

BEATRIZ HELENA DE MATTOS ARAÚJO VERRI

**A VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

Entre a norma e o cuidado

CAMPINAS

2007

BEATRIZ HELENA DE MATTOS ARAÚJO VERRI

**A VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

Entre a norma e o cuidado

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva,
área de concentração em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: *Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade*

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V612v Verri, Beatriz de Mattos Araújo
A visita domiciliar no programa de saúde da família: entre a norma e o cuidado / Beatriz de Mattos Araújo Verri. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Maria da Graça Garcia Andrade
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Visitadores domiciliares. 2. Atenção primária a saúde. 3. Programa Saúde da Família. I. Andrade, Maria da Graça Garcia. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Home visits in the family health program: between norm and care

Keywords: • Home health aides
• Primary Health Care
• Family Health Program

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

**Banca examinadora: Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade
Profa. Dra. Márcia Regina Campos Costa
Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Profa. Dra. Silvia Maria Santiago
Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke**

Data da defesa: 12-02-2007

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

MEMBROS:

1- Profa Dra. Márcia Regina Campos Costa da Fonseca

2- Prof Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

3- Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

4- Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

5- Profa. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo

6- Profa. Dra. Antonieta K.K. Shimo

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 12/02/2007

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às famílias que a vida me deu, pela genética e pelo afeto:

A meus filhos Mariana e Eduardo, a meus pais, João e Martha;

Este trabalho pertence, sobretudo, ao Luís que trouxe para minha vida um tanto de doçura, carinho e cumplicidade, formas sutis e refinadas de sabedoria.

Vida... Dádivas... Dons... Gratidão. Quando, em nossa vida, recebemos dons que ultrapassam o mérito, que não são simples decorrências de merecimento, mas presentes, dádivas de amizade e generosidade, portanto imerecidos, movemo-nos a um profundo agradecimento. Ainda que não seja possível nominar neste espaço, todos aqueles que compartilham este desafio comigo, estarão todos em um lugar especial em minha vida.

Dentre as pessoas que tiveram um envolvimento maior com este estudo, destaco algumas que contribuíram, sobremaneira, para sua realização:

À Profa. Dra Maria da Graça Garcia Andrade pela dedicação, atenção e respeito na orientação desta tese e pela presença constante em minha carreira científica, por me direcionar nas tantas trilhas dessa longa caminhada, por ter sido fundamental nesse processo. Parabéns pelo dom de dividir conhecimentos, e nos encorajar a explorar nossas potencialidades por meio de constantes desafios.

Ao município de Amparo e comunidade participante deste trabalho, em especial às equipes de PSF e, também as famílias que abriram as portas de suas vidas para que eu pudesse me aproximar dos seus mundos e conhece-las melhor. Através de suas preciosas contribuições, todas estas pessoas se tornaram, efetivamente, co-participes deste trabalho.

Aos Professores Luís Cecílio, Antonieta Shimo, por tomarem com empenho a tarefa de participarem da banca de qualificação, enriquecendo este trabalho com suas contribuições.

Aos gestores da Secretaria de Saúde de Amparo em especial a Secretária de Saúde Dra Aparecida Linhares por ter permitido a realização deste estudo, pelas contribuições e pelo exemplo de gestora à frente das questões que desafiam o SUS.

Aos agentes comunitários, enfermeiros, médicos, sujeitos anônimos desta pesquisa, pela disponibilidade e confiança com que concederam as entrevistas em meio a seus múltiplos afazeres na unidade de saúde da família.

Às colegas docentes e ao Prof Ms. Joaquim Oliveira, diretor de Campus da Universidade São Francisco, pelo apoio expresso nas palavras de incentivo e por me conceder tempo para o desenvolvimento deste trabalho, ao assumirem o ônus do necessário afastamento de minhas ocupações na lide diária.

Aos professores do Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp que, através de suas contribuições, ampliaram os meus horizontes no processo de construção do conhecimento.

Em especial aos professores Luiz Cecílio, Emerson e Gastão, que com suas produções teóricas, sempre instigantes, têm contribuído para a nossa formação no campo da saúde coletiva e para a construção de conhecimentos.

A amiga e professora Marília Bestani pela gentileza ao realizar a correção da tese e a Marta Maria S de Camargo pela revisão das referências bibliográficas.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, em especial à querida Leoci, pela sua solicitude e presteza.

Dentre as inúmeras pessoas que compartilharam o meu mundo particular e pessoal nessa jornada, destacarei algumas que se me mostraram muito próximas e significativas, em diferentes momentos, nesta experiência de vida:

Luís, marido carinhoso, companheiro incansável e disponível, amigo compreensivo e interessado foi o meu grande parceiro neste trabalho.

Meus pais João e Martha, modelos de dignidade, força, respeito, afeto e compreensão que mostraram-me, desde cedo, o valor do “aconchego” da intimidade de uma família.

À D.Isabel, mãe também, que com sabedoria de um longo e pleno viver, ensina-me, dia-a dia, os reais valores da nossa existência.

Aos dois que dividem comigo todos os ônus e bônus de mais este processo e representam a minha mais acesa esperança na vida: Mariana e Eduardo

Meus familiares, amigos e amigos, que acompanham e incentivam o meu crescimento.

Tarefa árdua a de agradecer. Não tanto pelas peculiaridades inerentes ao exercício de um dos mais justos sentimentos morais, a gratidão, mas pelo temor do esquecimento. Inúmeros são os presentes recebidos e os limites impostos pelo papel e pela memória que podem nos trair no momento do agradecimento. Neste caso, resta-nos apelar para a mesma amizade que permitiu as dádivas e contar, antecipadamente, com mais algumas: a compreensão e o perdão dos não mencionados.

O tema da autonomia eclode em dialética complicadíssima, porque implica uma dinâmica feita de movimentos contrários estonteantes: colaborar com a autonomia do outro é assumir aquele tipo de comportamento tão generoso que leve o outro a não ser levado, envolvendo incrível consciência crítica e autocrítica. Uma vez que autonomia implica independência, não pode dispensar o outro, porque não é socialmente realista, mas precisa do outro sem que, com isso, perca o espaço próprio. Compartilhar o mesmo espaço não significa que todos desfrutam igualmente do mesmo espaço, mas que a apropriação é igualitariamente participada. Não há como colaborar com o outro sem antes ser sujeito autônomo, o que implica, além de outras coisas, reconhecer que cada qual é indivíduo próprio, inalienável. O próprio evangelho reconhece isso quando diz: amar ao próximo como a si mesmo – o padrão é o amor que se tem por si mesmo. Quem não se ama não pode amar. Generosidade não é deixar de se amar, mas colocar o outro dentro de nossa morada para compartí-la.

PEDRO DEMO

	<i>Pág.</i>
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
APRESENTAÇÃO	33
1-INTRODUÇÃO	39
1.1-Saúde da família: evolução e trajetória	48
1.1.1- Sobre seus antecedentes.....	48
A introdução da família nas políticas sociais.....	53
1.1.2- Sobre o objeto do PSF – potencialidades e contradições.....	55
1.1.3- O território enquanto processo.....	57
1.1.4- O vínculo enquanto ferramenta.....	59
1.1.5- PSF – Alguns aspectos referenciais para análise.....	61
2- O ESPAÇO DOMICILIAR E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	67
2.1- Histórico e elo com a enfermagem	70
2.2- Pontos principais a serem considerados no cuidado em domicílio	72
2.2.1- O contexto domiciliar.....	72
2.2.2- A família.....	75
2.2.3- Compreendendo a família no encontro assistencial.....	77
2.2.4- Relação da equipe de PSF e família – A questão vínculo.....	88
3- PENSANDO A FAMÍLIA NA RELAÇÃO DE CUIDADO	91
3.1- A abordagem centrada no cuidado	93

3.2- Situando o cuidado nos estudos de família e saúde.....	98
3.3- O sistema de cuidado à saúde.....	100
3.4- Cuidado familiar: breve revisão de literatura.....	101
3.5- Um conceito de cultura para analisar a interface entre a enfermagem e a família.....	104
3.6- O corpo e a cultura: a visão da enfermagem no sistema de cuidado profissional.....	105
3.7- O cuidado familiar e a equipe de saúde.....	108
4- CUIDADO E NECESSIDADE DE SAÚDE.....	115
5- CUIDADO E AUTONOMIA.....	123
6- SINTESE INTERPRETATIVA E OBJETIVOS.....	129
7- BASES METODOLÓGICAS.....	133
7.1- A natureza qualitativa do estudo.....	135
7.2- Sentido ético.....	135
7.3- O método.....	136
7.4- O contexto do trabalho de campo.....	137
7.4.1- O SUS amparo.....	137
7.4.2- Os critérios para seleção dos participantes.....	138
7.4.3- Características das três unidades escolhidas.....	142
7.5- A trajetória metodológica.....	146
7.5.1- O sistema de coleta/ procedimentos para registro de dados.....	146
7.5.2- Os instrumentos utilizados.....	147
7.5.3- As etapas de observação e de análise dos dados.....	148

8- RESULTADOS E DISCUSSÃO: a visita domiciliar pela voz das famílias, equipes de saúde e gestores.....	157
8.1- A VD propriamente dita	160
8.1.1- Função.....	160
8.1.2- Frequência/periodicidade.....	173
8.1.3- Papel dos ACS'S.....	176
8.2- A VD e as necessidades de saúde	185
8.3- A VD e a autonomia do usuário	203
8.4- Algumas reflexões sobre o cuidado e a norma	215
9- CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231
11- ANEXOS	249
12- APÊNDICES	259

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aux Enf	Auxiliar de Enfermagem
BR	Bairro Brasil
CS	Centro de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PI	Bairro Pinheirinho
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SD	Bairro São Dimas
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar
USF	Unidade de Saúde da Família



RESUMO

Verri, B.H.M.A. **A VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE A NORMA E O CUIDADO.** Campinas; 2006. [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

O Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial da rede básica, cujo foco são as famílias de determinado território, em que se utiliza a adscrição de clientela, a definição de micro-áreas de risco, o trabalho em equipe e a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma a integrar ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Uma atividade regular do programa é a Visita Domiciliar (VD) realizada pelos ACS e que, por sua expressão numérica e potencial de intervenção na relação do programa com as famílias, constitui-se em objeto privilegiado de reflexão no interior do modelo assistencial. O presente estudo objetivou conhecer o significado, para famílias, equipes de PSF e gestores, da VD e do papel que nela desempenham os ACS, assim como a potência desse instrumento para captar as necessidades de saúde das famílias, de forma a subsidiar a construção de intervenções que favoreçam a autonomia dos usuários. Trata-se de um estudo qualitativo, cujo material empírico foi obtido através de entrevistas e observação participante. A pesquisa foi realizada no PSF do município de Amparo/SP, envolvendo três unidades de saúde da família, cinco equipes de saúde e 16 ACS. Foram realizadas entrevistas individuais com usuários, médicos, enfermeiros e gestores, e entrevistas em grupo com os ACS, assim como observação participante das visitas realizadas rotineiramente pelos agentes nos domicílios, em especial a pacientes portadores de doenças crônicas. Os resultados encontrados revelaram que, para as famílias, a VD tem significado a construção de vínculos afetivos com o programa e a equipe, a despeito de questionamentos quanto à resolutividade das visitas; expressaram, por outro lado, um intenso processo de medicalização no que concerne às expectativas quanto à forma de resolução dos seus problemas de saúde. OS ACS demonstraram grande responsabilização pelas famílias adscritas, mas, do ponto de vista institucional, mostraram dificuldades para captar as necessidades de saúde e, sobretudo, para articular junto à equipe, intervenções dirigidas a elas, assim como para lidar com a frustração decorrente da impossibilidade de enfrentá-las. A autonomia dos usuários não se apresentou como elemento constituinte dos objetivos da

VD e da atuação do agente, não representando uma ferramenta utilizada pela equipe nos casos em que havia dificuldades para o controle da doença crônica. O estudo aponta a necessidade de rever a norma que orienta a periodicidade da VD e de reformular os seus objetivos e conteúdos, com o propósito de potencializar sua utilização no interior de projetos de cuidado integral elaborados pela equipe do PSF com a participação da família, bem como o desafio necessário de trabalhar na lógica da construção da autonomia dos usuários no cuidado à saúde.

Palavras chave: Visita Domiciliar; Cuidado em Saúde; Autonomia; Programa de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde.



ABSTRACT

Verri, B.H.M.A. **HOME VISITS IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM: BETWEEN NORM AND CARE.** Campinas; 2006. [Thesis of Doctorate - School of Medical Sciences of the State University of Campinas].

The Family Health Program (FHP) is considered as a strategy of reorganization of the basic net model of assistance, focus of which is the families of a given territory, where it is used the clientele adscription, the definition of risk micro-areas, the team work and the presence of health community agents, in a way to integrate actions of promotion, prevention, assistance and rehabilitation. A regular activity of the program is the Home Visit (HV), accomplished by the Health Community Agents (HCA), and that, on account of its numerical expression and intervention potential in the family-program relation, constitutes privileged object of reflection within the model of assistance. The present study aimed at knowing the meaning, for families, FHP and managers teams, of the HV and the role the HCA play in there, as well as the power of that instrument to capture the families' health needs, in a way to subsidize the construction of interventions to favor the users' autonomy. It is a qualitative study, which made use of empirical material obtained through interviews and participant observation. The research was carried out in the Family Health Program of the municipal district of Amparo/SP, involving three units of family health, five health teams and 16 community agents. Individual interviews were performed with users, doctors, nurses and managers, and group interviews with HCA, as well as participant observation of the visits routinely accomplished by the HCA in the homes, especially to patients who carry chronic diseases. The results found revealed that for the families, the HV have meant the construction of a link of more affectionate character with the program and the health team, despite of queries over its effectiveness; on the other had, they have expressed an intense prescription-related process concerning expectations as for the way to solve their health problems. The HCA have demonstrated great responsibility for the adscripted families, but, on the institutional point of view, they showed some difficulties to capture the health needs, mainly aiming at articulating interventions along with the teams, as well as on how to deal with frustration originated from the impossibility of facing them. The users' autonomy did not come as constituent of the objectives of the visits and of the agents' performance, not representing a tool used by the team in the cases when there were difficulties for the control of the chronic disease. The study points to the need of reviewing the norm that guides the

HV periodicity and of reformulating its objectives and contents, with the goal of potentializing its use within the total care projects elaborated by the FHP team with the family participation, as well as the necessary challenge of working in the logics of constructing the users' autonomy as for the health care.

Key words: Home Visit, Health Care, Autonomy, Family Health Program; Health Community Agents.



APRESENTAÇÃO

Parto do pressuposto de que é preciso gostar do objeto com que se trabalha. Falarei, portanto, do meu desejo, de como ele surgiu e se transformou ao longo de minha vida profissional.

Relato minha história de vida, no período em que iniciei o contato com a enfermagem. O fato de escolher este curso de graduação trouxe intensas conseqüências à minha vida pessoal e profissional. Conclui a graduação em 1986 – ano em que, depois fui compreender, ocorreu o evento político sanitário mais importante da década, a VIII Conferencia Nacional de Saúde. Nessa época, recém-formada, preocupada com o “fazer”, me dediquei ao ambiente hospitalar. Época de muita aprendizagem e de vivência com situações de sofrimento, uma vez que meu local de trabalho era a UTI do HC – Unicamp. Chamava-me atenção à solidão das pessoas internadas neste momento tão crucial de vida, e a dificuldade da equipe e da Instituição em lidar com os familiares dos pacientes, que se encontravam tão assustados e desamparados quanto os hospitalizados. Registrei, dessa época que deveríamos prestar mais atenção às famílias, e tomei ciência de que nunca havia assistido à família, mas apenas indivíduos que tinham familiares.

Nas voltas que a vida nos reserva, direcionei meu olhar para a saúde coletiva. Mais uma vez observo um marco, ano de 1990, onde foi promulgada a Lei 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção/proteção/recuperação da saúde – criação do SUS. Outra característica da minha jornada, é que à medida que ia trabalhando como enfermeira, sempre voltava à escola. Dessa forma, inicio minhas reflexões mais aprofundadas na saúde coletiva, com a especialização em 1991.

Apesar de datar do ano de 1994, a criação pelo Ministério da Saúde do Programa de Saúde da Família, lembro-me do contato oficial com esta política no ano de 96, numa palestra em que David Capistrano falava com muita emoção do Qualis. Nessa época, já colaborava em cursos de graduação de enfermagem, sempre na disciplina de saúde pública, e embrionava um projeto de mestrado. Iniciei então, em 1998, essa nova etapa, onde procurei compreender a tríade família-idoso-serviço de saúde. Buscava conhecer as representações sobre o papel da família na adesão de pacientes idosos às consultas e ao tratamento da doença crônica. Verifiquei, dentre outras coisas, que a família tem um papel reconhecido como importante por todos os componentes da tríade, mas faltava clareza de como incluí-la na organização do cuidado.

Verifico como a relação entre o mundo profissional e o mundo do usuário, individualmente ou como família, tem marcado minha trajetória com questionamentos. São mundos claramente distintos, uma vez que são duas realidades históricas, construídas socialmente, com diferentes sentidos ao longo dos tempos, e é o encontro entre eles que me leva agora a querer aprofundar outros aspectos sobre a prática junto às famílias. Entendo que são dois sistemas de cuidado, com símbolos, códigos, formas peculiares de agir buscando a saúde, num território pela primeira vez conhecido para a família e “estranho” para a equipe: o espaço do domicílio.

Não posso deixar de associar toda esta trajetória a importância da vivência com os alunos, os campos de estágio, os PSF's que brotam lentamente na região que trabalho as dificuldades políticas, a compreensão do SUS pelos dirigentes, as discussões das diretrizes curriculares, diretrizes do SUS, o novo perfil exigido do egresso, enfim, toda a bagagem de coordenar um curso seguindo a direção de um projeto político que nos move, ou seja, o projeto de construção da saúde como direito de cidadania. É, portanto, a somatória do ensino de enfermagem, da assistência aos indivíduos e familiares, da preocupação com o corpo docente e discente, das experiências humanas no geral e, mais especificamente, das questões relacionadas à família, que me leva a adentrar de vez nesse campo já trabalhado por alguns enfermeiros, mas de tão vasto, infinito.

Ao procurar compreender a interface entre a equipe de saúde e a família no espaço assistencial da visita domiciliar, escolho o PSF como cenário do estudo, por exigir uma reconfiguração desse encontro, que nele se torna distinto daquele característico do modelo biomédico. Uma primeira diferenciação pode ser percebida pelo fato do programa ter a integralidade como eixo norteador de sua organização. Esse aspecto se faz mais evidente quando analisamos os movimentos e formas de vinculação construídas entre os dois pólos da assistência: no PSF há uma reorganização do processo de trabalho que objetiva desfocar a atenção do recurso à intervenção especializada, voltando-a para a construção de laços entre a equipe de saúde e a comunidade assistida, laços a partir dos quais se objetiva construir a assistência. Além disso, o PSF pode ser encarado como uma modelagem, uma vez que incorpora elementos de outros modelos assistenciais, visando um reforço e uma reafirmação na medida em que se estabelecem vínculos sociais,

transformando os espaços públicos em “lugares de encontro” de pessoas cuidadoras de si e dos outros.

Na perspectiva de uma reestruturação do modelo assistencial, acredito que a assistência domiciliar à família seja um dos pontos mais sensíveis e complexos na proposta do PSF e também, como têm revelado diversos estudos, onde os profissionais estão encontrando grandes desafios. Dessa maneira, meus questionamentos se dirigem ao espaço assistencial representado pela visita domiciliar, talvez porque aí exige-se uma razão sensível de quem interage com as famílias, ou porque a família, com toda sua ambigüidade de existir, insiste em viver, e não apenas em sobreviver.



1- INTRODUÇÃO

Atualmente, com a reorganização do sistema de saúde no nosso país, o Programa de Saúde da Família surge como uma estratégia de atenção básica voltada à comunidade, que busca priorizar as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, de forma contínua e integral. Esse programa tem conduzido os profissionais de saúde a buscar uma aproximação com a família através do cadastramento e do planejamento das ações de saúde. Conforme Souza (1999) este assume importantes compromissos, como:

“entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutive, contínua e de boa qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações setoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde doença, da organização, do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social”.

A abordagem centrada na família como uma unidade constitui-se na perspectiva de atuação dos diversos profissionais da saúde. Apesar de se buscar um avanço nessa compreensão, isso tem sido um desafio não só para a enfermagem, mas para as demais áreas do conhecimento com interesse na saúde da família. O desafio se amplia também quando queremos entender o que é saúde da família. A literatura tem nos mostrado que o termo saúde da família não está claramente formulado. A saúde da família pode ser definida tanto como um estado quanto como um processo. Na primeira idéia, leva-se em consideração a ausência de sintomas no funcionamento da família ou a evidência de características de família ideal dentro de um determinado paradigma. A saúde da família vista como um processo está baseado na integração, na manutenção e no crescimento do sistema familiar em relação às demandas sociais e temporais (Loveland-Cherry, 1989). A saúde da família é considerada, por vezes, como resultante das condições de saúde individuais dos membros da família, ou das condições de vida dos sujeitos no domicílio (Hanson e Boyd, 1996).

Famílias são parte integrante da intervenção em saúde em todas as fases do atendimento, em todos os contextos de assistência, independentemente do grupo etário do paciente. A relevância da conexão existente entre o cuidado do indivíduo e o contexto familiar tem sido apontada como algo indispensável para o cuidado integral da pessoa.

De qualquer forma podemos afirmar que vem ocorrendo uma silenciosa revolução nos cenários de cuidado, influenciada por iniciativas solitárias a princípio, de cuidar da família, norteadas pela fidelidade à verdade principal, de que nenhuma família consegue existir sem algum tipo de apoio, pelos conceitos sobre família que têm sido desenvolvidos, e agora, por uma emergente política pública destinada à saúde da família.

A ênfase crescente na família tem resultado na modificação da maneira como ela é percebida no contexto de saúde, ultrapassando-se, sobretudo, as definições utilitárias que se atribuía à família, quando era vista exclusivamente como um bem para o paciente. Por anos, a enfermagem tem dirigido sua prática com famílias para ações basicamente de orientação e busca de informações. A família fica, neste sentido, restrita a ser fonte e receptáculo de informações (Elsen, 2002).

Se, no Brasil, as famílias vêm se transformando como parte do processo de modernização, esse processo, apesar de ter se traduzido em maior liberdade, não tem produzido maior igualdade social ou equidade. Assim, para se avançar na compreensão do modo como a “família” se expressa e se desenvolve em situações específicas, constituindo uma rede de relações que o profissional de saúde deve levar em conta para entender as várias dimensões dos processos envolvendo saúde e doença, é crucial ter em mente que todos os fenômenos sociais são construídos a partir de relações entre sujeitos em contextos socioculturais específicos, portanto com distintos significados e implicações pessoais e sociais.

Outro aspecto inerente a todo este processo de escuta, apreensão e encontro de cada usuário/família com suas necessidades, é que a assistência prestada no novo modelo vem ocorrendo, na maioria das vezes, no próprio domicílio, trazendo inúmeras possibilidades para os profissionais.

A discussão no domicílio permite ao profissional conhecer a dinâmica familiar e respeitá-la. Não existe resposta pronta para todos os procedimentos e acontecimentos, principalmente no ambiente domiciliar, quando estão envolvidos valores, moralidade e situações éticas particulares e peculiares à família. No domicílio é mais fácil aceitar a vontade do paciente porque acredita-se que ele tem direitos, autonomia e competência ou porque o espaço físico é dele e lá "quem manda" é ele, e na instituição "quem manda" são os profissionais.

Acreditamos que uma interação profissional - cliente- cuidador/família, aonde as intervenções propostas pretendem colaborar para a construção da autonomia do cliente no processo de tomada de decisões sobre seu cuidado, deva se constituir num princípio orientador daquele encontro assistencial.

O conceito de controle sobre a tomada de decisões pode ser visto como um *continuum* do não controle para o controle absoluto.



FIG.1- Modelo de controle compartilhado sobre tomada de decisões, adaptado de Kholer, 1998.

Tendo em vista essas considerações, podemos afirmar que o atendimento domiciliar é uma realidade, tanto nos serviços privados como nos serviços públicos. É preciso, no entanto, habilitar os profissionais a trabalhar neste campo, não tão novo, porém com características peculiares.

No novo modelo proposto, tomar a família como perspectiva significa, sobretudo, considerar o seu grande potencial como aliada na manutenção e restauração da saúde de seus membros, mas levando em conta que este potencial é determinado pelas suas percepções, das experiências que vivenciam e que por sua vez influenciam suas ações no manejo destas mesmas experiências.

No caso do PSF, de imediato, já podemos visualizar uma ação interativa entre dois grandes atores: as equipes multiprofissionais de saúde e as famílias de uma determinada comunidade. Em cada um desses pólos, há uma dinâmica própria que precisa ser reconhecida em suas várias dimensões interdependentes.

Acredito que essa proximidade maior da equipe com o mundo da intimidade familiar traz consigo a urgente necessidade de aprofundar os nossos conhecimentos sobre esta relação, da intimidade familiar que se mantém, ainda, perto da obscuridade na área da saúde. Esses profissionais, que através das suas práticas interventivas, transitam neste território, precisam ser instrumentalizados de maneira a não devassar, em nome da saúde, a vida íntima das famílias (Alonso, 2003, p 16).

Em sua grande maioria, os profissionais da saúde, munidos de uma pretensa autoridade que lhes é conferida pelo saber científico, institucionalizado e teoricamente requintado, incorporam geralmente, a norma como premissa das suas ações interventivas. De um outro lado, as famílias, com seus saberes particulares, locais e diferenciados, encontram o amparo deste conhecimento na credibilidade da tradição, nas suas vivências entre os seus e nos acontecimentos que diversificam as próprias leis. Assim, criando as suas próprias normas, as famílias vivem e conhecem o “mundo da vida” e criam seus espaços de resistência.

O processo de normatização da saúde vem sendo estrategicamente produzido ao longo da história através de intervenções de poder, atendendo aos interesses de um controle social. Esse processo resultou na internalização de novos valores para o mundo privado das famílias, resultando em perdas de pequenas solidariedades entre pares, em uma redução programada dos espaços de socialização, na cisão de antigas alianças e da capacidade de resistência (Caponi, 2000, p.91).

Costa (1999), aborda historicamente a transformação e normatização das relações intrafamiliares a partir de uma ordem pedagógica e higienista, que enquadra os espaços do cotidiano familiar e regulariza os afetos e comportamentos das famílias. Em seu trabalho, Costa nos mostra como as táticas manipuladoras – embutidas na prática dos profissionais – se insinuaram na intimidade da família, normatizando o seu viver e desestruturando os seus modos de vida em nome da saúde. Ele revela que essa prática normatizadora, por parte dos profissionais da saúde, se encontra muito presente nas relações destes com as famílias nos dias atuais. Com esse estudo, o autor nos leva a refletir sobre a natureza das nossas interações profissionais com as famílias no domicílio e, podemos nos questionar, o quanto nós, os profissionais e representantes do mundo público, estamos solicitando e obtendo a permissão dos sujeitos para adentrar e intervir sobre a intimidade de suas vidas, em nome da ciência. O autor alerta:

O problema começa quando percebemos que a lucidez científica das terapêuticas dirigidas às famílias esconde, muitas vezes, uma grave miopia política. Miopias que tendem a abolir, no registro do simbólico, o real adjetivo de classe existente em todas estas lições de amor e sexo dadas à família (Costa, 1999, p.17).

Na busca da superação do modelo tradicional, Ciapone & Peduzzi (2000, p. 146) ressaltam que uma proposta interventiva centralizada no grupo familiar tem um caráter potencializador da família, apontando para o “empoderamento dos sujeitos”. Nessa perspectiva, as autoras acreditam que no espaço domiciliar, podem ser criados espaços potencialmente transformadores daquilo que está determinado a priori (instituído), com modos de ação e reação. As autoras chamam a atenção para este momento de desafios e de construção, em que cabe interrogar a própria leitura que se faz da realidade, compreendida na sua complexidade, interrogando também, os próprios saberes e experiências que integram a produção dos discursos.

Nessa perspectiva surge o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de consolidar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, bem como seus princípios organizativos que são regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado (Brasil, 1990).

Souza (2001) afirma que o enfoque sobre a família e a comunidade, oriundo da reorganização da política de saúde, não quer dizer que se esteja devolvendo à família o “fardo” da crise do Estado Social, convocando-as a retomarem antigas e novas responsabilidades assistenciais e de cuidados. A intenção maior é construir uma nova forma de prestar assistência seguindo o princípio de que as respostas devem se situar o mais próximo possível do nível em que se encontra a necessidade; com a participação do setor informal através das denominadas redes sociais primárias, a família poderá se configurar em sujeito e se co-responsabilizar pela sua saúde.

Na perspectiva de uma mudança do modelo assistencial, acredito que a assistência domiciliar à família seja um dos pontos mais sensíveis e complexos na proposta do PSF e também, como têm revelado diversos estudos, onde os profissionais estão encontrando grandes desafios.

Recentes pesquisas nos revelam que as famílias vêm com bons olhos a convivência social com a equipe de PSF. Sentem-se, de certa forma, lisonjeadas com a atenção profissional a domicílio. Isso nos leva a crer que a estratégia de aproximação profissional com o contexto familiar preconizado pelo PSF pode ser visto como um avanço; todavia, as famílias também percebem que as ações, principalmente dos ACS's, estão se tornando essencialmente repetitivas e pouco resolutivas, trazendo consigo o desgaste das relações e o descrédito do trabalho (Alonso, 2003, p.233).

De outro lado, as equipes, em especial os agentes, percebem a inocuidade do seu agir através da indefinição daquilo que pode ser concretamente oferecido à saúde da família em nome do Estado e da sociedade, ou seja, como é possível acolher as suas necessidades de saúde sem ter uma definição mais completa daquilo que pode ser oferecido, efetivamente, para a resolução dos seus problemas?

O estudo de Alonso (2003) revelou que ao tratar-se das necessidades de saúde, é importante que se procure reconhecer quais são as representações que as próprias famílias têm em seu imaginário sobre a saúde no contexto da sua vida. Na maioria das vezes, as ações preventivas não são vistas ainda, como uma necessidade de saúde concreta, que demande uma intervenção profissional. Assim sendo, um aspecto central do PSF não estaria sendo desvalorizado ?

Outra questão também nos é revelada em estudos (Mishima, 2003; Alonso,2003; Ribeiro, 2005) que têm tido a preocupação de investigar equipes de PSF e famílias nos encontros assistenciais. No caso, o *acolhimento* - que se traduz por condutas e ações de recepção, orientação e acompanhamento dos profissionais da equipe perante o usuário do Sistema de Saúde no tocante às ofertas e disponibilização dos seus serviços. Verifica-se que, muitas vezes, o próprio sistema não oferece respostas favoráveis a esse acolhimento em outros níveis assistenciais, ou seja, não é possível exigir dos profissionais um compromisso com as famílias, para as quais, muitas vezes, o próprio Sistema de Saúde, que gerou este discurso, não oferece perspectivas e respostas concretas. Essa divergência entre o discurso e a prática traz consigo sérios conflitos éticos para as equipes de saúde em seu trabalho com as famílias, envolvendo, por vezes, a ruptura dos laços de confiança, desvirtuando o sentido da responsabilidade e do compromisso assumidos no processo assistencial.

Em agosto de 2006, o PSF estava implantado em 5.093 municípios brasileiros, dispondo do total de 26.259 equipes de saúde da família (ESF), efetuando a cobertura de 57.850.891 de pessoas. São 217.117 agentes indo a campo diariamente na principal atividade que lhes é conferida: visitas domiciliares. Cada agente cobre em média 200 famílias e é estipulado pelas normas do Ministério da Saúde que realize pelo menos 10 VD's/ano/família. Seriam realizadas, portanto, aproximadamente meio bilhão de VD's/Brasil/ano. Porém, verificamos nos dados oficiais que os agentes realizam em média 14.000.000 Vd's/ano. É um número expressivo, que revela o grande investimento governamental, porém aquém do estipulado. De certa forma este dado demonstra que há problemas no cumprimento da norma e reforça a necessidade de rever, discutir e debruçar atenção especial a essa atividade que tem muito a contribuir como ferramenta de cuidado (Ministério da Saúde, SIAB, 19/12/2006).

Tendo em vista esse conjunto de questões, o presente estudo ocupa-se do objeto complexo constituído pelas relações que se estabelecem entre integrantes da equipe de PSF e as famílias, no espaço assistencial do domicílio. Estudos recentes têm apontado a necessidade de se criar mecanismos, instrumentos e habilidades de negociação com a família dentro do processo assistencial. Mas, por onde começar, tendo em vista que o

modelo contém em seu interior elementos conflitivos, com componentes emancipadores e conservadores, ora de ampliação, ora de restrição da integralidade e da autonomia? Como não questionar o caráter regular e insistente das visitas domiciliares, tendo em vista o enfoque repetitivo e até certo ponto inócuo dessa atividade? Para buscar algumas respostas às questões ligadas a esse tema, o foco do estudo se situará nas práticas de intervenção de equipes de saúde da família no domicílio, buscando compreender as concepções de famílias e equipes de saúde sobre aquelas práticas e sobre as relações que se estabelecem no espaço da visita domiciliar.

1.1- Saúde da família: evolução e trajetória

1.1.1-Sobre seus antecedentes

É na década de 60 que se situam alguns dos eventos-chave para o entendimento da formação das idéias que acabaram desembocando no caudal que deu origem ao Programa de Saúde da Família no Brasil. Paim (1997) resgata um pouco da história de tais idéias, a partir dos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária e também de uma produção teórica e crítica da saúde coletiva no Brasil, chamando a atenção para uma luta contra-hegemônica que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde.

Assim, mediante seus componentes de saber, ideologia e ação política, teria ocorrido o deslocamento de uma ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, com práticas de saúde imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas. Este mesmo autor percorre a trajetória de alguns dos paradigmas de saúde-doença, entre eles o PSF, destacando que alguns dos mesmos foram elaborados em contextos externos ao país, sendo apenas atualizados no Brasil. Tais seriam os casos das teorias do campo da saúde de origem canadense, da promoção da saúde (OPAS/OMS, 2002) e da vigilância à saúde, capazes de conferir novos sentidos para as questões formuladas pelo movimento sanitário em décadas passadas. É assim que um certo movimento ideológico passaria a possuir um

caráter de ação política, conduzida por atores dos serviços de saúde, da academia e da sociedade como um todo. Tal “importação” de idéias e projetos não está, naturalmente, isenta de críticas e contradições.

Um dos paradigmas que fazem parte do percurso ora comentado é o da Medicina Comunitária. A Medicina Comunitária constituiu-se em um projeto, cuja proposta central referia-se à prestação de serviços de saúde à população, envolvendo a busca e a experimentação de novos modelos assistenciais, dirigidos, particularmente, àqueles grupos sociais com pequeno ou nenhum acesso ao consumo de cuidados médicos (Andrade, 1995). Entre os principais traços a marcar esta nova estratégia, estavam a *simplificação do cuidado*, com a utilização de profissionais médicos não especializados e de auxiliares com baixa qualificação (atendentes recrutados nas próprias comunidades), aliada ao menor consumo de exames e medicamentos, dentro da perspectiva de uma tecnologia apropriada aos problemas de saúde mais prevalentes na população de baixa renda, considerados de menor complexidade; a *ênfase no atendimento de nível primário*, voltado para as doenças mais freqüentes, sobretudo transmissíveis e a organização das unidades de saúde nos moldes da *regionalização e hierarquização* e sob o encargo do setor público.

Sua trajetória no Brasil foi analisada por diversos autores, como Donnangelo & Pereira (1979) e Arouca (1975). Na origem da importação de tal conceito, ocorrida nos anos 60, estariam algumas experiências e programas desenvolvidos e mantidos por universidades, entre elas a Universidade Estadual de Campinas. Suas raízes, entretanto, estão vinculadas, tanto à crise do capitalismo, como ao impacto dos resultados da implementação dos “welfare states” na Europa ou ainda, à formação do “National Health System” no Reino Unido, dentre outras. Esta vertente estaria também associada à política externa norte-americana dos anos 60, voltada para os países pobres da América Latina, também conhecida como Aliança para o Progresso, que difundiu nos países-alvo sua proposta de saúde, com o apoio das agências internacionais. É dessa forma que surgem programas experimentais em diversos países, inclusive no Brasil, que propõem modelos de assistência nos quais a extensão de cuidados à saúde das populações pobres estaria garantida.

Os elementos estratégicos básicos, constituintes da proposta da Medicina Comunitária, eram representados pela simplificação tecnológica das práticas de saúde, pela utilização de pessoal local para atuar como trabalhadores nos programas de saúde e pelo seu caráter de prática comunitária. Um exemplo desta reorientação política do Ministério da Saúde, no sentido da extensão de cobertura das atividades de saúde nos moldes de uma Medicina de Comunidade "simplificada", foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implantado a partir de 1976, principalmente na região nordeste do país, onde foi responsável pela expansão do número de unidades básicas de saúde - atuando em assistência médica, suplementação alimentar e saneamento básico - mas, ainda assim, marcado pela baixa cobertura e baixa capacidade resolutiva de suas ações (Andrade, 1995).

A Medicina Comunitária viria a ter seu substrato teórico, político e ideológico consagrado e expandido na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, a partir da qual ela praticamente se confunde com as palavras de ordem geradas no evento, particularmente atenção primária à saúde (APS). O relatório final da Conferência (OMS - UNICEF, 1979) transformar-se-á, a partir de então, em peça fundamental da doutrina dos organismos internacionais, não só sanitários, mas também de fomento econômico, junto aos países periféricos.

As propostas referidas, sejam de medicina comunitária, na vertente norte-americana, ou da APS, na proposta da OMS e UNICEF, constituem-se em torno de alguns elementos estruturais, os quais, segundo Silva Jr (1998) são: coletivismo (embora criticado como “restrito”); integração da promoção, prevenção e cura; desconcentração de recursos; adequação das tecnologias; aceitação e inclusão de práticas não oficiais; novas práticas interdisciplinares e multiprofissionais e, finalmente, participação da comunidade. Tais propostas sempre estiveram no foco de intensas polêmicas, mobilizando energias intelectuais para sua crítica, não só no Brasil como em toda a América Latina. Tal é o caso dos inúmeros trabalhos publicados na década de 70 por Donnangelo, Paim, Tambelini, Loureiro, além de outros, citados por Silva Jr (1998). As denúncias se dirigiam contra as possibilidades de controle sobre a sociedade, imposição de mecanismos de participação social, favorecimento da acumulação de capital aos produtores, manutenção e

aprofundamento das desigualdades de acesso, dentre outras. Curioso constatar, entretanto, que em anos seguintes, particularmente na década de 90, que esta crítica é atenuada, bastante ou por outra, as citadas energias intelectuais vão se concentrar em encontrar soluções, não mais apenas em demolir as propostas colocadas em campo, vistas como eram sob uma ótica fortemente ideológica e até certo ponto ‘conspiratória’.

