Esse programa veio a se

constituir num grande projeto de extensão na UFF e contou com o financiamento do INAMPS, através do Índice Adicional de Valorização por atividades extramurais em saúde – IAV.

Ao mesmo tempo, foram dados passos importantes na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS que, em Niterói, foi rapidamente absorvido pelo Sistema Único de Saúde, dado o trabalho anterior do Projeto Niterói. Os projetos de extensão da Universidade aprofundaram a linha de trabalho de assessoria aos Movimentos Sociais.

Em 1989, constituiu-se um novo governo municipal, com uma ampla articulação partidária de tendência centro-esquerda e o “Movimento Sanitário” de Niterói ocupou a Secretaria Municipal de Saúde. Incrementou-se o processo de municipalização do setor, incorporando progressivamente as estruturas estadual e federal.

O período de 1980 a 1990 é marcado pela mudança no regime político do País, de ditadura militar para a instauração da democracia, culminando com as discussões, elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988, que no seu bojo continham mudanças paradigmáticas.

Com ‘promessas e limites’, como diz Escorel (2008), a Constituição de 1988 estabeleceu que a Saúde é parte da Seguridade Social(art.194), um *“conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”*. Desta forma, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art.196). Foi adotada uma visão ampliada de Saúde, considerada como fruto de *“políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”* E, foi criado, o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Após a promulgação da Constituição de 1988, a principal ênfase das políticas públicas de saúde no Brasil teve uma relação com a municipalização das ações e serviços de saúde. Situando-se oficialmente como “o caminho” para reorganização dos serviços de saúde no país, a partir da IX Conferência Nacional de Saúde.

Cabe ao município, com suas novas atribuições constitucionais, de forma autônoma, porém em articulação com as demais esferas de governo, formular políticas locais de saúde e gerenciar os recursos e as instituições voltadas para a prestação de atenção à saúde (Carvalho & Santos, 1992). Além disso, o município deve reorganizar serviços e práticas de saúde na perspectiva de um novo modelo assistencial capaz de controlar danos, riscos e causas dos problemas priorizados pelos atores sociais envolvidos.

Embora o município passe a assumir autonomia em relação a determinadas funções, esta é relativa tendo em vista a necessidade de articulação nacional das diversas instituições municipais e estaduais num sistema único de saúde conforme está proposto na Constituição Federal.

No âmbito do município objeto deste estudo, foi criada, em 1991, uma Fundação Pública de Saúde para gerir o SUS-Niterói e foram implantados três distritos sanitários para coordenar e desenvolver o processo de construção de um novo modelo de assistência. Profissionais da Universidade ocuparam vários cargos na estrutura da Fundação Municipal de Saúde, sendo a maioria concentrada no Distrito Sanitário Norte⁹ que passou a atuar como um Distrito Docente Assistencial, embora, nos outros distritos, também fossem desenvolvidas ações de articulação ensino-serviço.

Os movimentos sociais se mobilizaram na construção do Conselho Municipal de Saúde e em outras instâncias de participação popular.

No ano de 1991, o então Secretário Municipal de Saúde de Niterói visita Cuba para conhecer o modelo de medicina familiar daquele país, e na oportunidade, assina convênios de colaboração técnica-científica entre Cuba e Niterói. Neste momento, um técnico designado pelo Ministério da Saúde de Cuba, passa a assessorar permanentemente uma equipe multiprofissional estabelecida pelo secretário de Niterói para elaborar uma proposta adaptada para a realidade de saúde das famílias do município. Esta equipe visitou Cuba para conhecer o modelo, e após um ano de trabalho, elaborou um documento norteador do Programa Médico de Família de Niterói (Silva Júnior & Oliveira, 1993).

Em setembro de 1992, Niterói concebe sua proposta de Saúde da Família, o

⁹ No início do processo de municipalização da saúde em Niterói, foram organizados distritos sanitários dividindo o atendimento à saúde por território. Ver Hubner & Franco, 2007.

Programa Médico de Família (PMF), como uma estratégia de equidade, uma vez que sua implantação se inicia nas áreas de maior risco social e ambiental do município, privilegiando moradores com renda familiar mensal inferior a 05 salários mínimos, e vem servindo de modelo para outros projetos de saúde da família, inicialmente no estado do Rio de Janeiro, e depois implantado em outros municípios nos diferentes estados brasileiros. Este modelo de medicina familiar também serviu como referência para o Ministério da Saúde, no momento de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

2.3. O Programa Médico de Família de Niterói

A organização do processo de trabalho no PMF é centrada na Vigilância à Saúde, tendo como sua principal premissa o princípio da territorialidade, tal como pode ser ilustrado pela proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Esta perspectiva pressupõe conhecer detalhadamente o território, não apenas como área de abrangência, mas enquanto território processo, pois só assim tem-se a oportunidade de definir problemas, um conjunto de prioridades, e os recursos para atender as necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica (Hubner & Franco, 2007). O território é compreendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação (e o seu saber preexistente), como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade. Com base nesta metodologia, a equipe de trabalho precisa se inserir neste território, estimulando a organização comunitária e junto com esta população buscar parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e de saúde. Estimular a participação popular como prática política, buscar permanentemente parcerias intersetoriais faz parte da rotina proposta pelo PMF de Niterói, sem desconsiderar a importância das dimensões de prevenção e assistência à saúde.

Conforme relatam Hubner & Franco (2007), os profissionais de saúde são contratados pelas Associações de Moradores, em regime de 40 horas de trabalho semanal, regidos pela CLT, através de repasse integral de recursos financeiros do

poder público municipal às associações, que necessitam estar legalmente constituídas. Os profissionais que compõem o quadro de trabalhadores do PMF (coordenadores, supervisores, médicos e técnicos de enfermagem), são contratados através deste contrato de cogestão.

Os módulos (serviços de saúde de atendimento do PMF) são divididos em micro-áreas (setores), e cada setor deve abranger em média 1.200 pessoas. Na organização de trabalho do PMF, o acesso dos profissionais às residências, e dos usuários ao módulo deve ocorrer sem utilização de meios de transporte. Todas as famílias do local devem ser cadastradas (cadastro familiar). Somente após o cadastramento das famílias, do conhecimento do perfil sócio- econômico, ambiental, e das principais patologias referidas pela comunidade, é que se iniciam os trabalhos das equipes básicas.

As ações da equipe básica de saúde são executadas no interior dos módulos, nas residências, na rede de referência de saúde do município, se necessário, e ou nos equipamentos sociais da comunidade. A carga horária da equipe básica é dividida em 20h de trabalho de consultório e 20h de trabalho em campo.

Hubner & Franco (2007) ainda afirmam que buscando equacionar o descompasso entre o perfil profissional existente no mercado no momento da implantação do PMF e o requerido pela nova lógica de modelo proposto pelo Programa, foi necessário a organização dos profissionais em Grupo Básico de Trabalho. Cada grupo básico é constituído por um Coordenador, uma Equipe de Supervisores (composta por clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, sanitaria, assistente social, enfermeiro e profissionais de saúde mental), que ficam responsáveis por procederem ao apoio técnico e metodológico à equipe básica; esta constituída de médicos generalistas e técnicos de enfermagem.

O Coordenador representa o elo fundamental da equipe com as instâncias superiores da Secretaria de Saúde e os demais órgãos que se relacionam com o Programa.

A equipe de Supervisão realiza treinamento em serviço, cabendo-lhe a tarefa de visitar o módulo semanalmente. Realiza, quando necessário, interconsultas no consultório e/ou domicílio. Cada equipe é responsável por até 20 equipes básicas.

Nesta dinâmica, ao Médico de Família é requerido o desenvolvimento de um

trabalho integral e continuado dirigido à promoção de saúde em caráter preventivo e curativo junto às famílias inscritas em seu setor, no ambulatório e nas residências. Espera-se, desse modo, que o profissional possua uma capacidade resolutive para desempenho de atividades de outras áreas de conhecimento relativas às necessidades das famílias atendidas, como ações destinadas à educação em saúde, assistência e promoção social, junto com o técnico de enfermagem.

O técnico de enfermagem tem por atribuição desenvolver as ações de auxiliar de enfermagem e de agente comunitário de saúde. A esse profissional é exigido residir na sua área de atuação.

A proposta de atendimento à saúde que apregoa o PMF traz a produção social à saúde, e sua concepção histórico-estrutural dos problemas de saúde. Desse modo, busca-se inovar no objeto de sua prática ao incorporar como conceito estratégico a determinação social e a historicidade do conceito de saúde-doença (pelo menos no que diz respeito ao discurso de sua implantação). Como conceitos estratégicos, o programa adota a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação social. Propõe-se a incorporar, além das dimensões de controle de dados e controle de riscos, o controle de causas, trabalhando a partir de determinantes sócio-econômicos, culturais e ambientais. Procura ainda estimular uma intervenção social organizada através da participação popular, na busca permanente de ações intersetoriais capazes de criar condições propícias para a promoção de saúde, sem perder de vista a necessidade de trabalhar na dimensão da prevenção e também da medicina curativa (Hubner & Franco, 2007).

Pelo menos, na concepção de seus formuladores, esta é a linha de atuação do Programa Médico de Família. Acredita-se que esta é uma proposta inovadora e eficaz de um sistema de saúde. Porém, ao longo dos 18 anos de sua criação, cabe perguntar o quanto desta metodologia, ou até mesmo ideologia de pensar o atendimento à saúde tem, de fato, orientado a prática profissional daqueles que atuam no programa.

No caso do presente estudo, interessa examinar especificamente as concepções de família que orientam a prática dos profissionais que atuam na equipe básica de saúde. Acredita-se que tais concepções são fundamentais para aproximar ou distanciar o processo interventivo do programa dos objetivos a que se propõe.

Nesse sentido, o trabalho buscou analisar a fala daqueles que hoje estão na ponta da intervenção do PMF nas comunidades: a equipe básica de saúde, formada pelo médico generalista e o técnico de enfermagem, cujos resultados analisaremos a seguir.

2.4. *Analisando a fala da equipe básica do Programa Médico de Família.*

2.4.1. *Perfil dos entrevistados*

Para conhecer os profissionais da equipe básica que atuam no Programa Médico de Família de Niterói e suas concepções sobre a família, buscou-se entrevistar, como discutido anteriormente, três duplas de equipe básica (médicos e técnicos de enfermagem) e um técnico de enfermagem de outra equipe, de módulos diferentes, mas que estivessem vinculados à mesma coordenação.

Acredita-se que ao traçar o perfil dos profissionais – no que se refere à idade e sexo, ao tempo e instituição de formação profissional, à motivação para ingresso no programa, entre outros aspectos – poder-se-á elucidar aspectos que interferem nas percepções que estes profissionais demonstram em relação ao objeto estudado.

O perfil dos profissionais que compõem as equipes básicas das áreas analisadas é bastante similar em termos de faixa etária: cinco são profissionais com idade entre 28 e 32 anos. Apenas uma dupla (médico e técnico de enfermagem) tem mais de 50 anos de idade.

Com relação ao sexo, o feminino predominou. Apenas um profissional entrevistado foi do sexo masculino, o que remete à observação sobre as profissões que demandam o ‘cuidado’ serem, em geral, desempenhadas pelas mulheres, e as que demandam o ‘tratamento’ serem desempenhadas pelos homens.

Dois médicos têm formação em instituições públicas, e menos de 06 anos de formação. Somente um profissional médico tem mais de 25 anos de conclusão do curso.

Trata-se, portanto, de profissionais jovens, o que se assemelha ao perfil dos profissionais médicos que atuam no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Brasil (Elsen, 2002).

Já os técnicos de enfermagem têm tempo de formação diferenciado, embora nenhum deles seja recém-formado: o tempo de conclusão do curso oscila entre 09 e 32 anos de formação. Todos os técnicos de enfermagem foram formados por instituições privadas.

Entre os profissionais médicos, um encontra-se contratado pelo programa há onze anos, outro há quatro anos e o terceiro é contratado há um ano. Essa variação no tempo de contratação dos profissionais é atribuída por eles próprios à difusão da Estratégia Saúde da Família pelo território nacional, configurando um dinâmico mercado de trabalho, com concorrência salarial entre os municípios. A fala do médico 1 é ilustrativa a esse respeito.

“Hoje muitos médicos estão preferindo trabalhar na PSF do município do Rio de Janeiro, pois o salário lá está melhor. Antigamente era muito difícil abrir uma seleção para o PMF. Agora tem seleção quase todo mês. Eu participei de uma seleção assim que acabei de me formar, outra coisa que antes não era possível. Os médicos tinham que ter mais tempo de formados.” (médico 1)

Quanto aos profissionais técnicos de enfermagem, todos têm mais de cinco anos de inserção no programa. Dois já eram funcionários de Unidades Básicas de Saúde e foram absorvidos pelo PMF. Já os outros dois não possuía experiência na área de saúde preventiva ou familiar. Eram oriundos da área hospitalar ou da massoterapia. Todos foram atraídos para o PMF pelo salário bastante diferenciado pago aos técnicos de enfermagem em relação ao mercado de trabalho desse profissional. Também a exigência de ser morador da área em que atua constitui um elemento que contribui para a permanência desse profissional no programa.

Em relação à capacitação para o trabalho com famílias, os profissionais médicos com menor tempo de formação dizem ter despertado para o trabalho com famílias já no período da faculdade:

“Eu tive uma experiência com medicina familiar na faculdade,

do sexto período até o internato. Fiz também um internato eletivo no próprio PMF.” (médico 2)

Porém, essa não é a realidade dos outros profissionais, que dizem não ter recebido nenhuma orientação para o trabalho com famílias durante a formação profissional. Esses relatam que precisaram buscar por sua própria conta, ou pela necessidade de atuação, o estudo para intervenção com famílias.

“Minha área de especialização na realidade incluí cirurgia geral e medicina do trabalho. O que me ajudou mais nessa área foi o fato de ter saído do Rio para trabalhar como cirurgião no Pará e no interior de Alagoas. Nesses lugares eu tinha que atender também como clínica, pediatra... e isso me deu uma base para fazer este trabalho com as famílias... também atuei no programa Saúde em Casa em Brasília.” (médico 3)

A motivação dos profissionais médicos para ingresso no PMF foi diferenciada. Os dois com menor tempo de formação mencionaram ter o interesse pelo trabalho com famílias já na formação acadêmica. Outro relata a insatisfação no trabalho que realizava:

“A motivação na realidade foi mudar de especialidade. Eu não queria mais fazer o trabalho em cirurgia, não queria mais trabalhar em plantão. Então um amigo me falou do trabalho da Saúde em Casa de Brasília, e eu fui para lá. Quando o trabalho lá acabou, soube do trabalho do PMF de Niterói. Já estou aqui há 11 anos.” (médico 3)

Todos os técnicos de enfermagem relataram que durante o processo de formação profissional, não receberam qualquer informação quanto à prática de medicina familiar. Isso ocorre tanto para os que possuem maior tempo de formação, quanto aos que possuem menor tempo de formado.

É possível também relacionar o interesse dos médicos com menor tempo de formação pelo modelo de medicina familiar, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família a partir do ano de 1998, que atraiu muitos profissionais com suas inovações na prática de saúde.

A motivação para um trabalho que se pretenda diferenciado em relação à prática médica tradicional pode favorecer um olhar mais atento para o trabalho com

famílias. No entanto, como pode ser visto, essa não é uma condição que garanta tal olhar.

2.4.2. *Concepções de família*

A compreensão sobre o que é família, segundo Da Silva (2010) apresenta visões distintas tanto no campo pessoal quanto no conjunto das ciências. Muitos teóricos consideram que dependendo da área de conhecimento, a família terá uma perspectiva diferente, assim, a biologia a tomará sob o enfoque da consanguinidade, a sociologia a verá como um grupo de pessoas que vivem juntas, a psicologia como um grupo permeado por laços afetivos e o campo jurídico por meio dos vínculos sanguíneos, casamento, adoção e tutela. Além disso, convivem com estas concepções as percepções dos especialistas de cada área, construídas por sua própria história de vida familiar.

Medeiros & Osório (2002) consideram que a família sob o olhar jurídico e antropológico é vista como grupo de parentes, compreendendo tanto as filiações por adoção quanto as alianças por casamento, que mantêm certa convivência independente de coabitação. No entanto, parte da sociologia ao considerar as funções da família como a da socialização primária e a reprodução da cultura tende a tomar a família referida ao espaço doméstico, da mesma forma que a economia quando considera a família nos estudos sobre consumo, de reprodução da força de trabalho e distribuição de renda, remete a família ao espaço doméstico.

Sob outra leitura Dessen & Biasoli-Alves (2001) fazem um recorte da abordagem da família em três dimensões: uma abordagem tradicional representada pela consanguinidade, uma abordagem sociológica moderna fundamentada nos sentimentos pessoais dos indivíduos, e uma abordagem psicológica que vê a família de forma bastante ampla incorporando relações íntimas e intergeracionais e relações externas.

Angelo & Bousso (2001) referindo-se as práticas de saúde da família, advertem que como se trata de desenvolver uma política, direcionada à família, é necessário ter uma definição sob um mesmo referencial, a ser compartilhada com aqueles que estejam envolvidos na operacionalização desta política. Necessário

também se faz conhecer a concepção dos profissionais que estejam envolvidos em tal política como uma forma de entender suas ações frente à metodologia proposta para intervenção.