Mais uma vez recorrendo a Paim (1997), revela-se uma síntese das concepções de saúde do chamado movimento sanitário brasileiro, mostrando que para além dos conflitos das propostas acima citadas, teria ocorrido um certo ‘renascimento’ da Medicina Social nas décadas de 70 e 80, como um paradigma alternativo ancorado nas concepções fundamentais relativas à determinação social do processo saúde-doença, bem como na dinâmica do processo de trabalho em saúde e, dessa forma, passando a orientar as propostas democratizadoras e de reforma do sistema vigentes na década de 80, resultando daí o conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, incorporado na Constituição de 1988.

Observa-se também, que a história das discussões e da formação de modelos alternativos de atenção à saúde no Brasil sempre foi tensa e contraditória. É o que se verifica, por exemplo, a partir das vertentes originais e conflituosas de sanitarismo, da Saúde Pública e da Medicina Previdenciária, bem como, mais tarde, em relação ao aparecimento da medicina comunitária e de correntes sucedâneas a esta.

Especificando agora o caso da atenção à saúde das famílias, ocorre na década de 60, nos Estados Unidos, resgate histórico de programas voltados para a saúde do grupo familiar, como um “movimento político” de mudanças no modelo assistencial (Paim, 1986). Neste momento, também, adquire especial importância uma publicação da Organização Mundial da Saúde, intitulada “Training of the physician for family practice” (WHO, 1963). Em tal documento aparecem o escopo e os objetivos da medicina de família, referidos como acesso direto da clientela, continuidade da atenção, cuidado ao grupo familiar, ênfase na prevenção e promoção da saúde, responsabilização profissional, além de provimento de capacitação e atividades de pesquisa. A partir de 1966, o movimento da “family medicine” se dissemina nos Estados Unidos, com interveniência da poderosa American Medical Association (AMA), com a produção de numerosos documentos versando sobre as bases de tal prática e até mesmo sua incorporação oficial, como uma

política federal para a formação profissional em tal campo. A partir da experiência americana, o movimento migra para outros países, particularmente Canadá e México, já na década de 70 (Paim, 1986).

O movimento internacional que gerou as propostas de saúde da família é caracterizado por Paim como de cunho ideológico, dado sua constituição a partir de um conjunto de práticas que busca substituir a formação especializada e técnica dos médicos por uma outra alternativa, que propõe a atenção integrada e completa. Registram-se, no caso, vertentes de interpretação mais “saudosistas”, de resgate histórico de antigas práticas sepultadas pela tecnificação e pela mercantilização da medicina, de um lado, em contraposição a outras concepções mais “racionalizadoras” e preocupadas, por exemplo, com a redução de custos, com o impacto das tecnologias, bem como com a pressão da população pela reorganização dos serviços de saúde. No caso brasileiro, tal fundamento ideológico e seus desdobramentos conflituosos parecem se acentuar e mesmo se aprofundar na década de 70 e nas seguintes. É o que se verifica nos conflitos políticos existentes entre as propostas de medicina geral comunitária (MGC) e medicina social (e congêneres). Tais conflitos teriam como desdobramento contemporâneo o embate entre o que seria um “novo paradigma”, o PSF dos anos 90, e uma antiga medicina da família (Trad e Bastos, 1998).

O chamado movimento de medicina da família tem sua entrada nos países da América Latina e no Brasil na década de 70, em um momento que Paim conceituou como fase acadêmica do mesmo, com a realização de inúmeras reuniões e seminários sediados em universidades, sobre o tema, o primeiro dos quais em Campinas-SP, em 1973 (Ceitlin, 1982). Paim (1986) destaca os conflitos que marcaram o advento e a implantação das várias propostas de medicina de família ou similares no Brasil, sem que nenhuma delas tenha chegado à hegemonia no sistema de saúde.

Santos (1978), em trabalho da época, analisou alguns aspectos desse período inicial da discussão sobre a medicina de família, destacando, de um lado, os conflitos existentes entre os discursos das entidades nacionais e internacionais ligadas ao ensino, bem como de fóruns oficiais, e, de outro, o “currículo real” das faculdades de medicina e a realidade do mercado de trabalho.

A implantação das reformas do sistema de saúde no Brasil, na década de 80, preliminarmente com as AIS e os SUDS e depois com o SUS, com a conseqüente municipalização das responsabilidades, representou um estímulo fundamental para que os fenômenos de oficialização e ampliação de tais programas acontecesse. Nesse quadro, certamente, se inserem outros determinantes, como o incremento de intercâmbio de modelos com outros países, o desenvolvimento da capacidade formuladora dos organismos gestores, a qualificação da participação social, a ruptura com o caráter meramente demonstrativo e experimental das experiências realizadas nas décadas anteriores, além de outros. Independente das causas, o certo é que na década de 90, políticas de governo como a de Saúde da Família reingressam com novo ímpeto e vigor no cenário da saúde, com aparente capacidade de permanência e enraizamento.

A Introdução da família nas Políticas Sociais

Carvalho (1994) discute a “introdução da família” nas políticas sociais brasileiras, situando-a dentro de três modalidades de ação, a saber: 1) programas de geração de renda e emprego; 2) programas de complementação da renda familiar e 3) rede de serviços de apoio. Nesta última categoria é que se inserem os programas do tipo PSF, que podem variar quanto a seu foco de ação, desde abordagem aos problemas de cada indivíduo até o apoio intensivo a famílias em situações críticas. A autora, entretanto, esclarece que nem toda problemática social é passível de uma abordagem via famílias, constituindo a família apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Embora reconheça que a família vem recebendo, por parte das políticas públicas no Brasil, uma atenção especial ao longo da década de 90, a autora adverte que há muito que caminhar na superação de uma tradição normatizadora e autoritária de tais ações por parte do Estado. Segundo ela, é importante ter clareza de que, para muitos problemas, a família não é a instância de atuação mais propícia. A partir do processo de intensificação do individualismo trazido pela modernidade, cada vez mais o cidadão prefere resolver seus problemas de forma independente do seu grupo familiar (Carvalho, 1994).

Os serviços públicos comunitários, na medida em que lidam com famílias extremamente fragilizadas, necessitam repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular para não as massacrarem. Em vez de estruturarem suas práticas no fornecimento de serviços e bens que substituam as iniciativas da família, devem centrar suas ações no fortalecimento, tentando apoiar a recomposição dos vínculos afetivos internos ameaçados e a sua reintegração na rede de solidariedade social local.

Vasconcelos (1999) descreve esta “valorização da família nas políticas sociais” como algo instituído, na verdade, ao longo de toda a história da construção do sistema de saúde brasileiro, relatando os diversos componentes desta natureza encontrados na legislação previdenciária, desde seus primórdios na década de 20, apesar da vigência das contradições decorrentes do médico-centrismo e da dependência tecnológica e de capital de tal sistema. A criação da Fundação SESP, na década de 40, em que pese seu caráter normatizador e autoritário, também representou um marco importante, com suas tradições de visitas domiciliares, territorialização, etc. Entretanto, foi na sociedade civil que esse aspecto obteve maior visibilidade, citando os casos da Sociedade São Vicente de Paula e da Pastoral da Criança, entre outros.

A escolha do ano de 1994, pela ONU, como o Ano Internacional da Família teria tido impacto indutor sobre a política brasileira e de outros países do mundo, ao valorizar os conceitos de família e de comunidade (Vasconcelos, 1999). Dentro do quadro de valorização do tema da família nas políticas sociais, o autor aponta alguns fatores que influíram em tal ação, identificando o problema da criminalidade praticada por crianças e adolescentes, as reações violentas de alguns setores da sociedade a eles, as epidemias de cólera e dengue, bem como o próprio acúmulo de experiências locais que rompem com os modelos tradicionais de assistência. Criaram-se, assim, segundo este autor, as condições para o advento de um “clima cultural” propício para determinadas inovações das políticas sociais e com elas, os próprios programas PACS e PSF.

Houve, assim, muitas mudanças na saúde desde meados da década de 80, em razão da intensa movimentação política e social pela reforma da saúde no país (Escorel, 1987; Goulart, 1996) e da “construção local” do sistema de saúde, que resultou na ampliação da atuação municipal na saúde. Concorreu, também, para tal quadro de

transformações, a consolidação de um novo e efetivo arcabouço legal para o sistema, com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, que sem dúvida, forneceram um inédito substrato para que experiências como a Saúde da Família pudesse florescer.

A proposta de Saúde da Família, entretanto, somente alcançaria sua maturidade nos anos 90, galgando então, o estatuto de política pública no Brasil. Isto equivaleria a “uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação mono-setorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade”, conforme a expressão de Trad e Bastos (1998). Mesmo alguns críticos das opções de implementação do SUS em curso no país, como é o caso de Mendes (2000), tendem a admitir avanços possibilitados por tal política. Esse autor, aliás, ao se referir ao atual PSF no contexto do SUS, admitiu que o advento do PSF demonstra que “nem tudo são espinhos” no cenário geral.

1.1.2- Sobre o objeto do Psf – potencialidades e contradições

O Programa de Saúde da Família (PSF), como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e conceitos operacionais, nos quais são freqüentes as contradições de natureza político-ideológica ou conceitual.

Para exemplificar, poderia ser considerada uma política racionalizadora, de caráter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no terceiro mundo. Ao mesmo tempo, poderia ser entendido como uma intervenção coerente com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, conforme as disposições da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Seria possível encará-lo, também, dentro de marcos ideológicos e conceituais gerados em contextos externos, em sistemas de saúde com outro feitio, e em sociedades política, econômica e culturalmente diferentes, o que não impediria que possa vir a ser compreendido como processo de construção social, no contexto de um quadro conceitual e operacional pertinente à realidade política, institucional e cultural brasileira. Por outro lado, o PSF poderia ainda ser percebido como política centralista de governo, formulada para um

tipo modal de realidade local, em contraposição a uma construção social de base descentralizada, com fundamento no conceito de cidadania e potencialmente transformadora da realidade do sistema de saúde, surgindo como estratégia para o alcance da equidade e da integralidade em saúde (Paim, 2001).

O PSF poderia, ademais, ser questionado como uma adaptação paliativa e, por assim dizer, cosmética, do modelo de atenção à saúde vigente, incapaz, portanto, de reverter as conhecidas distorções do mesmo, mas, ao mesmo tempo, também poderia ser encarado como potencial força geradora de mudanças estruturais do modelo assistencial, incorporando os elementos de um novo paradigma, de recorte sanitário-epidemiológico.

Dessa forma, pode-se dizer que o PSF, no Brasil, possivelmente resulta de complexas influências sociais, políticas e culturais, incorporando diversos e conflituosos elementos ideológicos e conceituais, tendo, como substrato de sua formulação e implementação, contextos simultaneamente globais e locais, societários e institucionais, além de técnicos e políticos. Pode-se dizer, portanto, que o PSF é um produto da assimilação e do embate, contraditórios e altamente dinâmicos, de propostas resultantes da política central de governo, de caráter prescritivo e fortemente normatizador, e também daquelas construídas a partir da realidade, no âmbito dos municípios, de natureza mais criativa e menos normativa. No segundo caso, estariam programas desenvolvidos em ambientes dinâmicos e marcados pela contingência dos fatos sociais, nos quais as formulações centrais prescritivas são incorporadas de forma parcial, ou apenas formal, prevalecendo, nas propostas resultantes, um caráter estratégico e fortemente adaptado às condições locais (Bursztyn, 2003).

Pode, sem dúvida, ser assumido que não existiria total coerência nos elementos constitutivos de tal política, dada uma dinâmica interna feita de oposições e contradições. Tais contradições põem em destaque uma agenda de problemas para o PSF que pode ser explicitada, em termos temáticos, conforme disposto no estudo de Goulart (2002): (a) cobertura: focalização para populações de alto risco social e epidemiológico *versus* universalismo; (b) tipo de sistema de saúde: soluções de atenção familiar integradas, observadas em reformas do setor de saúde em países desenvolvidos *vis a vis* com sua aplicabilidade ao caso brasileiro, sem comprometimento da integralidade e do

universalismo; (c) relações federativas: conflito entre formulações de níveis centrais de governo e a autonomia local; (d) tendências gerais do SUS: solução restrita para as conhecidas lacunas de oferta do sistema *versus* o predomínio do paradigma sanitário-epidemiológico na implementação.

Segundo o autor na síntese realizada em sua pesquisa:

“o PSF surge no âmbito de um conflito entre a normatização” dura” realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, em que prevalecem, no processo de implementação, a flexibilidade e as inovações de caráter local.” (Goulart, 2002).

1.1.3- O Território enquanto processo

Territorialização e vínculo de uma dada população às equipes são idéias nucleares à proposta do programa de Saúde da Família. São, por excelência, expedientes gerenciais que estruturam serviços. A referência territorial tem sido importante desde os primórdios e usada, principalmente, como ferramenta da epidemiologia em serviço (Merhy, 2003). O vínculo tem sido usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e sua população usuária. Segundo Merhy (2003),

“(...) essas ferramentas, por si só, não mudam o perfil de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho médico centrado, porque, apesar de agirem sobre a arquitetura do programa, não interferem na sua essência, isto, é no modo como se produz o cuidado a partir dos diversos fazeres construídos no cotidiano, nas relações estabelecidas entre trabalhadores entre si, trabalhadores e conformações tecnológicas do agir em saúde, e entre os trabalhadores e usuários (...)” .

Um dos possíveis caminhos pelo qual correram as idéias de “território” e de “vínculo” ao longo do tempo, na história da saúde pública, pode ser reconstruído ao se visitar Rosen.

A idéia geral, de preservar tanto um ambiente saudável quanto proteger o homem contra adversidades do meio, é tão antiga quanto a história da aventura humana sobre a terra (Rosen, 1994). Está muito presente na epidemiologia e na vigilância e, agora também, no Programa de Saúde da Família. A associação entre o território, o ambiente e o processo saúde-doença e, naturalmente, a necessária harmonia entre os homens e seu *habitat* para a preservação da saúde, aparece com ênfase no texto hipocrático *Ares, Águas e Lugares*, considerado por alguns como o texto fundante do conhecimento epidemiológico (Franco & Merhy, 2003:98)

Essas concepções fundadoras do pensamento epidemiológico firmaram, ao longo do tempo, a idéia de que o espaço territorial deve ser o *locus* operacional de ações que têm como objetivo conservar a saúde da população. Com o tempo, a esses conceitos agregaram-se outras idéias, como a de que o processo de adoecimento é determinado também pela forma como as sociedades se organizam. Contudo, a sociedade articula-se em territórios definidos e assim, mesmo ganhando em graus de complexidade, o território continua como centro do problema, onde se avalia que a “higiene dos lugares” é proporcional ao coeficiente mórbido (Franco & Merhy, 2003:97).

Na Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) há fortes correntes técnicas e políticas filiadas a uma concepção que traz essa herança e que propõe um modelo assistencial para a saúde tendo como centro de referência básico o “território processo”, considerando-o território social, econômico, político, epidemiológico, no qual estão presentes e atuam as variáveis relacionadas ao processo de adoecimento da população. A entidade, nestas últimas décadas, tem proposto que a intervenção nas dinâmicas locais se dê a partir de tecnologias de planejamento território-centradas (territorialização), articulada aos instrumentais da epidemiologia e da vigilância à saúde. Mendes (1994) descreve de forma pormenorizada essa proposta, orientando o processo de territorialização através da formação de distritos sanitários, áreas de abrangência e microáreas, que delimitam certa responsabilidade sanitária do gestor local sobre o território em questão. As microáreas são delimitadas de acordo com um perfil homogêneo de condição socioeconômica da sua população, que definem o seu grau de risco sanitário (Mendes, 1994).

Sem dúvida, o conhecimento articulado em torno da idéia de território - processo, sobre o qual operam modelos assistenciais baseados exclusivamente na vigilância à saúde, é importante e útil às estratégias da produção do cuidado. Porém, alguns autores Merhy & Franco (2003) levantam a limitação desse conhecimento para responder à complexidade dos problemas de saúde. Nesse sentido, a epidemiologia é extremamente importante para embasar o trabalho das equipes de saúde como um todo, mas com certeza a ela se deve agregar o conhecimento inscrito na clínica, na sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento, etc.

Esses mesmos autores acreditam que o PSF, ao atrelar a matriz teórica prioritariamente ao campo da vigilância à saúde, restringe seu trabalho ao território e isto significa centrar o trabalho em atos de saúde basicamente “higienistas”, dando pouca importância à própria constituição de uma rede básica assistencial, integrada a um sistema local de saúde. Afirmam ainda que, ao não atribuir também muito valor ao conjunto da prática clínica e nem tomar como desafio à necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminui em muito a autonomia nos modos de andar a vida (Campos, 1992; Merhy, 1998).

1.1.4- O vínculo enquanto ferramenta

A idéia de vínculo a grupos de pessoas, famílias e comunidades, também vêm desde a Antiguidade. Na Grécia antiga, século V a. c., os médicos assistiam as populações das pequenas cidades de forma itinerante, porém, nas grandes cidades eram contratados e aí permaneciam. Na Roma imperial, tem-se notícia de vínculos em que “médicos se ligavam a famílias, que lhes pagavam uma soma anual pelo atendimento durante o ano inteiro” (Rosen; 1994: 38, 39,47).

É notório que o desejo manifesto das pessoas e grupos sociais de ter um médico como sua referência e obter dele a responsabilidade pelo seu cuidado, tornou o processo de trabalho do médico ligado à idéia de vínculo entre ele e os usuários dos seus serviços, sejam estas pessoas, famílias, grupos comunitários ou cidades (Merhy; Franco, 2003:101).

Como se verifica pelos relatos históricos, desde os primórdios, a idéia de vínculo está ligada ao ato do cuidador, pela própria natureza do trabalho em saúde, especialmente na época em que as tecnologias de trabalho em saúde se inscreviam, quase exclusivamente, nos atos em torno da relação profissional-usuário.

O avanço, na construção do conhecimento, em relação às tecnologias de trabalho para a assistência à saúde, deu-se ao longo do tempo de forma vagarosa. Rosen relata que, no período renascentista, séculos XVI e XVII e até meados do século XVIII, houve avanços científicos importantes em relação à medicina, porém neste período, os problemas referentes às doenças epidêmicas, à assistência médica propriamente dita, ao saneamento ambiental e ao suprimento de água, encontravam-se nos mesmos padrões da Idade Média (Rosen, 1994:108).

Em diversos países, hoje, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde. Inglaterra e Cuba têm servido como referência para modelos assistenciais que operam com a diretriz do vínculo. Na primeira, a população é adscrita ao General Practice e na segunda, a um médico de família. Como instrumento gerencial, a vinculação da clientela não deve transformar-se em fetiche, ou salvadora da pátria, que tudo pode resolver. Campos, ao discutir a organização dos serviços de saúde em nova modalidade assistencial, alerta para que mesmo com vinculação de clientela, os serviços podem continuar operando no formato liberal. (Campos; 1992:148).

Para Campos (1997) a noção de vínculo é central para mudança no modelo de atenção ou para modificar os padrões das relações profissionais de saúde/clientela. E ainda, é necessário ampliar os coeficientes de vínculos dos profissionais com pessoas portadoras de problemas concretos dentro de um certo contexto existencial. Segundo este autor, o vínculo inserido na prática clínica é o que permite combinar autonomia e responsabilidade profissional, é o que promove desalienação. Neste sentido, o processo de trabalho precisa estimular a liberdade criadora e ampliação de responsabilidades dos trabalhadores.

O vínculo para Merhy (1997,1999) constitui-se numa tecnologia leve. A tecnologia leve constitui o modo relacional de agir quando da produção de atos de saúde está representada pela produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão dos processos de trabalho.

À semelhança de Campos (1997, 1998,1999), para Franco e Merhy (2003) o vínculo é o que permite que os usuários estabeleçam referências “a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado”.

Como nas relações sempre ocorre o encontro entre as subjetividades das pessoas, Merhy (1997) considera que o mecanismo de transferência e contra-transferência, conceituado por Freud, poderia representar o universo da tecnologia leve do trabalho vivo, dado que acolhimento e vínculo, sendo componentes do universo tecnológico do trabalho vivo em ato, poderiam dar sentido ao usuário no interior do processo de trabalho, sentido este que, se ‘capturado’, poderia aumentar seus graus de autonomia.

1.1.6- PSF – Alguns aspectos referenciais para análise

Caberia, neste momento, algum detalhamento dos conteúdos e das concepções que subsidiaram a formulação do Programa de Saúde da Família no Brasil. Cordeiro (1996), na condição de observador e militante privilegiado da política de saúde no Brasil no decorrer das décadas de 80 e 90, afirma, por exemplo, que tal proposta de organização das práticas de saúde implica o reconhecimento da saúde como um direito universal, vinculado à qualidade de vida. Da mesma forma, a escolha da família e de seu espaço social como alvo de abordagem, a democratização do conhecimento a respeito da saúde, da doença e da organização dos serviços, a intervenção sobre os fatores de risco, a prestação de um atendimento integral, resolutivo, contínuo e de qualidade, a humanização, o estímulo à organização social e o estabelecimento de parcerias, são avanços inquestionáveis que o programa vem oferecendo. O PSF tem sido definido ainda, como uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, fazendo parte de um processo de

planejamento estratégico com implicações na ampliação da oferta de trabalho nos cuidados básicos, bem como uma ação potencialmente hegemônica na organização e na prática sanitária (Cordeiro, 1996).

É visto ainda como “o SUS que está dando certo”, na expressão utilizada por Levcovitz e Garrido (1996), autores (e também atores das primeiras etapas da implementação do programa) que valorizam ainda alguns aspectos inerentes ao mesmo, tais como o caráter de reorganização de serviços, a potencialidade de substituição do modelo assistencial vigente, o fato se constituir fonte de inspiração para novas práticas de gestão, seja no plano estadual ou local, a geração de vínculos e responsabilidades entre serviços e sua população, etc.

Além disso, em outra análise, o PSF é qualificado como “um programa inserido no escopo das políticas públicas de saúde, no contexto do SUS”, dotado de uma concepção que abrange não só aspectos relativos ao modelo de práticas assistenciais, mas também aos processos de trabalho e formação de recursos humanos e cuja implantação se dá de forma participativa, conforme afirmativa de Trad e Bastos (1998). Viana (2000) atribui ao PSF o caráter de propagador de práticas não convencionais de assistência, com grande peso dado à prevenção e promoção, como forma de reorganização dos serviços e antecipação das demandas dos mesmos e que além do mais, trata-se de programa que não entra em conflito “nenhum de seus princípios básicos ou formas de operacionalização com as diretrizes do sistema nacional de saúde”.

Mendes (2000) credita ao PSF o *status* de ter se constituído como uma contribuição importante no campo da saúde, possibilitando a consolidação de uma política de atenção primária à saúde, com o mérito adicional de ter envolvido as universidades do país na capacitação de suas equipes. Em outro trabalho, este autor identifica no programa matizes que permitem sua inclusão nas novas tendências da “gestão da atenção à saúde”, dados seus elementos de gestão de riscos populacionais e gestão da oferta através da atenção primária resolutiva (Mendes, 1998).

Sousa (2001), que milita no PACS e no PSF desde seus primórdios, acredita que tais programas vieram fortalecer o movimento de descentralização do SUS, apoiando-se na concepção de oferta de atenção básica no seio das próprias comunidades, de forma próxima aos usuários e abrangendo as localidades onde os serviços não se encontravam disponíveis, inovando ainda com a oferta de cuidados a domicílio. Para esta autora, o PSF representa também um avanço nas propostas de saúde ao superar uma etapa de “serviços realizados na comunidade” para outra, de “serviços que envolvem a comunidade”. Aponta esta estratégia como uma possível saída para a crise contemporânea do Estado, desde que sua execução seja provida por serviços públicos qualificados e fortalecidos, em parceria com entidades não governamentais (igrejas, associações diversas, clubes, redes, voluntariado, etc.).

Paim (1994), autor que constitui referência obrigatória quando o assunto é a organização dos modelos assistenciais de saúde no Brasil, insere o PSF na categoria das políticas democratizadoras da saúde na década de 90, em contraposição ao caráter meramente racionalizador das políticas de momentos anteriores. Além do mais, credita ao programa em pauta, ressaltadas as contradições que o mesmo apresenta, o caráter de “modelo tecno-assistencial de base epidemiológica”, configurando-se como legitimamente ancorado em dois dos conceitos fundamentais da medicina social contemporânea, quais sejam 1) a determinação social do processo saúde-doença e o 2) enfoque nos processos de trabalho em saúde (Paim, 1997).

Vasconcellos (1998) atribui ao programa a potencialidade de promover uma “retomada” na humanização da atenção clínica, além da melhor qualificação de seus profissionais, sem embargo de seus componentes de resposta à “uma tendência mundial de redução de custos em seus procedimentos com pessoal, hospitalizações e tecnologias”.

Souza (1999; 2000), na condição de ter sido a principal executiva do PSF desde seus momentos iniciais, fornece indicativos importantes a respeito das concepções que orientaram a sua criação e vêm orientando sua implementação, ressaltando a característica de “não ser uma proposta nova”, mas sim, o resultado de uma acumulação de saberes e práticas de diversas pessoas e instituições. O PSF estaria na origem de importantes transformações qualitativas do SUS, como por exemplo, a rediscussão da NOB 93, que acabou por desencadear uma nova lógica de financiamento das ações de saúde. Defende

ainda, ser o programa uma “estratégia estruturante” do modelo de assistência no país e uma garantia de vínculo entre os serviços e a população. Na visão da autora, o PSF é uma “escolha técnica, ética e política”, constituindo-se uma autêntica marca do “futuro, tecido no presente”.

Alguns aspectos do conteúdo do PSF encontram-se bastante detalhados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, que mostram uma certa evolução em seu enfoque. De uma abordagem mais “carregada” ideologicamente em um primeiro momento, correspondente aos anos de 1994 e 1995, com denúncia das mazelas do sistema vigente e propondo a urgente superação do paradigma clínico, os textos assumem um caráter gradualmente mais técnico, com conteúdos mais objetivos e prescritivos, enfatizando a articulação dos programas à rede. Tais diferenças tornam-se nítidas quando se compara, por exemplo, um dos documentos oficial do programa emitido em 1994 (Ministério da Saúde, 199- b), aquele intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, divulgado em 1997 (Ministério da Saúde, 1997b).

Registre-se, ainda, que nos dois documentos, o que era “estratégia para organização dos serviços de saúde”, converte-se em “estratégia de reorientação do modelo assistencial”. O documento de 1997 do Ministério da Saúde anuncia, com detalhes, a que veio o PSF, declinando seus objetivos e diretrizes operacionais, dedicando especial atenção à reorganização das práticas de trabalho, às competências dos níveis de governo, bem como às etapas de implantação do PSF. O mesmo é, aliás, bastante ambicioso e abrangente em suas análises e propostas, ao anunciar, já em sua apresentação a vinculação de uma “crise estrutural” do setor público com a fragilidade da eficiência e da eficácia da gestão das políticas sociais; a denúncia da incapacidade de algumas propostas “inspiradas na Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS”, tais como os SILOS e os Distritos Sanitários de promover mudanças significativas no modelo assistencial; a priorização do “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” como ponto central de atuação do PSF; a proposta de mudanças “no objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços”, através da “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios”; a busca de uma “compreensão ampliada do processo saúde/doença” com ênfase em intervenções “de maior impacto e significação social”.

O texto de 1997 procura enfatizar algumas características inovadoras pretendidas pelo PSF, como por exemplo: (a) fugir ao caráter “vertical e paralelo” dos demais programas do Ministério da Saúde; (b) constituir-se em proposta substitutiva com inovação técnica, política e administrativa; (c) incorporar os princípios da vigilância à saúde e, finalmente, (d) negar o equívoco da identificação do PSF como “um sistema de saúde para os pobres”. Assim, o programa deve ser entendido como um “modelo substitutivo” da atenção básica de feição tradicional, porém encarando a questão da equidade, além de ser necessariamente reconhecido como prática de alta complexidade tecnológica em termos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes.

Já a vinculação do PSF com o SUS é afirmada no referido documento, ressaltando sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica “em conformidade com os princípios do SUS” e buscando uma outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população. São também definidas diretrizes operacionais de caráter conceitual e prescritivo quanto aos seguintes aspectos: (a) caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; (b) adscrição de clientela; (c) cadastramento; (d) instalação das unidades do PSF; (e) composição e atribuições das equipes; (f) atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário). O documento se detém ainda sobre a reorganização das práticas de trabalho, enumerando, entre outros aspectos, o processo de diagnóstico da saúde da comunidade, a abordagem multiprofissional, o desenvolvimento de mecanismos de referência, a educação continuada, além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social. A seguinte declaração de princípios finaliza o documento: a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de coresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (Ministério da Saúde, 1997b, pp. 11-12).

Um postulado central do SUS, a universalidade, poderia ser questionado em relação às ações desenvolvidas no âmbito do PSF. Até certo ponto, este seria um aspecto constante, empiricamente verificado nos programas existentes. Entretanto, como os programas geralmente se destinam a segmentos mais pobres dentre os usuários, derivam daí questionamentos sobre um possível caráter de focalização, configurando um dilema entre uma opção universalista e uma opção focalista, a ser resolvido mediante uma análise mais global da política de saúde em termos de compromisso político, saúde como bem público, ou seja, focalização com instrumento técnico, além de financiamento e condução públicos, nos termos colocados Por Granados Torano (1995). A questão se remeteria, portanto, ao próprio potencial evolutivo do SUS no momento atual. Em que pesem certos questionamentos, como o acima apresentado, o PSF configura-se como uma possível reorganização das práticas assistenciais tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação mono-setorial para o intersetorial; da exclusão para a universalização (Goulart, 2002).

Seu caráter inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde parece também evidenciado, não só nas análises dos documentos oficiais, como na visão dos autores citados. Há, por certo, uma coerência conceitual na inclusão do PSF no quadro das políticas sociais universalistas, equitativas e integrais, ressalvando-se que suas potencialidades ainda não se cumpriram de todo, facultando certa tensão entre o possível e o desejável. A resolução dos dilemas do PSF não está confinada, certamente, aos limites formais e legalistas de uma reforma administrativa setorial, o que implica, na visão de Paim, que é preciso desenvolver esforços, tanto no campo cultural como no político, advindo daí uma “reconceitualização das necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias”, com deslocamento da ênfase nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, configurando o que este autor denomina de uma ‘repolitização da saúde’ Paim (1997).

O acompanhamento das discussões anteriores revela a complexidade do tema, que nos chama ao enfrentamento de desafios na operacionalização de políticas para um sistema nacional de saúde em um país continental como o Brasil.



***2- O ESPAÇO DOMICILIAR
E O PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA***

A assistência domiciliar vem demonstrando ser o desafio na fronteira dos serviços de saúde. Embora exista desde tempos muito remotos, este tipo de atenção à saúde vem sendo muito enfatizado, em especial nas duas últimas décadas, nos EUA, e, mais recentemente, no Brasil (Duarte & Diogo, 2000).

Muitos são os fatores que tem contribuído para o desenvolvimento deste setor de assistência à saúde. Alguns trabalhos apontam tal desenvolvimento a uma mudança de paradigma pela qual vem passando o sistema de saúde local, no qual a ênfase do cuidado volta-se aos pacientes crônicos como sendo a base de seu sistema primário de cuidado à saúde, anteriormente direcionada aos cuidados agudos. Tais mudanças parecem basear-se em questões relacionadas à diminuição de custos do sistema de saúde e ao incremento do conforto e da privacidade oferecido pelo domicílio do cliente atendido.

Historicamente, os hospitais foram criados para conveniência dos provedores de saúde. Era mais simples o médico, ou outro profissional de saúde, dirigir-se a um único lugar e ver muitos pacientes. No entanto, com o passar do tempo, pôde ser observada uma fragmentação do cuidado ao cliente, permitindo que muitos profissionais e serviços fizessem a interface com o paciente e não necessariamente entre si.

Segundo Duarte & Délboux (2000), o desenvolvimento da assistência domiciliar surge em resposta a algumas demandas:

- Individualização da assistência prestada e a conseqüente diminuição das iatrogenias assistidas.
- O desenvolvimento das ações cuidativas na privacidade e segurança da casa do cliente
- Possibilidade de o cliente/família manterem maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde.
- Diminuição dos custos quando comparadas intervenções equivalentes entre domicílio e hospital.

- Maior envolvimento do cliente/família com o planejamento e a execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma mais individualizada e, assim, com responsabilidades eqüitativamente distribuídas.

2.1- Histórico e elo com a enfermagem

Atender doentes em domicílio é uma atividade que remonta dos tempos bíblicos. Cunha (1991) ao fazer uma revisão histórica, comenta que tal atividade já era citada no Velho Testamento como uma forma de prestar caridade. No Novo Testamento, verificam-se referências aos que assistiam doentes e idosos em seus lares. A característica principal deste período relaciona-se à falta de uma metodologia assistencial, uma vez que as pessoas eram movidas por sentimentos religiosos de caridade e solidariedade aos pobres e doentes. No século XV, organizações militares e ordens religiosas iniciaram o desenvolvimento de uma forma de atendimento domiciliário que muito se assemelhava a um serviço regionalizado de enfermagem.

Em 1610, São Francisco de Sales fundou a ordem da Virgem Maria, uma congregação feminina destinada a visitar a casa de doentes diariamente desenvolvendo atividades como alimentação, higiene e auxílio na vestimenta. Estas atividades foram encerradas por uma determinação da igreja, que passou a exigir que as mulheres religiosas fossem enclausuradas. Posteriormente, foi o Instituto das Filhas de Caridade, mais tarde denominado Irmãs de Caridade, por São Vicente de Paula, tendo como atividade principal a assistência aos doentes e aos pobres em seus domicílios. Data desta época a elaboração de um manual em que se encontra um capítulo dedicado exclusivamente à visita domiciliária

Em meados do século XX iniciaram-se as tentativas de uma sistematização metodológica destas atividades. É creditada a Sir Willian Rathbone, a criação do primeiro serviço de enfermagem de saúde pública domiciliar em Liverpool, Inglaterra. Este era denominado Serviço de Enfermagem Distrital e era formado por enfermeiras responsáveis pelo atendimento de doentes em suas residências (Cunha, 1991)

Nos EUA, esta atividade começou por volta de 1800, logo após a Guerra Civil, com o interesse das mulheres em cuidar de seus doentes. Em 1890, existiam 21 Associações de enfermeiras Visitadoras espalhadas pelos EUA, que se dedicavam basicamente aos grupos materno-infantil e aos tuberculosos. Em 1912, já eram três mil as enfermeiras visitadoras, que, unindo-se a American Nurse Association (ANA), requereram o estabelecimento de padrões para a assistência de Enfermagem em Saúde Pública, incluindo o atendimento domiciliar (Cunha, 1991).

No Brasil, descreve Cunha (1991), o desenvolvimento da assistência domiciliar também manteve estreita relação com a enfermagem. Suas primeiras atividades são descritas no começo deste século, mais especificamente em 1919, com a criação do serviço de Enfermeiras Visitadoras do Rio de Janeiro, voltado às áreas de fisiologia e materno-infantil. Nesta época, o país era assolado por várias epidemias que chegavam a comprometer a economia, forçando as autoridades a tomarem as medidas adequadas. Assim, Carlos Chagas trouxe ao Brasil enfermeiras americanas com o objetivo principal de preparar profissionais para atuarem no combate às epidemias. Esta iniciativa, culminou em 1920, com a criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, posteriormente transformado na Escola de Enfermagem Ana Néri. As formandas foram contratadas pelo então Departamento Nacional de Saúde Pública, para atuarem diretamente nos domicílios na orientação às famílias.

O desenvolvimento do país em direção à região Centro-Sul, propiciou a criação, em 1942, do Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP), que se utilizou da assistência domiciliar como estratégia para atingir os indivíduos e suas famílias na comunidade em que viviam.

Assim, observa-se que, em sua maioria, os serviços de atendimento domiciliar no Brasil estiveram de alguma maneira, desde seu início e por muitas décadas, ligados à área de saúde pública, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Atualmente, neste campo específico, tais atendimentos foram postos em segundo plano, restringindo-se às atividades relacionadas à vigilância epidemiológica e materno infantil.

Nos últimos tempos, no entanto, verifica-se que um outro segmento de atividades relacionadas ao atendimento domiciliar está em franco desenvolvimento e mais, se aproxima do conceito de *home care* adotado nos países considerados “primeiro mundo”.

Atenção domiciliar é definida como “o serviço em que às ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia” (Carletti e Rejani, 1996).

Considerando os aspectos abordados, quais seriam de fato os fatores causadores do incremento da assistência domiciliar? Cinco grandes fatores podem ser considerados:

- Mudanças demográficas
- Custos
- Desenvolvimento tecnológico
- Interesse e aceitação dos profissionais
- Aumento da demanda

2.2- Pontos principais a serem considerados no cuidado em domicílio

2.2.1- O contexto domiciliar

O ponto chave a ser considerado é a compreensão de que o ambiente domiciliar pertence ao cliente e a seus familiares. É um local em que para entrar necessita-se pedir licença e é onde podemos de fato verificar a nossa real habilidade profissional, pois, via de regra, os atendimentos são muitas vezes individuais.

Ainda que não seja considerada uma novidade no campo sanitário, a visita domiciliar consagra-se como um recurso extremamente importante – no contexto da assistência à saúde da família- especialmente ao tratar-se da Atenção Básica de Saúde. Sendo uma das principais atividades dos ACS's junto às famílias, acreditamos que a visita domiciliar deva ser, cuidadosamente, repensada no contexto do PSF, a fim de otimizar os recursos disponíveis e fortalecer a sua proposta assistencial. No estudo de Alonso (2003), tanto os familiares como os próprios ACS's e outros membros da equipe de PSF, questionaram regularidade dessa atividade. Verificou-se que o compilamento repetitivo e exaustivo de dados junto à família no domicílio vem se revertendo, muito timidamente, como uma contribuição efetiva no planejamento das intervenções profissionais na saúde da família. Neste estudo foi sugerido que se busque uma definição mais concreta dos objetivos da visita, dentro do contexto mais amplo de assistência à saúde da família. Detectou-se também, a necessidade de clarear o papel dos diferentes membros da equipe bem como da própria família, para essa atividade. Enfim, verificou-se que é preciso haver uma indicação assistencial definida, com objetivos assistenciais concretos para a realização da visita domiciliar. Quais seriam estas indicações? Como confrontar estas necessidades no cenário de uma nova estratégia de saúde?

Algumas considerações sobre o Agente Comunitário

O surgimento do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS), originou-se de experiências chinesas e cubanas, após a divulgação da Conferencia Internacional sobre cuidados primários de Saúde, que ocorreu em 1978 em Alma Ata. Na elaboração das ações e competências que compõe os cuidados primários de saúde, primeiro nível de organização dos sistemas de saúde, o ACS é incluso como um dos profissionais a desempenhar funções junto à equipe de saúde (Ministério de Saúde 2001; Carvalho 2002).

No Brasil, experiências com os ACS's ocorreram a partir de 1979. Em 1991, deu-se início ao Programa de Agentes Comunitários (PACS) e desde então, vários estados brasileiros foram aderindo à proposta, sobretudo na região nordeste.

Aos poucos, os ACS foram ganhando espaço e foi-se criando uma identidade profissional, na qual ficou estabelecido que o ACS seria ‘formado’ no próprio serviço, com acompanhamento direto dos enfermeiros e participação dos demais profissionais existentes no cuidado de saúde das microáreas de trabalho do próprio ACS, recebendo remuneração pelo trabalho executado (Sousa, 2001 a).