Como sugere Neder (2005), aproximando mais as lentes: ouvir os médicos e os técnicos de enfermagem é tarefa necessária quando a política de saúde se propõe a ter a família como o centro da atenção, na perspectiva de se identificar de qual família se está falando, como está organizada no território de atuação desses profissionais, e como ela se organiza.

As concepções sobre família verbalizadas por médicos e técnicos de enfermagem estiveram atravessadas pelo significado de família para o PMF e por suas próprias concepções. Os profissionais foram estimulados a dizer o que é família em sua opinião. Observou-se certa dificuldade em definir família, com momentos de pausa, um esforço para organização das ideias, da tentativa de apreensão do objeto- família. Tal situação pode ser explicada pelo conflito entre os conceitos incorporados de família nuclear burguesa, um ideal de família, em contraposição à família atual, à sua própria família, a realidade que vêem e vivenciam hoje como família.

Prado (1985) considera ser tarefa difícil definir família, uma vez que todos possuem família parecendo óbvia sua definição, já que cada indivíduo tem uma concepção particular de família, de acordo com a imagem que constrói de família.

Quando instigados a definir, os profissionais se reportam à definição sugerida pelo PMF, mas depois acabam por utilizar uma definição que explique a sua vivência pessoal de família.

“Quando a gente pensa em família, a gente pensa em pessoas da mesma origem biológica e que tenha uma relação firme. É... nem sempre a relação é biológica, um casal tem origem biológica diferente. Um vem de uma família, e outro vem de outra. Mas é preciso ter afinidade, ou espera-se que tenha.” (médico 3)

“Eu entendo que a família não precisa necessariamente, ser formada por pessoas do mesmo sangue. Podem ser produtos de relações estreitas. Relações estreitas de pessoas consanguíneas ou não. Casadas ou não.” (médico 2)

“Família são membros que moram na mesma casa, que têm algum grau de parentesco ou não.” (técnico de enfermagem 1)

“O que eu entendo por família é diferente do que a gente vê aqui. O que eu entendo por família, vendo a minha família, são pessoas que nem sempre são unidas por parentesco, que dão apoio umas as outras, que apóiam mesmo, em todos os sentidos. Isso para mim é diferente, porque eu não vejo isso aqui. Nas casas das pessoas aqui a gente não vê essa união, essa união que eu tenho em casa. Até que no meu setor de trabalho vejo um pouco mais de união. Nos outros setores do módulo, é cada um por si...” (técnico de enfermagem 2)

“Família para mim é tudo, pra mim é à base de tudo. Se você não tem família você fica meio perdido no mundo.” (técnico de enfermagem 3)

“Sabe... eu entendo que família não é o tradicional. São pessoas que se identificam e que acabam se unindo no mesmo lugar.” (médico 1)

Na maioria das falas, a categoria afinidade é central nesta concepção de família. Os depoimentos apontam para características semelhantes que levam as pessoas a morarem juntas e desta forma construir uma família. A convivência, enquanto coabitação, o comportamento muito semelhante, os mesmos hábitos, indicam a família uma unidade coesa, um grupo fechado. A consanguinidade é uma condição secundária para os que estão dentro do domicílio, e é excludente porque ficam de fora as pessoas que mesmo tendo laços de sangue morem em outros locais. Em outras palavras, não é família quem não mora junto e para ser família tem que ter afinidade.

A família também foi trazida como “*base de tudo*”, como fundamento e, em uma de suas funções a socialização que visa promover a inserção social do indivíduo. Segundo Prado (1985), a família é o primeiro estágio de socialização do indivíduo, uma vez que primeiro reproduz-se a si mesma, por meio dos hábitos, costumes, valores a serem sucessivamente transmitidos às gerações futuras. É na família que se inicia as trocas afetivas que vão definir as relações humanas.

Quando interrogados como vêem a família na sua área de atuação, aparecem abordagens que respeitam a singularidade da família e a singularidade de seus membros. Os profissionais consideram que assim como existem diferenças entre as famílias, o que lhes requer uma abordagem diferente para cada grupo familiar no sentido de respeitar suas especificidades, existe também uma diferença entre os membros da família, requerendo também um modo peculiar de atendê-los.

“Muitas famílias do meu setor, são chefiadas por mulheres,

que foram mães muito cedo. Elas trabalham o dia todo e não tem tempo para trazerem os filhos ao módulo para as vacinas. Então, vamos vacinar essas crianças aos sábados, para atender a necessidade dessa família.” (técnico de enfermagem 1)

“Algumas vezes, para melhorar os atendimentos, procuro envolver a família o máximo possível. Não só a família de moradores, mas a família de contato, de suporte. A pessoa que tem muito envolvimento com aquele indivíduo, uma referência extra-casa. Quintais muito grandes com várias pessoas da família e pessoas que não são da família, mas que vivem no mesmo clima, na mesma integração.” (médico 2)

“É preciso diversificar o atendimento. Tem muita família diferente... avós que criam os netos, tios que criam os sobrinhos...” (médico 3)

Nesta linha de raciocínio, pensar a família e pensar as mudanças ocorridas na sociedade, tanto econômicas como as de valores morais que envolvem sua estrutura e funcionamento irá resultar em uma visão de família diferente daquela idealizada a partir da ideologia burguesa na qual sua estrutura é restrita aos pais e filhos com funções já historicamente definidas. O pai provedor, a mãe cuidadora da casa e das crianças, e os filhos obedientes aos pais. Modelos de família diferentes desses são considerados, principalmente referidos às classes mais empobrecidas, como famílias desorganizadas ou desestruturadas, quando de fato, estão organizadas de maneira diferente segundo as necessidades que lhes são peculiares.

Sobre este aspecto é preciso considerar o que diz Da Silva (2010:103)

“Cada família estabelece suas próprias finalidades, constituindo-se assim numa unidade singular que produz singularidades. Já que seus membros são diferentes entre si, mas juntos, são diferentes das demais famílias.”

Deste modo, trabalhar com famílias requer dos profissionais sensibilidade para entender suas diferenças: valores, crenças, hábitos construídos por sua história, o que deve ser extensivo a seus membros. Requer entender que seus membros têm visões de mundo diferente com base nas quais agem. Esta mesma autora adverte que a modernidade produziu mudanças no comportamento das pessoas tornando-as mais individualistas, nem sempre dispostas a compartilhar seus problemas com os familiares, além de fazerem escolhas bastante individuais.

Trabalhar nestas perspectivas constitui-se em desafio para o PMF.

“Na minha área, ainda é mais fácil contar com a ajuda dos parentes e dos vizinhos para os cuidados com algum doente. A maioria dos meus pacientes veio de um lugar do nordeste -que agora esqueci o nome- e aqui eles permaneceram muito unidos. Acho que pela cultura, não sei... Mas na maioria dos outros setores, é cada um por si.” (técnico de enfermagem 4)

Ainda discutindo as concepções destes profissionais, perguntou-se sobre as maiores dificuldades vivenciadas pelas famílias na área que atuam. Alguns abordaram a questão econômica, a falta de emprego, a falta de escolaridade para uma melhora na sua condição social.

“A falta de instrução é uma grande dificuldade na minha área, porque com pouca instrução fica difícil conseguir um emprego legal, e ter uma visão de saúde, de bem estar. Essa falta de formação dificulta as outras coisas.” (técnico de enfermagem 1)

“A maior dificuldade está na área social. Falta educação. Não há plano para o futuro, falta uma perspectiva de trabalho.” (médico 3)

Nestas abordagens a categoria trabalho aparece como fundamental para organização da vida familiar, e conseqüentemente a educação aparece em paralelo com o trabalho.

“Eles não fazem uma programação para o futuro. Para eles é o dia de hoje. Vivem uma vida de violência, a falta de perspectiva de trabalho é o principal motivo para eles saírem da escola. É claro que se eles não têm educação, não têm renda, a tendência vai ser mesmo a família ficar em risco. O risco da droga, do álcool, da violência...” (médico 3)

Em outras perspectivas a presença da violência na comunidade, o alto índice de alcoolismo e crianças que estão sem o acompanhamento de um adulto durante o dia, são as maiores dificuldades encontradas.

“Na minha área eu percebo que eles têm muita dificuldade com as crianças. Não tem ninguém que esteja olhando,

tomando conta. Então, se tem criança pequena, de seis ou sete anos, com quem elas ficam? Têm muitos carros na rua. Elas ficam ali o dia todo.” (técnico de enfermagem 2)

2.4.3. A incorporação das famílias nas ações do programa

A análise das práticas de saúde direcionada às famílias teve como objetivo, examinar a incorporação da família como foco da atenção no cotidiano do trabalho dos profissionais do PMF. Emergiram como práticas mais especificadamente direcionadas às famílias: as ações voltadas para a família, como a família pode orientar essas ações, se a metodologia do programa pode propiciar práticas familiares de saúde, como a família é vista no cadastramento, nas visitas domiciliares e nas consultas clínicas.