Alguns requisitos foram definidos, para que o cidadão se tornasse um ACS, tais como: morar na comunidade há pelo menos, dois anos; ter idade mínima de dezoito anos, saber ler, escrever e ter disponibilidade de oito horas diárias para a execução do trabalho. A seleção deveria dar-se mediante prova escrita, com conteúdos que observassem atitudes e comportamentos.

O compromisso social assumido pelo PACS, sem nenhuma discriminação, era o de melhorar, por meio do ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, num processo de educação mútua, em que os ACS exerciam o papel de interlocutor privilegiado entre as famílias, e as comunidades e os serviços de saúde.

Sendo assim, sob o ponto de vista ético e político, os agentes passam da posição de recurso de operação de programa, para sujeito do PSF, sujeito da reorientação do programa e da assistência da sociedade, no momento em que se reflete o seu verdadeiro papel enquanto instrumento estratégico de política ou a sua posição de recurso de operação do programa (Scharaiber, 2002).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 220 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

2.2.2- A família

Quando se fala de família, é importante diferenciar por um lado, entre as teorias sociais que tentam explicar a razão de ser dessa instituição, suas formas, funções e significados, e por outro, abordagens históricas que procuram entender por que certas formas de famílias surgem e/ou desaparecem em sociedades concretas (Vaistman, 1999). A antropologia utiliza a categoria “sistema de parentesco”, que inclui: relações de consangüinidade - laços entre pessoas que reconhecem algum ancestral comum - e aliança - laços criados pelo casamento; regras de filiação - que se referem ao estatuto de um indivíduo em relação aos seus ascendentes; os termos de parentesco, que se referem aos termos utilizados para designar os parentes; as atitudes, que se referem às regras de comportamento entre diferentes tipos de parentes (Tornay, 1971).

Nas sociedades complexas - como é o caso do Brasil - diferentes grupos, segmentos ou classes sócias podem apresentar diferenças em relação ao modo como organizam suas relações de parentesco e/ou formas de família.

Família, enquanto parte de um sistema de parentesco mais amplo, pode ser definida como um grupo de pessoas ligado por relações de consangüinidade e aliança que assume diferentes formas de arranjo das relações afetivo-sexuais, voltado para a reprodução física e social de seus membros. Constitui um grupo de reprodução e consumo, podendo ou não ser ao mesmo tempo, unidade de produção (Elsen, 1984).

Em sociedades pré-capitalistas, a família além da unidade doméstica, costuma ser também unidade de produção. Ou seja, a família enquanto unidade realiza atividades produtivas - agrícolas artesanais e/ou manufatureiras - sendo comum o grande número de parentes consangüíneos e por aliança vivendo na mesma unidade doméstica. Mesmo em sociedades capitalistas, muitas famílias funcionam como unidade produtiva, todos os seus membros produzindo em conjunto para sua reprodução. Esse exemplo é típico das famílias camponesas, mas, mesmo nas regiões metropolitanas de sociedades pós fordistas, com a desindustrialização e as emergências de novas modalidades de trabalho (subcontratações, facções industriais, trabalho autônomo, informal, etc.), houve o ressurgimento de famílias como unidades produtivas, fornecendo produtos e/ou serviços para grandes empresas capitalistas (Nitschke, 1999).

Na sociologia e antropologia, até mais ou menos os anos 60, predominou a teoria funcionalista sobre a família, que afirmava a universalidade do modelo nuclear de família, ou seja, aquele composto basicamente por marido, mulher e filhos do casal, residindo em uma mesma unidade doméstica.

Parsons (1955), outro clássico funcionalista, via a família desempenhando duas funções básicas: 1) a socialização das crianças e 2) o desenvolvimento e equilíbrio da personalidade do adulto, devido à interação entre marido e mulher. Mais tarde, mesmo antropólogos funcionalistas, mas, sobretudo os estruturalistas, marxistas e correntes que vão desde o construtivismo, passando pela fenomenologia, teoria feminista até chegar aos pós-modernismos em suas várias modalidades, mostraram que as formas e conteúdos de famílias e unidades domésticas podem variar muito, mesmo que alguns papéis ou funções, como o da autoridade e o da responsabilidade em relação à socialização, estejam presentes em grande parte das sociedades conhecidas.

Falar em família é, portanto, mergulhar em águas diferentes com variados significados para as pessoas, 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 rerepresentada, sob diferentes definições, noções, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas distintas (Nitschke, 1999).

A família pode ser definida como um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que estão envolvidas emocionalmente umas com as outras e vivem próximas. O termo 'envolvimento emocional' implica obrigações recíprocas e responsabilidades dentro do contexto de atenção e cumplicidade

Algumas autoras em sua prática clínica encontraram a seguinte definição: "A família é quem eles (membros da família) dizem ser". Segundo elas, esta definição é uma maneira de obter acesso ao passado e ao presente emocional do paciente e de sua família além de antecipar relacionamentos futuros dentro do sistema familiar (Wright e Leahey, 1994).

2.2.3- Compreendendo a família no encontro assistencial - a questão da intimidade e da ética

A família pode ser compreendida como um sistema social no qual emergem, constantemente, novas estruturas e novas formas de comportamento, por ser constituída de uma rede de relações, configurada em diferentes níveis de intimidade. É um sistema dinâmico, portanto afastado do equilíbrio, com laços de realimentação interna e externa; constitui-se em sujeito de si, no fluxo das inter-relações de poder que ocorrem na dimensão sócio - cultural de seu viver (Alonso, 2003).

A família é o principal agente de cuidado à saúde, com potencial para geri-los em seu mundo íntimo e também, na esfera social. Para isso, ela tem o direito de acesso aos diferentes tipos de conhecimento e recursos, com a possibilidade de propor, contrapor, transpor, transformar ou criar normas para uma melhor saúde como uma experiência existencial (Canguilhem, 1995, p.159; Foucault, 1995).

O encontro assistencial no domicílio abarca, de um lado, o ambiente familiar onde ocorre o ato assistencial em si; lá está a família no papel de anfitriã, recebendo a equipe em seu ambiente anterior. Do outro lado, se encontra a equipe de PSF, representante institucional, sendo o ACS a presença marcante no encontro assistencial, que ingressa na esfera privada familiar, estrategicamente, com a atribuição de atender as orientações de uma programação de saúde, qual seja, identificar as suas características sociais e o seu perfil epidemiológico, atendendo o princípio da co-responsabilização pela sua saúde. À equipe, é atribuído o papel de visitante. Instala-se aí o cenário do encontro assistencial – esse contexto complexo que abarca os significados e as relações que aí são construídas.

Para descrever, contextualizar e compreender a dinâmica interacional que é construída entre equipe PSF e família nesse cenário, faz-se necessário situar ambas as partes no contexto das realidades: a de *dentro*, que encerra a interioridade familiar, e a de *fora*, em que se encontram os representantes do Sistema de Saúde, a equipe PSF. O encontro dessas duas requer, por princípio, a análise das suas relações – do transito e do movimento de contração, expansão e inter-relação de suas fronteiras. É, portanto, um campo permeado por relações complexas, e densamente simbólico. A realidade de *dentro*,

compreendida como o âmbito da intimidade e a de *fora*, situada na esfera social abarcando as questões públicas. São duas realidades históricas, construídas socialmente, com diferentes sentidos ao longo dos tempos. Por esse motivo, faz-se necessário introduzir alguns elementos relacionados ao desenvolvimento histórico da relação entre o público e o privado, o íntimo e o social, procurando identificar o sentido dessa relação em diferentes configurações sociais ao longo da história.

A realidade de dentro, compreendida como aquela da vida cotidiana familiar, designada por Berger & Luckman (1985) como a realidade predominante, contém em si, a realidade mais próxima, a zona da vida cotidiana. Esta é acessível, de maneira direta, à manipulação corporal, onde é possível intervir e, conseqüentemente, modificá-la. Isso significa que a atenção que está em foco, nessa dimensão, está voltada para aquilo que se faz, fez ou planeja fazer. É o lugar onde se vive, estruturado espacial e temporalmente, isto é, delimitado geograficamente e constituído de uma teia de relações humanas, em diferentes graus de aproximação e distanciamento, ou seja, um mundo intersubjetivo. Essa realidade se organiza em torno do aqui – do corpo, e do agora, do presente. Todavia, também abarca fenômenos que não estão, diretamente, presentes aqui e agora. Existe, entre aqueles que compartilham essa realidade de dentro, uma certa correspondência de significados; o conhecimento do senso comum é a âncora que orienta as rotinas da vida cotidiana podendo, entretanto, ser incorporados outros conhecimentos e habilidades. Quando comparadas à realidade cotidiana, outras realidades podem aparecer em campos finitos de significação. A transição entre duas realidades pode ser explicada, metaforicamente, através de uma situação teatral: a suspensão e descida do pano de um palco. Quando o pano é levantado, o espectador é;

[...] “transportado para um outro mundo” com seus próprios significados e um a ordem que pode ter relação, ou não, com a ordem da vida cotidiana. Quando o pano desce, o espectador “retorna à realidade”, isto é, a realidade predominante da vida cotidiana. (Berger; Luckman, 1985, P 38-43).

Esse mundo fechado, resguardado da realidade de *fora* da qual a equipe PSF se aproxima para compreender o lado da família – é esta área particular:

[...] esta zona de imunidade oferecida ao recolhimento, onde todos podem abandonar as armas e as defesas das quais convém nos munir ao arriscar-nos no espaço público; onde relaxamos, onde nos colocamos à vontade, livres da carapaça de ostentação que assegura proteção externa. Este é o lugar da familiaridade. Doméstico, íntimo (Duby, 1989, p.10).

Na situação assistencial no domicílio da família, que é, por excelência, o lugar de dentro, o locus de sua intimidade, é preciso compreender que a equipe PSF é a representante oficial e legitimada do universo público. Assim, ela faz parte dessa realidade exterior, compreendida como o próprio mundo, que é comum a todos e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. A esfera privada, o nicho doméstico familiar, abarca o mundo da vida íntima [...] as paixões do coração, os pensamentos da mente, os deleites dos sentidos [...] que estão numa espécie de câmara incerta e obscura, até que possam ser transformados, desprivatizados e desindividualizados, ou seja, adequados à aparição pública, através de narrativas. Na conveniência entre esses dois mundos, há certas coisas que precisam ser ocultadas e outras que devem ser expostas em público para que passem a adquirir uma forma de existência (Arendt, 2000. p. 59-60, 84).

De acordo com essa autora, conviver no mundo de fora implica em ter, continuamente, uma série de coisas interpostas entre aqueles que o habitam de maneira comum, ou seja, uma condição intermediária em que há um movimento de aproximação, que estabelece as relações entre as pessoas e, por outro lado, esse mesmo mundo exterior tende a impulsionar o distanciamento entre elas. A nossa percepção da realidade depende da existência desse mundo público onde as coisas, os fatos, possam aparecer ou emergir, [...] *resguardada, até mesmo a meia-luz que ilumina a nossa vida privada e íntima, que também, em última instância, deriva [...] da luz muito mais intensa da esfera pública.* É na esfera pública que a condição humana da pluralidade adquire forma, através da convivência entre as pessoas e onde, por meio do diálogo e da argumentação, gera-se o poder. O âmbito privado caracteriza-se pela força, que é indivisível, não partilhada com outrem, todavia, passível de controle pela presença dos outros. A força individual, com sede no mundo

privado, tem maiores possibilidades de enfrentar a violência do que o poder, por meio da auto-suficiência e do afastamento do mundo, de modo a preservar intacta a integridade do indivíduo. A presença dos outros, no âmbito privado, significa uma limitação da força e da violência que ali sobrevivem. Arendt esclarece que o termo privado pode ter seu significado relacionado à privação, quando analisado em relação à esfera pública, em que se concebe que o ser humano privado é aquele que não se dá a conhecer. Portanto, para o mundo público é como *se não existisse [...] sem importância ou consequência para outros, e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros* (Arendt, 2000, P. 61-68).

Esse espaço particular e resguardado, a realidade de dentro, que é o mundo privado da família, é compreendido atualmente como um círculo de intimidade. O ingresso do setor público nessa arena passa a ser legítimo, ou seja, a presença do olhar profissional na intimidade da família faz sentido no momento em que ocorre uma ampliação do poder político de argumentação no diálogo entre a família e a equipe de PSF. Por outro lado, a presença do poder público no domicílio familiar passa a ser legítima, quando transforma o território oculto em um espaço de aparência com a finalidade de controlar o uso abusivo da força e o exercício da violência.

Esse trânsito entre a legitimidade e a ilegitimidade do olhar profissional sobre a intimidade familiar, é, talvez, um dos maiores desafios éticos a ser enfrentado pelos profissionais na assistência à saúde das famílias. O risco de tornar indevidamente aparente aquilo que, de direito, deve permanecer na obscuridade do recolhimento familiar está sempre e, da mesma forma, a temeridade de aproximar-se dos assuntos íntimos pode escamotear aquilo que, obrigatoriamente, deve aparecer para poder ser controlado e até impedido (Alonso, 2003).

Essa constante relação entre público e privado teve diferentes conotações nas diversas configurações sociais; a esfera privada inexistente na civilização grega, adquiriu nos últimos estágios da civilização romana o sentido de privativo, o que quer dizer que, literalmente, o ser humano se privava de algo. Isso significa que alguém que vivesse unicamente no âmbito da sua privacidade, como era o caso dos escravos, não teria participação alguma no mundo público, portanto, não era inteiramente humano na

sociedade, e possuía uma identificação existencial no mundo. Na modernidade, com o enaltecimento do individualismo, a privacidade passou a ter o significado maior de proteger aquilo que é íntimo; não exatamente no sentido oposto ao mundo político, como compreendiam os romanos na antiguidade, mas em oposição à esfera social (Arendt, 2000).

A intimidade, tal como a definimos hoje em dia – o espaço reservado ao recolhimento pessoal, particular, interior – foi uma prerrogativa da burguesia até o início do século XX, quando a classe operária passou a dar um valor maior à moradia do que à cidade, reivindicando a privatização do espaço. Perrot enfatiza que: *Estar entre suas paredes é para o operário, antes de tudo, não estar entre as paredes dos outros e, em sua casa, poder ser ele mesmo*. Surgiu, nessa época, um crescente desejo de intimidade familiar nesse meio; as pessoas começaram a sentir-se bem em casa, em seu ambiente íntimo, com relativo conforto – exigindo o direito de usufruir o seu espaço (Perrot, 1988, p.101; 1991 p. 319-20).

A reorganização do espaço doméstico diz respeito à reestruturação da própria família. Na idade Média, a existência densa e coletiva das pessoas, em um corpo social único, não ofereceria um lugar para a privacidade: o movimento da vida coletiva arrastava numa mesma torrente as idades e as condições sociais, sem deixar a ninguém o tempo da solidão e da intimidade. A família cumpria uma função – assegurava a transmissão da vida, dos bens e do nome, mas não penetrava muito longe na sensibilidade, ou seja, se configurava em uma unidade econômica.

A família moderna (final do século XVIII) reorganizou-se em torno da criança, retirando-a da vida em comum, passando a erguer, entre ela e a sociedade, o muro da vida privada, correspondendo a uma necessidade de intimidade e também, de identidade. Nessa nova configuração familiar, os seus membros uniram-se em torno de sentimentos, costumes e modo de vida. Essa ascendência moral da família instalou-se mais rapidamente na burguesia do que nas classes populares, mas de um modo geral, em toda parte a intimidade da vida privada passou a ocupar um lugar de destaque (Ariès, 1981, 274-6).

Dentro dessa nova configuração, a família passou a desempenhar o papel de educadora, formadora de uma consciência moral, em que, particularmente, as mulheres assumem um espaço de destaque no cenário do lar: a dona de casa – a quem cabe a gestão da vida cotidiana e, que é na sociedade do século XIX, uma figura importante e, relativamente, nova (Perrot, 1988).

Como diz Áries (1981), essa transformação dos significados, espaços, relações e papéis na história da vida privada trouxe consigo uma significativa mudança na sociabilidade; em substituição à sociabilidade anônima, que ocorria na praça, na rua, na comunidade, no pátio dos castelos, instalou-se uma sociabilidade restrita na família.

Ainda que pautada na sensibilidade, no afeto e na moral, essa nova disciplina familiar atrelou o indivíduo a uma séria vigilância: sob formas educativas, ela assumiu a gestão dos corpos e das almas, instalando-se aí um rígido controle social. A disciplina entrou na vida cotidiana das famílias, substituindo as normas de civilidade que no século XVI traduziram o esforço de uma codificação social, com vistas ao controle dos comportamentos.

Construídas historicamente, as normas sociais passaram a reger a vida e a intimidade das famílias, estabeleceram-se as boas maneiras de falar, andar, comer, vestir, higienizar-se, enfim, de viver. Em nome da saúde, muitas regras sociais passaram a ser enaltecidas, a exemplo do tratado de Erasmo, que ditava os costumes medievais, como mostra Elias (1990). Muitos desses costumes diziam respeito a regras de higiene: no ato de comer, lavar-se, tratar os dejetos humanos, reprimir os impulsos instintivos, como um imperativo social. O senso do que fazer e do que não fazer, no intuito de não chocar o outro, era acompanhado por uma grande compulsão de policiar o próprio comportamento, elevando o patamar do embaraço, do constrangimento e da vergonha, frente à infração da norma social. Elias esclarece que em um dado momento, quando foram percebidas as suas conexões causais, as condutas reconhecidas como higienicamente corretas adquiriram mais consistência e eficácia. Expressões como o anti-higiênico e o prejudicial à saúde demonstravam, de certo modo, a introdução do pensamento higiênico, sem, contudo, modificar as condições afetivas e o grau de sensibilidade para com o assunto. Mas o autor chama atenção para o fato de que essas razões higiênicas passam, então, a desempenhar um

papel importante nas idéias dos adultos sobre o que é civilizado e, em geral, sem que se perceba que relação elas tem com o condicionamento das crianças que está sendo praticado (Elias, 1990, p. 140). Instalou-se assim, o controle social travestido de um argumento racional, e em lugar da vergonha e do embaraço, surgiu o medo à ameaça da razão científica, que passou a assumir um caráter punitivo.

A educação higiênica, como uma ação educativa-terapêutica, passou a ser tratada como uma norma familiar, sob o poder e júdice da ordem médica. Nesse novo modelo, a família passou a conviver constantemente com a presença das intervenções disciplinares através dos agentes de normatização, despolitizando o seu viver cotidiano. No Brasil, esse fato se instalou, com maior evidência, no século XIX, quando o Estado herdou da administração colonial a desordem urbana e o caos sanitário. Com base em antigas técnicas de submissão, da formulação de novos preceitos científicos, surgiram as táticas de intervenção ou técnicas de higienização das populações e, sob a égide da salubridade, fundamentou-se o trunfo da superioridade médica, consagrando-se, de maneira harmoniosa, com os interesses da elite agrária. O Estado buscou, então, uma aliança com a família, instituiu a medicina social como um instrumento de controle do poder familiar e, para isso criou um dispositivo com o nome de higiene familiar. Inegavelmente ocorrem benefícios com os avanços científicos da higiene, o que, por sua vez, facilitou a operacionalização da ação política. Nesse contexto, a higiene foi direcionada exclusivamente à elite, ficando a família escrava como anti-norma, sujeita ao código da punição (Costa, 1999).

Esse autor explica que a família projetada, no ideal dos higienistas, era perfeitamente manipulável, acreditando-se, no entanto, respeitada. À renúncia dos antigos privilégios, seriam oferecidos novos benefícios: ela promoveria sua auto-regulação, transformando os seus membros, um a um, em agentes da saúde individual e estatal. Aprendia-se a conservar a vida para colocá-la a serviço do Estado. Em nome da saúde da alma, re-iluminando os antigos valores religiosos, os médicos obtiveram o salvo-conduto para insinuar-se no interior do mundo privado familiar. Nessa empreitada, eles levavam consigo os novos significados da higiene e, com esta manobra, lançavam-se as novas técnicas de intervenção na vida privada.

Surgia, assim, uma das maiores conquistas do movimento higienista, o médico de família, que demonstrava uma pessoa flexível e versátil e que, não apenas monopolizava as proibições, mas também distribuía muitas responsabilidades. A cada intervenção normativa, o médico de família encaminhava e regulava novas ações de controle, expandindo cada vez mais a área de invasão nos interstícios da intimidade familiar. O domicílio passou a configurar-se, daí por diante, em um local sujeito à permanente inspeção de saúde, controle de enfermidades e militância moral. A *casa higiênica* representou um dos maiores aliados da medicina no controle entre indivíduos e famílias.

A moradia asséptica era condição de existência do recém nascido, da mulher e da recém descoberta criança. O âmbito secreto da família era, nesse momento, visitado pelo médico de família, que cuidava dos seus corpos e também de suas almas. Vicente (1992) nos diz que ao longo do século XIX, os médicos são mais da família do que do doente e, traz a contribuição de F. Muel Dreyfus que descreve a relação dos médicos com a vida da família nas seguintes palavras:

Conhecimento por dentro, conhecimento de dentro do universo físico da vida doméstica, de seus segredos, suas dificuldades, seus sentimentos. Tudo é apresentado em bloco ao olhar do médico, que é perspicaz porque já sabe tudo; a posição social da família, seus reveses ou suas ambições, sua “situação” como dizem, mas também seus problemas íntimos, as decepções, as preocupações, os amores, os gostos artísticos e os desgostos de viver (F. Muel-Dreyfus, *apud* Vicent, 1992, p.325).

Donzelot (1986 p.24) acredita que a aliança entre o médico e mãe, no espaço da intimidade familiar, reproduziu a distância, de origem institucional, entre o homem de saber e no nível de execução dos preceitos atribuído à mulher: assim, o médico prescrevia e a mãe executava os cuidados. Os papéis deviam permanecer claramente diferenciados, todavia eles se complementavam. Isso se estabeleceu em comum contraponto á antiga medicina doméstica desenvolvida pelas mulheres e fundada na tradição, denominada “remédio de comadre”, portanto assimiláveis às domésticas e às nutrizes. Assim, em aliança privilegiada com a mãe, o médico de família desejava derrotar a hegemonia da medicina popular das comadres e conceder à mulher burguesa, sua interlocutora, um novo poder na esfera privada.

Essas mulheres passam a dedicar-se muito mais aos filhos, em relação a gerações anteriores, amamentando-os, vigiando-os, vestindo-os e banhando-os, estritamente conforme a ordem médica. Badinter comenta que essa nova mãe, pertencente à classe média e à burguesia, procurava seguir as normas médicas e foram bastante influenciadas pela literatura da época, que não poupava conselhos sobre a melhor maneira de criar os filhos (Badinter 1985, p.214). A família moderna passou a recolher-se, então, ao seu ambiente, à intimidade, agregando-se em torno dos filhos e centrada, especialmente, na figura da mãe – que é responsável pela saúde da família, pelas suas almas, no entanto, a sagrada “rainha do lar”, vai assumindo aos poucos um papel mais precisamente científico.

Donzelot (1986), nos mostra que o processo de intervenção nas famílias de classe popular ocorria através de estratégias diferentes, porque os problemas nessas famílias eram outros, ainda que, aparentemente, se tratassem das mesmas preocupações – a garantia da saúde das crianças através de preceitos higiênicos. A economia social conferia um tom diverso à prática interventiva nesse contexto, a finalidade maior era restringir os abandonos das crianças, controlar as uniões livres (concubinato), impedir linhas de fuga (vagabundagem dos indivíduos, particularmente das crianças) – com o estabelecimento de uma vigilância direta e ostensiva. Multiplicaram-se então, as leis de proteção à infância e surgiu, nesse meio, o processo tutelar, aliando os propósitos sanitários e educativos às estratégias de vigilância da economia e da moral, reduzindo, significativamente, a autonomia familiar nas classes populares (Donzelot, 1986, p.27).

Em meio a essa dinâmica social, encontramos no Brasil um cenário repleto de epidemias e sanitarismos, intervenções e resistências. As manifestações populares contra campanhas de vacinação obrigatórias e, também, de higienização dos domicílios, foram exemplos disso.

No Brasil, na década de 40, emergiu a política de amparo ao trabalhador e a sua família, assegurada pelas leis do salário mínimo, licença maternidade, auxílio natalidade, entre outros. Na sociedade industrial, nas classes operárias urbanas, o trabalho da mulher passou a ser necessário para o sustento da família e, nas palavras de Muraro, a família, de uma unidade de produção e reprodução passou a configurar-se em locus de reprodução, da força de trabalho (Muraro, 1992, p. 154). Ainda, a mulher de classe média, segundo essa

autora, ocupava um grande destaque nas estatísticas de ocupação urbana e vivia em um estilo conservador, desempenhando o papel de mãe de família, dona de casa, defendendo os tradicionais valores da sexualidade, da educação, da política e da economia. Nas classes dominantes, a família caracterizava-se pela concentração do capital e a mulher mantinha-se submissa ao marido, para assegurar a posição, riqueza e poder.

A família contemporânea brasileira pode ser definida como uma comunidade, unida por vínculo afetivo, onde perpassam relações de amor, compreensão e solidariedade, como referem Centa e Elsen. Essas autoras consideram que a solidariedade é uma característica mais forte nas classes populares; já a família de classe média se organiza em torno de um viver mais individualizado. Os papéis conjugais já não são rigidamente demarcados, há uma tendência à preservação da autonomia individual e de autoridade compartilhada. Dentre os aspectos positivos da vida a dois, incluem-se: intimidade, cumplicidade, privacidade e diálogo (Centa; Elsen, 1999).

Se considerarmos a família como uma unidade social, situada e relacionada em uma comunidade, assumindo, por sua vez, as próprias características comunitárias, à semelhança de Sennet (1988), que ela tenha uma identidade coletiva em torno do sentido de nós somos, isto é, que ela seja mais do que um conjunto de pessoas que se encontram agrupadas em torno dos mesmos costumes, comportamentos ou atitudes, com relação a outras pessoas. Portanto, consideramos também que aí se encontra um sítio de resistência da família, marcado pelo desejo de **autonomia**, imprimindo o seu jeito no viver do dia a dia, fazendo as coisas a seu modo, uma maneira de marcar a identidade do grupo familiar. Como explica Arendt (2000), essa proximidade vivencial gera as potencialidades de ação; quando as pessoas estão e convivem com as outras, elas revelam, ativamente, as suas identidades pessoais e singulares, elas tomam iniciativas, elas governam.

Arendt esclarece que essa ação humana se dá em cadeia. Isso quer dizer que a ação dos seres humanos atua sobre outros seres humanos que, por sua vez, também são capazes de agir; assim, a reação, além de ser uma resposta, é compreendida como uma nova ação, que tem o poder de atingir e afetar os outros. Podemos compreender a família, então, como essa potencialidade de convivência, com o poder de agir e desafiada a interagir com a pluralidade humana através do diálogo; isto, não no sentido de reduzir o poder, mas sim, de

dividí-lo com outros. Essa dinâmica interacional familiar revela a face pública desse grupo social, como um reservatório de potencialidades e uma unidade de geração de intimidade que abrigam a força, naquilo que não é exposto e nem comunicado, distante do mundo das aparências, da luz social e do olhar da lei.

Em nosso meio, como nos diz Costa (2002, p.3), em que [...] essa intimidade ainda é um ideal moral dos privilegiados [...], as condições de vida e de trabalho de uma grande parte das famílias brasileiras expostas à miséria, fome e outras privações sociais, as distancia, sobremaneira, do ideal romântico de um doce refúgio, conforto, aconchego e calor do lar. As suas condições sociais oferecem-lhes uma convivência muito próxima com as mais diversas formas de violência, aprendendo desde muito cedo na vida a experimentar sentimentos de insegurança e de temor, que passam a ser suas companheiras, no dia-a-dia de sua existência. Uma forma de proteger-se é buscar o refúgio no individualismo, chegando à beira da solidão e do isolamento social. Com isso, fragmentam-se os laços solidários com a comunidade, fragilizam-se as relações intrafamiliares e, muitas vezes, o próprio ato da violência passa a ser reproduzido no meio familiar, abrigando-se na obscuridade da intimidade.

Assim, tanto quanto um núcleo formador social e de saúde, o ambiente familiar também pode ser palco de grandes conflitos e difíceis negociações. É geralmente, entre quatro paredes que ocorrem as barbáries, as violências domésticas e outros comportamentos concebidos na ordem dos desvios sociais. Entre essas anomalias sociais, incluem-se a pobreza, a loucura, a drogadição, determinadas doenças, entre outras que escondidas na intimidade, são abrigadas do olhar de fora, da intervenção social.

Para Giddens, o desvio constituído socialmente e, ao mesmo tempo, afastado dos territórios de atividade social através do processo de seqüestro, uma forma de repressão que traz consigo o mecanismo da vergonha, entrelaçado com a ansiedade da culpa (Giddens, 1993, 192-4).

Isso significa que, quando o espaço da intimidade abarca os desvios sociais, a presença próxima e reveladora do olhar estranho, de fora da lei, cria um campo de grandes conflitos, imerso em um jogo de culpa, vergonha e ansiedade.

2.2.4- Relação da equipe de PSF com a família – a questão do vínculo

A partir de uma ótica interativa, o vínculo é algo especial quando se fala de relações que perpassam o contexto da intimidade. Uma discussão ética é fundamental, no momento em que uma relação envolve um jogo de responsabilidades, compromissos, envolvimento, solidariedade e, especialmente, quando se trata dessa proximidade dos profissionais com a vida da família, onde o cuidado profissional se aproxima, sobremaneira, da região dos bastidores deste viver, isto é, da dimensão mais íntima da vida familiar.

Nesse processo de vinculação, há um duplo jogo que vincula quem vem de fora com a interioridade da família e, por outro lado, a família com aquele que vem de fora; pode emergir aí de um lado, um jogo de apropriação da equipe sobre o viver familiar, normatizando ou disciplinando e controlando os seus hábitos, o seu agir, e muitas vezes, também o seu pensar, mutilando assim a sua autonomia e fragilizando o seu potencial, no cuidado de si. Por outro lado, um profissional vinculado à família, que ultrapassou a condição de estranho, adquiriu o status social de visita e conquistou o patamar da intimidade familiar, pode ter a sua vida pessoal na comunidade sujeita ao olhar controlador da família, ferindo a sua liberdade particular. Por ser este jogo extremamente complexo, imbricado fortemente por relações de poder, ele precisa ser analisado na perspectiva de uma situação assistencial em um cenário social particular, envolvendo relações pessoais, sociais e institucionais (Alonso, 2003).

Fortes e Spinetti, cujo estudo objetivou conhecer a visão de diversos atores sociais do PSF sobre a privacidade nas relações entre usuários e ACS, revelam que, muitas vezes, os agentes são os primeiros a tomar conhecimento de aspectos relevantes sobre as condições de saúde dos usuários, gerando um dilema ético desnorteador. Como agravante reportam-se ao fato de que os demais profissionais ao fim do expediente, retornam a suas casas, mas os ACS continuam no local onde vivem e trabalham, o que intensifica as preocupações e dúvidas com a privacidade das informações (Fortes, Spinetti, 2004).

No momento em que a equipe de PSF ingressa no território da vida familiar e passa a conviver com as suas questões mais íntimas e pessoais, transformando-as em categorias técnicas na ordem dos problemas ou necessidades de saúde, incorporando-as a uma amostragem estatística, travestindo-as em códigos e siglas sob um linguajar científico e impessoal, ela se apropria, de um certo modo, desse espaço e, muitas vezes, sem poder oferecer a garantia institucional de respostas resolutivas e melhorias efetivas nas condições de saúde dessa família. Nesse caso, o processo assistencial poderá caracterizar-se por uma devassa da intimidade familiar, vindo então, a desapropriar a família de uma dimensão particular e altamente significativa do seu viver, sem uma clara perspectiva de ajuda ou complementaridade para as questões ali detectadas. Essa desapropriação é configurada no momento em que o controle deste espaço começa a escapar do domínio da família, passando os seus assuntos íntimos a fazerem parte de um padronizado corpo de dados institucionais. A sua intimidade é desnudada ao olhar público sem que isso, muitas vezes, seja revertido em um bem para sua saúde. Uma vez, tornando-se propriedade de domínio público, a intimidade exposta, sem uma perspectiva assistencial definida, remete uma discussão ética extremamente importante sobre o que deve ser exposto (Alonso, 2003).

Giddens (1993, p.208) relata que “*A intimidade não deve ser compreendida como uma descrição interacional, mas como um aglomerado de prerrogativas e de responsabilidades que definem os planejamentos da atividade prática*”. Isso nos remete a pensar que a resolutividade passa, antes de tudo, por uma discussão ética. Abrir arquivos da intimidade e sujeitá-los ao olhar de um estranho, que normatiza, disciplina, controla e nem sempre pode assegurar a sua resolução – ao invés de uma relação solidária, de complementaridade e co-responsabilidade, traduz-se em uma apropriação indevida de um espaço existencial.

Em uma relação democrática, há que se estabelecer, respeitar e cumprir os direitos e os deveres de cada uma das partes; isso quer dizer que os papéis dos profissionais e o papel da família devem estar presentes no desenvolvimento de um encontro assistencial que tem como locus o espaço da intimidade familiar. O vínculo responsável é construído sobre as bases do respeito à autonomia, motivado por uma necessidade de saúde da família, com a garantia de trazer benefícios para as suas condições sanitárias.

Ao falar de autonomia, nos reportamos à ordem pessoal democrática, referida anteriormente por Giddens como uma capacidade de auto-reflexão e autodeterminação, que possibilita aos indivíduos a deliberação, o julgamento, a escolha e a ação ante os diversos cursos de ação possíveis (Held apud Giddens,1993). O autor esclarece que as condições de realização da autonomia devem ser asseguradas no processo de tomada de decisões e induções dos resultados: igual valoração das preferências expressas de cada indivíduo, oportunidades de participação efetiva com a criação de mecanismos que permitam que as suas vozes sejam ouvidas, debates abertos e discussões que oportunizem, que facilitem, ou seja, construam a oportunidade para que “força do melhor argumento” seja preponderante, e que se possibilite arranjos institucionais com o intuito de medir, negociar e cumprir os compromissos.

No contexto da situação assistencial domiciliar, o vínculo entre a família e a equipe de PSF precisa, então, ser constituído sobre essa ordem política democrática que rege as relações devendo, no entanto, extrapolar a condição de um convívio social. Giddens (1993) define esse tipo de relação, que ele denomina ‘relacionamentos puros’, como um vínculo emocional entre as pessoas que se caracteriza pela proximidade e pela continuidade dos relacionamentos. Esta é uma situação em que as pessoas se encontram em uma relação social, somente pela própria relação em si, e que perdura enquanto ambas as partes constatarem usufruir um nível de satisfação individual suficiente que compense a sua manutenção.

Um relacionamento pessoal/social é imprescindível para conquistar e manter a proximidade humana, afetiva e cultural entre a equipe e a família, mas também é preciso construir relações institucionais resolutivas para que esse encontro se caracterize em um processo assistencial com caráter profissional.



***3- PENSANDO A FAMÍLIA
NA RELAÇÃO DE
CUIDADO***

3.1- A abordagem centrada no cuidado

Cuidado de saúde é, ao mesmo tempo, uma expressão antiga e nova. Admite um uso corriqueiro, como sinônimo de atendimento à saúde. Mas é nova no uso que dela se vem fazendo, em que se toma “cuidado”, não como sinônimo de atendimento ou de serviço em seu sentido utilitário, mas como objeto de uma hermenêutica voltada para as relações entre a equipe de saúde e seu paciente (Nogueira, 2002). Os pressupostos dessa abordagem carecem ainda de precisão e de entendimento comum entre os autores, em parte porque existe uma diversidade de enfoques éticos e teóricos aplicáveis ao cuidado. A discussão sobre o cuidado em saúde, nos novos termos, está sendo feita num clima intelectual em que é patente a influência exercida pela filosofia moral nos meios acadêmicos. No campo da saúde, isso tem a ver não só com a grande difusão da bioética, mas também diretamente com a proeminência alcançada por certas linhas filosóficas pós-metafísicas – de Habermas, Rorty, Taylor e outros -, que tem em comum o intento de retomar as grandes questões da razão prática e da autonomia do sujeito, próprias da filosofia do século XVIII (Nogueira, 2002).

O clima intelectual favorecedor do debate em torno das questões éticas tem sido reforçado por aquilo que Offe (1989) caracterizou como o “declínio da pesquisa sociológica centrada no trabalho”. A perda de vigor da categoria trabalho parece resultar também do declínio da influência do pensamento marxista. Em seu lugar, despontaram outras interpretações da ação social, sendo particularmente influente a teoria do agir comunicativo de Habermas. A liberdade da ação comunicativa, como capacidade de chegar a consensos discursivos, entre os trabalhadores e os clientes ou internamente à equipe de saúde, tem sido o modelo da autonomia do sujeito preferido para a discussão dos problemas decorrentes da tecnocracia médica e gerencial para formular alternativas de organização do trabalho em saúde, bem como para a própria concepção do cuidado.

A formulação mais elaborada e original da questão do cuidado em saúde encontra-se em Ayres (2001). Esse autor, partindo da determinação ontológica do cuidado em Heidegger e adaptando-a a um referencial intersubjetivo da autonomia do sujeito, fornece-nos a seguinte descrição filosófica do cuidado:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos: há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial mediato e imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude cuidadora precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, p. 32).

O cuidado, nessa formulação, precisa ser bem-entendido nessa idéia central do “suporte”: não é dar ao outro algo que carece; ao revés, é dar suporte e forma ao “querer ser” do outro, tendo em conta *o desejo* de quem é cuidado. O cuidado não se define por uma beneficência utilitarista, não é algo redutível nem a um saber metodicamente aplicado nem a amenidades no conforto e bem-estar do paciente (Ayres, 2001).

O momento assistencial pode e deve fugir de uma interação tão obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. O espaço do Cuidado, une, nas interações terapêuticas, a atividade prática, estabelecendo um tipo de saber que não cria apenas objetos, mas constitui sujeitos e objetos *no e para* o mundo (Gadamer, 1996).

Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de ‘ser no mundo’. Utilizar ou não certas tecnologias, quais tecnologias combinar, são escolhas práticas e revalorizar essa sabedoria prática é uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar (Ayres, 2006). Para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculo coletivamente interpostos a projetos de felicidade humana.

Um ponto decisivo no debate sobre o cuidado em saúde tem a ver com a origem dos motivos morais que sustentam as atitudes, quer de beneficência, quer de respeito à autonomia por parte dos agentes do cuidado, tanto o cuidador, como o indivíduo cuidado.

Atualmente, a chamada filosofia pós-metafísica admite duas importantes alternativas de interpretação quanto a isso: 1) esses motivos nascem da própria interação social, sendo exigidos universalmente porque são indispensáveis aos entendimentos ou acordos que os homens precisam alcançar na interação comunicativa (Habermas, 1990) 2) esses motivos são imprevisíveis e contingentes, de acordo com o que aconteça na história da vida pessoal, condicionada pela cultura local e nacional. E tem a ver com oportunidades sociais que favoreçam o desenvolvimento da solidariedade e da compaixão e, de um modo mais geral, o cultivo dos sentimentos (Rorty, 1989).

Baier (1995) coloca-se nessa segunda corrente, tomando inspiração em Hume. Para ela, o cuidado é elemento paradigmático de uma ética feminista da contingência, segundo a qual a pessoa cuidada e o cuidador deixam-se guiar pelos seus melhores sentimentos e pela confiança recíproca. Isso envolve quase sempre condições de um relacionamento desigual, como acontece entre mãe e filho. Ademais, quem é cuidado pode estar desamparado ou desorientado ou em momentos de sofrimento e desesperança. O cuidado envolve sempre relações ‘afetivas’, que falam pelos sentimentos das pessoas, impondo-se com naturalidade pelos laços de confiança mútua e deixando-se colorir pelas tintas de cada relacionamento particular. Baier insiste em que a imposição de regras de igualdade e universalidade para justificar a ética e a justiça, resulta de um entendimento ‘pouco sensíveis’ das relações humanas. Na conformação de sua ética do cuidado e da responsabilidade, Baier trata com preponderância das relações humanas que se desenvolvem em condições sociais de desigualdade “natural”. Na família e na comunidade, a desigualdade não se ergue em objeto de uma preocupação de justiça, para ser de algum modo atenuada ou eliminada: na verdade, a desigualdade é aí sempre pressuposta e espontaneamente sustentada pelo próprio cuidado, enquanto este se alimenta de simpatia, minimamente, ou de amor, muitas vezes (Baier, 1995).

Portanto, no cuidado, existem relacionamentos que estão longe de ser livremente escolhidos e de obedecer a princípios de desigualdade, tal como pressupõem as condições ideais de justiça dos teóricos liberais. De todo modo, Baier (1995, p.31) reconhece que a melhor teoria moral é aquela que tenta harmonizar estes dois produtos, que têm sido tematizados de forma contraposta por homens e mulheres: a justiça e o cuidado.

Já Rorty (1989) questiona a pertinência de se falar de obrigações morais nos relacionamentos familiares. No âmbito dos relacionamentos familiares e comunitários, por mais influente que seja o individualismo nas sociedades de hoje, parece ainda não haver lugar para uma ética do dever moral e para uma ética cognitiva do agir comunicativo.

Uma das razões principais para se usar a noção de cuidado em vez da de trabalho encontra-se no fato de que existem inúmeras práticas de saúde em contextos sociais em que não se pode perceber o domínio da racionalidade instrumental própria do trabalho. Algumas dessas práticas são assumidas pelas famílias ou por “cuidadores” tradicionais reconhecidos nas comunidades, que dispensam solidariamente cuidados a seus membros que, por ventura, estejam acometidos de alguma enfermidade ou inabilitação. Mas, o contexto comunitário do cuidado é mais complexo do que isso, porque envolve, igualmente, formas pré-organizacionais do trabalho em saúde. Como é sabido, as igrejas e as ONG’s atuam exemplarmente nesse nível da organização comunitária do cuidado de saúde, empregando voluntários e trabalhadores parcialmente remunerados, que têm em comum a vocação da ajuda solidária, sendo estes cuidadores frequentemente escolhidos entre as lideranças da comunidade. Nessas esferas da sociedade civil, despontam questões muito atuais para a análise sociológica e filosófica da saúde e dos seus agentes. Uma delas é a do limite sutil entre, de um lado, a solidariedade e a ética do cuidado e, de outro, o assistencialismo.

Nesses contextos da vida familiar e comunitária não imediatamente dependentes das funções exercidas pelos típicos profissionais de saúde, as ações são realizadas à luz de conhecimentos, tanto de origem popular, quanto da ciência, mas não obedecem ao padrão de comportamento discursivo questionador, encontrado nos contextos técnicos e organizacionais. Portanto, predominam aí valores e noções peculiares ao que Habermas chama de “mundo da vida”.

Ainda, podemos estender a noção de cuidado àquilo que a pessoa realiza no interesse de sua própria saúde: os hábitos de exercício, de dieta, de sexo seguro, de abstenção em relação ao tabaco, ao álcool e às drogas, etc. A interpretação ética desses hábitos do cuidado em si é bastante complexa e contraditória. A política pública vigente de promoção da saúde não os vem tratando com qualquer pressuposto de autonomia por parte do sujeito desse cuidado. Pelo contrário, diante dos vários tipos de riscos à saúde, o conteúdo informativo patrocinado pelo Estado traz consigo uma orientação de obrigação moral estrita, na obediência a regras bem determinadas de vida saudável e de comportamentos de segurança. Essa tendência, que faz da prudência um dever moral, só tem sido contrabalançada pela atitude de diálogo que é promovida por entidades da sociedade civil envolvidas na educação sobre AIDS e outros problemas de saúde. Diante das normas difundidas imperativamente pela propaganda oficial, apropriar a reinvidicação da autonomia do sujeito e do cuidado, pode ser vista como uma atitude de perturbação da ordem pública: a decisão do certo e do errado já é servida e pronta.

A questão central parece estar referida à capacidade das pessoas e dos grupos sociais em contornar os estilos de vida padronizados gerados pela adoção não-crítica dos chamados hábitos saudáveis. É necessário distinguir o que é um cuidado de si, tido como prudente e esclarecido, feito com forte expressão da personalidade de cada um, e aquilo que é uma simples obediência a um mandamento sanitário, com a conseqüente padronização de comportamentos. Ou, ainda, aquilo que é apenas uma moda obsessiva com a saúde, uma *higiomania*, alimentada pela mídia e pelas novas indústrias de bens de consumo em saúde (Nogueira, 2002).

Verifica-se que não podemos tratar os contextos da composição social do cuidado e de seus agentes como se fossem socialmente estanques. Há pelo menos duas forças que atuam promovendo sua confluência: o mercado e o Estado. Considerando-se, por exemplo, a experiência brasileira com os agentes comunitários de saúde, ao contrário dos agentes voluntários da Pastoral da Criança, os ACS foram, desde suas origens, definidos pela política oficial como mediadores entre o contexto organizacional do SUS e as comunidades em que moram e a quem prestam seus cuidados. Portanto, podem ser considerados como agentes postos numa zona de sobreposição do contexto organizacional

com o contexto comunitário. Este fato acarreta tensão, uma vez que existem demandas típicas do mercado de trabalho (demandas do grupo de ACS por melhores condições trabalhistas) e demandas políticas de manutenção de sua identidade com a comunidade, que os mantêm como trabalhadores *sui generis*, não obedientes à lógica do trabalho (Nogueira, Silva & Ramos, 2000).

O cuidado, portanto, extrapola a noção de trabalho. Se no trabalho o que se tem como proeminente é sua faceta técnica, de racionalidade instrumental, o cuidado tem uma proeminente faceta ética, com possibilidade de ser interpretada diferentemente de acordo com os contextos sociais em que se realiza. É vastíssima a diversidade das formas éticas em que o cuidado de saúde pode ser concebido e interpretado, sendo melhor, em vez de organização social do cuidado, utilizar a idéia de composição social, o que traduz uma diversidade organizacional do cuidado, em conformidade com o contexto social em que se realiza (Nogueira, 2002).

Se a organização do Setor Saúde não se preparar para responder aos projetos de vida dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de cuidar de cada indivíduo não passará de utopia. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um dos seus sujeitos (Ayres, 2006).

3.2- Situando o cuidado nos estudos de família e saúde

Diferentes autores têm feito menção ao cuidado realizado pela família, sendo Kleinman (1980) um dos mais citados, por afirmar que a família é um sistema cultural de cuidado à saúde, diferente e complementar ao sistema profissional de saúde.

Leininger (1991), em sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado humano, identifica o cuidado da família como parte integrante do cuidado popular. Com base em pesquisas realizadas em diferentes culturas, a autora aponta inúmeros constructos que fazem, do que denomina cuidado cultural, afirmando ser o cuidado universal para todos os seres humanos, porém, com especificidades decorrentes de cada cultura, e necessários ao

crescimento e desenvolvimento humano. Litman (1974), analisando a produção científica sobre família e saúde, considera a família uma unidade básica de saúde, enquanto Bermann (apud Bôehs, 2001) considera o domicílio como produtor de saúde, pois nele, recursos internos da família se somam aos externos, objetivando manter ou restaurar a saúde de seus membros.

Elsen (1984) conclui em sua tese de doutorado, que a família é um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual fazem parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção, e no tratamento da doença.

Este sistema inclui ainda um processo de cuidar, no qual, a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto ao caminho que deve seguir nos casos de queixas e ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais. O sistema familiar de saúde está inserido num contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais faz trocas, influenciando-os e sendo influenciado por eles (Elsen, 1984).

A literatura de enfermagem também vem fazendo referências ao papel da família, como cuidadora em situações de saúde e doença. Neste sentido, encontramos o conceito de família como unidade de cuidado (de seus membros), cabendo aos profissionais apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la, quando ela se encontra fragilizada.

Alguns pontos são comuns na bibliografia consultada, como o reconhecimento da família como prestadora de cuidados a seus membros no caso de doença: a identificação de sinais e queixas de mal-estar ou dor; a busca por recursos no sistema popular ou profissional; auxiliar no tratamento médico; estar presente durante a hospitalização e ocupar papel importante nos casos de reabilitação (Lenardt, 2001).

Observa-se um número menor de investigações que identificam a família como promotora da saúde e da vida. Nesta linha, destacam-se os trabalhos de Bôehs (1990) e Monticelli (1997), que, além de registrar os cuidados culturais promovidos pelas famílias e sua rede de suporte social, quando do nascimento de um novo ser, apontam caminhos para o diálogo entre cuidadores profissionais e familiares.

Constata-se não existir nos estudos uma uniformidade na denominação das ações desempenhadas pelas famílias. São usados os termos: cuidado humano, cuidado cultural, sistemas de cuidado à saúde; unidade de saúde, sistema de saúde, cuidado popular, família produtora de saúde, família como unidade de cuidado, com significados, ora diferentes, ora semelhantes.

3.3- O sistema de cuidado à saúde

A abordagem dos sistemas de atenção à saúde, como sistemas culturais, procura compreender de que forma as pessoas de um grupo social ou de uma instituição pensam, agem e usam os seus símbolos (Geertz, 1989).

Arthur Kleinman, um psiquiatra com formação em antropologia, na década de 70, desenvolveu um modelo de análise na área de saúde, como resultado de suas pesquisas empreendidas na Ásia, mais precisamente na cultura chinesa. Inspirado em Geertz, afirma que todas as atividades de cuidado em saúde são respostas sociais, organizadas frente às doenças e seus cuidados e podem ser estudadas como um sistema cultural, “o sistema de cuidado à saúde” (Kleinman 1980).

Kleinman (1980) parte da premissa de que o sistema de cuidado à saúde é social e culturalmente construído. Com isso, propõe o modelo de análise a partir de que a realidade biopsicológica estaria inserida num mundo de relações humanas culturalmente criado, que é a realidade social. Está é construída no sentido de que certos significados, estruturas sociais e tipos de comportamento são legitimados, enquanto outros, não. Esta realidade social está ligada à realidade simbólica, que é a aquisição da linguagem e os sistemas de significados. O modelo permite estudar a realidade social da pessoa doente e do sistema de atenção à saúde.

O sistema de cuidado à saúde é constituído internamente pela interação de três setores diferentes: 1) O profissional, representado por profissões de cura organizadas, tanto os representantes da biomedicina, como da homeopatia, medicina chinesa, hindu; 2) o tradicional, no qual são reconhecidos especialistas de cura, porém, sem regulamentação oficial, como benzedeiros, curandeiros e outros; 3) o popular ou familiar representados por aquelas pessoas não profissionais próximas ao doente, tais como familiares, amigos e vizinhos.

Por biomedicina, Kleinman & Hahn (1983, p.305) entendem a teoria e prática médica predominante nas sociedades euroamericanas, que estão disseminadas pelo mundo. Utilizam o termo biomedicina como sendo o nome da medicina que tem o foco primário a biologia humana, a fisiologia e a patofisiologia.

A idéia que se pode adotar de Kleinman é que a família e a vizinhança se constituem em um sistema de cuidado com formas próprias de promover, manter e restaurar a saúde e que interagem com o Sistema Profissional de Cuidado.

3.4- Cuidado familiar: uma breve revisão da literatura

3.4.1- Alguns apontamentos que orientam sobre o cuidado familiar

Eis uma proposta de sistematização conceitual de autores enfermeiros que produzem sobre famílias. A grande maioria está vinculada ao Grupo de Assistência, Pesquisa e educação na Área da Saúde da Família (GAFEPAM) da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresento o conhecimento sobre a saúde familiar produzido pelas autoras:

- ❖ A família é parte integrante de um ambiente sociocultural. Isto significa que crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais, e como tais, influenciam e são influenciados pelas famílias (Elsen, 1984; Bôehs, 2001; Nitschke, 1991)

- ❖ A família, em seu processo de viver constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, em parte oriundos de sua família de origem, do seu ambiente sociocultural, em parte, decorrentes do viver e do conviver da nova família em suas experiências e interações cotidianas intra e extrafamiliares. Este mundo de significados é próprio de cada família, embora contenha elementos do contexto no qual ela está inserida. É a chamada cultura familiar (Maurin, 1983; Elsen, 1984; Althoff, 2001).
- ❖ O cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade (Elsen, 1984; Althoff, 2001).
- ❖ O cuidado familiar se dá inter e intra geracionalmente. A literatura e as observações da realidade demonstram o duplo sentido dos cuidados entre gerações, qual seja, os mais velhos cuidam dos mais novos em certos momentos e, em outros, serão por eles cuidados. Embora o cuidado familiar mais difundido seja aquele que envolve pais, avós e netos, é preciso reconhecer que ele também se dá intrageracionalmente como entre irmãos, esposos, primos (Cartana, 1988; Budó, 1994; Elsen, 1984).
- ❖ O cuidado familiar se dá ao longo do processo de viver da família e nas diferentes etapas da vida de cada ser humano. Tem-se constatado que o cuidado familiar está presente antes mesmo do nascimento da criança, no cuidado ao casal, às famílias de origem, à gestante, ao futuro pai, à criança, ao adolescente e ao idoso. Em cada estágio há especificidades decorrentes do ambiente sociocultural e das características individuais de cada membro da família e de cada família (Elsen, 1984; Centa, 1998; Alvarez, 2001).
- ❖ O cuidado familiar é fortalecido pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos. Estudos têm demonstrado que em situação de crise, e mesmo no cotidiano da vida familiar, as pessoas significativas desempenham um papel importante, cuidando das crianças, orientando os

pais de “primeira viagem”, oferecendo ajuda (Cartana, 1988; Budó, 1994; Monticelli, 1997).

- ❖ O cuidado familiar visa o bem-estar dos membros da família, assim como do grupo familiar, compreendendo um movimento irradiador para a promoção da saúde e bem estar individual, e um outro, no sentido helicoidal, incentivando as interações intrafamiliares ao longo da trajetória familiar, com vista a estimular o bem-viver em grupo.
- ❖ O cuidado familiar constitui um todo complexo, e como tal, não se fragmenta (Elsen, 1984).
- ❖ O cuidado familiar é um processo, e como tal, é aprendido, construído pela família em sua trajetória, mas é modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros (Elsen, 1984; Althoff, 2001).
- ❖ O cuidado familiar é multidimensional, isto é, contempla entre outras, as dimensões de relações tempo-espço e físico-simbólicas.

Podemos verificar que o cuidado familiar como promoção da vida e bem – estar objetiva impulsionar, potencializar, qualificar a vida de cada um dos membros da família, assim como a do próprio grupo familiar. Ele se realiza ao propiciar condições adequadas de vida, favorecer o desenvolvimento das potencialidades de cada um e do grupo, pelo respeito à individualidade de seus membros, pela criação e manutenção de um ambiente físico e simbólico favorável às trocas e ao crescimento grupal e pessoal. Embora o cuidado com a promoção da vida seja essencial e se dirija a toda a família, ele assume especificidade para atender às necessidades e características individuais.

Seguindo as idéias de Elsen, o cuidado familiar pode ser comparado a uma árvore, cujo tronco seria formado pela multiplicidade de ações e interações já descritas e cujas raízes representam o universo de significados, valores e crenças aprendidos, compartilhados e transmitidos, que compõem a cultura familiar que alimentam o tronco, os galhos, folhas e frutos. Além disso, interage com o ambiente realizando trocas (Elsen et al, 2002).

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença e elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Ressalta-se que essa inclusão não decorreu de entendimento e convicção pactuadas; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por diferentes e conflitantes representações e motivações, daí as facilidades de se produzirem contradições. Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF 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. Mesmo o PSF tendo um caráter excessivamente prescritivo, não se encontram, em documentos oficiais, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões levantadas sobre dinâmica familiar, ou como aplicar a Teoria de Sistemas, adotada pelo PSF, mantendo a evidência de que a família é predominantemente uma referência na atenção básica de saúde (Ribeiro, 2005).

3.5- Um conceito de cultura para analisar a interface entre a enfermagem e a família

O conceito de cultura constitui-se num elemento chave para o estudo proposto. Para isto, apresentamos o que refere Langdon (1994), que as discussões sobre a relação de saúde/doença já não trabalham mais com o conceito de cultura estático que consiste de normas e valores vistos como pré-estabelecidos e fixos de forma homogênea. Geertz (1989), que representa a linha interpretativa na antropologia, se baseia em Max Weber, para dizer que o homem é um animal amarrado a teias e significados que ele mesmo teceu. Isto quer dizer que nós nos movemos e vivemos dentro destas teias recheadas de conceitos, de códigos e símbolos, que vestimos de tal forma que nem nos damos conta delas. O autor assume que a cultura é esta teia. Assim, ela faz parte de nossa vida diária, porque comemos, dormimos de acordo com a teia de significados que nos guia e por nós é produzido ao longo da vida, sair desta teia de forma abrupta, nos deixaria desorientados.

A cultura, porém não é rígida nem estática. Geertz (1989) esclarece que, com o desenvolvimento da antropologia simbólica, o conceito de cultura é definido como um sistema de símbolos que fornece um mapa para as ações. Isto leva a um dinamismo na cultura, resultado das constantes interações nas quais a todo o momento se interpretam os símbolos e se produzem as ações. Deste modo, a cultura é o resultado das interações que vivenciamos.

Segundo Langdon (1994), a cultura é pública, compartilhada, é expressa nas interações sociais em que os atores comunicam e negociam significados. Monticelli (1999) explicita este conceito de Langdon, afirmando ser pública, porque há consenso em relação aos significados, e é compartilhada, porque um indivíduo sozinho não inventa cultura, pois é através das interações com os indivíduos que vão se desempenhando e reinventando os papéis sociais.

Monticelli (1999), alerta que a cultura não é apenas um produto, por isso é importante que os enfermeiros estudem a maneira como ela é produzida. Este autor argumenta que, na prática de enfermagem, os enfermeiros não devem “levar somente em consideração” ou “respeitar” as práticas dos indivíduos, mas entendê-las como práticas culturais. Ao entender desta forma, há um reconhecimento de que estas práticas são resultados de interações, são públicas e dinâmicas.

3.6- O corpo e a cultura: a visão da enfermagem no sistema de cuidado profissional

Tendo por base o conceito de cultura, procuramos dar suporte a discussão da relação da enfermagem com o paciente/família.

A enfermagem situa-se dentro do que Kleinman (1980) considera como Sistema Profissional de Cuidado. Está estreitamente ligada à biomedicina. Assim, conforme Heck (2000, p-28), o que a enfermagem identifica como doença e necessidade refere-se a explicações e interpretações que se vinculam a um grupo muito particular, os profissionais de saúde. A concepção de saúde e doença, ainda hoje, está apoiada nas dicotomias corpo/mente e corpo /alma, levando-nos a agir, norteados pela ciência e pela técnica (Ressel et al, 2004)

Embora muitos esforços estejam sendo buscados para superar e transformar este cenário, o corpo dentro das ações de enfermagem, tem sido objeto que centraliza rituais, e neste sentido tem sido marcado através do valor de cada época e espaço, regido pela concepção biologicista dominante em toda a área da saúde (Ressel et al, 2004).

A história tem nos mostrado que a construção social do corpo tem servido de instrumento de dominação social e cultural, integrando os valores que se sucedem com o decorrer do tempo, levando à aquisição e ao abandono de significados, de acordo com a transmissão de padrões de comportamento, que, inconscientemente são incorporados. (Ressel et al, 2004).

É importante retornar à explicação de Good (1996) e mostrar como a enfermagem constrói o corpo, enquanto objeto de seu trabalho. O estudante de graduação de enfermagem realiza sua fundamentação teórica e prática básica na anatomia, fisiologia, microbiologia. Posteriormente, cursam fundamentos de enfermagem e disciplinas profissionalizantes com prática de estágio, ligadas as grandes áreas: criança, mulher, adulto, idoso, em todas as fases do ciclo vital.

Os alunos dos cursos técnicos e auxiliares de enfermagem realizam sua formação com base na anatomia, fisiologia, microbiologia, porém a ênfase do curso está centrada nas técnicas básicas da enfermagem, tais como: de administração de medicação, de curativos e outras. Para este segmento da enfermagem, o paciente é mais fortemente simbolizado como receptor de técnicas, dentro de normas e rotinas da instituição.

Esta diferença está relacionada também a diferença no status sócio-econômico da equipe de enfermagem. O acesso a uma formação universitária exige requisitos pessoais e familiares, nos quais a condição econômica tem importante papel.

Assim, por um lado, as enfermeiras formadas pelas universidades, técnicos e auxiliares fazem a construção de sua rede de significados dentro da mesma realidade clínica dos médicos, construção esta, feita sobre o corpo físico. No entanto, nos últimos quase quarenta anos, o ensino de graduação tem tentado imprimir nesta construção também a construção do corpo social (Brown & Seddon, 1996). Isto ocorre porque a enfermagem,

desde que entrou na sua fase de profissionalização, no final do século XIX, procura formar um corpo de conhecimento próprio. Desde Florence Nightingale, no final do século XIX, a enfermagem passou por diferentes fases. Na época, a preocupação estava centrada no meio ambiente, depois, foi deslocando-se para as técnicas, posteriormente a esta fase, passa a concentrar o foco nos princípios científicos.

Este breve histórico da profissão, da divisão do trabalho e da própria visão que o corpo tem assumido ao longo da história, nos alerta para o nosso papel enquanto cuidadores. Isto é muito relevante quando queremos abordar a humanização da assistência. A equipe de enfermagem, principalmente os auxiliares, com pouco tempo de vivência profissional, tem que contar com suas próprias habilidades, trazidas pela experiência pessoal, pela experiência acumulada, ou ainda, à prova de duras vivências pessoais, para promover a humanização na assistência, especialmente junto aos familiares. O conhecimento que a equipe tem, sobretudo, o auxiliar, não é puramente da esfera biológica, é técnico, no sentido de realizar atividades prescritas, à vezes, repetitivas. Contudo, sem que haja uma formação na área da família, eles têm que enfrentar problemas complexos, como o cuidado de enfermagem à família, concebida no seu sentido mais amplo. Isto é da criança ao RN, da gestante à mulher, do adulto ao idoso, em situações familiares das mais diversas possíveis, com conflitos enormes que às vezes eclodem diante e com a equipe de enfermagem. Convivem com a família nas suas mais variadas estruturas e facetas, em diferentes situações de doença aguda ou crônica.

Dessa forma, a equipe de enfermagem que atua no PSF precisa ser capaz de identificar as necessidades sociais de saúde da população sob sua responsabilidade, além de intervir sobre o processo saúde-doença dos indivíduos coletivos.

Detendo-se um pouco mais na atuação específica do enfermeiro, verificamos que, historicamente, a inserção deste nos serviços de atenção básica apresenta um caráter de mediação entre a polarização médico e atendente. Portanto, não é sem dificuldades que a atuação da enfermeira ocorre (Villa, Mishima, Rocha, 1997).

Instala-se uma divisão no trabalho de enfermagem, cabendo ao enfermeiro as atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação do pessoal de enfermagem, sem linha de mando, ou seja, sem ascendência administrativa sobre os demais elementos das equipes de enfermagem.

Em relação à organização do trabalho que visa à proteção da saúde e ao controle do processo saúde-doença na coletividade, o enfermeiro foi designado para atuar na vigilância epidemiológica, nas reuniões com grupos da comunidade e na supervisão de visitas domiciliares e das atividades educativas.

O Programa de Saúde da Família propõe um trabalho para a enfermeira que contemple a dupla dimensão individual/coletiva do processo saúde-doença, resgata a possibilidade de uma atuação ampliada e também específica da enfermeira, no sentido de execução de ações cuja lógica central seja a necessidade de saúde dos usuários e não a racionalidade do trabalho do profissional médico (Chiesa, Bertolozzi, Fonseca, 2000).

A proposta da promoção da saúde reitera essa dupla dimensão do trabalho da enfermeira (individual/coletivo) e propõe ainda a articulação intersetorial como uma habilidade a ser exercida para o enfrentamento dos problemas de saúde da população (Chiesa, Bertolozzi, Fonseca, 2000).

O enfermeiro tem captado todo esse potencial? Indo além, recebe preparo em sua formação para dar conta deste universo?

3.7- O cuidado familiar e a equipe de saúde

A compreensão do cuidado familiar como um fenômeno que se constrói ao longo da vida familiar, com um dinamismo peculiar, que inclui movimentos de retorno ao passado e à família de origem, ao interior da família atual e ao seu mundo exterior, além de projetar o futuro em seu cotidiano, certamente propicia aos profissionais de saúde elementos significativos para reflexão e para seu agir profissional.

As questões para reflexões apresentadas a seguir procedem do GAPEFAM. Sendo um dos mais importantes grupos no Brasil de estudo da família em Enfermagem, apresento-as para que seja possível realizar uma análise à luz da motivação do nosso estudo:

- a) O cuidado a seus membros é responsabilidade legal, social e cultural da família. Como as políticas sociais, os programas de saúde e os profissionais têm apoiado e favorecido este compromisso da família?
- b) Ao longo de seu viver, a família pode se encontrar fragilizada e, como decorrência, ter sua capacidade de cuidar diminuída ou ausente. Quais os sinais e quadros a serem investigados e quais as possibilidades do profissional de saúde para fortalecer ou ajudar o grupo familiar?
- c) O cuidado familiar volta-se ao ser humano/grupo como um todo, visando à promoção da vida, e se dá ao longo do processo de viver. Nesta perspectiva, como conciliar a ação do profissional de saúde, que geralmente é pontual, especializada e direcionada a um determinado alvo (prevenir ou tratar uma doença, incentivar exames precoces para prevenção de doenças)?

Em relação ao primeiro questionamento, podemos exemplificar o programa de garantia 'renda mínima' no Brasil. Neste debate, pelo menos por enquanto, argumenta-se que a pobreza familiar exerce grande influência sobre o ingresso precoce no mercado de trabalho. Além disso, o custo de oportunidades para manter as crianças na escola é muito alto para os pobres. Deste modo, as crianças dessas famílias, entrando cedo no mercado, saem cedo da escola e tornam-se adultos com alguma experiência de trabalho e baixa escolaridade. Assim sendo, é como se a pobreza gerasse os mecanismos de sua reprodução: a pobreza de hoje gera a de amanhã.

Essa argumentação é a matriz dos programas de garantia de renda familiar mínima implantados no Brasil (Fonseca, 2001). Neste caso, vincula-se o pagamento da renda mínima ao compromisso, por parte das famílias pobres, com a permanência das crianças na escola. As famílias pobres podem dispensar a contribuição de suas crianças e seus adolescentes e desse modo, garante-se a elevação dos níveis de escolaridade dos descendentes.

A operacionalização de programas centrados em família, entretanto, introduz uma dificuldade nada trivial (e com efeitos significativos) ao estabelecer o que é uma família.

A família debatida e desenhada nas propostas dos anos 30 e 40 é um casal, de preferência legalmente casado, com seus filhos, residindo no mesmo domicílio. Família envolve uma relação de aliança, dada pelo casamento, e de consangüinidade, dada pela descendência do casal, e está restrita ao núcleo doméstico.

Na atualidade, a principal diferença em relação ao modelo anteriormente descrito reside no reconhecimento de uniões consensuais e da existência de uma família sem a presença do par conjugal. Os demais elementos, entretanto, são similares. Neste sentido, a impressão mais forte é que aquele modelo foi ligeiramente adaptado.

Fonseca (2001) ao responder à pergunta muito importante a se fazer aos formuladores de políticas públicas sobre o que é uma família para os programas em questão verificou divergências muito significativas de concepções de família.

Os formuladores do Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRFM) de Campinas-SP apresentavam e operavam com um modelo de família pobre: pai, mãe, ou pais ou responsáveis legais, morando sob o mesmo teto com seus filhos e filhas menores de 14 anos e/ou com seus não filhos, desde que juridicamente sejam responsáveis pelos mesmos, e cuja renda familiar, ponderada pelo tamanho da família, seja inferior ao mínimo estabelecido. Apesar de perante, o poder público, um grupo constituído na maneira acima descrita constituir-se na “*família*”, ao explorar as concepções de família dos responsáveis por suas respectivas famílias, verificou-se que para estes, a família não estava restrita às relações com o grupo doméstico. A idéia de família, no estudo de Fonseca, aludiu a um grupo conformado por um leque de relações de consangüinidade e afinidade, e, ainda, laços de parentesco fictícios, no sentido em que não derivam de vínculos legais e/ou biológicos. Um segundo aspecto a ser destacado nesta pesquisa, é a identificação dos “parentes”, ou seja, daqueles que compõe a família, estar associada à integração em uma rede de relações de reciprocidade que opera segundo uma lógica de direitos e obrigações. Neste sentido, há uma diferença entre as relações de parentesco incluídas na família (os ‘parentes’) e aquelas que fazem parte, exclusivamente, da cadeia genealógica.

A pesquisa de campo realizada por Fonseca (2001), revelou-nos que não existe *a família*. As famílias, ou os grupos de parentesco reconhecidos como a família de cada uma das entrevistadas, operam com um código de lealdades e de obrigações recíprocas completamente alheias à lógica colocada pelo PGRFM. Neste sentido, a definição de família do programa e a transferência de recursos financeiros de modo a contemplar, exclusivamente, os integrantes previamente definidos, tornou-se uma impossibilidade.

Em relação ao Programa atual – Bolsa família – verificamos que na seleção das famílias atendidas, soma-se à baixa renda outros critérios, como famílias com muitos filhos e chefiadas por mulheres sozinhas e com baixo nível escolar, sem acesso a programas sociais e que moram em locais com difícil acesso a serviços públicos governamentais e não governamentais.

Seria interessante se os atuais programas incentivassem o desenvolvimento humano sustentável, com expansão da renda e do emprego. Para ser possível, as ações devem se dar no local em que as famílias vivem e ter a participação de toda a comunidade.

Não é mais possível pensar o desenvolvimento se ele não for comunitário. Sendo assim, além de atuar no núcleo familiar, articulando o benefício financeiro ao atendimento socioeducativo, garantindo às famílias prioridade em uma série de serviços e benefícios, os programas devem estimular o convívio social no bairro e fortalecer laços comunitários. É importante considerar que, muitas vezes, famílias e comunidades não carecem de serviços, mas, acima de tudo, de articulação em rede e incentivo para que desenvolvam suas potencialidades. É vital construir parcerias entre indivíduos, governo e sociedade civil. Todos devem assumir responsabilidades. Os gestores têm o desafio de promover uma ágil articulação intra e entre níveis governamentais, para eliminar superposição de tarefas, otimizar recursos e gerar resultados de cooperação. Só com uma rede integrada e transversal que, além de transferir renda, garanta acesso ao microcrédito, qualificação profissional e acesso a diversos programas e benefícios governamentais e não-governamentais, é possível garantir uma real política de direitos e construir a porta de saída para a exclusão social.

Em relação ao item b (a família, ao longo de seu viver pode se encontrar fragilizada e, como decorrência, ter sua capacidade de cuidar diminuída ou ausente), existem inúmeros estudos que se referem ao cuidado às famílias fragilizadas, onde em determinadas situações ou fases da trajetória familiar, é necessária ajuda, uma vez que sua capacidade para cuidar de seus membros encontra-se diminuída, comprometida ou ausente. Os estudos reportam-se especialmente ao convívio da família com doença grave ou hospitalização prolongada de um de seus membros, assim como a presença de alcoolismo e consumo de drogas. As pesquisas apontaram alguns atributos e possibilidades para superar e enfrentar estes processos. Os principais seriam a presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar e orientação para a vida (Elsen, 2002; Bôehs, 2001; Nitschke, 1991).

A terceira é o nosso foco e interesse de estudo. O cuidado familiar se dá ao longo do processo de viver, sendo necessário ampliar e conciliar a ação dos profissionais, geralmente mais direcionada e especializada ao abrangente universo do “ser família”. Uma condição necessária é uma análise mais aprofundada do próprio objeto família, visto como um agente social de mudança, mas compreendida em seu cotidiano. Nesse sentido, nos interessa a aproximação no local dos encontros assistenciais, revelando as relações que aí se estabelecem, tais como, o poder e a autonomia.

Foucault (1998) nos apresenta sua visão de poder como um fenômeno relacional, que ocorre no exercício da convivência humana, em todos os momentos e em todos os espaços da vida social cotidiana. Lá, onde os indivíduos vivem, onde está o seu discurso e a sua prática da vida, lá está o poder. Essa concepção configura o poder como algo positivo, produtivo e, eticamente, essencial na constituição dos indivíduos em sujeitos de si.

O espaço privado da família tem sido um dos grandes alvos da intervenção profissional na área sanitária ao longo da história, e a intimidade das pessoas tem sido atingida pela normalização de seus hábitos, desejos e modos de vida. Foucault (1998, p.199-201) relata que a organização da família em torno da medicalização dos indivíduos intensificou-se no decorrer do século XVIII. Nesse novo olhar sobre o meio familiar foram definidos novos papéis para a família, permitindo a articulação de uma ética “privada” da boa saúde no controle higiênico coletivo e na aplicação de técnicas científicas de cura, através de intervenções autoritárias.

Rousseau, um dos primeiros teóricos que trouxe à tona as questões da intimidade, considerou perversa a intrusão da sociedade no espaço recôndito do ser humano que é a *intimidade do coração*, uma forma subjetiva da existência que, contrariamente à intimidade da privacidade da moradia, não tem lugar tangível na sociedade e no mundo (citado por Arendt, 2000).

Num encontro assistencial da equipe PSF com a família, esses recônditos íntimos são remexidos, por vezes legitimamente, ou invadidos, desautorizadamente, em nome da saúde, por ordem da ciência e da norma. Na teia de relações que se estabelece nesses encontros, muitas vezes, violando limites e transpondo fronteiras entre o mundo social e a intimidade familiar, ocorrem interações em cadeia. A visão de Arendt permite explicar isso da seguinte maneira: as ações profissionais, sob a ordem de normas disciplinadoras, atuam sobre a família; esta por sua vez, na sua capacidade de agir, não só como uma reação, mas com novos saberes e novas ações e com poder próprio, atinge e afeta outras pessoas constituindo-se assim, as malhas ilimitadas das relações de poder (Arendt, 2000).



***4- CUIDADO E AS
NECESSIDADES DE
SAÚDE***

As Necessidades de Saúde

Para viver, precisa-se antes de tudo satisfazer necessidades (Marx, Engels, 1993), cuja satisfação encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho. Assim, há uma consubstancialidade e uma circularidade entre necessidade e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la. Nessa perspectiva, as necessidades não são naturais nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho (Mendes, 1992). Necessidades de saúde são necessidades de reprodução social que, por não serem naturais nem gerais (Mendes, 1992), são necessidades de classes, ou seja, são diferentes nos diferentes grupos sociais, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver (Queiroz, Salum, 1997).

Assim, tomar necessidades de saúde como objeto das práticas em saúde, implica adotar uma noção de saúde (Stotz, 2004) que considere a inserção dos indivíduos em diferentes grupos sociais. Isso significa que o objeto das práticas em saúde é amplo, abrangendo, além da dimensão biológica, as dimensões cultural, econômica, ecológica, política, comandadas – no modo de produção capitalista – pela dimensão econômica (Samaja, 2000). No processo de produção de serviços de saúde, os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade atender as necessidades de saúde dos grupos sociais que constituem um território. Para a saúde coletiva, atender essas necessidades deveria significar tomar o conceito da determinação social do processo saúde-doença para instaurar processos de trabalho que respondessem por elas no âmbito das raízes dos problemas, do determinante, e também no dos resultados, a doença propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal. É bem verdade que a saúde coletiva como campo de saberes e práticas têm que responder a uma rede de necessidades que podem estar em conflito, que vão além das necessidades de saúde da população (necessidades dos trabalhadores, dos gestores, das políticas públicas, dos autores dos programas, dos órgãos financiadores, entre outros).

A expressão “necessidades de saúde” é recorrente na discussão sobre planejamento em saúde. Decorre da necessidade lógica de identificar metas, objetivos para a intervenção que justificarão o curso de ação escolhido (Camargo Jr pág 91 – demanda). Como em outras situações, contudo, a aparente simplicidade da expressão oculta importantes problemas conceituais com repercussões bastante concretas na prática.

Categorização das Necessidades de Saúde

Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem a finalidade ética política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira.

Cecílio (2001) vê esses três princípios como formadores de “um conceito tríplice entrelaçado, quase um signo”, capaz de expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

Sem a garantia do acesso universal a todos os níveis de atenção, não existe a possibilidade de construção da integralidade e equidade, que vão além do consumo de determinadas tecnologias e serviços. Essa premissa implica no reconhecimento da ação recíproca entre o macro e a micropolítica de saúde. Para esta reflexão, Cecílio, toma como analisador as necessidades de saúde.

De acordo com Stotz (1991), as necessidades de saúde situam-se no nível das necessidades sociais mais gerais. Ainda que estas sejam determinadas e constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o individual e o social. O autor está interessado em observar como demandas sociais por saúde podem constituir determinados sujeitos coletivos, tendo em vista que essas demandas expressam determinadas carências ou necessidades geradas pelo modo de produção e pela organização da sociedade (Silva et al, 2003).

Na busca por explicações acerca das mediações da prática social que dizem respeito à atuação dos movimentos sociais, recorre-se à compreensão de carência como uma idéia que sempre tem por referência o conceito de indivíduo: alguém é carente de algo.

Contudo, como o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades – pois pertence a um determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.) – é influenciada pelos valores de grupo.

Sendo assim, o processo de determinação das carências individuais é vivenciado com o grupo: tem uma dimensão coletiva. Trata-se pois, de uma mediação fundamental da práxis social inerente à vida em sociedade. As necessidades de saúde expressam as carências de milhões de indivíduos e também, simultaneamente, as necessidades coletivas (Silva et al, 2003).

Ao propor um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, propicia-se a criação de uma ferramenta que, potencialmente, contribua tanto para a superação do reducionismo inerente ao enfoque normativo de planejamento quanto para a superação das incoerências e insuficiências contidas no enfoque situacional. Tem-se em mente que é essa racionalidade instrumental e economicista que vem permeando, hegemonicamente, a formulação das políticas públicas de saúde por meio de planejamento. Essa outra perspectiva possibilitaria a construção de novas mediações, agora entre sujeitos individuais e coletivos e critérios de legitimação do poder político estatal.