A família como foco da atenção à saúde constitui-se na mudança da reorganização da atenção básica para construção de um novo modelo de atenção à saúde. Desta forma, o cotidiano do profissional do PMF deverá refletir esta concepção.

Na fala da maioria destes profissionais, aparece o discurso da família tratada como um todo. Mas durante a análise dos prontuários fica claro que a maioria deles ainda atua de forma individualizada. Apenas na análise dos prontuários de um médico pode-se observar a preocupação no envolvimento de todos os membros da família, no atendimento de um deles.

“A gente acaba se responsabilizando pelo paciente. Acho que o PMF se envolve muito com a família, e não só com o indivíduo. Nós temos uma equipe de supervisão que nos ajuda nisso. Já tivemos muitos encontros de famílias que estavam com problemas aqui. Encontros entre netos e avós, filhos e mães...” (técnico de enfermagem 3)

“Tratamos a família como um todo (principalmente o médico da

minha dupla). Quando algum indivíduo da família faz uma consulta, ele busca todas as informações dessa família. Sem isso, ficaria mais difícil atender a essa pessoa. Desta forma, olhamos não apenas o indivíduo, mas as doenças que aparecem nessa família, à melhor maneira de tratamento com a ajuda dos parentes...” (técnico de enfermagem 2)

Mas existem outros profissionais que acreditam que ainda não conseguem tratar a família. Ainda desenvolvem ações de cunho individual.

“Ainda existe uma abordagem muito individual. Tento melhorar a abordagem familiar através das vd’s, onde percebo o indivíduo no seu espaço, com seus pares. Mas na clínica, devido ao número de pacientes que temos que atender, não é possível um olhar mais familiar.” (médico 1)

O Programa Médico de Família teria como foco a assistência à família, mas quando se perguntou aos profissionais entrevistados se a família era incorporada no dia a dia de suas ações, ou de que forma a família orientava essas ações, as respostas eram precedidas de um longo período de silêncio. Mesmo quando estimulados ao diálogo, permaneciam dúvidas sobre estas ações.

“Mas enfim, as ações hoje estão meio capengas, a gente vê o drama familiar, a gente faz uma abordagem mais focal. A gente não está tendo uma abordagem coletiva com as famílias ainda não” (médico 2)

“Eu faço trabalho com as gestantes, com os diabéticos e hipertensos...” (médico 3)

“Uma vez, eu tive que mudar toda a minha forma de abordagem. Tinha uma família, de 15 pessoas, todas com tuberculose. Tivemos que atendê-los aos finais de semana, tinham crianças sem certidão, sem ir à escola...” (técnico de enfermagem 1).

Essa última fala demonstra que o trabalho com famílias pode, inclusive, gerar a necessidade de abordagens intersetoriais de forma a perceber as necessidades sociais das famílias atendidas e incluí-las em uma rede mais ampla de serviços sociais. No entanto, o conjunto de respostas mostrou que estes profissionais têm pouca clareza do que seja assistir às famílias no dia a dia para aqueles que consideram que assistem. Assistir à família implica em considerar todos os seus integrantes, embora na prática habitual a família seja sempre representada por um

de seus membros ou pelos tradicionais grupos prioritários

Sobre esse aspecto, é emblemático o fato de que alguns profissionais se referiram, ao responderem a essa questão, apenas à dificuldade de atender aos homens das famílias cadastradas

“nos meus prontuários, só tenho o cadastros dos homens, eles não vêm ao módulo...” (médico 2)

A afetividade com as famílias atendidas emergiu como produto de uma construção diária, do trabalho destes profissionais. Essa questão certamente contribui para a formação de vínculos entre a equipe de saúde e os usuários – questão cara a proposta da ESF.

“Às vezes eu até me sinto da família, pelo carinho, pelo jeito como sou recebida nas casas, para mim isto é muito bom. E para eles também.” (técnico de enfermagem 3)

A fala indica as relações situadas no campo da subjetividade que se estabelecem entre os profissionais, principalmente os técnicos de enfermagem, pela permanência no território, por ali residirem e dele fazer parte. Finda proporcionando situações com as quais se envolvem, e a intimidade, própria do ambiente familiar é compartilhada também por este profissional.

Ribeiro (2007) considera que as famílias não somente abrem as portas de suas casas para receber uma atenção dos médicos e técnicos de enfermagem, as famílias abrem também aspectos de sua vida privada, suas dificuldades, crenças, costumes, e isto desenvolve a afetividade, categoria também definidora, para muitos, do que seja família.

“Logo assim que cheguei ao PMF, atendi a uma paciente que sofria violência por parte do marido há mais de vinte anos. Após as consultas, e as conversas que tivemos, ela teve coragem de denunciar, e separar-se dele. Hoje ela comenta que sentiu uma confiança em mim, que ela ficou mais forte para a decisão...” (médico 1)

Perguntados sobre as ações que desenvolviam que eram voltadas para as

famílias, houve bastante hesitação em responder. Dois relataram que no momento apenas as visitas domiciliares davam conta de observar a família. Um deles ainda pontuou que acreditava ser este o melhor instrumento metodológico para trabalhar a família integralmente, pela possibilidade de observação dos indivíduos em seu próprio espaço.

“Não existe uma ação voltada para a família. Depende da abordagem do profissional, mas acredito que a VD é o único instrumento de abordagem familiar.” (médico 1)

O trato com a documentação cadastral das famílias foi mais um aspecto da abordagem familiar considerado na investigação nas práticas desenvolvidas pelos profissionais da equipe básica.

Buscou-se também assinalar a compatibilidade entre a concepção e a execução dos registros, uma vez que a forma de por em movimento os documentos reflete uma concepção que pode estar articulada com aquilo que se tem como inovador ou denuncia que as mudanças desejadas ainda não foram incorporadas, seja de forma inconsciente ou intencional. A análise dos registros deu-se sobre o cadastramento das famílias e do prontuário de famílias.

O cadastramento das famílias é realizado mediante o preenchimento de uma ficha (anexo II). Este é o primeiro contato dos profissionais do PMF com as famílias de seu setor/ área de atendimento. Acontece durante a visita ao domicílio, por meio de quesitos objetivos, definidos pelo programa. Durante a análise das fichas, percebeu-se a ausência de atualizações das informações. Quer dizer, se um indivíduo aumenta sua escolaridade, troca de ocupação, ou qualquer outra mudança na sua dinâmica de vida, isso não é registrado. Só observa-se alteração quando um membro deixa aquele domicílio.

Nos prontuários que registram a assistência médico sanitária de cada membro, existe um campo relacionado a informações sociais. Todavia, apesar da existência desse campo para preenchimento, as informações contidas são sempre superficiais e repetidas para quase todos os pacientes daquela dupla. Apenas um médico faz um registro mais detalhado e complementar entre os membros das famílias. Percebe-se então, que a proposta de se ter os prontuários organizados por

família, reunindo todos os membros da família, conciliável com o princípio da integralidade em oposição à fragmentação, não vem surtindo o resultado esperado.

Retomando a fala anterior do profissional médico 1, que aborda a visita domiciliar, esta é utilizada pelo PMF como instrumento a serviço da família, tanto de coleta de informações sobre o seu contexto, que possa contribuir para o planejamento e execução das ações, como para repasse de informações dos profissionais para a família. É também atividade na qual, os médicos e os técnicos de enfermagem prestam assistência domiciliar e acompanham os pacientes que demandam cuidados em domicílio. Para Hubner & Franco (2007) o objetivo da visita domiciliar no PMF é possibilitar aos profissionais conhecer as condições de vida e saúde das famílias pelas quais são responsáveis. Tal conhecimento inclui as condições ambientais, a estrutura e as relações familiares, que facilite o planejamento das ações em razão do conhecimento das potencialidades da família.

As falas dos profissionais demonstram sentimentos e percepções diferenciados com relação à utilização da visita domiciliar como instrumento de orientação das ações.

“A visita domiciliar é muito importante. Eu posso conversar com as pessoas que estão em casa, posso avaliar não só risco de saúde, mas do local, do meio ambiente que aquelas pessoas vivem, e ali mesmo começar uma atividade de educação em saúde.” (médico 3)

“Devido ao grande número de famílias cadastradas por cada setor, as visitas domiciliares passaram a ser como entrega do carteiro. Só vou ao campo para entregar ficha de referência. Não tenho tempo de realizar uma visita decente.” (médico 2)

“Às vezes a visita domiciliar fica complicada porque o paciente não quer a prevenção em saúde. Ele quer o curativo, o alívio imediato. E nas vd's vamos mais para a educação em saúde.” (técnico de enfermagem 3)

A visita domiciliar, conforme referem às falas foi planejada na implantação do PMF com foco na família e suas condições de vida, no sentido de orientar novas ações. Com o decorrer do tempo, os avanços e retrocessos, foram se afastando da abordagem familiar e se aproximando da abordagem do indivíduo. Observou-se ainda que pelo fator tempo, algumas famílias nunca receberam a visita da equipe básica em seu domicílio. Também o aumento do número de famílias por equipe pode ser entendido como fator que interfere nesse processo de afastamento acima referido.