Tendo como referência o caminho percorrido por Stotz (1991), Cecílio (2001.p.114-115) propõe quatro conjuntos para organizar a taxonomia de necessidades de saúde apreendidas. O primeiro diz respeito a se ter (...) *"boas condições de vida (...) que poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do ambiente os fatores do 'ambiente', 'externos', que determinam o processo saúde-doença"*; o segundo *"(...) fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida (...)"*; o terceiro (...) *diz respeito a criação de vínculo entre usuários e equipe ou profissional (...) significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.* e o quarto e último (...) *diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (...) informação e educação são em saúde apenas parte do processo(...) implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida(...) incluindo aí a luta pela satisfação de suas*

necessidades, de forma mais ampla possível. De acordo com este autor, a escuta dessas necessidades ampliam a capacidade e as possibilidades de intervenção por parte dos trabalhadores de saúde.

Seria um movimento implicando em uma ação social concreta, onde de um lado, apreende-se as necessidades de saúde e do outro, analisa-se o significado das demandas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro. Trata-se de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção (projeto terapêutico) capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde.

As necessidades da autonomia, opção realizada para um olhar mais atento às questões envolvidas nesse conjunto taxonômico, incorpora as idéias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas idéias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”, além de incorporar idéias de Educação em Saúde.

Sousa Campos (1994), partindo das idéias de Canguilhem reflete que “*curar alguém seria sempre lutar para ampliação do coeficiente de autonomia dessa própria pessoa*” e que o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente “*para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida*” (Sousa Campos, in Cecílio, 1994, p.50).

Nesta medida, tal projeto pressupõe ‘*demonstrar que a passividade do paciente ou da comunidade é, em geral, um empecilho à cura, à prevenção e à promoção à saúde*’, que essa é uma ‘*forma mais contundente do combate à medicalização do que a introdução no discurso à saúde, e (...) “nas práticas médicas, do tema do autocuidado, toda ação deveria ser avaliada por sua capacidade de influenciar o coeficiente de Autonomia dos pacientes*” (Campos, 1994).

Merhy, apoiando-se também em Canguilhem, reflete que o usuário ‘ *tem interesse em ser cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida*’ e espera adquirir mais capacidade para enfrentar os problemas que tem diante de si no seu cotidiano (Merhy in Cecílio, 1994).

No campo educativo, é enfatizado – ‘*o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo no campo da ação o princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde*’. É essencial, ‘*aumentar a potencialidade do indivíduo*’. (Stotz, 1993). Segundo Stotz a necessidade de *combinar enfoques diferentes (...), de procurar uma síntese que incorpore aspectos de distintas abordagens, resulta da própria natureza do ‘objeto’ com que lidam os educadores sanitários*. E enfatiza que “*os educadores (...) dirigem-se a indivíduos que para enfrentar os seus problemas devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, adquirir consciência da ampla tessitura na qual estão inseridos*” (Stotz, 1993).

Apesar de parecer utópico, existem uma série de propostas, serviços e profissionais que caminham na concretização da integralidade, mesmo sem utilizar o termo ou sem uma formulação teórica sedimentada. A idéia que nenhuma pessoa deva sair de um serviço sem alguma resposta concreta, ou da escuta atenta por parte dos diversos profissionais já vem sendo aplicada e debatida, mas e em relação ao PSF e mais especificamente ao conjunto de necessidade que prevê o caminhar autônomo do usuário, no caso, a família? Trazendo as necessidades de saúde, o cuidado entendido como suporte, *ao querer ser do outro* levando em conta a vontade de quem é cuidado, imprimindo o seu jeito no viver do dia a dia, fazendo as coisas a seu modo, numa maneira de marcar a identidade do grupo familiar, como fornecer subsídios aos profissionais, especialmente aos agentes de saúde que transitam nesses espaços e nesses encontros diariamente? É objetivo da equipe de PSF promover a autonomia familiar? O que seria para a equipe e para a própria família, exemplos de famílias dependentes e não dependentes?



***5- CUIDADO E
AUTONOMIA***

Sendo categoria fundamental no nosso estudo e tema transversal que permeia o trabalho no Programa de Saúde da Família, traremos algumas considerações sobre autonomia.

Algumas teorias de autonomia, ao caracterizarem os traços de uma pessoa autônoma, incluem as habilidades gerais para o autogoverno, além do entendimento, equacionamento, deliberação e escolha independentes. Entretanto, por estar seu foco centrado na tomada de decisão, concentram-se, como eles próprios admitem, na escolha autônoma, mais do que na capacidade geral para o autogoverno (Beauchamp e Childress, 2001).

Assim, autonomia pessoal consiste, ao menos, na autolegislação livre da interferência controladora dos outros e de limitações, como o inadequado entendimento impeditivo de uma escolha expressiva. O indivíduo autônomo age livremente segundo seu plano auto-escolhido, de maneira análoga à forma que um governo independente controla seus territórios e estabelece suas políticas. Já, os que têm autonomia reduzida são, em certa medida, controlados pelos outros ou incapazes de deliberar ou de agir com base em seus desejos e planos.

É possível verificar que em todas as teorias sobre autonomia há consenso sobre duas condições que lhe são essenciais: a liberdade - entendida como independência de influências controladoras - e a competência - compreendida como a capacidade para ação intencional. Entretanto, quando a questão é o significado destas condições e a necessidade de outras adicionais, os desacordos se instalam.

A presença ou ausência de autonomia é analisada em função dos condicionantes dos atos dos agentes envolvidos. Esta análise da ação autônoma tem por base decisores comuns que procedem de maneira intencionada, com compreensão e na ausência de influências controladoras que determinam a ação. A primeira destas três condições não permite gradação, os atos são ou não são intencionais. No entanto, o entendimento e a ausência de influências controladoras podem ser satisfeitos em maior ou menor extensão, o que indicará o grau de autonomia das ações. Para ambas as condições há um amplo *continuum* que vai desde a total ausência da autonomia até sua presença completa.

Nesta perspectiva, as decisões precisam ser substancialmente autônomas e não completamente autônomas, ou seja, para que um ato seja tido como autônomo é necessário somente um grau substancial de compreensão e de liberdade de constrangimentos e não um entendimento total e uma completa ausência de influências. A linha demarcatória entre o substancial e o insubstancial, freqüentemente, parece arbitrária. Contudo, os limiares para as decisões substancialmente autônomas podem ser fixados à luz de objetivos específicos.

Nos últimos anos, visões feministas têm revisado concepções individualistas ou atomísticas de autonomia com base nas idéias de “autonomia relacional” que defendem a convicção que “as pessoas são socialmente inseridas e que as identidades dos agentes são formadas dentro do contexto social de relacionamentos e modeladas por uma complexa intersecção de determinantes sociais, como raça, classe, gênero e etnicidade”. Mantêm que “a opressiva socialização e os opressivos relacionamentos sociais” podem prejudicar a autonomia através da fomentação de desejos, crenças, emoções e atitudes nos agentes; da frustração do desenvolvimento de capacidades e competências essenciais para a autonomia e de várias restrições e limitações no leque de alternativas de ação. Beauchamp e Childress afirmam apoiar os apelos pela superação da “socialização e relacionamentos opressivos” e ressaltam que estes chamam a atenção para a autonomia relacional, mas sem, com isto, rejeitar a autonomia em si (p. 61).

Assim, para os autores, a interpretação mais adequada do respeito à autonomia abarca o reconhecimento de uma obrigação fundamental de assegurar, da mesma forma, aos usuários dos serviços de saúde, o direito de escolherem, aceitarem ou declinarem da informação. Tanto a informação e a escolha forçadas quanto a revelação evasiva são incongruentes com esta obrigação. Em outras palavras, consideram que os profissionais de saúde deveriam sempre indagar dos pacientes seus desejos de receber informação e tomar suas decisões, não assumindo que, pelo fato de pertencer a uma determinada comunidade, este compartilha totalmente da visão de mundo e dos valores por ela propalados. O fundamental está no respeito às escolhas autônomas das pessoas, em particular. Respeito à autonomia não constitui um mero ideal na atenção à saúde, mas uma obrigação profissional. E a escolha autônoma configura um direito e não um dever dos pacientes.

Respeitar uma pessoa como agente autônomo significa, no mínimo, acatar seu direito de ter opiniões próprias, de fazer suas escolhas e de agir segundo seus valores e crenças pessoais. Isto envolve uma ação respeitosa e não meramente uma atitude respeitosa, requerendo mais do que uma não interferência nos assuntos alheios e incluindo, especialmente em certos contextos, as obrigações de construir ou manter a capacidade dos outros para procederem às escolhas autônomas através da mitigação de medos e demais condições destrutivas ou rompedoras das decisões autônomas. Nesta perspectiva, o respeito abrange a aceitação dos direitos de tomada de decisão e a capacitação das pessoas para agirem autonomamente, enquanto o desrespeito inclui atitudes e ações que ignoram, insultam ou aviltam os direitos de autonomia dos outros.

O princípio do respeito à autonomia pode ser enunciado como uma obrigação negativa ou positiva. Na primeira condição, declaram que as ações autônomas não deveriam ser submetidas a influências controladoras dos outros. Na situação de uma obrigação positiva, impõe um trato respeitoso no fornecimento das informações e no estímulo à tomada de decisões autônomas, havendo, em alguns casos, o dever de aumentar as alternativas disponíveis.

Muitas ações autônomas seriam impossíveis sem a cooperação material de terceiros com vistas a disponibilizar distintas opções. O imperativo de tratar os outros como fim implica em assistir as pessoas na consecução de seus próprios objetivos e em estimular suas capacidades como agentes e não simplesmente que se evite tratá-las unicamente como meios para as metas de outros. Estas obrigações positivas de respeitar a autonomia emanam, em parte, das próprias obrigações especiais que os profissionais de saúde têm para com os pacientes e os pesquisadores, para com os sujeitos.

Tons Beauchamp e James Childress ressaltam que o respeito à autonomia configura um dever, podendo, em determinadas circunstâncias, ser sobrepujado por outras obrigações morais que o rivalizam, como no caso das escolhas autônomas dos indivíduos ameaçarem a saúde pública, poderem causar danos a terceiros ou demandarem indevidamente a utilização de recursos escassos. Desta forma, segundo eles, o conceito de competência para a tomada de decisão guarda vínculo estreito com o de autonomia. Os usuários podem ser tidos como competentes para decidir quando apresentam capacidade de

entender a informação material; de proceder ao juízo desta à luz de seus valores; de almejar um determinado resultado e de comunicar livremente seus desejos para os profissionais. Neste sentido, a lei, a medicina e, em certa extensão, a filosofia, partilham uma correspondência das características da pessoa competente e das propriedades da pessoa autônoma. Assim, embora autonomia e competência distanciem-se no significado, com a primeira expressando autolegislação e a segunda, a habilidade de desempenhar tarefas, aproximam-se na similaridade dos critérios para sua avaliação. Disto decorre que uma pessoa autônoma é necessariamente competente para tomar decisões e que os juízos acerca da competência de uma pessoa para autorizar ou recusar uma intervenção deveriam basear-se em sua capacidade de escolher autonomamente, em circunstâncias particulares.

Ao trabalhar com saúde há necessidade de respeito mútuo, no qual se propõe a escutar o doente, poder acolher o outro em seu momento de dificuldade, que não é só biológica. Essa disponibilidade também deve abrir-se para responsabilizar-se pela ação de saúde, pelo cuidar, por aumentar o coeficiente de autonomia do usuário (Campos, 1994).

Por isso, considera-se que, para a modificação expressiva do modelo assistencial e a garantia da humanização das relações entre os componentes da equipe de Saúde da Família, é preciso que esta esteja imbuída quanto ao respeito à autonomia dos usuários, que devem ser estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, família, comunidade. As decisões devem ser livres e esclarecidas, fundamentadas em adequada e compreendida informação, para que possam aceitar ou recusar o que lhes é proposto.



***6- SÍNTESE
INTERPRETATIVA E
OBJETIVOS***

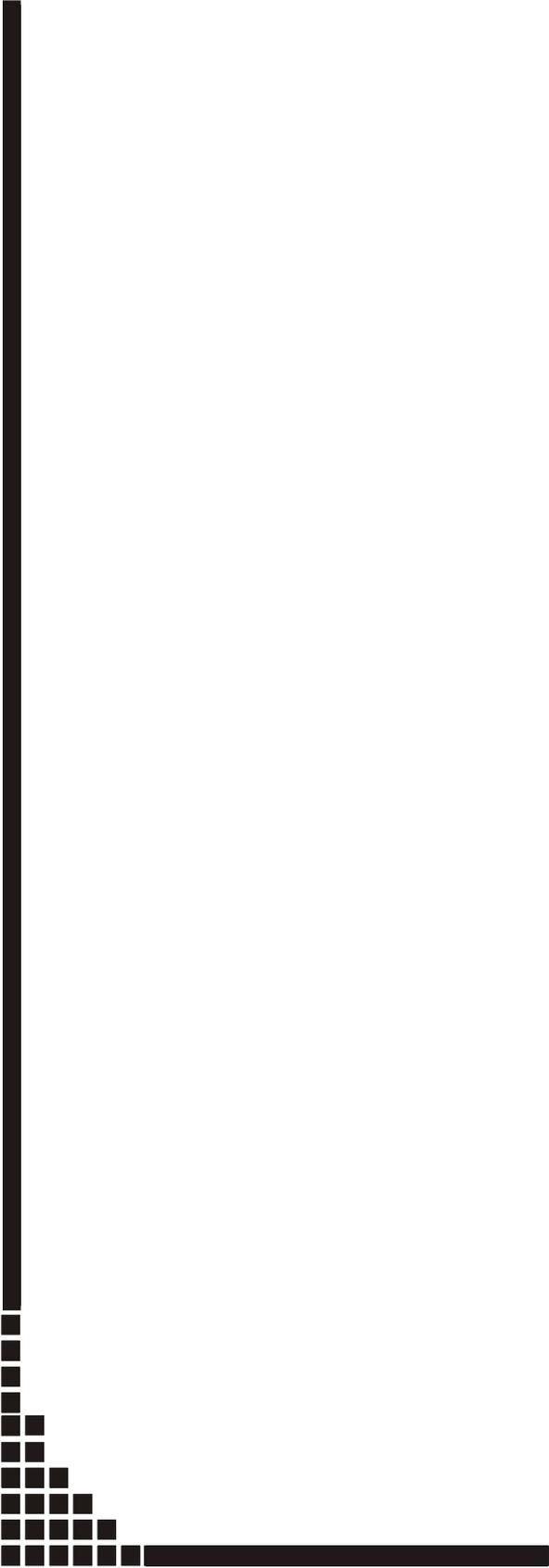
Para o desenvolvimento deste estudo, procuramos ancorar os horizontes teórico-metodológicos em alguns aspectos, a partir da consideração de que:

Há um espaço assistencial, de relação equipe-usuário-família, privilegiado no PSF: a visita domiciliar – que suscita investigação mais aprofundada por envolver:

- ❖ um encontro de sujeitos, de subjetividade atravessado por concepções, representações sobre saúde, doença, cuidado, prevenção, cura, necessidades de saúde.
- ❖ um espaço de conflitos, de relações de poder, submissão, resistência.
- ❖ e, um espaço potencial de construção ou de redução de autonomia do indivíduo/família.

Com as questões aqui levantadas, esse estudo pretende:

- ❖ Conhecer as representações de famílias e equipes de PSF sobre necessidades de saúde e sobre a atenção a essas necessidades pelo Programa.
- ❖ Conhecer o significado das visitas domiciliares, em termos de sua função e periodicidade, assim como o papel exercido pelos ACS através das visitas.
- ❖ Compreender se o espaço assistencial representado pela visita domiciliar é construtor da autonomia para o cuidado à saúde entre usuários/famílias.



***7- BASES
METODOLÓGICAS***

Neste capítulo, são apresentadas a forma e a natureza da abordagem da investigação e os aspectos teóricos do método que orientaram a análise. Apresenta-se, também, os cuidados éticos, a escolha do local e dos participantes, a entrada no campo, os procedimentos de coleta dos dados e o tratamento analítico dos dados.

7.1- A natureza qualitativa do estudo

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa pela própria natureza da sua temática central e, também, pelas questões examinadas na investigação. O estudo qualitativo justificou-se, nesse caso, por tratar-se de um fenômeno situado em um contexto específico em que as experiências, crenças, representações e atitudes dos sujeitos envolvidos constituem material significativo para a compreensão do objeto da pesquisa.

Através deste estudo, procurei conhecer a representação de famílias e profissionais das equipes de saúde sobre o espaço assistencial da visita domiciliar, buscando sua apreensão além do visível, em meio a sua grande complexidade e seu permanente caráter de incompletude e transformação.

7.2- Sentido ético

Os direitos constantes na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, se fizeram presentes em todos os momentos deste trabalho. Da mesma maneira, os princípios do Código de Ética Profissional da Enfermagem, nortearam a todo o momento, os passos deste estudo.

A instituição, onde foi desenvolvida a pesquisa, manifestou sua concordância com os seus propósitos e estratégias formalizados em um termo de consentimento informado. (Apêndice G).

Foi assegurada, aos participantes, a garantia da privacidade pessoal, mantendo, absolutamente, o caráter confidencial das suas informações. Foi formalizado esse acordo com os informantes, através de um termo de consentimento previamente informado, cujos modelos constam nos apêndices H e I, relativos à equipe PSF e às famílias, respectivamente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Anexo I, sob No 069/ 2005).

Os depoimentos dos participantes foram registrados no diário de campo e constam neste trabalho sob a forma de códigos numéricos e letras, salvaguardando o seu anonimato. Os recursos de gravação em fitas de áudio foram utilizados nas entrevistas, sob a condição expressa do consentimento dos informantes.

7.3- O método

A investigação acerca das representações de famílias e equipes de PSF em torno do espaço assistencial da visita domiciliar no PSF foi realizada através de entrevistas individuais e em grupo e observação participante, por ocasião das VD's dos agentes comunitários a famílias, buscando captar discursos e práticas frente às necessidades familiares.

A observação participante é considerada por Minayo (1993, p.135) como essencial no trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa. É definida por essa autora como *“um processo pelo qual mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica”*. Essa técnica caracteriza-se pela relação face-a-face entre observador e observados, e os dados são colhidos no contexto cultural e profissional vivenciado pelos informantes. Para Minayo (1993), as controvérsias se encontram justamente na própria prática da observação, ou seja, relacionadas com o que e como observar. A atitude do observador é determinante para o sucesso do trabalho em campo. Este deve manter-se imerso na realidade observada e, concomitantemente, dominar o instrumental teórico. O respeito, a empatia e a aproximação com o grupo, são fundamentais para a interação do pesquisador com os observados e com o contexto a ser estudado.

De acordo com Minayo (1993), há diferentes níveis de inserção e participação do pesquisador na realidade observada: Participante Total, Participante como Observador e Observador como Participante; esta última modalidade foi adotada para esta pesquisa.

Spradley (1980) sugere uma organização composta por uma série de passos subseqüentes para desenvolver o trabalho de observação participante, quais sejam: seleção de uma situação social, realização de uma observação generalizada, observação descritiva, análise do domínio, observações focadas, observação seletiva, análise componencial, análise temática e redação do relatório final. Nessa perspectiva, parte-se de um amplo espectro de observação em que são identificados os padrões mais gerais da realidade em questão, e caminha-se, gradativamente, em direção a um foco específico que, por sua vez, sofre um progressivo grau de aprofundamento. Neste modelo, o trabalho de observação se dá de maneira intercalada com o processo de análise.

7.4- O contexto do trabalho de campo

7.4.1- O Município

O trabalho empírico deste estudo foi desenvolvido em três unidades do Programa de Saúde da Família no município de Amparo, SP. A opção pelo Município de Amparo se deve à organização do sistema municipal de saúde, sendo que apresenta uma particularidade que o diferencia da maioria dos municípios paulistas: o fato de ter decidido implantar o Programa de Saúde da família em 1995 e ter hoje 100% de sua rede básica organizada através dessa estratégia. Em 2006, 90% da população está cadastrada e é acompanhada pelas equipes de saúde da família. O fato de apresentar o Programa de Saúde de Família bem consolidado, constituído de forma muito próxima ao preconizado pelo Ministério da Saúde, onde as visitas domiciliares são instrumentos importantes de atuação das equipes, sendo realizadas mensalmente pelos agentes, tornaram-o um local privilegiado para se estudar as VD'S.

Amparo é um município de médio porte, com população de 65.000 habitantes, localizado a 130 km da capital, que integra a região de saúde de Campinas. Encontra-se habilitado pela gestão plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1998, sendo responsável pela gestão dos serviços próprios e privados conveniados com o SUS.

Dentre as características demográficas, chama a atenção o tamanho da população idosa (11,6 %), superior ao percentual do Estado de São Paulo e do Brasil, e a redução da taxa de natalidade na última década. Cerca de 83% da população vive na área urbana. Dentre as causas de óbito na população em geral, predominam as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e causas externas.

Em relação ao perfil social, a cidade convive com um número considerável de desempregados e famílias com baixa renda. Loteamentos irregulares, moradias precárias, situações de pobreza na área rural, grande número de alcoolistas e drogaditos compõem uma parte da cidade que convive com setores urbanos mais estruturados, onde vivem as famílias com maior poder aquisitivo, reproduzindo no espaço urbano municipal as diferenças sociais do país, que continua ostentando uma das maiores concentrações de renda do mundo.

Estas diferenças repercutem no processo saúde-doença, com o perfil de morbimortalidade se distribuindo de maneira semelhante à distribuição da pobreza.

7.4.2- O SUS de Amparo

Em Amparo, a atenção à saúde na rede básica baseia-se na estratégia de Saúde da Família. O sistema municipal de saúde é formado por serviços próprios e serviços conveniados com o SUS.

Assim rede própria é formada por treze unidades básicas de saúde que comportam 18 Equipes de Saúde da Família; Ambulatório de Especialidades Centro de Saúde central; Centro de Apoio Psicossocial/ CAPS; Núcleo Ambulatorial de Saúde Mental; Laboratório Municipal de Análises Clínicas; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; Centro Odontológico; Central de Ambulâncias, Departamento de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

A rede conveniada é formada por dois Hospitais Gerais – Santa Casa Anna Cintra e Beneficência Portuguesa de Amparo, e um Hospital Psiquiátrico – Sanatório Ismael.

Todas as unidades trabalham com população adscrita e cada equipe tem cadastradas, em média, 900 a 1000 famílias. Cada unidade conta com, ao menos, uma equipe de PSF e uma equipe de Saúde Bucal, porém, nas unidades da área rural, com pequeno número de famílias cadastradas, os profissionais dividem a jornada de trabalho em mais de uma unidade. Em cinco unidades trabalham duas equipes de Saúde da Família, dividindo a responsabilidade por diferentes micro-áreas.

Para construir esta rede, foram implementadas as seguintes diretrizes.

- organização do processo de trabalho das Equipes buscando garantir o acolhimento, vínculo, responsabilização, e autonomia dos usuários e das equipes;
- desenvolvimento de ações preventivas / educativas e curativas voltadas para melhorar a qualidade de vida da população da área de abrangência;
- democratização da gestão através da criação de Colegiados de Gestão e ;
- desenvolvimento de um amplo processo de Educação Permanente para qualificar a clínica desenvolvida pelos profissionais,
- planejamento e construção de indicadores para avaliação do trabalho das equipes;
- incorporação das ações de saúde bucal na atenção integral à saúde das famílias, garantindo inclusive atendimento aos adultos, com implantação do tratamento completado;
- incorporação de ações básicas de Saúde Mental no atendimento às famílias, através da descentralização do trabalho de psicólogos;

- investimentos nas retaguardas laboratoriais e especializadas garantindo o atendimento dos casos de maior complexidade, (Relatório de Gestão 2005/2008, SMS).

A partir de 2001, colocou-se como uma das diretrizes para o trabalho da rede de USF a formação de grupo de usuários nas unidades, com objetivo de criar espaço para troca de experiências entre os participantes, discussão de temas importantes para a prevenção das doenças e a promoção da saúde, o auto cuidado e a busca de autonomia para cada um lidar com seus problemas e suas doenças.

Esta diretriz foi assumida pelas equipes e em 2004, o número de atividades em grupos, registradas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIASUS, evidencia que houve um aumento importante dessas atividades.

Todas as equipes de Saúde da Família são formadas por médicos, enfermeiros, equipes de enfermagem, agentes de saúde, dentistas e ACD com jornada de 40 horas semanais.

Quanto às características das ações executadas pelas enfermeiras lembramos que estas desenvolvem ações de caráter individual, de controle da demanda espontânea e oferta organizada. Participam das equipes de PSF e em seis unidades respondem pela coordenação das mesmas. Nas equipes, fazem o acolhimento, consultas de enfermagem conforme protocolos pactuados, visitas domiciliares, trabalho de grupo e supervisionam as ações dos técnicos de enfermagem, além de participarem das reuniões de equipe.

O fechamento das planilhas do SIAB, do SIASUS e outros sistemas de informação, bem como a coordenação do trabalho dos agentes é, na maioria das unidades, de responsabilidade das enfermeiras.

Comparando a produção das enfermeiras ao longo dos últimos quatro anos, é possível verificar o aumento expressivo do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado das equipes de Saúde da Família.

Com relação às ações executadas pelos Agentes Comunitários podemos dizer que a principal atividade dos Agentes em Amparo é a visita domiciliar às famílias cadastradas nas micro áreas do PSF.

A Portaria 1.886, do Ministério da Saúde de dezembro de 1997, definiu as atribuições do ACS, tais como, realização do cadastramento das famílias, participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência; realização do acompanhamento das micro-áreas de risco; realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial. Nova Portaria, de janeiro de 2002, acrescentou novas atribuições, relacionadas à prevenção e controle da dengue e malária.

A Secretaria Municipal de Saúde, através das reuniões do Colegiado de Coordenadores do PSF e através das capacitações que vêm realizando ao longo dos últimos anos, tem construído uma proposta de diretrizes para o trabalho dos ACS, porém as equipes têm autonomia para planejar este trabalho conforme suas prioridades (Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2004).

As Visitas Domiciliares no modelo PSF em Amparo

Visitas diárias pelos ACS – Os Acs's percorrem suas respectivas microáreas, realizando uma média de 7 a 8 visitas diárias. Saem da unidade com um roteiro pré-determinado do percurso, onde priorizam as casas conforme critérios determinados pelo programa; visitas de rotina às família cadastradas; visitas a recém-nascidos, gestantes, hipertensos e diabéticos; visitas a famílias que apresentam riscos sociais; entrega de avisos ou resultados de exames; visitas de Vigilância Epidemiológica (dengue). Sempre procuram entrar nas residências, o que é feito com tranquilidade na maioria das vezes. Entram, conversam, trocam idéias, perguntam sobre medicações, exames, alimentação, ouvem problemas, queixas, ajudam, trocam idéias, entregam recados, convocatórias, preenchem fichas, anotam, observam.

Visitas aos acamados – Realizadas semanalmente, geralmente por médicos e/ou enfermeiros, com o acompanhamento dos ACS's. Organizam-se de tal forma que mensalmente visitam os acamados cadastrados. Além das aferições de rotina (PA, Dextro, medicação) muitas vezes são realizados procedimentos e orientações

Visita domiciliares feitas pelo dentista ou ACD - conscientizam casos de pequena complexidade que se faz necessário à ida ao domicílio

Visita para procedimentos pontuais – medicação, troca de sondas, punção, venóclise geralmente feita pelos técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros.

O maior volume das visitas cabe, portanto, aos Agentes Comunitários de Saúde.

7.4.3- Os critérios para seleção das USF's participantes

A seleção das unidades de PSF integrantes do estudo considerou os seguintes critérios: dimensão da cobertura assistencial do programa, equipes completas, bairros representativos das características socioeconômicas do município, certa heterogeneidade em relação aos convênios de tal forma que não fossem apenas SUS dependentes, recebendo visitas domiciliares regulares há pelo menos 05 anos, possibilitando opinar sobre o impacto das visitas em suas vidas.

Em função disso, foram escolhidos a região de cobertura do PSF's São Dimas e Brasil. O PSF Pinheirinho também foi escolhido pela sua localização estratégica, onde haveria maior quantidade de usuários não dependentes do SUS, que poderiam fazer um contraponto e permitir novos olhares à questão da Visita Domiciliar.

Foram estudadas as atividades de VD desenvolvidas pelas 5 equipes de Saúde da Família das 3 UBS escolhidas.

7.4.4- Locais de estudo

USF São Dimas: esta unidade está situada a aproximadamente 5 km do centro da cidade. É composta, em sua maioria, por população de classe média baixa, com renda familiar mensal de 2 salários mínimos. A esta Unidade de Saúde compete assistir 10.771 indivíduos, abrangendo 2.897 famílias. A área é subdividida em 11 microáreas contando com 10 agentes comunitários de saúde, 2 médicos, 3 enfermeiros, 3 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário 2 recepcionistas 1 auxiliar de serviço.

No seu trabalho assistencial junto à população local, essa Unidade de Saúde oferece uma gama de serviços: consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, vacinação, curativos, injeções, verificação de sinais vitais e teste glicêmico, grupos educativos - 12 grupos – de reeducação alimentar para HAS e diabetes realizado pela nutricionista com os ACS, de gestantes, com psicólogos, saúde bucal, atividades físicas para adultos, atividades físicas para adolescentes, prevenção DST /fazendo arte, vivências com a 3ª idade, mulheres para prevenção e auto exame de mamas, pacientes portadores de verminose e grupo de reeducação alimentar com adolescentes.

USF Pinheirinho

Esta unidade é central, localizada ao lado do ambulatório de especialidades, composta em sua maioria por população de classe média, com média salarial por família de 3 salários mínimos. A ela compete assistir 4391 indivíduos, abrangendo 1.100 famílias.

Tem uma equipe, composta por 6 ACS, 3 médicos, 3 enfermeiras, 2 dentistas, 3 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário, 2 recepcionistas, 2 agentes administrativos.

Possui 9 grupos educativos com 243 participantes – grupo quinzenal de reeducação alimentar para HAS e diabetes, realizado pela nutricionista e ACS's, de gestantes - mensal, grupo com psicólogo (suporte psicológico para melhorar interação entre pais e filhos), de educação em saúde bucal, de atividades físicas para idosos e adolescentes e parceria com creche – odonto bebe.

USF Jardim Brasil:

Unidade distante 6 km em relação ao centro da cidade, composta em sua maioria por população de classe média baixa, com média salarial por família de 2 salários mínimos. A esta unidade de saúde compete assistir 5.585 indivíduos, abrangendo 1.396 famílias. A área é subdividida em 6 microáreas, tendo cada ACS uma delas sob sua responsabilidade.

A equipe é composta por 6 ACS, 3 médicos, 2 enfermeiras, 1 dentista, 3 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário, 2 recepcionistas, 2 residentes de saúde da família.

Desenvolve 6 grupos de educação em saúde com 168 participantes: reeducação alimentar para HAS e diabetes, realizado pela nutricionista e ACS's, de gestantes quinzenal, com psicólogo (acolhimento/usuários), educação em saúde bucal, atividades físicas para idosos e adolescentes e parceria com creche odonto bebe.

7.4.5- Sujeitos da Pesquisa

Constituíram-se em sujeitos da investigação - participantes da gestão local do PSF local - Secretária Municipal de Saúde e Coordenadores do programa do município, componentes das 5 equipes de saúde da família das 3 USF estudadas, ACS enfermeiros e médicos, assim como membros das famílias assistidas pelo programa.

Critérios para escolha das Famílias

Entrevistamos famílias adscritas às equipes de USF selecionadas, que estavam recebendo regularmente visitas domiciliares dos ACS. Um conjunto de familiares pertencia a famílias onde havia portador de doença crônica (diabetes/hipertensão), cujas patologias não se encontravam bem controladas. Essa escolha se baseou na consideração de que pacientes com a doença não compensada apresentam maior risco à saúde, sendo assim, demandariam uma visita mais cuidadosa, no sentido de captar suas necessidades e construir, com paciente e família, estratégias de cuidado e ampliação de autonomia, em

contraposição ao conjunto de portadores de doença crônica compensada, que estariam recebendo visitas de caráter mais rotineiro. Além disso, investigamos também algumas famílias que tinham relutância em aderir ao PSF e abordamos, em menor número, famílias com acamados.

Como técnicas de coleta dos dados utilizaram-se entrevista individual semi-estruturada, entrevistas em grupo e observação participante.

Tipos de visitas domiciliares utilizadas para coleta de dados:

- Acompanhamento de VD de rotina das ACS's a famílias cadastradas da área de cobertura das USF: 30 observações e entrevistas com membros das famílias nas 3 USF.
- Acompanhamento de VD a portadores de doenças crônicas não compensadas - foram realizadas 10 observações e entrevistas em cada campo (São Dimas, Pinheirinho, Brasil), num total de 30 obs/entrevistas.
- Acompanhamento de VD a famílias de portadores de doenças crônicas com dificuldades de adesão ao PSF - 8 obs/entrevistas na área da USF Pinheirinho.
- Acompanhamento de VD's realizadas pelos outros profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem).

Além das visitas, foram realizadas também entrevistas com a gestora municipal de saúde e os 3 membros do conselho gestor do PSF; 11 entrevistas com médicos (5) e enfermeiros (6) e, com os ACS, houve dois momentos de entrevistas coletivas, nos quais participaram 8 ACS em cada uma.

7.5- A trajetória metodológica

7.5.1- O sistema de coleta de dados / procedimentos para registro de dados

Foi realizado contato prévio com cada equipe selecionada, apresentando os propósitos e a metodologia do estudo. Foi constatada, nessa oportunidade, que havia abertura e um significativo nível de interesse dessas pessoas frente à proposta de trabalho.

Como técnica de coleta dos dados utilizou-se entrevista individual semi-estruturada, entrevistas em grupo e observação participante. As entrevistas foram realizadas com gestores e membros da coordenação técnica do PSF no nível municipal, buscando compreender o contexto em que vem se desenvolvendo o programa. Para sua realização, foi utilizado um roteiro, conforme apêndice A.

A coleta de dados junto aos membros das equipes de saúde da família - enfermeiros e médicos se deu por meio de entrevistas e, junto aos ACS, foi realizada igualmente através de entrevistas em grupos e observação. A abordagem de componentes de famílias assistidas pelo Programa foi por meio de observação e entrevistas.

Foi feito um diário de campo para registrar os dados observados. Nesse diário, foram registrados os acontecimentos observados nas situações diárias e, mais especificamente, nas situações assistenciais que ocorriam com a participação de membros da equipe e membros da família no espaço domiciliar. O modelo de registros encontra-se apresentado no apêndice F.

As entrevistas, foram gravadas em fitas de áudio, e transcritas integralmente, o mais breve possível, após os encontros.

O diário de campo guardou registros daquilo que foi visto e ouvido, respostas para determinadas perguntas e atitudes ou práticas através de notas condensadas ou ampliadas, incluindo palavras e frases. Seguindo as orientações de Spradley, mesmo utilizando o recurso da gravação das entrevistas, procurou-se fazer sempre um registro condensado daquilo que ocorreria, ou seja, do que foi dito com maior ênfase ou emoção, e também a descrição dos aspectos ligados ao contexto em que se deu o encontro. As notas

ampliadas representaram uma expansão da versão condensada. Foram registrados também, nesse diário, as impressões, os sentimentos e as percepções da pesquisadora, configuradas como notas da pesquisa. Os “insights” e inferências teórico-metodológicas constituíram as notas teóricas. Foram usados códigos numéricos e letras para identificar as falas e as atitudes com as respectivas pessoas, preservando o anonimato destas no sistema de registro.

7.5.2- Os instrumentos utilizados

No trabalho de observação direta, foi utilizado um roteiro que apontava aspectos gerais que deveriam merecer importante atenção no cenário assistencial, apresentado na íntegra, no apêndice E. Esses aspectos estavam ligados à organização geral do contexto assistencial e da própria visita domiciliar; à forma de inserção da equipe de PSF e da família na situação assistencial: as manifestações verbais e não verbais de familiaridade, os vínculos existentes, as necessidades de saúde, as expectativas em relação à sua saúde, o modo de andar a vida.

Esse roteiro foi muito útil, principalmente nos primeiros contatos no domicílio. À medida que foi necessário aprofundar o olhar sobre certos aspectos da realidade, algumas questões sofreram refinamento nas observações, incorporando novos aspectos e sugerindo o retraimento de outros.

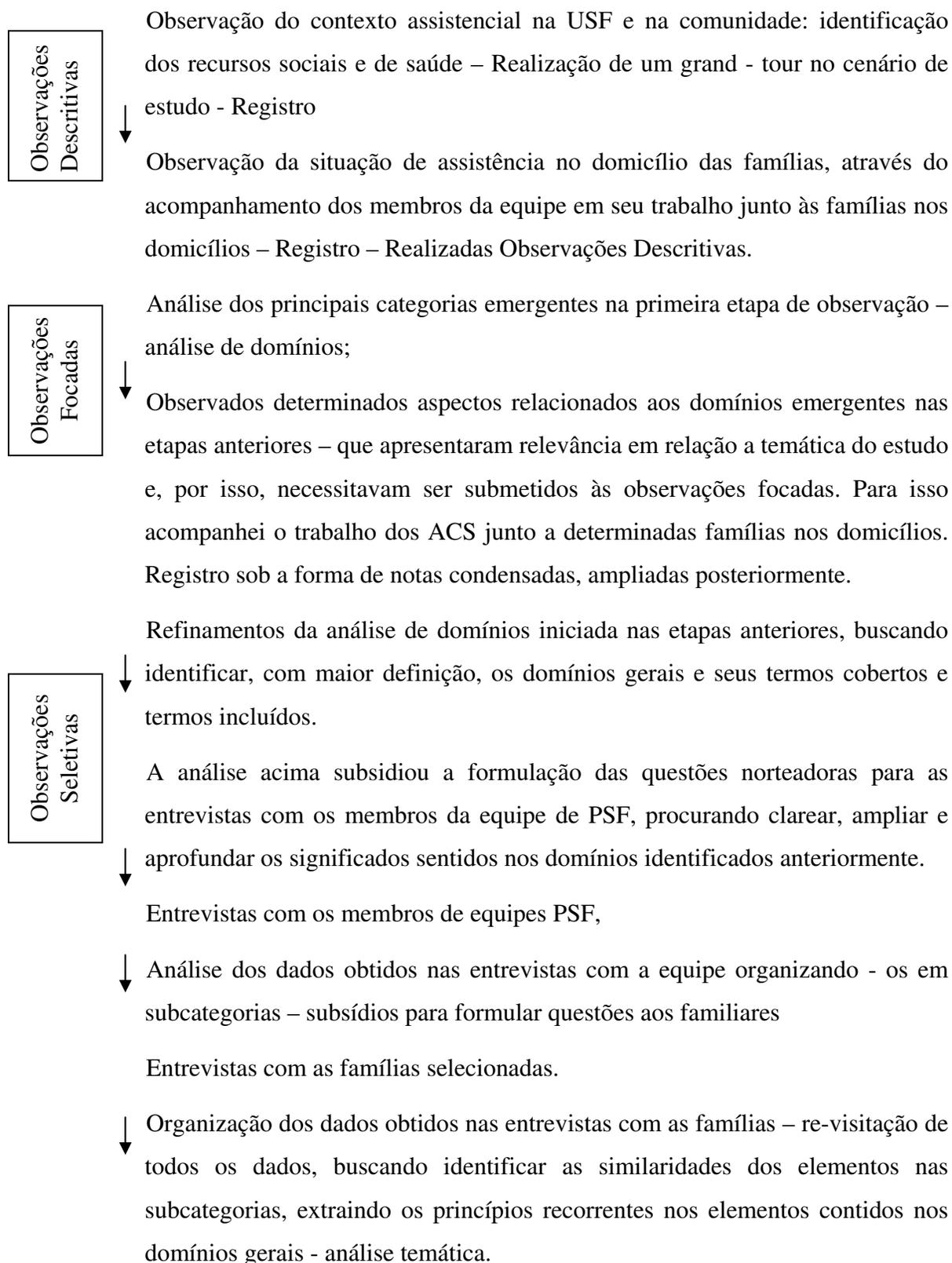
Enquanto o trabalho de campo avançava e exigia um olhar mais direcionado para a realidade em pauta, lancei mão das entrevistas semi-estruturadas no sentido de focar, com maior profundidade, aquelas questões que se mostravam relevantes para o estudo. As questões norteadoras que direcionaram essas entrevistas encontram-se descritas no roteiro.