Sendo a metodologia do PMF diferenciada da preconizada pelo modelo de medicina familiar proposto pelo Ministério da Saúde através da Estratégia Saúde da Família, esta é uma etapa do processo bastante valorizada no discurso dos profissionais da equipe básica, da supervisão e da coordenação do programa. É ela que de certa forma, traz a “inovação” para o modelo proposto por Niterói.

Quando perguntados se a metodologia do PMF propicia o foco da atenção às famílias, e de que forma isto acontece, os entrevistados se posicionaram unanimemente favoráveis à metodologia. Mas de novo o silêncio apareceu quando arguidos sobre de que modo isso acontece. Mais uma vez, o discurso parece não acompanhar a prática.

“A metodologia do programa acerta quando exige que o técnico de enfermagem seja da comunidade. Se eu fechar os olhos, sei te dizer quantas casas têm na rua tal, onde fica a casa tal, onde estão os pacientes tal... As famílias também gostam muito do técnico morar perto delas.” (técnico de enfermagem 3)

“Eu acho a metodologia do programa muito boa, é diferente de tudo que eu já vi” (técnico de enfermagem 4)

“A metodologia do PMF é bastante completa. Ela contempla todas as etapas que devemos cumprir. O difícil é achar tempo para realizar tudo.” (médico 1)

Apenas na fala de um profissional médico, ficou transparente a dificuldade de conciliar o proposto com o que de fato vivenciam.

“Na cartilha o foco central do atendimento são as famílias, na prática de saúde os individuais são muito grande. Isso não está na cartilha. Trabalhar com a proposta metodológica, e com o que a gente vê na prática, é bem diferente... se a gente separa uma sexta-feira para o atendimento às famílias, e aparece uma sobrecarga de demanda espontânea, que a gente tem que fazer, lá se foi nosso trabalho conforme a metodologia. O número de pacientes extrapola o que a proposta metodológica diz. Se a gente atendesse os oitocentos pacientes de Cuba, estaria tudo resolvido... mas atendemos a mil e duzentos prontuários.” (médico 2)

As falas e as análises documentais apontam para uma abordagem da família. Pode-se dizer, com base em Ribeiro (2004), que oscila entre a abordagem à família e abordagem do indivíduo no contexto familiar. Na primeira, a família é o foco da

atenção, na segunda a abordagem é centrada no indivíduo no contexto familiar, isto é, o problema do indivíduo foi o motivo para se chegar até a família, na ausência do indivíduo com problema a família não seria alcançada.

No campo da intersetorialidade, buscou-se investigar se os profissionais têm o hábito de construir um espaço de diálogo com as demais políticas presentes no território onde atuam, visando um atendimento mais integral as famílias sob seus cuidados.

Os três profissionais demonstraram em sua fala, uma aproximação maior com a política educacional.

“Sempre vamos as escolas passar alguma orientação. Agora mesmo, com o surto de catapora, fomos às escolas para falar dos cuidados e contágio...” (técnico de enfermagem 1)

“Quando uma criança no meu setor não está matriculada, ou faltando eu vou até a escola para conversarmos.” (médica 1)

“A escola é a única política que dialogamos aqui.” (técnico de enfermagem 4)

Um médico falou do contato maior com a política de saúde mental, que também faz parte da temática saúde. Apareceu o diálogo com áreas diferentes, na presença de outros atores no curso que participou.

“No ano passado eu fiz um curso de saúde mental no HPJ, uma vez por semana. Falávamos de uso abusivo de álcool entre os jovens. Lá estava o Conselho Tutelar, a guarda municipal, a polícia, a defensoria...” (médico 3)

Um profissional médico deixou claro em sua fala, que os diálogos acontecem de modo focal, quando a necessidade do atendimento demanda.

“Só faço mediação com outros setores em casos focais. Se uma criança não tem registro, se alguém morreu no setor e não acham os documentos, quando uma família está negligenciando um idoso, ou uma criança... aqui eles não dependem tanto da gente.” (médico 2)

2.4.4. O processo de capacitação para o trabalho com famílias

Para análise das concepções sobre família dos profissionais da equipe básica do PMF durante o treinamento introdutório e capacitações permanentes, além das entrevistas, foi realizada também análise documental destes treinamentos, principalmente no primeiro semestre de 2010. Dada a inexistência de um projeto pedagógico destas capacitações, a análise procedeu com base em textos apresentados pelos profissionais, que comprovavam o conteúdo trabalhado.

No Programa Médico de Família de Niterói, os treinamentos e capacitações estão sob a responsabilidade do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa-NEPP. A carga horária das capacitações é de quatro horas semanais. O processo do Treinamento Introdutório se justifica pela necessidade de aproximação dos profissionais com a abordagem de medicina familiar, algo ainda novo para muitos profissionais da área da saúde.

A fala indica que técnicos de enfermagem não receberam o conteúdo de família durante a formação profissional. Mas foram unânimes em afirmar que durante o treinamento introdutório para o trabalho no PMF receberam informações quanto ao atendimento às famílias.

“Já no introdutório nos falaram da importância da acolhida e da escuta dessas famílias...” (técnico de enfermagem 4)

“Lembro do meu introdutório... nós tivemos dinâmicas de grupo, a gente falou mais do porque escolheu o PMF. Quando a gente entra, a gente não entende o trabalho, e foi através do treinamento que a gente foi entendendo o trabalho.” (técnico de enfermagem 2)

Todos os profissionais médicos receberam o treinamento introdutório. Mas um informou que as orientações quanto ao trabalho com as famílias foram preteridas em favor das informações com relação ao trabalho em território.

“Durante meu treinamento introdutório, que recebi logo que cheguei ao programa, pouco ouvi sobre família. As informações mais trabalhadas foram às territoriais.” (médico 1)

Este relato torna-se bastante relevante para a pesquisa, já que na análise do material utilizado no treinamento introdutório de julho de 2010, percebe-se também uma maior ênfase na abordagem de território, do que no trabalho com as famílias atendidas por estes profissionais.

A fala indica que a família não esteve ausente na perspectiva da coordenação do curso, no entanto a preocupação com outros conteúdos levaram os profissionais a uma abordagem com limitações, aquém do que se fazia necessário.

Para o médico 3, o treinamento introdutório foi importante também para motivar o início do trabalho.

“Esse treinamento, ele foi muito bom. Quando a gente está começando o trabalho, começa meio vazio, quando você sai do treinamento você sai muito motivado, muito iludido de modificar essa forma de fazer medicina.”

Perguntados sobre os conteúdos das capacitações, houve divergência entre os profissionais médicos e técnicos de enfermagem. Como mencionado anteriormente, uma preocupação central do PMF é a realização de um processo permanente de capacitação dos profissionais, sobretudo das equipes básicas. Semanalmente, esses profissionais destinam um turno de sua carga horária para participarem de palestras, cursos e demais modalidades oferecidas pela coordenação geral do PMF.

Para os médicos as capacitações são momentos de atualizações principalmente na área clínica. Já os técnicos de enfermagem relatam que recebem orientações constantes para a abordagem de medicina familiar.

“Nas capacitações eu consegui entender que a gente não olha só a pessoa doente, a gente olha a família também, e todos que estão a sua volta.” (técnico de enfermagem 3)

“Na capacitação dos médicos, não se fala de família, nas dos técnicos sim. A dos médicos eles falam mais de asma, dengue, H1N1, de clínica... Eu até entendo essa necessidade. Tem médico que vem para cá, como segundo emprego, só pelo salário. Eles não buscam estudar, se atualizar. Então a coordenação uso o espaço da capacitação para isso.” (médico 2)

“Eles até falam de enfoque familiar... mas realmente a gente tem feito muito mais visando à parte clínica. Até porque não

existe esta formação, agora que esta começando a formar médico de família. Ainda é tudo novo.” (médico 3)

Da Silva (2010:242) explica que o que faz a distinção entre prática generalista, da prática avançada com família é *“a maneira como pensamos, a linguagem que utilizamos as questões que formulamos e os relacionamentos que valorizamos”*. Uma abordagem de maior envergadura sobre o tema se faz necessária, isto é, prover os treinamentos e capacitações com bases mais sólidas sobre família, de forma sistematizada, crítica, objetiva, analítica e planejada que possibilite o deslocamento de uma prática fragmentada para uma prática avançada com família.

Quando solicitados a realizarem uma avaliação sobre possíveis mudanças na prática em saúde a partir do enfoque familiar, os profissionais relataram a ocorrência dessas mudanças.

“Trabalhar com a família como profissional de saúde é tudo... antes eu achava que saúde era o doutor, o paciente e acabou. Hoje eu sei que é o doutor, o paciente, eu, a mãe, o pai, a família como um todo. A gente não trabalha só com saúde, envolve o psicológico, o social, quer dizer, outras áreas. E a família está no meio de tudo. Eu sou louca por família!” (técnico de enfermagem 4)

“Quando você foca na família e não só na doença, você consegue visualizar a vida do paciente. Acho que está precisando muito disso, olhar como um todo. Quando você cuida deles como um todo, você planta a mudança.” (técnica de enfermagem 2)

“Quando eu trabalhava na área hospitalar só via a doença. Quando eu começo com a família, modifica alguma coisa, até porque eu passo a entender que determinada patologia não é só física, eu também vejo o mental, e o porquê de algumas reações, se esta família está em algum risco... tudo muda.” (médico 3)

“Eu também trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e lá todos percebem a forma diferente que trato os pacientes. Eles próprios comentam que atendo sem pressa, que olho para eles, explico como tomar o medicamento... Acho que a medicina familiar que facilita isto.” (médico 2)

As falas corroboram a compreensão de que a abordagem familiar nas práticas de saúde, apesar da falta de um investimento maior na formação/capacitação dos profissionais, favorece a intervenção com os pacientes, aproximando-os mais da realidade do indivíduo e humanizando o atendimento.

Por outro lado, existem muitas dificuldades na abordagem com as famílias. Arguidos sobre essas dificuldades, dois profissionais médicos responderam que a maior dificuldade encontrada refere-se ao entendimento dos pacientes da metodologia proposta pelo PMF para o trabalho com família.

“Você planeja um trabalho de educação em saúde, e o paciente reclama que você não está atendendo no consultório porque está de ‘conversa’.” (médico 1)

“Quando precisamos fechar o módulo para as capacitações, a população reclama, a presidente da associação de moradores reclama. Eles querem o médico no consultório 24h.” (médico 2)

Outra dificuldade apontada por um médico refere-se à própria formação do profissional médico.

“Eu acho que a dificuldade maior é minha, da minha formação hospitalar. Você quer impor aos pacientes a sua forma de ver a saúde, da maneira que eu aprendi. Eu também tenho que aprender a lidar com o limite do trabalho com saúde, porque tem coisa que a gente não consegue de imediato, tem que ir trabalhando com o paciente...” (médico 3)

Por último, os profissionais foram perguntados se a concepção de família do profissional poderia orientar/reorientar a prática em saúde. Com exceção de um técnico de enfermagem, os profissionais responderam que sua prática profissional sofria influência de suas concepções de família.

“Eu procuro não fazer nenhuma referência ao meu jeito de ver a família. Eu vejo cada uma de um jeito diferente, olho para a necessidade que cada uma apresenta.” (técnico de enfermagem 1)

“Quando eu percebo que tem uma família com paciente acamado, e que eles estão sendo negligentes no tratamento, eu dou exemplo da minha mãe, que está acamada há mais de quinze anos. Chamo para ir lá em casa, e ensino o melhor jeito de tratar desse problema.” (técnico de enfermagem 4)

“Sempre uso minha visão durante minhas ações. Porque quando você traz seus valores eles acreditam que aquilo que está dizendo é importante.” (médico 1)

A fala do técnico de enfermagem 2 reforça a observação feita através da

análise documental e as entrevistas, na qual se percebe a falta de investimento na capacitação dos profissionais com relação medicina familiar, que acentua uma prática profissional pautada na auto-referência.

“Acho que quando você traz a sua concepção de família de casa fica mais fácil. Quando os pacientes vêm aqui para falar do irmão, da mãe, eu sempre dou um exemplo da minha família. Acho que isso nos aproxima. As pessoas aqui não têm uma família tradicional, com pai e mãe, então eu tento trabalhar com eles as coisas dos preconceitos.”

As falas evidenciaram o que a concepção do profissional pode influenciar sua prática em saúde. Conforme argumenta Mito (2007), torna-se necessário reconhecer qual a concepção de família, estigmas e ideologias que os profissionais de saúde possuem, pois na execução das políticas, no trabalho vivo em ato, são os conceitos e ideologias incorporados pelos profissionais que são materializados na relação profissional/usuário.

Considerações Finais

Para mencionar as concepções de família dos profissionais médicos e técnicos de enfermagem do Programa Médico de Família do município de Niterói-PMF, entende-se que é necessário compreender que a família assume diferentes formas de acordo com o contexto sócio-histórico-cultural. Por isso, discutir o que é família parece uma tarefa simples, visto que se trata de um assunto sobre o qual todos têm algum conhecimento. Mas justamente pelo fato de a família fazer parte do universo de experiências reais e/ou simbólicas dos seres humanos no decorrer de sua história que esse tema torna-se altamente ideologizado e polêmico.

Como as formas de organização das famílias estão sujeitas e profundamente entrelaçadas à estrutura social, marcadas principalmente pelas desigualdades sociais, pode-se afirmar que elas estão relacionadas às condições de vida das famílias, implicando em “modelos familiares” distintos dentro de cada classe social e tempo histórico.

No Brasil, Carvalho (2008) indica que na década de 1990 algumas políticas sociais foram dirigidas às famílias no sentido de prover-lhe sustento financeiro, ora disponibilizando recursos e oportunidades para aquisição desse sustento, ora na construção de redes de apoio social. Tais iniciativas tiveram como finalidade criar condições para que a família pudesse assumir-se, liberando-se da dependência do Estado. Sob os mesmos pressupostos, foi criado em 1994, no âmbito do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Concomitante a este propósito esteve a motivação em consolidar a Reforma Sanitária dentro dos princípios do SUS, demandando a criação de laços de compromisso entre a população e os profissionais de saúde.

Ao se trabalhar com a família no contexto da saúde, conforme aponta Mito (2007), é imprescindível não simplificar um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar práticas de saúde. É necessário perguntar de que família estamos falando e reconhecer a família como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos.

Neste sentido, pensar a saúde da família requer um estabelecimento de um

programa amplo de reformas sociais coerente com a construção de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, que considere os princípios de cobertura universalizada, pública, intersetorial, algo adaptado à cultura das populações foco desta política.

O município de Niterói com seu protagonismo na área da saúde se destacou no cenário nacional por sua participação ativa nos processos de discussão em torno das inovações institucionais e das mudanças no modelo assistencial à saúde desde o final da década de 1970.

Em 1992 Niterói implanta o Programa Médico de Família, construindo um modelo de atenção à saúde que incorpora os princípios e diretrizes do SUS. Este programa teve o assessoramento do Ministério da Saúde de Cuba.

Como um dos princípios, buscou-se a equidade, uma vez que o PMF foi implantado prioritariamente, nas áreas de maior risco social e ambiental do município, privilegiando moradores com renda familiar mensal inferior a cinco salários mínimos.

A focalização da família no PMF implica em contextualizá-la como espaço estratégico de atuação, contrariando o enfoque do “indivíduo biológico”- abordagem própria da prática curativa- e tomando-o como “indivíduo em relação”, ou seja, as famílias devem ser entendidas como redes de interações e como espaços singulares para uma substancial compreensão do processo saúde/doença e conseqüentemente de intervenções de maior impacto social.

Para focalizar a atenção à saúde na família é preciso, antes, compreender as concepções de família que orientam a prática dos profissionais das equipes de saúde. Deste modo, o objeto deste estudo buscou analisar tais concepções, que apresentam visões distintas, tanto do referencial metodológico do programa, quanto entre as categorias profissionais analisadas.

A análise do perfil dos profissionais da equipe básica do PMF (médicos e técnicos de enfermagem) demonstrou que esse não difere do perfil dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família. São, em sua maioria, profissionais jovens, e do sexo feminino.

Com relação à motivação para a prática em saúde com famílias, a questão de um salário maior que o de mercado pago aos técnicos de enfermagem, foi o

grande incentivo para esta categoria atuar no PMF. Já os profissionais médicos demonstraram interesse pela medicina familiar, em comparação a uma prática curativa e hospitalocêntrica.

As concepções sobre família verbalizadas por médicos e técnicos de enfermagem estiveram atravessadas pelo significado de família para o PMF e por suas próprias concepções.

As falas dos profissionais demonstram abertura para percepções dos diferentes arranjos familiares que encontram em sua área de atuação. Mas também, afirmam que as suas concepções pessoais orientam as suas práticas em saúde.

A família ainda não aparece como o foco das práticas em saúde para os profissionais que atuam nas equipes analisadas. Estes relataram que a maioria das ações ainda acontece com foco no indivíduo. São poucas as ações que têm o foco na medicina familiar. Uma delas, a visita domiciliar, aparece como a única, para a maioria dos entrevistados, que possibilita um olhar para a família como um todo.