Estes instrumentos (diário de campo, roteiro de entrevista, roteiro de observação e registro) foram, sem dúvida, muito importantes no sentido de nortear minhas observações e os diálogos que ocorreram no campo. Todavia, a flexibilização dos roteiros mostrou-se fundamental para a ampliação ou delimitação do olhar sobre a temática em estudo.

7.5.3- As etapas de observação e de análise dos dados

Adaptado ao modelo proposto por Spradley (1980), o trabalho de observação desenvolveu-se em três níveis, quais sejam: observações descritivas, focadas e seletivas. Tal trabalho também ocorreu de modo intercalado com o processo de análise na seguinte ordem: análise de domínios, análise componencial, e análise temática. Esse processo sofreu um progressivo refinamento e aprofundamento do olhar sobre a situação assistencial no trabalho da equipe PSF junto às famílias. Em todas as etapas, a análise dos dados ocorreu simultaneamente à observação, como mostra o diagrama 1.

Diagrama 1- Trajetória metodológica de coleta e análise dos dados



Como foi apresentado nesse diagrama, as falas oriundas da observação descritiva, em que procurei reconhecer a situação e o contexto sócio-cultural do estudo, foram submetidos à análise de categorias, ou seja, procurei identificar os grandes domínios de significados que se manifestaram nessa primeira etapa, sem poder visualizar, ainda claramente, as interconexões possíveis. A partir dessa análise inicial, emergiram as questões norteadoras que direcionaram o foco da etapa seguinte, revelando quais eram os aspectos que se deveria manter sob a perspectiva de uma observação focada, voltando o olhar para a situação assistencial propriamente dita. Transitando entre um nível de complexidade e aprofundamento cada vez maior, cheguei a questões norteadoras que exigiam uma visão mais seletiva sobre alguns aspectos que estavam se revelando cada vez mais importantes no decorrer desse processo. Para isso recorri à técnica de entrevistas semi - estruturadas com os gestores, equipes PSF e, com determinadas famílias. Emergiu, nessa fase do trabalho, um grande volume de dados com revelações importantes, que confirmavam ou refutavam as percepções anteriores. Esse olhar retrospectivo sobre o processo permitiu colocá-lo sob uma perspectiva mais global e, ao mesmo tempo, sintetizá-lo. Isso também tornou possível a revalidação dos achados, apontando para possíveis necessidades de voltar a campo, a fim de complementar ou clarear determinadas informações. Essa visão mais conjunta da realidade estudada, sob o foco da investigação, possibilitou a identificação dos principais padrões recorrentes através da percepção das interconexões presentes entre as subcategorias, observando um grau de generalidade nos seus elementos constituintes. Assim foi possível chegar aos temas universais, vindo a gerar as formulações teóricas do estudo.

Etapas do trabalho de campo:

As duas primeiras etapas da observação, quais sejam a observação descritiva e a focada, foram realizadas em um período de doze meses, correspondendo ao período de maio a novembro de 2004 e fev a jun de 2005. Posteriormente, o momento de observação seletiva, no qual realizei as entrevistas com os integrantes da equipe de PSF e membros de determinadas famílias, se estendem de fevereiro a setembro de 2005. Houve a necessidade de retorno ao campo em 2006 para refinamento das observações e a realização entrevistas

grupais com as ACS. A minha permanência efetiva junto aos usuários totalizou um período de 20 meses, contando com algumas interrupções que corresponderam ao tempo reservado à análise dos dados.

A primeira etapa – caracterizada pela observação descritiva – constitui-se de um olhar generalizado ou não direcionado sobre a situação social mais ampla, em que se encontra inserido o serviço de saúde. A observação voltou-se, nesse momento, para a comunidade de modo geral e, também, para a inserção do serviço e da própria equipe PSF nesse ambiente de cuidado. Era necessário, inicialmente, que se reconhecesse o contexto sócio econômico-cultural local e, por outro lado, foi preciso que eu me apresentasse à comunidade e também apresentasse as finalidades da minha presença entre aquelas pessoas.

Fui me aproximando, cautelosamente, da realidade que desejava observar; passo a passo, procurava interagir, cada vez mais, com os membros da equipe de PSF e com as pessoas da comunidade escolhida. Vale destacar que fiz a apresentação do projeto de pesquisa para cada USF em que atuei e para qual apresentei as principais indagações do estudo. Fui argüida pelas equipes sobre esse foco (VD's) e, quando apresentava ênfase na autonomia, verificava que era um conceito de difícil compreensão, o que pude comprovar posteriormente, ao término do estudo.

Iniciei então, o *grand-tour* de observações, assim denominado por Spradley (1980); parti para uma convivência intensa com a dinâmica de trabalho da equipe de PSF e com a vida da comunidade em geral. Procurei aproximar-me dos membros da equipe durante o desenvolvimento de suas atividades na Unidade de Saúde, conheci sua planta física, seus equipamentos, programas, atividades intra e extra muros, modelos de atendimento, de registros, sistema de agendamentos, rotinas e ações das visitas domiciliares, implantação desse serviço na comunidade, participei de reuniões de trabalho, de encontros com os grupos de trabalho na comunidade, contatos informais com clientes na sala de espera e com os membros das equipes na “hora do café”. As equipes mostraram-se extremamente receptivas ao trabalho e, num jogo cooperativo, logo se encarregaram de me apresentar detalhadamente a comunidade, com seus recursos, suas características e dificuldades, a organização territorial da assistência, as características de cada micro-área e, também o seu diagnóstico de saúde.

Tratava-se, ainda, de uma aproximação geral com a equipe e com as famílias, pois os contatos pessoais passaram a ocorrer com maior proximidade quando, em um momento posterior, acompanhei individualmente o trabalho assistencial de cada um de seus membros. Eu procurava absorver ao máximo todo tipo de informações que se apresentavam no cenário assistencial. Nesse sentido, procuramos entender como cada equipe organizava o seu trabalho e as relações que ali ocorriam.

Com o intuito de conhecer como ocorriam as visitas realizadas rotineiramente pelas agentes comunitárias, acompanhei-as, nos três campos de estudo, durante suas visitas diárias: entrega de avisos, entrega de resultados de exames, visita a recém-nascidos, visita à gestantes, visitas à acamados, visita à hipertensos e diabéticos, visitas de rotina, visitas de VE (dengue), visitas à grupos de risco específicos. Isso ocorreu em diferentes dias da semana e também em diferentes períodos, matutino e vespertino. O número de famílias acompanhadas nessa fase de observação variou conforme a necessidade de aprofundamento das observações, sendo que, praticamente, acompanhei de dois a três períodos com cada agente, percorrendo toda sua área de cobertura. Quando a situação assistencial observada revelava fatos interessantes, registrava no diário de campo e combinava com a família meu retorno posterior.

As observações foram centradas no dizer e no fazer das famílias e dos membros da equipe de PSF, na maneira como interagiam nas situações assistenciais, o que mais valorizavam em suas ações, como viam aquele momento de encontro, como hierarquizavam, consideravam e aplicavam os saberes sobre os cuidados de saúde, como relatavam o antes e o depois que estas visitas passaram a ocorrer, como consideravam e valorizavam as ações e os sentimentos que se manifestavam nas palavras e nas atitudes – tanto por parte das famílias, como por parte dos ACS. No contexto do domicílio, minha atenção voltou-se, com maior cuidado, para tudo aquilo que pudesse sinalizar o “sentir-se à vontade”, “ser respeitado”, “comunicar-se”, “expressar-se” “estar satisfeito”, ou não, com a presença dos ACS’s no domicílio, bem como, os demais membros da equipe. Na verdade, tudo era observado.

O posicionamento profissional em relação a questões que exigiam um encaminhamento mais urgente e, reconhecidamente, necessário pela família. Procurava observar como a ACS era recebida, muitas vezes com festa, às vezes indiferente e, não raras vezes, no portão ou na entrada da casa. Eu procurava captar, de modo capilar, em que momento assistencial aconteciam às trocas e interações necessárias, como a família se posicionava, como recebia o ACS, o que perguntava, como recebia a informação do agente, como se estabelecia o vínculo. Procurava identificar quem assumia a interlocução, suas atitudes e dos outros membros também.

Em um momento posterior a esse encontro, de modo particular, procurava saber como a família vinha percebendo essa dinâmica, como se sentiam, o que mudou, como era sua vida antes e após a implantação desse modelo que os acompanha tão de perto. Nessa oportunidade, os membros da família discorriam, longamente, sobre suas dificuldades, ansiedades, expectativas em relação ao serviço de saúde e ao modo geral de andar a vida.

Esta foi, para mim, uma fase de vivências muito ricas, tanto na dimensão do estudo quanto no plano pessoal. A minha aproximação com as famílias e com a vida cotidiana da comunidade foi muito rica. Tive o cuidado de ingressar em seus domicílios através da apresentação de uma pessoa conhecida e confiável (ACS), ou seja, minha presença no domicílio sempre foi acompanhada inicialmente por algum integrante da equipe que já tinha certa aproximação com a família. Ainda assim, solicitava o consentimento formal para adentrar o espaço do domicílio. Após as apresentações pessoais, discorria sobre a finalidade da minha presença ali, naquele momento, evidenciando os objetivos do estudo, de maneira clara e objetiva para que os membros participantes pudessem, em seus respectivos níveis de entendimento, compreender minha presença naquele recinto.

No anexo II descreve-se, o início da inserção no campo, e no cotidiano das equipes e das famílias.

No segundo momento do trabalho, voltado à observação focada, debrucei o olhar sobre a situação assistencial propriamente dita. Nessa oportunidade, acompanhei todos os ACS nas visitas domiciliares, individualmente. Do primeiro plano de análise, partindo dos domínios identificados, emergiu a reflexões dando forma às questões norteadoras que direcionam o foco das observações da segunda etapa.

As observações foram centradas no dizer e no fazer dos membros da equipe de PSF, nas maneiras como interagem com as famílias naquela situação assistencial, o que mais valorizavam em suas ações e como consideravam e aplicavam os saberes sobre os cuidados de saúde.

Os dados observados foram registrados em diário de campo, sob a forma de notas condensadas, realizadas concomitantemente com a observação, destacando os aspectos mais significativos, que auxiliassem a redigir as notas ampliadas.

Em um primeiro momento, foi realizada uma leitura exaustiva de todos os dados. Foi quando procurei assinalar todos aqueles termos e expressões que pudessem ter alguma relação entre si e também, com os padrões gerais. Uma segunda leitura teve como objetivo destacar as passagens assinaladas, agregando-lhes os elementos significativos do contexto que se revelavam importantes, no sentido de detectar aspectos similares em relação a outros. Todas essas passagens foram recortadas do diário de campo e compuseram um quadro específico em que procurei visualizar as minúcias, as ramificações de cada passagem em relação a si mesma e, também, frente ao conjunto.

Numa terceira etapa optei por entrevistar famílias que convivessem com um ou mais membros portadores de doença crônica (diabetes ou hipertensão), uma vez que os próprios dados, no seu conjunto, foram sinalizando a necessidade de aprofundar o nível de detalhamento. As questões que se colocavam com mais firmeza eram as seguintes: Há diferenças nas VD's em famílias com portadores de doenças crônicas? AS VD's nesses casos vão além da visita rotineira? Muda o discurso? Muda a periodicidade? Há mudança de atitude da família? Elas são mais acentuadas onde há portador de doença crônica? Se o paciente é especial, há maleabilidade na equipe para trabalhar com eles? Como os ACS se posicionam? O discurso muda? É possível fazer um recorte da autonomia com a patologia?

Essas entrevistas foram conduzidas por questões norteadoras originadas no contexto das reflexões anteriores e no conjunto da análise desenvolvida ao longo desse processo.

De modo similar ao tratamento analítico dispensado aos dados anteriores, esses dados também foram classificados, sendo incorporados aos padrões gerais, aglutinando e definindo mais claramente os significados, ressaltando os temas emergentes. Para o exame de todos esses elementos, no contexto do seu conjunto, dividimos a apresentação dos dados em dois momentos.

Num primeiro momento determinamos as categorias operacionais Função, Frequência e Papel do ACS, para analisarmos o objeto VD; e num segundo momento partimos das categorias analíticas, *necessidades de saúde e autonomia*, onde verificamos as representações de família e equipes sobre elas.



8- RESULTADOS E DISCUSSÃO:

a visita domiciliar pela voz das
famílias, equipes de saúde e gestores

No presente capítulo serão enfocadas as contribuições das famílias, dos integrantes das equipes de saúde e dos gestores, sobre o espaço assistencial da visita domiciliar. Traremos as análises que emergiram das observações participantes e das entrevistas, as categorias que as constituem e as unidades de significado que as substanciam. As unidades de significado foram compostas à partir de um intenso trabalho de descarte de complementos e sucessivas sínteses, efetuadas para emergir a essência dos dados obtidos. Vários enunciados das unidades de significado resultaram da agregação das declarações de mais de um entrevistado, procedimento efetuado quando os conteúdos demonstraram equivalência.

Inicialmente, trabalharemos com as categorias definidas na constituição do objeto “Visita Domiciliar”: Função, Frequência/Periodicidade, Papel do ACS.

Posteriormente, a partir das categorias analíticas *Necessidades de Saúde e Autonomia*, analisaremos as representações de famílias e membros das equipes sobre saúde e necessidades de saúde, e sobre a potencia da VD para captá-las e para promover a autonomia dos usuários.

Vale destacar que a análise de domínios, desencadeada após a realização da observação descritiva, revelou a existência de padrões que se mostraram significativos no contexto assistencial.

Dentre os padrões gerais – que dizem respeito à qualidade do processo interativo que é pretendido no contexto das visitas domiciliares, revelaram-se importantes: **a atenção, a confiança, a dedicação e responsabilidade.**

Esses domínios emergiram da reflexão do primeiro plano de análise descrito no anexo II (pág. 222).

8.1- A VD propriamente dita

Apresentamos, a seguir, a visão dos usuários e familiares dos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros bem como dos gestores, com relação à visita domiciliar propriamente dita.

8.1.1- Função da VD

Unidades de Significado

Famílias

“Tira dúvidas da gente, trouxe ensinamento, conhecimento.”

“É muito bom, a gente fala realmente tudo o que precisa, não é só aquela coisa rápida da consulta. Depois eles estão vendo os nossos problemas.”

“As visitas são excelentes – trazem ganhos sim, pois é uma tranquilidade saber que alguém se preocupa, que pode agilizar as nossas necessidades – que nos ouve com regularidade, que independente dos nossos problemas está do nosso lado.”

“Eu gosto das visitas – elas animam, reforçam nossos conhecimentos, corrigem as coisas que estão tortas”.

“As visitas são sempre bem – vindas, alegre. Mudança? Não trouxe, não, mas eu gosto de recebê-las”.

“È bom. Gosto muito”.

“È o que vale nesse programa porque a consulta com o médico piorou”

“É ótimo. Por quê? Porque sempre tem o que acrescentar.”

“È um momento para parar e pensar um pouco na gente, é bom.”

“Eu gosto de receber as visitas, mas não podemos também esperar que ela vá resolver tudo, tem que continuar batalhando para conseguir.”

“A gente se sente cuidada, amparada.”

“Olha é uma atenção especial, não dá para falar que não é porque é. Então tudo quê se preocupa com a gente, com a nossa saúde a gente tem que valorizar por mim ta ótimo”.

“Traz conforto, segurança estímulo.”

“Tira a solidão que é ficar doente.”

“A gente pensa antes de tomar o remédio e de sair comendo”.

“È bom recebê-los. Eles conversam, ficou ruim agora que eles não podem mais marcar consultas – aí não resolve tanto.”

“É bom porque elas chamam para participar das atividades da unidade. Às vezes são eles, às vezes as enfermeiras e os outros profissionais que fazem as reuniões, os encontros, tem até exercício...”.

Médicos e Enfermeiras

“As visitas são essenciais para definir nossas ações dentro a USF, elas norteiam a assistência.”

“Torna mais fácil um planejamento de ações de enfermagem de acordo com condições observadas no domicílio.”

“Traz a realidade. Quer coisa melhor do que lidar com os fatos reais”.

“Acho que a VD é ótima, estabelece vínculos, amizades, confiança – o usuário com o tempo conta muita coisa no domicílio que não contaria em outro lugar- além disso, só de olhar para ele (familiar) a gente já percebe se a família vai ou não fazer o que você indicou. Pena que nós não temos tempo para fazer muita VD pois é uma atividade demorada”.

“Em relação ao vínculo, amizade e relacionamento com o serviço a visita é tudo.”

“As pessoas são mais sinceras no domicílio. Ela tem mais liberdade para se expor.”

“Na casa da pessoa ela trata a gente como amiga, parceira então a abertura dos problemas, sentimentos é muito maior.”

“A gente vê exatamente como ocorrem as coisas, então não tem jeito de ter distorção, por exemplo: a caso da dengue, não tem como não ver se estão evitando os entulhos, arrumando os vasos, porque a gente está lá todo mês.”

“Têm mais liberdade, conta mais as coisas”.

“Forma um vínculo que sem a VD não teria jeito de estabelecer.”

“A única coisa ruim é que às vezes a família não está em casa, ou dormindo, essa coisa de não acertar o horário dificulta a abordagem prejudicando a VD.”

Verificamos nessas famílias um olhar favorável em relação às VD's, referindo quanto a sentirem-se amparadas, cuidadas. Vale notar que praticamente todas as falas ressaltaram o lado afetivo da relação. A VD, na visão dos familiares/usuários, é vista como uma *'atenção especial'* que favorece o acesso a determinados serviços ou como disseram, *“agilizam nossas necessidades”*.

Já, os médicos e enfermeiras, além do vínculo, consideram a VD como norteadora das ações e capaz de captar a realidade. Os ACS também enxergam a abertura, a sinceridade das famílias e o vínculo como grande contribuição da VD.

Sabemos que o PSF adota em sua matriz teórica e operativa, o conceito estratégico do vínculo como compromisso e co-responsabilidade, a ser estabelecido entre profissionais da saúde e os usuários. Não só o PSF atribui ao vínculo esta posição estratégica na Atenção Básica. Campos (1997) defende que a noção de vínculo é central para a mudança do modelo de atenção; que o vínculo é o que permite combinar autonomia e responsabilidade profissionais. Para Merhy (1997, 2003) e Merhy & Franco (2003), o acolhimento e a capacidade de estabelecer vínculo formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde. Também, revelam o modo como se produzem serviços de

saúde. Para remodelar a assistência à saúde requerida pelo PSF, as tecnologias leves, ou tecnologias de relação, devem governar o processo de trabalho, mesmo que também se utilizem outras tecnologias. Para esses autores, essa seria a forma de transformar o trabalho ‘médico centrado’ em um modelo usuário ‘centrado’.

Tal é a importância desse conceito que, em 2004, o Ministério da Saúde publicou os resultados de uma ampla pesquisa, desenvolvida em 2002, avaliando o PSF e também a produção do vínculo. No relatório ‘Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos’, ratificou-se que a constituição de vínculos entre equipe e população adscrita é um dos principais objetivos do PSF e que o vínculo tem um papel essencial na transformação do modelo assistencial na direção desejada. A análise do vínculo foi referida como tarefa complexa e de ordem essencialmente qualitativa, que sofre influência de inúmeros fatores de natureza individual e coletiva, dos grupos imersos em contextos sociais e geográficos distintos, requerendo proximidade, para se poder chegar a uma síntese sobre o seu estabelecimento (Ministério da Saúde, 2002 b).

Nesse contato íntimo e contínuo, verificamos que as famílias esperam da equipe uma relação de ajuda efetiva para a sua saúde; esperam que os profissionais olhem para aquilo que está sendo realmente problemático em suas vidas e que, muitas vezes, não se referem apenas a questões da saúde.

“Às vezes, tem coisas que eu fico sem graça de falar e fico torcendo para ela perguntar, mas ela (a ACS) tem muita casa para ir, nem sempre também ela tem paciência, afinal também é gente como a gente, cheia de problemas, se vê a..... também é separada e luta feito louca para sustentar os filhos, mas para mim seria importante perguntar ou conversar sobre outras coisas, além da vacina, do exame..... (E você não pergunta?) Às vezes eu pergunto, às vezes não. Outro dia eu perguntei sobre umas coisas que ando sentindo diferente. Agora tem outras coisas que se ela tocar no assunto eu falo, se não, não.”
(Fam. PI)

Os usuários demandam uma relação especial, a qual deve passar por uma ‘ interpretação’. E, nesse sentido, as relações estabelecidas, em alguns momentos, não

conseguem ter esse alcance, deixando escapar a finalidade de construção de um vínculo mais qualificado, que permita escuta e acolhimento das necessidades dos usuários.

Para que a VD seja significativa para a família, é preciso que essa compreenda porque ela ocorre, quem são e a quem representam as pessoas que batem à sua porta. Em um segundo momento, já num maior grau de aproximação com a equipe, a família precisa ter clareza sobre o seu papel nesse processo, o que é esperado dela e, também, deve ser permitido que manifeste o que ela espera daqueles que a visitam.

Com relação aos profissionais (ACS, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem), ao serem questionados sobre as funções, vantagens e desvantagens das VD's, responderam que a principal vantagem seria estar *in loco*, conhecendo a realidade vivenciada pela família, facilitando o planejamento das ações e promovendo o vínculo necessário. De certa forma, os profissionais apontaram como uma das funções da visita a identificação de necessidades de saúde, uma vez que as informações advindas dessa prática subsidiariam o planejamento das ações. Já os ACS apontaram mais os aspectos de abertura, de vínculo, de liberdade e, também, um certo controle: '*não tem como não ver....*'

Como desvantagem, os ACS relataram a não disponibilidade da família para recebê-los algumas vezes, enquanto os médicos e enfermeiras apontaram também o tempo gasto. De certa forma, esses dados confirmam o estudo de Kawamoto et al (1995), que encontrou como principais vantagens levar os conhecimentos para dentro do ambiente familiar, caracterizado por condições peculiares de habitação e higiene, melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser um encontro sigiloso e menos formal, e mais tempo e liberdade para expor os mais variados problemas. E, como principais desvantagens ou limitações, o tempo gasto, o custo e a dificuldade em conciliar o horário das visitas com as atividades familiares.

Chama a atenção, o fato dos ACS apontarem como desvantagem apenas o fato da não disponibilidade da família e não terem valorizado o tempo dispendido. Talvez isso se explique pela própria atribuição que lhes é dada: ir aos domicílios de sua área de abrangência diariamente.

É uma questão do tempo dedicado pelo trabalhador de saúde às diferentes funções. Em geral, quando há uma competição entre distintas tarefas, aquelas cuja demanda é maior e têm uma rotina estabelecida, tendem a representar a parte maior do investimento do trabalhador.

Considerando as diferentes funções do agente, pode-se identificar um relativo destaque daquelas relacionadas com a vigilância à saúde na sua vertente mais individualizada e clínica. Se, de um lado, esse é um aspecto importante do trabalho, pela sua potencialidade de identificar situações de maior vulnerabilidade individual (Mann et al., 1993), sabe-se que as ações baseadas em estratégias de grupo de risco têm um impacto reduzido na qualidade de saúde da população (Rose 1988). Por outro lado, se a promoção da saúde representa uma modalidade de atuação promissora para melhorar a qualidade de vida (Gentile, 1999; Buss, 2000), ela carrega em si uma série de desafios. Sendo um campo recente de atuação, o conhecimento e a prática não estão sedimentados; de outro, para se produzir resultados, há necessidade de articular ações para além do campo da assistência à saúde, tecendo-se a rede das ações interssetoriais (Teixeira & Paim, 2000).

Definir as competências e desenvolver os instrumentos de trabalho correspondentes, exige prioridade. Dentre as atividades dos agentes, a do cadastramento é considerada como relativamente mais bem estabelecida do que o conteúdo das visitas subseqüentes (Silva, 2001). No entanto, mesmo para o cadastramento, além da capacitação do agente para levantar os dados preconizados atualmente pelo Programa, em nível nacional, há que se contar com uma observação apropriada das relações interpessoais e uma contribuição para a discussão com a equipe sobre as necessidades de saúde das famílias. Para as visitas posteriores, se o objetivo é trabalhar com as famílias e a comunidade, identificam-se hoje determinadas estratégias, como a valorização do diálogo, a conversa como instrumento de trabalho, e também do apoio social, nas suas vertentes de informação, empoderamento e instrumental (Robertson & Minkler, 1994).

Para as relações sociais, os princípios da solidariedade e da cidadania são marcos para o trabalho. No entanto, se é possível contar com objetivos gerais estabelecidos para implantar uma oferta organizada de ações (Paim, 1995), há que se fazer desdobramentos dos princípios para a atividade cotidiana, conformando o saber, os instrumentos e as formas de atuar (Mendes-Gonçalves, 1994) e preparando os sujeitos da prática.

A família é, tradicionalmente, o local dos vínculos. A VD traz muitos vínculos – que são vistos como fator positivo tanto pelas famílias quanto pela equipe. Ambas reconhecem a existência de vínculo quando questionados sobre a função da VD (muitas vezes, confundida com a própria função do PSF), assim como as mudanças advindas dessa atividade:

*“Olha o que mudou nesses últimos anos, é a **organização**, o pessoal trata bem, fala tudo, explicam tudo. Da minha doença, continuo igual, eu estou com mais informação, sei o que tem que fazer, faço, procuro andar direito, tomo os remédios, mas você sabe, ela tá aí, tem dia que a gente passa bem, tem dia que não.....Eu cuido assim. Agora o difícil, o que não melhorou são os exames, a rapidez, isso não melhorou nada.....**Agora informação trouxe sim.**”* fam SD 1

*“Trouxe mais convívio, mais amizades, mais sabedoria. **Hoje eu sei mais de mim**, eu acho que to melhor, participo bem das atividades que ajudam a esquecer um pouco a vida, então a pressão parece que fica melhor.”* fam SD 2

*“Eu acho que só de saber aonde ir, como vir, quem vai atender, já é bom. Às vezes demora, mas tanto as consultas com as moças como com a Dra resolve, **nunca mais fiquei sem remédio**, isso mudou muito.”* fam SD 3

*“Eu participo do grupo de ginástica e da nutrição então é assim que eu controlo. Eu **gosto, aprendo**, passo umas boas horas e isso só aconteceu porque eles (a equipe) planejaram. Acho que esse foi o principal ganho – oportunidade.”* fam SD 4

*“Na verdade eu acho que poderia ter mais fita para a gente se controlar mais. Para conseguir a glicemia é uma luta – cada 4 meses, não dá para controlar muito bem nesse sentido, mas eu sei bem mais do que há 2 anos atrás quando eu ia pouco na unidade, hoje eu sei mais, acho que foi isso que ajudou. Mais controlado do que antes? **Acho que tá igual.**”* fam SD 5

*“As enfermeiras e médicas **pegam muito no pé** – **são bem duras**, isso ajuda, é bom. Só assim que a **gente acorda**”.* fam SD 6

*“Eu cuido fechando a boca, mas isso eu já sabia, de novo, novo, não acrescentou nada, só a equipe que a gente já conhece, **é um facilitador**. Sabe onde a gente mora, como a gente vive, as nossas dificuldades. Isso é bom”* . fam SD 7

*“**gosto dos médicos** daqui, acho que isso faz a diferença. No resto é igual então o que eu mudei em relação ao cuidado da hipertensão é vir às consultas, porque se perder as marcadas você fica 6 meses para conseguir outra”.* fam PI 1

*“Eu acho que na VD eles (os ACS) fazem direito o trabalho. Vão na casa, conhece, fica sabendo o que a gente come, toma, mas eles não conseguem fazer as coisas acontecerem mais rápido na unidade então a gente fica só com uma parte boa, a outra não. **Que não tem problema muito sério foi ótimo, mas quem tem de verdade, não muda. Vou levando.**”* fam PI 2

“gosto muito, gosta das visitas, acho bom, quando a coisa tá brava mesmo eles dão uma força, acho que foi um grande avanço em Amparo isso. Para controlar? Eles falam tudo e lá na unidade o médico reforça. A gente fica mais preparada.” fam PI 3

Mais convívio, mais amizades, mais sabedoria..., pode ser apreendido pelas falas que o vínculo construído é percebido pela população usuária e é valorizado.

Apesar desse ganho imensurável, deparamos com a seguinte observação de um usuário: *“Para quem não tem problema muito sério foi ótimo, mas quem tem de verdade, não muda...”* Essa fala nos remete a aspectos da falta de resolutividade do Programa ou da sua insuficiência, para atender as ‘reais necessidades’.

O que questionamos é se é necessária à visita domiciliar rotineira, praticamente mensal, para o estabelecimento do vínculo. O domicílio é um espaço com potência para reconstruir as bases da relação trabalhador – usuário, da relação saber – poder, enfim, para a produção do cuidado, mas a realização de visitas domiciliares compulsórias sem uma indicação precisa, somente para cumprir a atribuição oficial, com o passar do tempo, além de não qualificar os vínculos, pode até desconstruir os já estabelecidos, reforçando a percepção de não resolutividade.

Verificamos que, para uma parcela das famílias entrevistadas, *a indiferença* em relação à função da VD e comentários sobre sua baixa eficácia se fizeram presentes nas falas:

“Eles são bons, amigos, é bom porque passa para ver como estamos, é mais atenção, né, porque resolver nossos problemas mesmo é difícil.”
Fam. SD9

“ACS tem que vir na casa, ajudar, tentar resolver, mas às vezes não conseguem, fica na intenção, Por quê? Porque os problemas são maiores que eles...”. Fam SD 6

“É bom, acompanha, não faço questão, tanto faz, se for para o bem, tudo bem, se para vocês ta bom para mim também”. fam PI 7

“Até agora não acrescentou nada não, mas acho interessante, acho bom que eles venham, eu gosto, mas ganho ainda não trouxe.”
fam PI 8

“Olha, vem pergunta tudo, mas eu acho que precisava de alguma coisa mais, não sei explicar...” fam Br 4.

Nesse conjunto de dados, podemos verificar que os usuários evidenciam a falta de objetivos assistenciais, o que leva, muitas vezes, à baixa resolutividade da ação.

As famílias desejam ser vistas na saúde e na doença. Isso requer uma visão integral e, ao mesmo tempo, multiforme da situação assistencial no domicílio. O foco assistencial individualizado não satisfaz às famílias; elas desejam ser auxiliadas de maneira mais contextualizada, compreendida dentro das relações familiares.

Uma vez reconhecido o trabalho de cada integrante do PSF, esclarecidas e acordadas as estratégias, é preciso passar ao conteúdo: partindo do eixo central que norteia o processo de trabalho da equipe PSF junto às famílias na comunidade, pode ser construído, juntamente com a família, um plano de ações específico que atenda as necessidades de saúde, assim compreendidas por ambas as partes.

Em relação ao conteúdo, é possível verificar que a lógica que impera em maior intensidade é a da produção da visita como procedimento e, em menor escala, a produção de cuidado.

“Na visita eu observo como a família está, se está tomando o remédio de forma adequada, oriento, sempre tenho vários avisos para entregar, tem o controle da dengue que nessa época do ano fica mais intenso, é muita coisa.” (ACS).

“Tem aumentado muito o número de famílias e a gente se angustia de não estar indo com mais frequência às casas. Às vezes as visitas têm que ser feitas rapidamente, senão o espaçamento entre elas fica maior ainda.” (ACS).

“Sabe, tem que ir mesmo que naquela casa, naquele dia, mesmo que não tenha nada de novo acontecendo ou nenhuma função específica, pois eles ficam esperando, já acostumaram com a nossa presença e nós somos importantes” (ACS).

As visitas são os braços, os olhos e os ouvidos do serviço que se estendem até o lugar onde vive o usuário. O trabalhador, ao realizá-la, busca expressar e concretizar em ações, seus desejos e potenciais. Quantas surpresas! Quantos afetos! O que fazer com eles? E o tensionamento gerado nesses encontros? A tensão do trabalhador não é dele propriamente, mas a tensão se configura pela proposta de um certo controle público do espaço privado. Os aspectos éticos se impõem, como sigilo, respeito, mas, e o caráter de controle?

A ausência de conteúdo das VD's também foi apontada pela equipe de saúde (médicos e enfermeiras) quando questionada sobre o que estaria faltando nas VD's regulares ou rotineiras.

“Às vezes o objetivo do paciente é um, o nosso é outro. Falar a mesma língua nem sempre é fácil ou rápido.” Enf.

“falta melhorar a organização interna da equipe . Nós temos muita VD para fazer mas de acamado – não temos VD para os outros casos – os que demandam acompanhamento por ex, , e na verdade eles são a maioria” -Méd

“Discussão entre nós – não apenas com o pessoal da Unicamp. A gente tem que ter esse tempo, essa autonomia e o querer, senão não vamos sair disso”. Enf

“Tem PSF que o projeto terapêutico é feito pelo: méd + enfermeiro, alguns só pelo enfermeiro e outros nem é feito – portanto a capacidade de ação fica limitada”. Enf

*“Falta avançar. Ainda não foi possível aprimorar a VD feita rotineiramente pelo agente. Nós também teríamos que dar um salto de qualidade tentando discutir mais os projetos terapêuticos. São muitas informações e dados que se perdem, não deixa de ser um desperdício.”
Méd*

No encontro assistencial das visitas ocorre um diálogo aberto, esclarecedor, porém parece haver divergência quanto aos objetivos da equipe e dos usuários e o **conteúdo**, fica a desejar. É um processo de negociação que requer um maior nível de proximidade entre equipe e família, pautadas nas relações de confiança asseguradas pela competência profissional e pelo senso ético.

A equipe necessita ser instrumentalizada para um trabalho complexo como esse, em que a família representa uma unidade de cuidados que exercita sua autonomia no decorrer do processo.

Há um risco do PSF, embora alternativa à crise do modelo tradicional de atenção à saúde, oscilar entre o controle e a mudança, atuar no núcleo privativo da sociedade, a *família em sua casa*, observando, escutando, registrando, alimentando dados do sistema de informação, para identificar e vigiar grupos de risco, “sem médico e sem doentes” (Deleuze, 1992, p.225) e sem a mobilização para a satisfação de necessidades e a realização do desejo das pessoas.

Seria possível re-inventar formas de acompanhar as famílias sem ficar tão preso a esse formato dos agentes comunitários de saúde visitarem mensalmente as casas? Outros trabalhadores da equipe poderiam fazer a visita de acompanhamento quando vão ao domicílio para realizar outras ações? Acreditamos que uma ação cooperativa pode inventar outros conceitos e outras práticas.

A experiência prática mostra ser desprovido de sentido obrigar o agente a visitar, mensalmente, famílias que estejam em boas condições de saúde, enquanto outras, que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e precisam de acompanhamento, recebam o mesmo número de visitas, porque assim está definido nas diretrizes do Programa.

O número de visitas dos agentes não é uma decisão para ser tomada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, nem mesmo pelas equipes centrais das secretarias municipais de saúde. Essa decisão compete à equipe local, que conhece as famílias e deve programar coletivamente as visitas.

Concordo com Pimenta (2006) quando ela comenta que, num país continental como o Brasil e com um sistema de saúde que se propõe a ser único, definir estratégias para mudança de modelo, para, de fato, alterar a produção de saúde, significa tomar decisões que envolvam um grande número de atores políticos, implicados com o processo de mudança.

Percebemos, também, que o controle ocorre nas duas vias, ou seja, o fato de o ACS ser um morador da comunidade facilita seu trânsito entre as famílias – “*o agente sabe o que a gente precisa porque vive aqui*”. Por outro lado, ele é o profissional da equipe mais “controlado” pela comunidade. Na maioria dos bairros, observa-se que a população das áreas adscritas acompanha atentamente o desempenho dos ACS, se cumprem os horários, as rotinas, quando descansam, quando faltam ao trabalho.

Isso foi expresso por vários agentes ao longo das observações de campo:

“Depois que passei a ser ACS não tive mais sossego, a comunidade me procura em casa fora do expediente, nos finais de semana e até dentro do ônibus quando vou à cidade.” (ACS).

“O fato de sermos próximos, vizinhos faz com que alguns misturem as coisas. Até para nós é difícil separar” (ACS).

Mesmo não tendo sido objeto deste estudo, as VD's aos pacientes acamados, foram objeto de algumas observações devido à sua grande demanda, sendo parte significativa do volume de visitas diariamente realizadas pelos ACS.

Nas VD's para os acamados, algumas falas foram expressivas para entender outras funções da VD e os significados que assumem:

“Sabe, todo mundo gosta de atenção, gosta de saber que não esta só nessa vida, então quando eles vêm (1x por mês) é como se a gente tivesse a certeza que não está só, tem alguém que lembra da gente, que sabe do sofrimento da gente, e é isso que nos segura. Se não fosse isso eu já tinha dado fim em tudo”.

“Não dá para passar sem eles. Como seria? Não tenho condições para levar”.

“A gente aprende como fazer a higiene, a alimentação, até curativo, tudo é explicado, é muito bom.”

“Os ACS, as visitas em casa, para nós que temos familiares acamados, é tudo na vida; eles são mais amigos, companheiros que a própria família da gente que venho visitar uma vez no mês. Sem eles eu não sei o que faria, pois dividimos um problema, que quem não vive não tem noção do tamanho, duvido que os políticos tenham idéia do que é ter alguém assim, ter que cuidar, dia e noite, têm que ter estrutura, uma pessoa só para fazer isso, é como se a vida parasse... então o serviço vem, apóia, ajuda, orienta, é solidário. Agora se isso fosse delegado para os hospitais, clínicas, etc, o governo falia de tanta gente nessa situação-só nessa rua são dois, no bairro acho que são mais de 20 pessoas, já pensou?”

Verificamos que, para os acamados e seus familiares, as visitas domiciliares são extremamente significativas e representam parte do cuidado necessário. Nesses casos, a VD passa à categoria de Atendimento Domiciliar, apresentando outra lógica e dinâmica, diferente das visitas rotineiras regularmente realizadas pelos agentes e que foram o objeto central da pesquisa.

8.1.2- Frequência da Visita Domiciliar

Apresentamos, a seguir, a visão dos usuários e familiares, dos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros e dos gestores com relação à questão da frequência/periodicidade da visita domiciliar.

Unidades de Significado

usuários

“Quando vai começar atividades na unidade que interessa para nós, elas vêm avisar, è ótimo, agora normalmente elas vêm com bastante frequência.”

“É bom que elas venham. Sabe que pode contar, é uma atenção”.