Com relação à metodologia do programa, que difere da orientação do Ministério da Saúde para a ESF, os profissionais responderam que o número de famílias/pacientes cadastrados por equipe, impede o fazer profissional conforme orienta esta metodologia.

Os profissionais consideraram como fatores limitantes para uma prática com famílias tanto aspectos relacionados à abordagem familiar, como aqueles referentes à própria estrutura do programa. Consideraram o aumento do número de pacientes por módulos, sem criação de novas equipes básicas, como uma das dificuldades para o atendimento integral destas famílias.

Mas os profissionais apontaram também para os fatores que facilitam seu trabalho sendo a proximidade com as famílias, a natureza do trabalho preventivo, a busca pela capacitação profissional e sua identificação com o trabalho as condições que contribuem para uma prática com famílias.

No que se refere à intersetorialidade no âmbito do PMF, esta acontece de maneira focal, somente quando uma demanda interpõe o diálogo com outra política. Sendo assim, o processo interventivo intersetorial não aparece como um processo de construção permanente que garante um olhar mais abrangente dos indivíduos em movimento na sua vida diária.

Na questão que aborda as capacitações destes profissionais, percebe-se que apenas os profissionais médicos com formação recente, receberam informações de atuação em práticas de saúde com foco na família. Os técnicos de enfermagem não receberam nenhum tipo de orientação para abordagem familiar durante a formação profissional.

Com relação ao treinamento introdutório ao programa, os técnicos de enfermagem relatam ter recebido orientação para uma abordagem familiar. Já os médicos dizem que o conteúdo de família foi limitado em função das demais orientações. Também nas capacitações/treinamentos, os conteúdos da clínica recebem mais visibilidade do que o enfoque familiar, para o profissional médico. Para os técnicos de enfermagem, a abordagem familiar é constante nas capacitações semanais.

A análise das concepções dos profissionais da equipe básica do PMF, e sua prática direcionada às famílias indicou como eles desenvolvem suas ações em seu dia a dia e como a família é alcançada no cotidiano destes serviços.

A atenção centrada na família exige o conhecimento do serviço sobre a família, sobre sua dinâmica interna e externa. Exige também o conhecimento sobre os problemas dos membros da família. Conhecendo adequadamente a família, o serviço poderá avaliar as potencialidades e fragilidades da família, seu funcionamento, sua maneira de agir, poderá estabelecer vínculos de responsabilidade e confiança. Isto, com efeito, permitirá uma ação compartilhada no planejamento e desenvolvimento do cuidado de seus membros, respeitando o tempo, os valores e as crenças familiares, e contribuindo para a autonomia das famílias.

O estudo mostrou baixa incorporação da família como foco da atenção na prática dos profissionais. Exemplo disso são os prontuários familiares, com preenchimento insuficiente da composição e organização familiar dos usuários.

Deste modo, conclui-se que, em geral a concepção de família dos profissionais da equipe básica do Programa Médico de Família de Niterói orienta/reorienta a prática profissional deles. Sendo assim, o conteúdo sobre abordagem familiar ministrado no treinamento introdutório e nas capacitações mostrou-se incipiente. Uma prática avançada de família requer um esforço não

somente das equipes básicas, mas também de instâncias superiores que estejam receptivas ao desafio de fazer do PMF de fato um modelo diferencial para o atendimento à Saúde da Família.

A constatação da carência de profissionais de saúde qualificados para uma nova modalidade de assistência tornou-se inquestionável à ocasião da implantação do PMF e continuamente é referido quando se analisa os entraves e perspectivas deste modelo. Sendo assim, é necessário capacitar os profissionais para tal, uma vez que o perfil inadequado desses profissionais – fruto de seu processo de formação - constitui-se em um dos entraves para de fato vislumbrar-se um novo modelo de atenção. Daí a exigência de construção de uma proposta visando à qualificação desses profissionais para o efetivo alcance dos objetivos de uma prática em saúde da família.

Desta forma, coloca-se a necessidade de investimento por parte da gestão do PMF de construção, de fato, de um processo de formação continuada para os profissionais da equipe básica, que os orientem para uma abordagem de medicina de família, para que os profissionais não caiam na armadilha de uma prática tendenciosa de auto-referência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.M., Notas sobre a família no Brasil. In: **Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1987.

ANGELO, M.; BOUSSO, R.S.; Fundamentos da assistência à família em saúde. IN: **Brasil. Instituto para o desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília, 2001.

ARRETCHE, M. T. da S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In BARREIRA, M.C.R. N & CARVALHO, M do C. B.(Orgs) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo. IEE/PUC-SP, 2001.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1985.

_____ **Um é o outro: Relações entre homens e mulheres**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1986.

BARSTED, L.L. **Permanência ou mudança? O discurso legal sobre a família**. In: **Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1987.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL, Ministério da Assistência Social. **Plano Nacional de Atendimento Integral à Família – PAIF**. Brasília, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo. Hucitec, 1997.

CARVALHO, G.I.; Santos L. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo. Hucitec, 1992.

CARVALHO, M. do C.B. O Lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. d o C.B. (org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo. Cortez, 1995.

CARVALHO, M.L.S., **A mulher trabalhadora na dinâmica da chefia familiar**. Estudos Feministas. Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ, v.6, nº1. 1998.

CARVALHO, M. do C.B., Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A.R. VITALE, M.A.F. (Orgs) **Família: Redes,Laços e Políticas Públicas**. São Paulo. Cortez, 2008.

CORDEIRO, H., **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro. Ayuri/ABRASCO, 1991.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E. et al. (Orgs). **Legislação básica do SUS**. Belo Horizonte. COOPMED, 1988.

DA MATTA, R., A família como valor: considerações não-familiares sobre a família brasileira. In:**Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1987.

DA SILVA, N.C.; **Atenção Primária em Saúde e Contexto Familiar: análise do atributo “centralidade na família” no PSF de Manaus-AM**. Tese apresentada para obtenção do título de doutor à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2010.

DESSEN, M.A.C.; BIASSOLI-ALVES, Z.M.M.; **O estudo da família como base para a promoção da tolerância.** São Paulo, Editora da universidade de São Paulo. 2001.

DONNÂNGELO, M.C.F. **O desenvolvimento do sistema previdenciário.** São Paulo. Pioneira; 1975.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I; MARCON, S.S. SANTOS, M.R. dos (Orgs.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença.** Maringá. Eduem, 2002.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A.; História das Políticas de Saúde no Brasil e da Reforma Sanitária. IN: GIOVANELLA, L. et al. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: ABRASCO- CEBES, 2008.

ESCOREL, S; História das Políticas de Saúde no Brasil- 1964 a 199: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. . IN: GIOVANELLA, L. et al. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: ABRASCO- CEBES, 2008.

FREITAS, R. De C.S., **Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade: algumas reflexões a partir do caso Acari.** In: Serviço Social & Sociedade, nº 71. São Paulo. Cortez, 2002.

GUEIROS, D.A., **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar.** In: Serviço Social & Sociedade, nº 71. São Paulo. Cortez, 2002.

HAGUETTE, T.M.F., **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis. Vozes, 2005.

LEITE, C.L.P., **Mulheres: muito além do teto de vidro.** São Paulo. Atlas, 1994.

LIMA, A.T. CERQUEIRA, C.R. Dos S.; SOARES, D.F.O.; ALVES, F.N.M, **Família: foco da Estratégia Saúde da Família?** Monografia apresentada a FIOCRUZ/ENSP em 2007.

LUZ, M., **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80.** Saúde em Debate nº32, 1991.

MAGALHÃES, R. **Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (3): 569-579, mai-jun, 2001.

MARSIGLIA, R.M.G., Famílias: questões para o Programa Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A.R. VITALE, M.A.F. (Orgs) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.** São Paulo. Cortez, 2008.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. G.; **Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998.** Brasília. IPEA, 2002.

MINAYO, M. C. De S., **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** HUCITEC. São Paulo, 2004.

MIOTO, R.C.T., **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** In: Serviço Social & Sociedade, nº55. São Paulo. Cortez, 1997.

_____, Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio familiar. In: MIOTO, R.C.T., MATOS, M.C., LEAL, M.C. (Orgs) **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos.** São Paulo. Cortez, 2003.

_____, ROSA, F.N, **Processo de Construção do espaço Profissional do Assistente Social em Contexto Multiprofissional: Um Estudo Sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.** Relatório Final. Florianópolis. UFSC, 2007.

NEDER, G.; **Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil**. São Paulo. Cortez, 2005.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L; EIDT, O.R., **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde**. Disponível em WWW.scielo.br acessado em setembro de 2010.

PEREIRA, P.A.P., Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: MIOTO, R.C.T.,MATOS, M.C.,LEAL,M.C.(Orgs) **Política Social,Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo. Cortez, 2003.