“Vem sempre, eu acho que quase todo mês elas dão uma passada. Pode ficar desse jeito. Eu gosto.”

“Olha, ela vem assim de 40 em 40 dias. Se precisar, a gente chama ou manda recado e elas vêm antes, é bom porque a gente tá sempre com alguém por perto”.

“Ela vem bastante, vem ver como a pessoa está se está tomando o remédio, é muito útil estas visitas, eu gosto”. Frequência? Ah, elas vêm quando dá, Acho que é uma vez por mês mais ou menos, para mim tá bom, elas é que sabem’.

“Desde que implantou o PSF no bairro, vieram as Acs’s e as visitas de rotina e eu acho muito bom que venha. Elas tão sempre trazendo e levando as informações, transmitindo as nossas necessidades.”

ESF /Gestores

“É o nosso trabalho, acho interessante essa frequência”. (ACS).

“Tem as fichas que temos que preencher e elas dependem das informações que trazemos”. (ACS).

“Se for ver bem, estamos sobrecarregados pois não damos conta de cobrir todas as casas. Fica muita gente para trás, gente que você volta lá depois de quase 50 dias”.(ACS).

*“A VD feita pelos ACS está dada, e acredito que deva continuar assim”
(enf).*

“Acho que está correto eles irem mensalmente senão ocorre a quebra do vínculo, da confiança “(méd)

“Se o ACS pensar na lógica da dengue ele tem que ir uma vez no mês. Essa é a orientação , mesmo estando com bretau 0 , tem unidade que por motivos de poucos funcionários (férias, licença estipulam que as famílias que não tem crianças, gestantes, menores de 1 ano, hipertensos e diabéticos, podem espaçar mais - de 60 em 60 dias, tem outras unidades que não, eles vão mesmo uma vez ao mês pelo menos em todos as casas). Tem o mínimo que tem que cumprir que está como função do ACS (me parece que é pelo menos 4 no ano). No geral aqui em Amparo ela é feita com periodicidade bem cumprida” (gestor)

É possível verificar que não há um questionamento a respeito da periodicidade quase mensal das visitas. Apesar de acontecerem rotineiramente há mais de 10 anos, as famílias não colocam sua frequência em discussão. É um evento esperado e previsível.

Algumas famílias, por sua vez, expressaram certa indiferença frente ao caráter rotineiro da VD.

“Eu fico direto em casa, para mim eles podem vir quantas vezes eles quiserem, para mim não ligo, se quiser vir todo dia, ou toda semana, tanto faz, eu não passeio, as filhas são ocupadas.” fam Br.

“Eles vêm mais ou menos a cada 40 dias. Eles dão boa assistência. Agora não fica nada combinado, quando eu vejo eles voltam.”fam SD.

“Tanto faz. Se para vocês ta bom para mim também. Elas conversam, conversam, fazem o papel delas, mas eu acho que não muda nada” fam Pi.

“Vem sempre, sempre que dá, eles é que sabem. Aí quando vem a gente conta como passou, o que aconteceu. È uma conversa. No começo tinha mais propósito agora é mais conversa” fam SD.

Verificamos que a periodicidade das visitas não foi contratada entre equipe e família e, tampouco, os objetivos da atividade.

As visitas realizadas meramente para cumprir prazos, apesar das famílias não expressarem descontentamento, nem os ACS's e nem a própria equipe questionarem a compulsoriedade das mesmas, torna a presença dos ACS's um acontecimento repetitivo, sem objetivos definidos, ou seja, uma convivência social com pouco impacto positivo no processo de cuidado à saúde. Não há nenhum questionamento sobre a frequência, objetivos assistenciais, papel da família. Seria algo como: “começou assim, continua assim”.

As equipes podem programar visitas para que haja uma maior apropriação em relação às condições de vida dos usuários, um maior conhecimento das condições do território. Mas isso é muito diferente de, para cumprir uma diretriz do Ministério, determinar que todas as equipes tenham de fazer um certo número de visitas, independente das necessidades dos usuários.

A grande maioria dos familiares entrevistados não questiona e são favoráveis a “deixar como está”. Há uma minoria que percebe uma atitude interventiva e pouco resolutiva e apresenta indiferença ou então “rejeição”.

“Elas chegam, conversam um pouco e já saem, elas têm muitas casas para ir, o sol é forte, elas não procuram perguntar outras coisas que estão mexendo com a gente, fica só no tudo bem, não falte da consulta, leva para vacinar... Na maioria das vezes anotam qualquer coisa e vão embora. Elas não interferem, não tomam o tempo da gente”. Fam Pi 11

“Não faz falta, porque eu já sei tudo o que elas vão falar, o que tem que fazer, não traz novidade”. “Nada contra a pessoa, pelo contrário, é um doce, mas não faz diferença.” Fam. Br 2

Há que se questionar se esse tipo de relacionamento é válido, uma vez que não acrescenta, basicamente, elementos importantes à construção de um processo comunicativo efetivo entre família e equipe, especialmente no que se refere ao trabalho dos ACS's. É preciso atentar para o fato de que a perpetuação desse tipo de relação, no contexto das políticas de saúde, reforça uma orientação assistencialista e não de construção de cidadania e de autonomia dos sujeitos.

Além da função e da periodicidade, outro aspecto abordado foi o papel do ACS, uma vez que ele é o principal ator na realização das VD's.

8.1.3- O papel do Agente Comunitário de Saúde na Visita Domiciliar

"A gente tem a visita do agente comunitário, que antes não tinha. Agora a gente tem as agentes comunitárias que sempre tá pensando em nossos filhos, visitando nossa casa (...)".

"acho bom eles, eles vem avisar das consultas, dos remédios, trazem, ganho – às vezes a gente esquece de exame vem avisar. Todos meses eles vem para ver. Ela pergunta se tem remédio, como ta tomando, como ta a dieta se faz exercício físico. Se vê que ta errado ela orienta, pede para ir no posto para marcar consulta – o duro é ir tão cedo pois senão não consegue – eu tomo captopril, hidroclorotiazida e tomo também remédio para triglicérides" Fam SD 14

"Eles ajudam muito – encaminham – aceleram (...) explica a coisa, é uma maravilha- conversa muito com a gente- conversa - qq coisa pode ir à minha casa (...) - são boas demais". Fam SD. 12

"(...) Eu já conversei com B. [ACS] de novo, ela tá sempre assim, tratando a gente muito bem. Ela é muito prestativa, se ela fala assim 'tal dia eu venho aqui dar a resposta sobre o posto e tal', sempre ele tá encaminhando a gente, dando a maior força." Fam Pi 3.

Ao serem questionados sobre quem atua no domicílio, evocam prioritariamente os ACS. Quando se referem à equipe – nomeiam mais especificamente a médica (o) e “as enfermeiras”. Num segundo momento, o dentista e a psicologia.

As famílias parecem conhecer o papel dos diferentes membros da equipe, principalmente quando se trata da assistência domiciliar. O papel do médico na USF e também, no domicílio, é o mais reconhecido pelas famílias, devido, principalmente, à ação curativa.

“è tudo bom (as VD’s, a equipe) , mas quando o médico vem aí é tudo, porque ele já vai adaptando os remédios, já pede os exames” Fam. acamada Pi

*“Eu gosto de ir à unidade, especialmente quando vou passar em consulta com a Dra porque acho que vai resolver meus problemas.”
Fam SD 11*

O papel das enfermeiras é citado ambigualmente: às vezes como muito resolutivas, envolvidas, eficazes, interessadas, atuantes, outras vezes, como não resolutivas.

“A Enf 1 vem aqui quando precisa. Quando ganhei o nenê, ela veio, orientou, explicou sobre as vacinas, sobre o leite, e às vezes ela vem ver se está tudo bem, é ótimo , né?” (Fam SD em 15/02/2005)

A Enf 1 já veio uma vez (em casa – além do ACS’s) Foi bom! Ela conversou bastante. Foi na época que minha cirurgia tinha dado problemas e eu estava com muita dor. Aí ela veio, conversou, olhou, eu gostei muito, dá muita atenção. (Fam, SD em 22/02/2005).

“A Enf do posto é muito boa, é importante porque ela mede a pressão, dá os remédios, mas às vezes a gente precisa do médico e só ela tem agenda e o problema é só o médico que resolve, então fica meio complicado”. (Fam. SD 12/02/2005).

O papel dos ACS é bastante reconhecido, ele é para as famílias a referência da equipe de PSF na assistência domiciliar. Conforme Silva et al (2004) se referiram ao ACS, como sendo elo - na medida em que serve como veículo de informações - e laço - quando consegue estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, sem que haja hierarquização que desqualifique os saberes populares - verificamos que é consenso a aprovação das famílias em relação ao contato realizado cotidianamente: “São maravilhosas em todos os aspectos”.

As ACS têm de vir na casa para ver como é que está a saúde das pessoas. Para ver... lá dentro, de verdade, como as coisas acontecem. É uma atenção muito especial que elas dão para nós! (Fam SD)

O fato de ser o ACS um membro da própria comunidade, torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares. As referências provenientes de falas dos usuários e familiares da comunidade ao se reportarem ao trabalho do ACS, traduzem o papel desempenhado pelos mesmos e a posição que ocupam nesse contexto. Variam, desde uma analogia maciça do ACS como alguém próximo, semelhante, “é bem amiga, camarada”, até outras que privilegiam a sua posição de mediadores ou de intermediários entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde: “*ele tem contato com toda a equipe*”, “*é o facilitador*”. Na maioria das vezes, essas referências são inscritas em um julgamento positivo do seu trabalho, percebido como importante, por uma série de razões.

A primeira dessas razões relaciona-se com o fato bem concreto de que o ACS facilita o acesso das pessoas aos serviços médicos, às ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Trata-se de pessoas que moram no bairro, freqüentam com assiduidade as residências dos moradores ou podem ser facilmente encontradas pelos mesmos, o que lhes permite identificar problemas de saúde ou então agendar consultas:

"E antes, quando eu cheguei aqui (18 anos atrás), tinha um posto médico que a gente quase não ia, agora tem essa unidade que é bem utilizada pelos moradores do bairro; tem os agentes de saúde que eu acho muito legal, muito bom, que vai na casa da pessoa, né? Assim, quando pode, marca o médico pra gente, às vezes a gente tá trabalhando, não pode marcar, eles vão e marcam, muito bom isso".

Fam SD 16

Um outro aspecto importante ressaltado pelos usuários é o caráter sério, assíduo e relevante do ponto de vista biomédico, do trabalho dos agentes:

"Eu acho bom. A agente de saúde sempre passa em casa, vê se as vacinas estão em dia, eu acho ótimo atendimento". Fam. PI 6

A isso se somam várias ações associadas à figura do agente e relacionadas com disponibilidade, acolhida, afeto e compreensão acerca das necessidades da comunidade.

“A F. é uma maravilha, ela vai sempre lá em casa (..) E o que eu acho mais maravilhoso é a atenção das pessoas com a gente. (..) F. é muito educada, é muito atenciosa”.Fam SD13

Porém, a vigilância se faz presente:

“Na minha casa, ele chega normalmente e pergunta se tem alguém com algum tipo de problema de saúde”. Fam Pin 4

“(..) eles chegam e sempre pedem para ver a caixa de remédios e pedem para gente falar exatamente como está tomando, depois contam os comprimidos para ver se bate. Eu acho que tem muita gente que não sabe tomar...”. Fam Pin 7

“Elas falam assim: vocês têm que contar quando alguém está com problema para a gente poder ajudar (...) confiem em nós (...)” Fam. SD 9

A equipe de saúde também foi abordada em relação ao papel dos ACS:

“O trabalho dos Acs’s direciona, identifica o profissional para as pessoas. Elas já vêm procurar direto o profissional, evita aquela coisa de ficar perdido” enf.

“O trabalho do ACS é primordial, na verdade ele é elo entre família e equipe.” Enf.

“A presença do ACS faz crescer o vínculo com os demais membros da equipe porque ele traz o problema da família para nós, leva nas reuniões semanais” méd.

“Quem divulga mesmo o PSF na comunidade é o ACS, eles também ajudam as pessoas a aceitarem e a entenderem o programa e o andamento das atividades.”

Segundo a equipe de saúde, os ACS funcionam como intermediários na construção de vínculo entre equipe e usuários, além de facilitarem acesso, captarem informações chaves, tornarem mais objetiva a procura do profissional desejado.

Cabe lembrar que o agente comunitário de saúde tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade (Brasil, 2001b).

Na prática, isso implica em lidar com uma imensidão de problemas, com várias determinações e que muitas vezes exigem intervenções complexas.

Segundo as famílias, a equipe e, em especial, os ACS devem avaliar como podem ajudá-la. Às vezes, o problema é falta de emprego e renda ou, mesmo, falta de comida, enquanto outras vezes se trata de conseguir um exame ou uma cirurgia. Eles esperam dos ACS disponibilidade e sensibilidade para saber o que é importante para eles.

“Olha para mim! Eu não consigo levantar do sofá devido esse peso, essa pele. São 147 KG. As ACS vêm sempre para cá, dão apoio, a médica também procura vir sempre que dá, mas o que eu preciso e conseguir a cirurgia. Mas é difícil, quem é pobre e tem exame alterado, é difícil...” Fam Pi 11.

“A minha situação é delicada, eu sei que sou o responsável pelo meu estado hoje (amputado) bebi, bebi, bebi, e não cuidei do resto. Perdi tudo, família, saúde, as pernas... Para mim esse programa é bom, as Acs são excelentes, mas não gosto que tenham dó de mim. Se elas têm? Eu acho que tem, sim, porque eu sou só e escravo. Escravo da minha situação. Tem o apoio da vizinhança, mas às vezes são elas (as ACS) que tomam as providencias para mim, tipo quando estou sem mantimento nenhum... é você podia imaginar que isso é o pessoal da saúde que tem que ver?” Fam SD16.

“Olha, eu preciso da cesta para poder por comida na mesa, é isso que eu preciso o resto a gente controla, mas tem que ter comida, porque boca eu tenho muitas aqui..”. Fam SD 9

A seguir as falas dos próprios agentes analisando seu papel:

“Eles querem saber coisas, querem atenção. Não basta bater na porta e perguntar se tem um problema de saúde, tem que sentar e conversar.”

ACS 3

“Não, não pode (desistir). Não, tem realmente pensar que... ele... se ele deixar de continuar fazendo esse esforço, ele... ele não vai ter... um... vamos dizer assim outro caminho, ele vai deixar de tomar seus remédios, ele vai deixar de procurar a gente, né, e aí pode ter uma complicação e parar aí num hospital e realmente se a gente não tiver... vamos dizer essa capacidade de resolver esse problema, a gente seria... como condená-lo... eu acho que a gente tem que lutar de qualquer forma (...)” ACS 12.

“Não, desistir, não! Porque, na verdade ele pode não tá tão consciente assim do tamanho do problema dele, então, você sempre tenta. Isso implica em entrar, sentar, conversar... .” ACS 7

“tem que pensar que a ignorância vai acabar levando a problemas maiores, né?” ACS9.

“Às vezes dá um desânimo, pois a família não vê a importância do familiar seguir a dieta, tomar os remédios, perder as consultas e eles além de não ajudar atrapalham, então tem dia que você fala: Não quero ir naquela casa, mas depois você pensa bem... é o nosso trabalho – não podemos desistir – cada visita tem que valer a pena”. ACS 4

“muitas vezes o paciente não tem noção de gravidade do problema dele (...) e esse paciente, ele vai ser um acamado amanhã, ele vai ter complicações ele vai dar despesas muito maiores pro Estado, pra família, vai sofrer muito mais. E você vai ter muito mais dor de cabeça se você não investir um pouquinho nesse paciente.” ACS2

As ACS sentem-se implicadas com o que acontece no domicílio, sentem as dores e ansiedades das famílias e as levam para a equipe. Nem sempre a resposta obtida vai ao encontro das expectativas.

Nota-se que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro "fogo cruzado", onde necessidades, às vezes paradoxais, se sobrepõem. Assim, enquanto a comunidade traz uma demanda de tipo predominantemente

pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação. A responsabilização que trazem para si é facilmente perceptível, como expressam as falas a seguir:

“Olha, a gente acaba assumindo tanto as dores e problemas que às vezes a gente entra em parafuso. O bom é que a equipe está sempre ali para nos alertar destes fatos.” ACS 13.

“A intenção é ser amigo, colaborador, mas ao mesmo tempo colocar nossos limites. Eu sempre falo é Programa de Saúde da Família, o que leva a muitos a acharem que somos realmente da família deles. Eu brinco, mas às vezes eu acho que sou mesmo. Eu me apego tanto.” ACS 16.

“A gente vê tanta coisa e ao mesmo tempo vive isso também. Agora o difícil é a nossa relação dos acamados. Eu não consigo ir a campo sem dar uma passadinha na casa de alguns deles para ver como passaram. A gente lembra deles direto.” ACS 9

“Eu fico nervosa com tanta jovem sem opção, se drogando. O duro é que tenho adolescente lá em casa e são os mesmos problemas.” ACS 8

“Os idosos sós e os que estão em situação de dependência fazem a gente refletir muito. É muito triste e eu gosto de levar sempre uma mensagem, um conforto.” ACS 1

“Às vezes eu acho que o nosso trabalho é uma extensão do nosso lar porque tudo o que a gente faz profissionalmente, a gente acaba fazendo também quando chega em casa.” ACS 14

Destacou-se nas falas a posição que os ACS's ocupam no universo relacional das famílias. Isso foi expresso várias vezes quando, falando das estratégias para melhor alcançar os seus objetivos em relação a mudanças de hábitos e comportamentos, os ACS's comentaram sobre os níveis de aproximação necessários junto às pessoas, resumindo assim sua atuação: “como se fossemos da família”; “somos antes de tudo, aquela pessoa que eles podem contar sempre, um amigo fiel”.

Existe a questão da responsabilidade gerada pela adscrição de clientela normatizada pelo programa, que também pode ser vista sob outro ângulo, quando os profissionais apontam as normas e diretrizes do PSF como determinantes do tipo de vínculo que se estabelece entre a equipe e os usuários, expressando uma falta de opção de ambos os lados:

“Porque esse cliente está entre essas 1.200 famílias, se ele tiver qualquer complicação, devido a diabetes ou à hipertensão arterial, sempre vai ser responsabilidade da equipe e a equipe vai ter que lá na frente, dizer por que o senhor XX morreu com 46 anos de AVC, que era uma que a gente poderia... entendeu, e a gente vai ter que apresentar um relatório dizendo (...) como é que tava o acompanhamento desse paciente, ver no prontuário as consultas que ele vinha, o que ele disse (...) esse paciente sempre vai ser nosso, não tem como assim você abandonar esse paciente (...) desvincular dentro do PSF é difícil você tá... tá desvinculando não tem como” Enf P

“Porque ele tem direito de tá usando o posto, a tá usando o serviço de nossa equipe tem que ter esse vínculo, ter um vínculo mesmo, então a gente faz toda essa articulação. Como eles não escolhem os profissionais, nós também não escolhemos pacientes, a gente tem que tá prestando da mesma forma para todos (...”)ACS SD

Observamos que a mulher é a principal cuidadora e representante familiar no encontro assistencial das VD's. São elas que assumem a gestão da vida cotidiana da família no espaço do domicílio, e aí avaliam, decidem, implementam tarefas ligadas ao “bem - estar” dos seus membros. As ACS's, também em sua maioria mulheres, sentem-se orgulhosas de serem cuidadoras em seus lares e comunidade. Na verdade, assumem o papel de cuidadoras duplamente.

Nogueira e Ramos (2000) identificam, no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm sempre potencial para conflitos.

Essas dimensões expressam os pólos político e técnico do Programa. Esse é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica e assistencial. Seria o lado humano e a norma, tensionando o tempo todo, diariamente.

Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece, sobretudo, na dinâmica da prática cotidiana.

Determinadas atividades acabam dando mais espaço para um ou outro pólo; é complicado para os ACS conviver com essa dualidade e tentar fazer a síntese. No dia-a-dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é “muito pesado” e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências.

Em estudo desenvolvido sobre o agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, Silva (2001) identificou que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho.

Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para a dimensão considerada como mais política, nem propostas ou trabalho consistente para o “agir comunicativo” (Matumoto, 2003).

Se, uma parte significativa dos agentes considera o seu trabalho gratificante, pela possibilidade de ser útil e pelo apoio a uma população carente, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Espera-se do agente uma atuação no contexto social, tanto na participação popular, como na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como por exemplo, a violência. O agente muitas vezes refere ansiedade, tanto na sua relação com a comunidade, como com a equipe, especialmente quando se sente pressionado entre ambos. Cabe lembrar, que a não definição de uma tecnologia adequada às necessidades e finalidades do trabalho contribui para esse permanente foco de tensão entre as dimensões da prática, e para a alternativa de se hipertrofiar aquela mais técnica, de localização institucional.

8.2- A visita domiciliar e as necessidades de saúde

Abordamos os sujeitos da pesquisa em relação às necessidades de saúde, o que exigiu também uma abordagem prévia sobre a compreensão a respeito do processo saúde-doença, entendendo que a compreensão que se faz deste processo permeia toda a organização da prática em saúde e toda a relação do usuário com o sistema de saúde, suas crenças, seus modos de agir e sua adesão ou não aos cuidados.

Minayo (1998) enfatiza que, ao se propor uma ação em saúde à determinada população, é importante que se esteja atento aos valores e crenças compartilhados pelo grupo. Oliveira (1998), também faz uma importante discussão sobre as concepções de saúde de uma comunidade. Segundo o autor, são esses entendimentos que embasam a maneira como as pessoas encaram a saúde e como lidam com a enfermidade, e isso também se reflete na adesão ou não ao tratamento e na crença ou não no profissional que o acompanha. A eficácia de um trabalho com uma comunidade, ou com uma família específica, depende do significado que esse tem para ela, depende de ser algo que ela busque e acredite fundamental para sua vida, sendo, portanto, imprescindível compreender os sentidos que a comunidade/família dá para as situações de saúde/enfermidade no seu cotidiano.

Os usuários, ao buscarem serviços capazes de atender suas necessidades de saúde, o fazem enquanto sujeitos singulares que almejam a recuperação da saúde e a cura, e também enquanto sujeitos com maior ou menor capacidade de contratualizar com os serviços (Merhy, 2003).

Nossa intenção era captar quais seriam as necessidades de saúde reconhecidas pelos familiares e pela equipe de saúde e se as mesmas orientam as práticas do PSF estudado.

Os principais temas discutidos foram a relação do processo saúde/doença com as questões de ordem social, como a violência, a falta de dinheiro, o estresse do dia a dia. Muitas pessoas referem à importância de um psicólogo para a comunidade, pois são as conversas que aliviam um pouco o sofrimento e as angústias.

Categoria Saúde e Doença

Unidades de Significado

Famílias

(...) é estar bem, vestir-se bem, se alimentar bem, comer de tudo. É não estar doente, sem dor.

(...) É estar bem fisicamente, e de cabeça – o mental e o emocional, né?

(...) “é ter a vida meio regrada, exercícios físicos, mais tem que ficar com os dois olhos abertos porque também traz problema”. (...): a violência também afeta a saúde, o corre - corre, os bandidos que estão soltos.

(...) Olha, para eu ter saúde é a melhor coisa do mundo, saúde é tudo, sem saúde não se trabalha, não vai para lugar nenhum, doença? (...) “a pior coisa do mundo” “Quando se está doente não consegue fazer nada, e quando alguém da família fica doente tudo muda, fica desequilibrado”.

(...): “engloba tudo na vida da gente” estar doente é ter algo ruim ou com a gente ou com a família, mágoa, “dor no coração”, se referindo as preocupações, você sabia que isso também mata? Olha para mim ter saúde é ter disposição para cuidar das coisas de casa, de ir trabalhar todos os dias, conseguir pagar as contas e chegar até o final do mês sem emprestar dinheiro de ninguém.

(...) È ter jeito de buscar saúde (...) por ex, “ir ao médico” - “Antes de ficar doente” para prevenir, né? “pensativa”, hum (...),..... acho que sim, mas devia partir sempre das pessoas primeiro, mas também não adianta a pessoa procurar, ir atrás, se quando chega lá ou o médico não atende, ou não dá muita bola.... .

(...) “É estar bem. Vestir bem, dormir bem. Agora com o marido que bebe sempre fica meio difícil. Ele bebe porque está desempregado (essa é a desculpa dele que sempre gostou, mas agora fica em casa direto então já viu)”.(...)” para se ter mais saúde é importante conseguir

passar em consulta sempre que tiver necessidade, conseguir consultas com mais tranquilidade, o ideal seria: mais consulta, mais exames, tratamento mais completos”

(...) Fazer tudo e não tomar remédio (...) É horrível depender do remédio, não tem coisa melhor do que ser independente. (...) Doença - ser dependente daquilo, a gente toma e não vale nada. (...) Não sei, parece que não vai ao lugar certo, você toma, toma, e nada muda, continua alto, continua tendo que vim fazer controle, cortar umas coisas na comida, então o melhor é não precisar... (...) Sim, explicaram sim, mas não é sempre que dá para obedecer. (...) Porque é difícil, tudo é difícil na vida e ter os horários, eles pedem para comer comida sempre saudável, largar os vícios antigos, é difícil. Senão fosse todo mundo seria magro, elegante, com a geladeira cheia de coisa boa, mas na verdade não é assim que funciona. Se não nem ia existir, cigarro, bebida...

Os usuários, quando abordadas sobre a concepção do processo saúde-doença, de certa forma, trouxeram suas expectativas em relação às condições de vida, ressaltando aspectos relacionados à política, ao convênio médico, à figura do médico propriamente dita, à necessidade do serviço de urgência e ao perfil da comunidade.

Nas falas a seguir, reportaram-se a aspectos financeiros, à crise econômica e à política propriamente dita:

“Ficar sem dinheiro é a pior doença, a crise está matando a gente, o Sr JP concorda:” a falta de dinheiro é a doença do país. Olha para nós, velhos, pobres, temos que depender de R\$ 300, 00, sustentar os filhos e para dar uma melhorada vender sorvete em casa; se vem gente tudo bem, se não vem, não pinga nada.”

“Para viver melhor é preciso mais de dinheiro – para ter uma vida melhor-dinheiro da aposentadoria é muito curto- a alimentação é bem pobre – não tem para ter luxo nenhum”.

“Não pode faltar trabalho, e é o que anda faltando. Os nossos moços não têm onde trabalhar, o velho também, então o jeito é beber, entrar na droga”.

“Olha filha, é não ter muita preocupação, nós temos preocupação com os filhos, quando saem de casa, a gente não dorme direito, não “desligamos dos problemas” e isso afeta muito a saúde”.

“Até que em Amparo a saúde é boa, mas o problema é o país. Se vê a política, quanta sujeira. Todo mundo quer tirar uma casquinha. Não tem país que agüente.”

“Poder trabalhar, trabalho é tudo. Quem é que pode aumentar os empregos: os empresários, o prefeito, o governo? Teria que ser todos juntos, mas isso não interessa a eles então a gente vai ficando para trás.”

“A gente precisava de escola, de oportunidade... Acho que isso é que faz com a gente tenha menos sucesso na vida. O estudo é tudo, mas a escola ruim desanima. É claro que depende de cada pessoa, mas para os ricos é mais fácil. Estuda mais, arruma emprego melhor, ganha mais, e forma o ciclo... então coloca aí: mais escola, emprego, melhores salários... tudo isso afeta nossa vida, nossa saúde.”

“A política é suja. Mas eu voto no Lula do mesmo jeito. Fiquei com uma raiva ontem quando falaram que ele é ladrão. Porque é tudo igual, não pense você que os outros são melhores. Pelo menos o arroz tá mais barato, e ele é mais ou menos como nós, sofrido”.

“Na época da política divulgam tudo, depois esquecem como sempre.”

Percebe-se uma valorização das dificuldades de gerir o cotidiano influenciando a manutenção da sobrevivência e colocando o trabalho na base da determinação da saúde.

A saúde foi associada à potencia para viver e transformar a vida, enquanto que a doença, seu oposto, à dificuldade ou ao impedimento da realização de atividades produtivas para a manutenção da vida. Essa concepção é coerente com o que, por muito tempo, foi ideologicamente difundido. A atribuição à saúde de valor primordial da vida foi feita juntamente com a associação entre saúde e capacidade de trabalhar, de produzir, para responder às necessidades sociais advindas do capitalismo.

De qualquer maneira, foi majoritária a compreensão de saúde e doença como resultante da possibilidade de acesso a vários fatores, cujo desequilíbrio resulta em doença, ou seja, a compreensão do processo saúde-doença que rege as práticas dos usuários, aproxima-se da teoria da multicausalidade.

Houve também, um questionamento prévio sobre saúde/doença para os profissionais das equipes, que tematizaram aspectos reveladores de uma dada realidade sócio-cultural compartilhada pelos profissionais de saúde:

Unidades de Significado

ESF

“É bem estar geral, total, tanto físico como emocional, além do local onde moram e seu trabalho.” (Enf).

“Saúde é algo integral” (ACS)

“É a ausência de uma patologia associada ao indivíduo gozar de boas condições psicológicas e sociais”. (Méd)

“Visão ampla. É um conjunto de fatores” (Enf + méd).

“Inúmeros fatores precisam estar em equilíbrio. É o estado de equilíbrio de uma pessoa, quando não há desarmonia nos elementos que constituem corpo e mente (Méd)”.

“Ter bons hábitos leva a uma vida saudável, mesmo que o ambiente interfira na vida das pessoas. (Enf)”.

“Não ter doença ou dor, ter higiene, boa alimentação, atividade física, bem estar, moradia, água tratada ou filtrada e trabalho”. (ACS).

“Ter qualidade de vida.” (Enf).

Os significados identificados nos discursos dos profissionais, permitem apreender a representação de saúde como uma manifestação bastante consensual. A repetição de significados semelhantes é expressiva. O entendimento de saúde que leva em conta o “bem estar” e “algo integral”, multifatorial, reflete o quanto esse conceito é resultante de saberes oriundos de conhecimentos teóricos, mas, também, o compartilhamento desses saberes com outros profissionais de saúde.

Quanto às necessidades de saúde propriamente ditas, a partir da fala dos familiares emergiram domínios que podem ser expressos por falas-síntese: no convênio tudo é mais fácil; cadê o médico; o que fazer na urgência?

Os constantes recomeços /no convênio tudo é mais fácil

Unidades de Significado

Famílias

“Médico, enfermeiro, a gente é que nem amigo; se a gente não confia não funciona. Então quando troca ou sai é um problema para nós.”

“Quando o médico que eu estava acostumada foi embora eu achei ruim, porque a gente já tinha aquela amizade, ele já conhecia todo o meu caso. È muito ruim começar tudo de novo, com outro, com outro jeito”.

“O que eu não gosto é da demora. Eu tenho uma consulta com o ortopedista, mas tem que esperar, e fica com aquilo doendo, incomodando. A gente fica um pouco decepcionado, desacreditado”.

“O pessoal daqui que tem resistência – é porque tem condições de pagar convênio então não precisa do posto, por isso eles não querem nem saber de receber o pessoal do PSF em casa”.

“Olha, o difícil é a dificuldade em conseguir os exames mais complexos. A gente não consegue, a fila é grande, depende dos outros. Nessa hora a gente até sonha com convênio.”

“Olha eu tenho convênio, e para mim é mais fácil. As consultas, os exames, tudo é mais ligeiro”.

As falas acima evidenciam impactos que a saída de elementos das equipes produzem na relação com os usuários. Assim, o trabalho não engrena, o jeito diferente de ser e fazer as coisas, as diferenças de nível de conhecimento sobre a comunidade obrigam as ESF a refazer continuamente seu processo de trabalho.

A quebra de vínculo acarretada pela saída dos médicos é a que mais gera protestos dos usuários, situação explicada pela centralidade de sua figura no modelo biomédico desenvolvido. Já, para os ACS, o que causa mais impacto é a saída das enfermeiras. A política de recursos humanos está, pois implicada diretamente na manutenção dos vínculos, e os problemas relacionados aos profissionais de saúde repercutem muito nessa esfera.

Da mesma forma, a questão de ter ou não convênio aparece quando abordados sobre questões relacionadas à saúde, sendo o “sonho do convênio” real e muito almejado pelas famílias.

Cadê o médico?

Unidades de Significado

Famílias

“Num projeto assim – acho que teria que ter um médico fixo, um mês te conhece, outro mês ele já não conhece, acho que tem que ter médico fixo, eu acho que o rodízio prejudica o atendimento, a consulta, o acompanhamento e pode até deixar o paciente em maus lençóis. Eu prefiria antes deste PSF, mas tem quem goste. Eu não vou.”

“Eu prefiria antes deste PSF, mas tem quem goste. Eu não achei muito vantajoso.”

“Em relação a esse modelo o PSF eu só não concordo com 1 médico atendendo todos,- o ideal é um para os idosos, um para as crianças, são organismos diferentes, exigem coisas diferentes – é um ponto que eu discordo desse modelo- pediatra é pediatra. Seria melhor.”

“olha, eu acho que continua igual de ruim para conseguir passar no médico, tem pouco horário .”

“Precisava ter mais médico, mais consulta é o que vai atender minhas necessidades”.

“Consultas mais ligeiras (lado do serviço) – atender na hora que precisar, mais consulta, mais exames e medicação.”

“Eu acho que se tivesse mais oferta de médicos, mais opções, seria bem melhor, se muda o médico a gente começa do zero, além disso, é difícil ter um só profissional para ver todo mundo. Minha necessidade era ter um ginecologista aqui perto.”

“Eu não tenho aonde ir quando fico com a criança doente à noite, então par mim para melhorar isso seria preciso mais horários, mais médicos, e também mais pronto atendimento.”

“Olha é poder além das consultas ter possibilidade de realizar os exames, de ser atendido em outros horários que o posto está fechado, isso para mim é ter um serviço para atender as nossas necessidades.”

“Necessidade de saúde é poder passar num serviço e ser atendido, só isso. Agora necessidades de vida são muitas – mais tudo - mais educação, mais oportunidade, mais dinheiro – acho nossa carência enorme.”

A questão da insatisfação dos usuários, decorrente da impossibilidade de ser atendido por outro médico que não o responsável pela microárea e ainda o generalista visto como fator negativo, nos revela a não concordância, ou o desconhecimento da proposta do PSF.

Embora a Secretaria Municipal de Saúde de Amparo tenha realizado esforços para garantir a multiprofissionalidade mediante um conjunto de medidas visando a presença de psicólogo, nutricionista, dentista, educador físico nas unidades de saúde da família, a lógica do atendimento nesses serviços está centrada, em sua grande maioria, no atendimento individual realizado pelo médico.

Devemos atentar para o fato de que os outros núcleos de competência que compõem as equipes de PSF também são muito centrados no biológico, como é o caso dos saberes das áreas de enfermagem e de saúde bucal. Além disso, as relações de poder entre os diferentes profissionais que atuam no campo da produção do cuidado dificultam a interdisciplinaridade. Há necessidade de investir no trabalho cotidiano para desconstruir a hegemonia do saber médico e construir o saber fazer do coletivo, da equipe. Para mudar essa realidade, é necessário um esforço cotidiano dos atores políticos responsáveis pela gestão e produção do cuidado, em todos os níveis da instituição.

Peduzzi (2001), ao tratar do trabalho em equipe, tipificou-as como equipe agrupamento e equipe integração. Como critérios de reconhecimento de um e de outro tipo, a autora coloca que, na equipe agrupamento, predomina comunicação do tipo pessoal, externa ao trabalho, não se formula um projeto assistencial comum, mantém-se as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, não há flexibilidade na divisão técnica do trabalho, há autonomia técnica plena para alguns agentes e enfraquecimento (ou ausência) de autonomia para outros.

No tipo integração predominaria a comunicação intrínseca ao trabalho, a existência de um projeto assistencial comum, a flexibilidade na divisão do trabalho e a autonomia técnica é interdependente. Por sua vez, especificidades de trabalhos técnicos especializados e as desigualdades dos trabalhos são constantemente argüidas.

O padrão de trabalho nas ESF se revelou misto, porém com predomínio de aspectos que se direcionavam mais ao tipo agrupamento. Algumas expressões da equipe se referiram à questão: *“quem faz o projeto terapêutico é só a enfermeira”*; *“as ações às vezes não são compartilhadas”*; *“notamos a fragmentação das ações”*.

Pudemos verificar através das observações que a capacidade de coordenar suas equipes e realizar a gestão do cuidado é bastante diversificada entre as unidades. Alguns coordenadores têm dado passos importantes no sentido de trabalhar em equipe e, de fato, atender às necessidades da população. Outros, continuam ainda presos a processos de trabalho, centrados em procedimentos.

Mesmo que se adote o modelo da equipe multiprofissional como núcleo da produção de serviços, o que se apresenta é a dificuldade dos trabalhadores construírem um processo interativo, que articule um ‘campo comum de produção do cuidado’, onde haja troca de conhecimentos. As equipes estão guiadas por uma conjunção prescritiva, aprisionadas em seu ‘núcleo específico’ de saberes e práticas. Se, ao contrário, construísem a interação, teriam possibilidades “de usar todo o seu potencial criador na relação com o usuário, para, juntos, realizarem a produção do cuidado” (Franco & Merhy, 2003, p.199).

E na urgência?

Unidades de Significado

Famílias

“Eu não gosto de ficar indo no posto de saúde –acho que perde tempo – é demorado, muita enrolação. Quando a gente precisa tem que ter o atendimento logo. Se é urgência então só mesmo o hospital.”

“Sabe, eles que são profissionais deveriam ter bom senso mais desenvolvido. Uma coisa é atender a rotina, as coisas do dia a dia. Agora no meu caso eu controlo o câncer de mama. A gente tinha que ter o direito de um atendimento diferenciado, não ficar tanto tempo para conseguir consulta. Acho que falta essa visão, esse respeito.”

“(…) Não, pois tinha convênio anteriormente e era atendida prontamente – acho que na urgência esse modelo prejudica, pois não tem vaga, não tem para onde ir, na hora H a gente fica sem assistência.. Então o convênio é bom por causa disso. Agora o SUS é melhor para exame do que o convênio – SUS pede até 10 exames de uma só vez. Esse bairro “chic” tem muita gente de nariz empinado.(…)”

“Às vezes a gente vê que não tá bem, e sabe que vai ser difícil conseguir passar no médico, então vai direto para o pronto socorro, se pudesse ser diferente, ter atendimento assim mais urgente e rápido perto da casa, seria melhor.”

O grande clamor referido pelos usuários é a necessidade do pronto atendimento.

Verificamos, ao longo de nossa permanência no campo de estudo, a tensão permanente do atendimento integral *versus* pronto atendimento. Ela foi referida pelos gestores, equipe e usuários. Trata-se de um problema bastante objetivo, que incide de maneira decisiva no grau de resolutividade do PSF.

No que diz respeito ao uso dos serviços, a preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que têm no itinerário da busca da população pela cura, a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar problemas de saúde (Pinheiro, 1986; Canesqui, 1992; Cohn et al., 1991).

Travassos et al. (1999), ao examinarem a estrutura do consumo de serviços de saúde no país antes e depois da implantação do SUS, apontaram que, entre outros comportamentos verificados no uso dos serviços, destaca-se o expressivo aumento da participação dos hospitais no consumo dos serviços de saúde em pelo menos duas regiões do país, Nordeste e Sudeste, sendo mais evidente na primeira, com quase 62% do consumo total dos serviços de saúde.