PEREIRA, P.A. P., Trajetória da Política Social: das velhas leis dos pobres ao Welfare State. In: **Política Social: temas e questões**. São Paulo. Cortez, 2008.

PRADO, D., **O que é família**. São Paulo. Brasiliense, 1985.

RIBEIRO, M.E., **As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF)**. Revista Latino-Americana de Enfermagem v12 nº4. São Paulo. 2004. Disponível em www.scielo.br.

SARTI, C.A., Famílias enredadas. In: ACOSTA, A.R. VITALE, M.A.F. (Orgs) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo. Cortez, 2008.

SILVA, Jr. A.G.; Oliveira, G.S.. **Participação popular e políticas de saúde em Niterói/RJ (1970-1992)** UFF/PMN, mimeo. 1993.

SPECTOR, R. **Cultura, cuidados de salud y enfermería**. Cultura de los Cuidados, Alicante, v. 3, n. 6, 1999.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: Serviço Social & Sociedade, nº 71. São Paulo. Cortez, 2002.

TAVARES, F.G. **O resgate do generalista: um estudo sobre o médico de família no município de Niterói-RJ.** Trabalho de conclusão de curso apresentado a ESS/UFF em 1998.

YASBEK, M.C. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil.** In: *Temporalis* – Revista da Associação Brasileira de ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), ano II, n.3 de 2001. Brasília, ABEPSS e GRAFLINE.

VAISTMAN, J. **Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas.** Rio de Janeiro. Rocco, 1994.

VELHO, G. Família e subjetividade. In: **Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade.** Rio de Janeiro. Espaço e Tempo, 1987.

WOORTMANN, K. **A família das mulheres.** Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1987.

Anexo I:

Roteiro de Entrevista

Perfil dos Profissionais

Nome:

Idade:

Tempo de formação:

Local de formação:

Área de especialização:

Tempo de contratação no PMF:

Recebeu treinamento introdutório?

Experiências anteriores:

Motivação para entrar no PMF:

Concepções

O que você entende por família?

Como você avalia a família na sua área de atuação?

Na sua concepção, quais as maiores dificuldades vivenciadas pelas famílias da sua área de atuação?

Sendo o Programa Médico de Família, como a família é tratada no Programa?

Como o programa incorpora a família nas ações

Quais as ações voltadas para a família?

De que forma a família orienta essas ações?

A metodologia do Programa propicia o olhar para o atendimento às famílias? De que forma?

Como a família é vista no cadastramento, nas visitas domiciliares (vd's), nas ações de educação em saúde, nas consultas e nas reuniões de setor?

Você dialoga com outras políticas para o atendimento às famílias?

Capacitação

Durante sua formação profissional você recebeu orientação para uma atuação com famílias?

Durante o treinamento introdutório, você recebeu alguma orientação quanto ao enfoque familiar? Se recebeu, como avalia?

Nas capacitações o enfoque familiar é abordado? De que forma? Qual a sua avaliação desse processo de capacitação?

Na sua avaliação, o que muda na sua atuação, a partir do enfoque familiar?

Quais as dificuldades percebidas na atuação com famílias?

Para você, a concepção de família do profissional pode orientar/reorientar a prática?

Anexo II: Ficha de Identificação do usuário- frente



PROGRAMA
MENOR DE FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO									
Número Cartão SUS		Número Cartão Provedor		Número de Inscrição social (NIS)		Número de Proprietário		CV	Nº do Grupo Familiar
Nome					Data Nascimento		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Nome da Mãe					Nome do Pai				
Responsável					Ocupação		Data de Casamento		
Situação Usuário (VV)		Data Situação		Frequência Escola: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Razão (VV)		
Escolaridade (VV)	Nacionalidade: Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira <input type="checkbox"/>		País de Origem		Data Naturalização		Nº Portaria		
UF	Município Nascimento				Situação Familiar (VV)		Chefe de família: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Plano de saúde		Seguridade social (VV)		Doença referida (VV)		telefone celular			
DOCUMENTOS EM ANEXO									
Identidade	Número	Complemento	UF	Data de Emissão		Órgão Emissor (VV)			
Carteira	Tipo (VV)	Folha	Térmo	Livro	Carteira	Data de Emissão			
Título de Eleitor	Número			Zona	Seção				
CTPS	Número			Série	UF	Data de Emissão			
CPF	Número			PIS/PASEP	Número				

VV - Ver lto verso

Anexo II: Ficha de Identificação do Usuário- Verso

Órgão Emissor	Situação do Usuário	Reça/Car
10-SSP	01-Cadastro Novo	01-Branca
41-Ministério da Aeronáutica	02-Cadastro Desativado	02-Preta
42-Ministério do Exército	03-Cadastro Reativado	03-Amarela
43-Ministério da Marinha	04-Óbito	04-Parda
44-Polícia Federal		05-Indígena
60-Carreira de Ident. Clássica	Situação Familiar	Escolaridade
61-Cons. Reg. de Administração	01-Esposo(a)	01-Não sabe ler/escrever
62-Cons. Reg. de Ass. Social	02-Pai/Mãe	02-Alfabetizado
63-Cons. Reg. de Biblioteconomia	03-Padastre/Madrasta	03-Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
64-Cons. Reg. de Contabilidade	04-Viúvo(a)	04-Fundamental completo (1º grau completo)
65-Cons. Reg. de Comércio de Imóveis	05-Filha(o) e Entesado(a)	05-Fund. Incompleto (2º grau incompleto)
66-Cons. Reg. de Enfermagem	06-Irmão(a)	06-Médio completo (2º grau completo)
67-Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia	07-Não(a)	07-Superior incompleto
68-Cons. Reg. de Estatística	08-Outros	08-Superior completo
68-Cons. Reg. de Farmácia		09-Pós graduação
70-Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Seguridade Social	10-Curso Técnico
71-Cons. Reg. de Medicina	01-Aposentado	Doença referida
72-Cons. Reg. de Med. Veterinária	02-Pensionista	ALC-Alcoolismo
73-Cons. Reg. de Música do Brasil	03-Benefício	CHA-Chagas
74-Cons. Reg. de Nutrição	04-Contribuinte	DEF-Dificuldade
75-Cons. Reg. de Odontologia	05-Não Contribuinte	DIA-Diabetes
76-Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas	05-Ignorado	EP-Epilepsia
77-Cons. Reg. de Psicologia		HA-Hipertensão Arterial
78-Cons. Reg. de Química	Cartão Tipo	TB-Tuberculose
79-Cons. Reg. de Rep. Comercial	01-Nascimento	HA-Hanseníase
80-Cons. Reg. de Advogados do Brasil	02-Casamento	ML-Malária
81-Órgãos Emissoras	03-Averbação de Divórcio	
82-Documento Estrangeiro	04-Separação Judicial	

Anexo III: Ficha de Endereço Residencial- Frente



PROGRAMA
MÉDICO DE FAMÍLIA

ENDEREÇO RESIDENCIAL					
Tipo Logradouro (VV)		Nome do Logradouro		Número	Complemento
Bairro		UF RJ	Município NITERÓI	Tipologia de família (VV)	
Ponto de Referência		CEP	DDD 21	Telefone fixo	Sector
TIPO DE CONSTRUÇÃO					
Tipo/Alvenaria revestida		Talpa revestida	Madeira revestida	Material apropriado	
Tipo/Alvenaria não revestida		Talpa não revestida	Madeira não revestida	Outro	
Cozinha: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Banheiro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cômodos	Energia elétrica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
DESTINO DO LIXO	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ESGOTAMENTO SANITÁRIO	ARMAZENAMENTO DE ÁGUA	TIPO DE LIGAÇÃO	
Coletado	Rede pública	Rede pública	Adaquado	Intradomiciliar	
Captação	Poço	Fossa séptica	Inadequado	Extradomiciliar	
Rio/Lago/Mar	Nascente	Rio/Lago/Mar	Sem reservatório	Sem ligação	
Outro aberto	Outros	Coleto aberto			
INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA					
Tempo de residência em anos (VV)		Renda familiar (em R\$)	Nº do Grupo Familiar		

Anexo III: Ficha de Endereço Residencial- Verso

Tipo de Logradouro	Tipologia do Domicílio
01-Acesso	01-Casa
02-Alameda	02-Sobrado
03-Avenida	03-Apartamento
04-Beco	04-Cortiço
05-Boulevard	05-Domicílio Precário
06-Condomínio	
07-Esplanada	
08-Entrada	
09-Ladeira	
10-Largo	
11-Loteamento	
12-Morro	
13-Praca	
14-Quadra	
15-Rodovia	
16-Rua	
17-Travessa	
18-Via	
19-Via	

Tempo de Residência
01-Mais de 1
02-1 a 5
03-5 a 10
04-Mais de 10