Tal comportamento resulta de uma forte característica do sistema de saúde brasileiro, que, independentemente, de sua pluralidade (mix público privado), o modo como historicamente foi sendo construído tem na assistência médica e no atendimento hospitalar os eixos estruturantes do atendimento. É esse modelo que a população conhece e demanda e com ele se identifica, ainda que sua eficácia social seja reduzida.

Quando abordamos a equipe em relação às necessidades de saúde propriamente dita, surgiram aspectos relacionados **ao perfil do usuário/ comunidade:**

“A gente percebe que a família passa a vir espontaneamente quando ela percebe que algo não está bom. Essa eu acho que é a grande mudança – o pulo do gato que o PSF proporciona.”

“A rede de cuidados vai se estabelecendo conforme as necessidades da comunidade. Se ela precisa do serviço, ela valoriza a equipe, facilita o acesso dos agentes, aceita trabalhar mais com a prevenção.”

“Uma parte importante da comunidade é o interesse a participação. Aí sim você trabalha como todos o potencial que o PSF tem”.

“Muitos usuários/ famílias não valorizam o SUS. Achem que só valorizam quando pagam. Eu conto nos dedos quem da comunidade acha o SUS excelente.”

“Uma parte fundamental da comunidade é o interesse em conhecer o PSF, qual equipe que responde por ela, não só usar o serviço e ir embora. Entender facilitar a participação, o pessoal vem conversar, compartilha coisas, vai-se além da doença.”

A existência de muitas necessidades é colocada como facilitadora no estabelecimento do vínculo, por acarretar maior procura pelo serviço de saúde, abrir canais para o diálogo e ação por parte dos usuários. Isto coloca a questão de que a desvantagem da população (carências socioeconômicas, culturais, isolamento geográfico e outras) a torna mais receptiva, facilitando a implantação e execução do PSF, o que não ocorreria em populações menos dependentes.

Quanto aos aspectos relacionados à **demanda, assim se expressaram:**

“É o que o paciente refere estar precisando naquele dia/hora. Às vezes é dor, remédio, exames.” (méd).

“São os problemas de saúde apresentado”s (Enf)

“È o vínculo. O acolhimento que fazemos reflete as necessidades da clientela.” (enf).

“(…) a gente tem essa preocupação de saber quais são as Necessidades de saúde, de saber quem são estas pessoas que vem todos os dias aqui e ter uma linguagem próxima. Senão você orienta e a pessoa não vai entender”. (enf)

“Tem que ouvir as necessidades e atende-los conforme elas vão se apresentando, mas tem aquela coisa do adoecimento inesperado que demanda consulta no dia então às vezes fica difícil para a equipe”.
(enf)

“Acho que é fundamental estar com a porta aberta, afinal se o usuário apresenta alguma demanda súbita temos que estar aqui para orientá-lo atendê-lo”. (méd)

“Necessidades são a situação econômica, o grau de instrução, se tem lazer, se não tem, isso faz parte da história da pessoa (...) como ela se insere dentro dessa comunidade, isso tudo vai pesar nas condições de vida e de saúde dela.” (méd).

“É o dia a dia do usuário. Aqui é representado pela porta aberta. Ela representa as necessidades dos usuários” (méd).

“É a demanda espontânea” (méd)

“São os direitos, as queixas, a expressão dos sentimentos, isso é necessidade dos pacientes (méd e enf). Por exemplo? Exemplo – direito de serem atendidos quando sentirem que necessitam.”

“Para nós é abordar o que o usuário está demandando, mas para ele geralmente é consulta médica.”

Que também foi referido pelos gestores:

“Tem as necessidades de ser atendido, de ter uma equipe que vai se responsabilizar, tem o vínculo, a confiança, a possibilidade de ser atendido, integralidade – extrapola o espaço de atuação da própria saúde. A gente não consegue dar conta das nossas próprias (saúde) o que dirá das demais”.

Em questão das tecnologias – o sistema de saúde no seu conjunto deve ser capaz de atender – município de médio porte – boa parte dos serviços de média e alta complexidade não estão no nosso município e a gente não consegue do SUS ter a rede de cuidados em toda sua integralidade – a gente na dá conta de atender – o SUS não oferece – ou oferece tão pouco que as filas são imensas ou porque vai para outro lugar e você não tem acesso nenhum-

Cumprimos bastante de acesso, território, da equipe, do serviço, dar conta de tecnologia – falha grande do SUS – a integralidade da atenção no que diz respeito em tudo àquilo que o usuário precisa – a população vê como isso?(gestora)

“A população foi acostumada nos últimos 30, 40 anos com a visão que deve resolver com médico, exame, e seu remédio – referência – é sentida e recebemos muita reclamação: filas – compromete o diagnóstico – sobrevida da pessoa – a gente que fazer a crítica ao modelo medicalizante – se você tem critérios para definir o uso e não consegue resolver aí é falha do sistema (gestora)”.

A formação de profissionais – muitas vezes na crítica – quando esta tecnologia é essencial e você não tem como resolver – várias estratégias para dar conta da integralidade – complexidade – aspectos emocionais, psíquicos, vê a doenças, projeto de vida – neste aspecto a constituição de equipes que sejam autônomas.

Do ponto de vista do olhar do serviço de saúde – tem a vê como a gente organiza. Tem a necessidade que o usuário aponta espontaneamente - é a que chega na porta da unidade como a necessidade percebida espontaneamente – por outro lado tem a necessidade que a gente vai atrás – busca ativa pela própria equipe da unidade- dentro dessa necessidade espontânea – podemos estar aí apontando diferentes necessidades – alívio imediato – população idosa que tem crescido muito – doenças crônicas degenerativas – muitos anos de dependência – suas complicações – medicações – necessidade quase que permanente – grupos programáticos.

“os clientes buscam o que vinha sendo ofertado nas últimas décadas – procedimento- consulta individual – é o que ele sabe , é o que ele busca.. Particularmente a consulta médica – Fazer a transformação, o pulo do gato de em vez de buscar aquele determinado procedimento, faz-lo buscar o cuidado da equipe é processual – alguns incorporam com mais facilidade – outros com muita dificuldade , quase que clamam pelo modo anterior, mas referem gostar da atenção diferenciada deste modelo – Está sendo construído – já mudou muito”

Já os ACS:

“O nosso trabalho depende das necessidades da comunidade. Se ela precisa mais do PSF, valoriza mais os profissionais, acolhe diferente, aceita trabalhar mais com a prevenção.”

“No começo do PSF a NS dos usuários era só consulta médica, agora eles vêm para outras coisas: grupos, consulta com a enfermeira, psicóloga agora a NS deles é remédio, é que nem água, quanto tem é o quanto toma.”

“Ele já vem com aquela dificuldade, querendo um socorro seja lá qual... então, assim, se a gente não dá nem importância, não quer nem ouvir o usuário, eu acho assim, isso já é uma forma dele sair magoado (Auxiliar de enfermagem 1)”.

“Nós ACS estimulamos a vinda ao acolhimento – percebemos que lotam o acolhimento, mas não tem outra opção. É cultural.”

“É importante cuidar para não criar uma expectativa maior do que a gente e o sistema de saúde pode oferecer, para que a frustração não se instale, não se perca o animo”.

“A comunidade tem de agir, reivindicar para transformar, para ter seu direito, mesmo que demore. Ela tem que entender que tem uma estrutura macro por trás.”

Os gestores abordaram os conceitos de necessidades de saúde e demanda por serviços de saúde como operacionalizadores na organização dos processos de trabalho que compõem o processo de produção em saúde, considerando a limitação da abrangência dos serviços que organizam seus processos de trabalho para responder a demanda. Portanto, necessidades de saúde e demanda designam duas naturezas de necessidades, respectivamente, aquelas representadas por quem organiza a assistência e aquelas expressas por quem as sente, para os quais será dirigida a assistência.

Entre os usuários, a concepção de necessidades está em sua maioria restrita ao acesso a consultas médicas, exames, medicação e atendimento de urgência. Eles têm uma visão ampliada sobre saúde e doença, mas ocorre uma redução quando se trata das

necessidades de saúde, que passam a ser entendidas como necessidades relacionadas aos problemas de saúde. Nesse sentido, as necessidades estão, quase sempre, referidas à assistência, representadas pela procura de cuidados médicos e pela oferta de serviços. O usuário busca ativamente os estabelecimentos de saúde para consumir um produto, uma intervenção que melhore sua saúde.

No que diz respeito aos elementos constitutivos da demanda, os aspectos concernentes às percepções e representações dos sujeitos sobre saúde e doença mostraram-se um importante condicionante, tanto na relação usuário-equipe como no padrão de reivindicações dos usuários. A figura do médico aparece como central na solução dos problemas de saúde apresentados. Vários estudos desenvolvidos no Brasil nas últimas décadas sobre a utilização dos serviços de saúde, têm, invariavelmente, constatado nos percursos de cura da população o predomínio do uso da medicina, de suas instituições e seus agentes, valorizados como meio de manutenção e recuperação da saúde (Canesqui, 1992; Cohn et al., 1993). Manter e recuperar a saúde por meio de intervenções assistenciais, principalmente aquelas realizadas pela assistência médica, fazem parte de um conjunto de representações que têm sido freqüentemente associadas, no imaginário das classes trabalhadoras, com a concepção de saúde. Portanto, o resultado dessas intervenções têm sido reconhecido como necessidade e, a partir da solução antevista para cada necessidade, o usuário concebe o que precisará consumir. Assim,

“O modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços não será apenas a resposta a necessidades, mas imediatamente ‘contexto instaurador de necessidades’. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo.”
(Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996, p.30).

Frente à constatação de uma excessiva propensão ao consumo de certos bens e serviços a partir de indicações dos profissionais de saúde, forjou-se um dos usos da expressão “necessidades de saúde”. Nesse uso, a expressão se refere ao conjunto de indicações de determinada tecnologia que encontram amparo no conhecimento científico. Infelizmente, as práticas de indicação de procedimentos que, segundo os conhecimentos disponíveis não seriam necessários, provavelmente é muito significativo.

As conseqüências disso sobre a população, entretanto, são complexas. Em primeiro lugar, o usuário do serviço de saúde em geral não dispõe de elementos para ajuizar adequadamente sobre a necessidade desse ou daquele procedimento que lhe é indicado pelo profissional de saúde. As solicitações de procedimentos, porém, são consideradas por ele como necessárias (sejam ou não respaldadas pelo conhecimento científico). Se, por qualquer razão, essa necessidade não é atendida do seu ponto de vista, frustra-se o direito à saúde. Esse usuário pode adotar duas posturas: pode resignar-se, aceitando a impossibilidade da realização, ou buscar realizá-los fora do SUS, seja no setor privado, seja concluindo que precisa de um plano de saúde complementar. Qualquer dessas formas enfraquece a luta pela construção do direito à saúde.

Mas, como lidar com a eventual impossibilidade de atender as necessidades?

No nosso trabalho, verificamos que esses casos são registrados, analisados e o gestor discute nos fóruns de participação e com o próprio Ministério Público para a construção das soluções.

Há a discussão de que talvez estejamos vivendo sob uma escassez absoluta de recursos, frente à responsabilidade constitucionalmente estabelecida. Talvez seja necessário um maior aporte de recursos para o SUS (respaldado pela informação sobre as necessidades não atendidas), aliado à implementação de avaliações de custo - efetividade das tecnologias, de forma a orientar a definição de prioridades para o uso dos recursos.

Nas ESF observadas, acompanhamos as reuniões de equipe e um dos assuntos recorrentes era a necessidade de acesso dos usuários a exames ou intervenções que demandavam os níveis secundário e terciário. Notamos empenho da equipe – desde os ACS, até os médicos -, em agilizar e tentar disponibilizar o mais rápido possível a tecnologia necessária.

No acompanhamento dos ACS's ao longo de suas visitas, foi possível verificar que aquelas em que as demandas tinham produzido maior tensionamento e dificuldade de resolução, foram trazidas para a equipe. Sempre, situações limites que envolviam todo tipo de carência.

Podemos perceber pelas falas e observações, que as NS chegam às equipes que, de certa forma, mudam o seu modo de operar, mas a VD é um instrumento mais ligado ao trabalho do Agente que, por sua vez, atua com o lado sensível, humano do contato e do encontro. Porém, com a necessidade infindável de recolher dados, buscar informações e completar fichas, o que prevalece é o controle contínuo das famílias, com os usuários passando a ‘fornecedores de informações’.

ACS1 – A gente não tem tempo para nada. Chego aqui as 7:00 hs e as 7:15 hs já saio para as visitas. De manhã é melhor, rende mais, o sol está mais amigo - porque 11:30 hs já estamos de volta. À tarde a gente organiza a papelada, as informações e quando sai para a visita é junto ao médico ou enfermeira porque a tarde o sol está muito forte. Agora não dá para ir a todas as casas em um mês. A gente prioriza as de risco maior. As outras a gente passa a cada 45 dias mais ou menos. Têm algumas que realmente não precisava ir...

ACS2 – é meio cansativo mesmo, e se eu vou à casa da fulana porque precisa mais e não da ciclana, ela acha ruim, ela quer visita, visita.

ACS3 – É, mas mais que a população são as fichas daqui que temos que preencher e as visitas da dengue e a cobrança da própria equipe que torna o trabalho cansativo.....

As famílias requisitaram atenção profissional sensível, comunicativa e eficaz quando recebiam o ACS, conversavam sobre os problemas, sobre suas relações e encaminhamentos possíveis. O ACS, algumas vezes, foi capaz de decodificar as necessidades de saúde, outras não, e, do ponto de vista institucional, ele não esteve preparado para atuar melhor, seja no processo de captação das necessidades de pacientes e famílias, seja na articulação das respostas a elas. Ainda, não se mostra preparado para lidar com a impossibilidade de responder a muitas necessidades percebidas ou expressas pelas famílias e com a frustração decorrente para ambos os pólos da relação.

8.3- A Visita Domiciliar e construção de autonomia em saúde

Em relação à categoria analítica **autonomia**, uma grande questão que nos desafiou foi a maneira de abordá-la, a fim de nos aproximarmos dos aspectos de sua aquisição, desenvolvimento e medidas estimuladoras. Tendo como objetivo principal captar a capacidade da VD em propiciar autonomia ao usuário, verificamos que uma possibilidade seria abordarmos as mudanças produzidas pelas visitas ao longo do tempo. As famílias que poderiam ter os benefícios expressos de forma mais contundente e também apresentar mudanças mais perceptíveis seriam aquelas onde um dos membros da família fosse portador de doença crônica, de preferência com difícil controle, onde seria possível, inclusive, verificar a potência da VD como ferramenta de cuidado.

Sendo assim, as falas a seguir são de usuários que lidam com dificuldades nos níveis pressóricos e/ou glicêmicos e fazem acompanhamento no PSF, recebendo as visitas domiciliares rotineiras dos agentes. Foram abordados em relação às mudanças proporcionadas pela VD:

“pelo carinho, pela dedicação, pelas amizades que são feitas, traz sempre alguma mudança.”

“Mudar, mudar de verdade, não sei, acho que agora a gente se sente mais amparado, com mais amigos.” (fam 7)

“Olha mudou que trouxe mais informação e isso é sempre bom, não é...”. (fam2).

“Eu, por exemplo, acho que mudou umas coisas para melhor e outras para pior. Por exemplo, para melhor: a gente sempre pode ir lá que alguma informação vão te fornecer, sempre tem alguém para atender, os funcionários são atenciosos. Já essa história de um médico só para tender tudo eu achei ruim”.

“Fica mais fácil pedir ajuda se precisar, inclusive com a ACS é uma pessoa bem acessível- mora perto – às vezes a gente a procura até fora do horário”.

“A gente participa mais das atividades dentro da unidade. Tipo ginástica, palestra, é muito bom.”

“Mudou que agora eu participo das caminhadas e do grupo de LIAN GONG. Vale a pena”.

Nesse conjunto de dados, podemos ver que os usuários evidenciam pelo menos dois conjuntos de mudanças: o primeiro está relacionado ao vínculo e o segundo, ao acesso a informações para o autocuidado.

O vínculo é apresentado no sentido mais afetivo da palavra. Esse vínculo relacional talvez tenha sido uma questão chave na realidade estudada, definindo-se como uma tecnologia das relações, no qual há demasiada ênfase no papel dos profissionais para o estabelecimento de vínculo. Nessa ênfase, o usuário ‘recebe’, ‘é informado’, ‘orientado’ e a relação não se dá entre dois sujeitos, um sujeito profissional e um sujeito usuário (individual e coletivo), já que esse último mantém-se na posição de objeto das intervenções e orientações (Campos, 1997).

A transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem que seja garantido o direito à informação do usuário. A informação é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da equipe de Saúde da Família, quer sejam enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos ou agentes comunitários, devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhes são mais afeitas, assim como cabe aos gestores dos Programas criarem condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e comunicação que leve em conta as condições socioculturais de cada comunidade atendida.

As informações fornecidas não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguajar técnico-científico. Basta que elas sejam simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitadas e suficientes para garantir a autonomia dos usuários nas suas escolhas e ações. Desta forma, além de considerar a compreensão intelectual, cultural e psicológica do usuário, a fim de que as informações sejam fornecidas dentro de padrões acessíveis, as equipes de saúde de família devem levar em conta também os objetivos e o contexto específico de cada situação. Isso tem ocorrido e os usuários valorizam a apropriação das informações.

No caso da saúde, é necessário considerar que, além da necessidade de consumir algo que representa uma ‘falta’ ou uma carência, o usuário pode estar em busca de ver atendidas necessidades que são a expressão de um desejo de ser melhor, um desejo de ter mais autonomia para fazer caminhar sua vida.

Ainda com relação às expectativas sobre a assistência da equipe PSF no domicílio, os familiares de doentes crônicos, bem como os próprios doentes, foram abordados em relação às mudanças advindas das VD’s para o cuidado em si, o que difere o cuidado atual do anterior a essa prática. Buscou-se maior ênfase na VD em si, uma vez que as falas se reportavam, na maioria das vezes, ao trabalho do PSF como um todo e não especificamente ao nosso objeto de estudo.

“(...) Sim, acho que é sim importante saber me cuidar. Por quê? Porque dá para correr no tempo certo, dá para saber antes que aquela dor de cabeça que não vai embora deve ser a pressão que ta subindo, dá para saber que tudo afeta a pressão, o nervoso, a comida, os problemas que a gente tem, então eu acho que é importante saber o que fazer nessa hora (...) eu me cuido indo nas consultas, participando dos grupos, tentando fazer a coisa certa aqui em casa.”

(E a Sra faz isso com qual frequência?) “Tento fazer direto, às vezes a gente foge do tratamento, mas sabe que ta fugindo, depois a gente volta.(onde eu adquiri?) Foi o posto, os médicos , os ACS, todos eles.”

A usuária acima não se refere à VD e sim a toda a esfera assistencial do PSF como responsável pela aquisição de novos conceitos.

Ainda que de forma fragmentada, os usuários do PSF identificam que as equipes realizam um tipo de cuidado que inverte o padrão de assistência tradicionalmente prestado pelo sistema de saúde predominante. Entre as ações de saúde valorizadas pelos usuários, foram apontadas palestras realizadas para grupos de idosos, as caminhadas, as aulas de ginástica, as palestras sobre citologia e o acompanhamento pré-natal para gestantes.

Acompanhamos o desenvolvimento de vários grupos e verificamos uma grande participação e interesse dos usuários. A maioria dos grupos foi multiprofissional e em todos houve a participação dos ACS.

Em relação às mudanças visando a autonomia, questionamos o seguinte:

O que você faz para controlar sua doença? Fale um pouco sobre isso...
(pacientes crônicos)

“Olha por mais que faça tudo direito, eu não sei se consigo controlar, porque cada ano piora um pouco. Parece que independe.” Fam BR 6

“Eu faço questão de fazer os exames que o pessoal do posto indicou, e quando está demorando muito dou um jeito de conseguir, pressiono, vou até o centro, ligo para uns conhecidos que tentam agilizar, assim eu acho que cuido direito da minha saúde.” Fam SD 19.

“Tento cumprir com as orientações. Procuo vir às consultas, aos retornos”. Fam Pi 16

“Venho para as atividades da unidade que vão além da consulta: ginástica, alongamento, isso é bom porque dá vida para nós que somos pobres”. Fam Pi 7

*“Eu lá em casa tento fazer as coisas antes de piorar ou ficar doente mesmo, então acho que essa coisa da prevenção é muito boa.”
Fam BR 9*

“Tento ficar bem: mente, espírito, alma, alimentação”. Fam SD14

“Procuo ir levando a vida da melhor maneira, porque também querer o ideal não dá. Olha, o segredo é tomar os remédios, tentar comer bem, não fumar, largar a bebida” Fam PI 7

“Tem que controlar o nervoso, se controla ele, o resto à gente consegue; a consulta pode demorar, o exame pode ter que esperar, mas acaba conseguindo, agora se a espera e tudo o mais vier acompanhada do nervoso, aí você já vai logo para o beleleu.” Fam Br 5

“Eu faço ginástica aqui, direto. Ajuda a controlar sabe... dá mais ânimo” Fam Pi19.

“Eu procuro fazer tudo que os médicos, Acs e as enfermeiras mandam. Eles são mais sabidos, e a gente tem que respeitar.” Fam SD 2

“Eu procuro seguir tudo o que eles falam. (Eles quem?) A equipe, eles são interessados, dão boas idéias, ajudam, é só querer bem, ninguém quer mal aqui para gente, então tem que colaborar, porque senão quando ta alta a pressão eles ficam bem chateados.”

Sabemos que hoje a saúde está sendo construída, alcançada sob novas formas: nas academias de ginástica, nos SPAs, na aplicação da ciência da nutrição, da arte, da yoga, na construção da auto-estima. Isso de certa forma, apesar de menos acessível, chega para a população como um todo.

O fato é que as questões nutricionais, de estética, a ginástica e os grupos de convivência são valorizados e os portadores de doenças crônicas enfatizaram em suas falas esse tipo de cuidado.

A doença crônica interfere significativamente no viver das pessoas, trazendo mudanças. A necessidade de adquirir e de tomar medicamentos, de fazer exercícios físicos, controlar a dieta, pode impor restrições ao estilo de vida original e afetar os relacionamentos com outras pessoas. Os usuários das unidades estudadas realizam consultas com médicos e enfermeiros para acompanhamento da situação crônica de doença e participam de atividades em grupo, sendo esse, um espaço para formação de vínculos entre os participantes, um momento para aprendizagem sobre a doença e também uma forma de distração, por ter atividades recreativas, como viagens e passeios.

A participação em grupos de convivência e de educação em saúde foi mencionada positivamente por quase todos os integrantes da pesquisa. Ressaltaram a importância de compartilhar as informações e o conhecimento e também de conviver com pessoas na mesma condição de saúde, fazer amizade, ter atividades de lazer, utilização do tempo vago para distração. Percebem que esses grupos, não somente os ajudam a conviver melhor com sua doença, mas os ajudam a deslocar o foco da doença para compartilhar momentos de prazer com outras pessoas.

“A gente fica ansiosa dentro de casa, eu penso desse jeito, sair um pouquinho, não gosto de ir à casa de ninguém, mas em grupos assim é melhor, porque a gente se relaciona bem, é muito gostoso (...) senão viveria dentro de casa, e assim a gente conversa, fala-se sobre a doença, sobre a vida em família, e aí desperta assim, mais as idéias meio negativas a gente põe para fora” (usuária São Dimas).

Investigações vêm mostrando que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como fumo, pressão arterial elevada, obesidade e ausência de atividade física, as quais acarretam implicações clínicas para a saúde pública. (Broad head et all, 1983 *apud* Vaitsman e Andrade, 2002).

Alguns usuários mencionaram profissionais da saúde (médico, enfermeira, nutricionista, ACS) como sendo importantes apoios no convívio com a doença, principalmente aqueles profissionais que dão atenção e que ensinam como realizar os cuidados necessários para o seu controle.

“A (enfermeira) foi uma pessoa essencial para mim. Ela me apoiou, me ensinou como eu deveria fazer, como eu deveria agir. Até quando foi para aplicar a insulina ela foi demais”.

É importante que as pessoas com doença crônica tenham conhecimentos sobre a sua doença e sobre a importância da continuidade do tratamento, buscando um autocuidado efetivo, uma vez que o conhecimento mais amplo sobre sua condição de saúde pode representar mais autonomia nas escolhas relacionadas às formas de tratamento adequadas à sua condição.

Observa-se, ainda, que a eficácia do modelo se faz pela ampliação do acesso a certas ações de saúde para uma parte da população que estava desassistida.

“Preventivo, eu nunca tinha feito, mesmo com 42 anos nunca tinha feito um preventivo, fiz o meu aqui com elas.” Fam PI 8

Autocuidado à saúde representa muito mais do que a capacidade do indivíduo de “fazer coisas” por si e para si mesmo. Esse conceito refere-se ao comportamento que a pessoa de maneira deliberada, responsável e eficaz desempenha em seu próprio benefício para assegurar-lhe a vida, manter e promover a saúde e o bem-estar. O autocuidado tem a intenção de encorajar e dar oportunidade ao indivíduo de assumir a responsabilidade por sua saúde, ao mesmo tempo em que dá apoio e educação adequada para suas necessidades próprias enquanto estiver sob cuidados.

Ao debruçarmos nosso olhar sobre a possibilidade da VD estar promovendo o autocuidado, abordamos as ESF.

Vale destacar que as equipes estudadas, apesar de realizarem todas as atividades preconizadas, não trazem para discussão a questão dos portadores de doenças crônicas não compensadas. Nenhuma equipe tinha esse dado disponível mas, segundo elas, existe uma “minoría” de pacientes sem controle. Após uma avaliação dos prontuários, foi possível verificar que aproximadamente 20% dos diabéticos e hipertensos cadastrados não se encontravam dentro dos parâmetros de doença compensada.

Não existe projeto terapêutico específico para esses pacientes e as VD's realizadas para pacientes com doença crônica compensada e para aqueles com a doença não compensada não diferem substancialmente, ou seja, as visitas não têm sido utilizadas como um instrumento que amplie o conhecimento do paciente sobre sua condição de saúde-doença e de construção de estratégias partilhadas para a produção de cuidado.

Nas reuniões semanais com as equipes, não havia espaço para a discussão de casos. Em 2005, iniciaram-se reuniões quinzenais para discutir problemas das microáreas, mas pudemos verificar que, apesar de serem trazidas toda sorte de dificuldades (sociais, financeiras, de referência e contra-referência), os aspectos específicos de promoção do autocuidado ou de orientações especiais na condução das VD's, não eram trabalhados.

Os médicos e enfermeiras também não são acionados para participarem de VD's para pacientes com doença não compensada, permanecendo a participação daqueles profissionais restrita aos doentes acamados.

Não se observou a ocorrência de mudança do discurso, da frequência, da finalização das visitas ou a presença de outros profissionais na atuação junto àqueles pacientes. As ações se limitaram ao interior da unidade, onde a enfermeira e o médico atuam individualmente nas consultas e orientações. Nesse sentido, uma profissional enfermeira referiu:

“Realmente, estamos perdendo esta potencialidade da VD. Eu sinto que, às vezes, o ACS é utilizado como ‘Office boy de luxo’”: Enf 4

Seria como se o ACS estivesse indo à casa do usuário para realizar uma tarefa burocrática, sem vida, sem ampliar a possibilidade de cuidar.

Acolhimento, vínculo, responsabilização foram categorias referidas e percebidas durante a observação, mas a promoção do autocuidado com vistas a garantir a autonomia dos usuários e a utilização de uma das principais atividades do PSF, a VD no intuito de potencializá-lo, não foi referida ou percebida pelos usuários, equipes e gestores.

A seguir, apresentamos uma síntese das principais falas dos atores envolvidos quando abordamos a questão da VD e autonomia.

Unidades de Significado

ACS

“O peso no nosso ombro é enorme. A gente se sente responsável por tudo o que acontece com eles... e na verdade nós somos, porque quem os visita, quem fala diretamente na maior parte do tempo somos nós. Não sei se a gente promove a autonomia. Bater asas sozinhas, às vezes até incomoda, se é o que você quer saber. Parece que tira a “nossa função”.

“(...) nós temos os nossos deveres enquanto profissionais de saúde e o paciente também têm o dele (...)”.

“Olha a gente não pode descuidar porque com todo o apoio e informações que eles têm ainda tem acontece cada barbaridade. A população é muita desorientada.”

“(...) tem que investir independente do que... pelo menos o seu cinqüenta por cento você fez. Se no final o resultado não for esse, pelo menos os seus cinqüenta por cento foi feito né! Agora é tentar não abrir mão e tentar mostrar assim que os cinqüenta por cento do paciente, a importância disso, pra ele que (...) às vezes a pessoa não vê a real importância que isso tem.”

“A responsabilidade maior é dele (...) a nós cabe a nossa parte, a responsabilidade é do paciente (...) a nossa parte seria essa: de tecnicamente tá assistindo, tá ouvindo, intervindo, medicando, esclarecendo (...) acho que é dividir a responsabilidade, a minha é essa e a sua é essa.”

Usuários

“Informação traz bastante, só não aprende quem não quer.”

“A gente acredita que do nosso jeito vai ser melhor, mas eles (o pessoal da unidade), acham que tem que ser do jeito deles, senão não vale, não faz efeito, então a gente cede....”

“Olha em relação em saber me cuidar ou cuidar conforme minhas crenças - eu acho que faço sim. Eu avalio tudo o que o serviço me fornece e faço as coisas conforme eu acredito que seja o melhor para mim (AB, usuária, representante no Conselho Municipal de saúde).”

“Tem gente que se acomoda com o fato do agente vir em casa porque é ele que fica lembrando da vacinas, das consultas com o dentista. Tem gente folgada sim, mas não é a maioria não”.

“Às vezes a gente não faz alguma coisa porque não acredita ou não acha ao importante, nesse sentido é bom o pessoal da unidade esclarecer, ensinar, mas acho ruim quando eles não percebem que não vou fazer aquilo porque não acho certo... sei lá, às vezes eu acho que funciona mais do meu jeito...”.

médicos e enfermeiros

Eu sinto que não é uma coisa fácil não – nós fomos educados para ter sucesso no tratamento – trazemos para nós uma responsabilidade que não é só nossa – tem que haver co-responsabilidade – será que ele se percebeu na condição de risco? Aquilo tem significado para ele? Eu acho que autonomia e significado são muito importantes. Incorporar conhecimentos e mudar algo. Ter conhecimento não significa mudança de postura”.

“Pedagogicamente – educar, não passando apenas conhecimento, mas sim exemplos”.

“Muitos profissionais trazem a culpa para si – sendo que temos que avançar na questão da responsabilização, mas temos que respeitar o desejo do outro”.

“A questão do significado tem que ter significado para o outro senão não dá, nem para começar a abordagem”.

“Ter os limites – A questão da autonomia - a mulher que não que fazer pânico – ela não aceita – ela não vem, autonomia está sendo construída – é uma questão de humanização – no sentido de não definir tanta regras – e de respeitar esta opção da pessoa – em todos os momentos”.

“Esta questão da responsabilização – o peso da responsabilidade fica em cima da equipe”.

Gestores

“Sempre temos que ter a discussão do que é tutelar e a co-responsabilização – você não constrói autonomia se você não tiver uma compreensão da co-responsabilidade do usuário, da família, da pessoa e da equipe, agora isso é uma coisa que está sendo construída no processo – uma área que estava muito fragilizada era o trabalho de educação em saúde - entendendo que em última estância ela tem que ter como objetivo repassar informações, construir saberes com o usuário que dê autonomia o usuário, que liberte, que de condições da pessoa se virar, para o bem dele e não para a equipe ou para as normas”.

“Vimos que as equipes tinham muita dificuldade de fazer isso – então este trabalho que estamos fazendo agora como pessoal da Unicamp é para fortalecer as equipes – para dar condições às equipes de lidar com estas questões – de dar autonomia – de respeitar os usuários- a discussão de autonomia tem que permear a integralidade, dos protocolos, do cuidado, difícil discuti-la separadamente – entra o acolhimento, o cuidado, a relação da equipe – é tema transversal – e pauta para que sintam fortalecidos para sempre estarem sendo discutidos”.

“Aí entra uma questão que você à medida que estabelece este encontro da equipe e família vai desenvolvendo, mas a decisão de se tratar ou não é do usuário - ele tem que decidir tendo conhecimento, não informação e sim conhecimento mais profundo – o usuário possa decidir de forma consciente – para que ele possa tomar as decisões sabendo dos riscos e das conseqüências”.

“a população acaba participando mais, dos conselhos, do acolhimento, a população bate na porta todos dia de manhã., esta questão do fluxo, mostra que a população procura, busca, participa. Já esta entendendo que não precisa passar com o médico, que saúde é mais amplo que doença, que ela é fundamental. Acho que o PSF promove sim a autonomia e mexe onde nunca antes os serviços abordaram”.

Percebe-se que a questão da autonomia é abrangente. Ela engloba respeito, responsabilização, informação, poder, construção de saberes, educação em saúde, ética, participação popular, entrosamento e trabalho em equipe, integralidade, protocolos, enfim, conforme dito pela gestora: “é transversal”.

Os usuários trouxeram claramente a dificuldade da equipe de saúde em respeitar suas posições fundadas no saber popular, que são vistas geralmente como inadequados e que, às vezes, aderem simplesmente para contentar a equipe de saúde.

Ao ser questionada sobre as dificuldades de se estabelecer projetos terapêuticos e discussões de casos, justamente para aquelas situações de doença de difícil controle, a gestora municipal assinalou :

“eu atribuo ao número ainda escasso de agentes e também à capacitação dos agentes que deve ser revista, fizemos uma capacitação de 40 hs e todos estes cursos, agora aquela capacitação de 400hs como preconiza o ministério seria o ideal”

Além disso:

“Garantir autonomia, co-responsabilização, discussão de projetos individuais é processual- só para ter idéia, dos 34 ACS, 15 foram contratados nos dois últimos anos – então é gente se capacitando em serviço – isto traz dificuldades, compromete o treinamento, o atendimento ao usuário”.

Os ACS:

“(...) cada coisa tem seu tempo, não adianta a equipe se afobar, de querer ajudar o paciente se ele não está no momento de ser ajudado (...)” ACS3.

“(...) é dito que se faz o melhor possível, será que esse melhor possível é aquilo que os profissionais técnicos, no caso, médico e enfermeira acham que é o melhor possível, ou esse é o melhor possível pra este paciente?” ACS6.

“(....) acho que também a vontade dele tem que ser respeitada (....) você passa todas as informações pro paciente, você não pode obrigar o paciente a... a fazer uma coisa que ele não quer.” ACS11

O respeito à autonomia não implica em abandono, há uma preocupação em esclarecer os usuários acerca dos riscos de sua situação de saúde.

“(...) Eu acho que é o nosso trabalho, isso de insistir, de tentar convencer os usuários a fazerem tudo certo, de se cuidar, então eu acho que é complicado isso de respeitar o que o paciente quer, porque na verdade eu acho que ele não sabe muito o que quer – não fica claro o limite do nosso papel e dos direitos dos usuários” ACS2.

Observa-se como é difícil para a equipe e, em especial, para os ACS aceitar e respeitar o saber e as crenças dos familiares que assistem. Os usuários captam essa dificuldade: *“acham que tem que ser do jeito deles, senão não vale, não faz efeito, então a gente cede.”*

A VD é um importante instrumento para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família, porém os grupos de educação em saúde parecem também cumprir esse papel. Nas duas atividades as orientações não estão prontas, pois cada casa/grupo representa uma realidade e com base nela é que ocorre a troca de informações. A possibilidade de redução das VD's regulares poderia incrementar a participação dos ACS nas atividades grupais ou favorecer visitas mais elaboradas onde elas se revelarem necessárias, como nos casos mais difíceis.

Segundo o relato de um dos agentes, muitas vezes as pessoas não percebem seus problemas. No entanto, durante uma VD é possível observar a dinâmica familiar, as entrelinhas, o “todo”. Nessas ocasiões, o agente tem a oportunidade de identificar problemas e trocar idéias, enfocando “coisas importantes da saúde”. Como relata essa agente: *“não basta bater na porta e perguntar sobre os problemas de saúde, tem que sentar e conversar.* Outra comenta: *“não podemos desistir – cada visita tem que valer a pena”*.

O agente comunitário carrega os anseios dos usuários e das famílias e, como porta-voz, atualiza a presença deles no seio da equipe, gerando demandas e angústias, afetando a todos.

8.4- Algumas Reflexões sobre o Cuidado e a Norma

Os limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou dos usuários, ou seja, em que medida os profissionais de saúde podem ser coercitivos acerca das opções terapêuticas e das mudanças de estilo de vida constitui, segundo Brody (1983a), tema central das questões éticas envolvidas na atenção à saúde da família.. Quando o profissional, meramente descreve os cursos alternativos de ação de maneira neutra de valores permitindo que o usuário faça sua opção, a coerção fica explicitamente ausente.

Porém, sabe-se que comunicação com tal neutralidade torna-se impossível na prática e o mais freqüente é o profissional explicar ao usuário as várias opções, tentando persuadi-lo a aceitar aquilo que, na opinião do profissional, atende melhor a seus interesses.

Em estudo que busca conhecer as considerações éticas de enfermeiros visitantes na Holanda, os entrevistados ponderam que têm que se adaptar ao modo de vida do usuário para minimizar as conseqüências negativas dos aspectos intrusivos, inevitáveis de seu trabalho. Assim, frente a uma divergência de opiniões com o usuário ou a família, devem tentar chegar a um acordo, imediatamente ou no futuro, através da explicação das conseqüências do curso de ação escolhido pelo usuário e das razões pelas quais o enfermeiro escolhe outra alternativa. Devem ser capazes de oferecer sugestões e fazer ofertas sem pressionar, tentando ganhar confiança para que o usuário possa manifestar suas objeções, medos ou preocupações e então o ouçam, dêem informação ou o apoiem quando quiser discutir a questão novamente (Gremmen, 1999).

Essa tendência de respeitar as escolhas dos usuários e famílias, mas levantando questões acerca das opções, também aparece em investigação envolvendo 674 médicos de família dos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá que admitem discutir o estilo de vida dos usuários, sem interferir (Hoffmaster e col, 1992). Enfermeiros de serviços extra-hospitalares de British Columbia, Canadá, revelam que as situações mais difíceis que enfrentam na sua prática diária envolvem determinar os direitos de adultos e adolescentes permanecerem em risco (Duncan 1992).

Embora o tempo decorrido possa impor limites à consideração de seus resultados, vale citar que pesquisa realizada há mais de 20 anos, com professores do Departamento de Medicina da Família da Universidade Western Ontário, Canadá, sugere que a disponibilidade ou não para interferir no estilo de vida das pessoas varia, a depender das conseqüências para a saúde e do comportamento que deve ser alterado. A maioria dos respondentes (84,3%) estava preparada para tentar mudar o estilo de vida de um usuário quando este configura um potencial dano a sua saúde. Entretanto, poucos se sentem preparados para tentar alterações quando a questão envolve problemas como a interrupção de uma gestação, contracepção permanente, fim de um casamento, o uso de drogas ilícitas ou casos extraconjugais, situação em que 86% dos entrevistados afirmou que raramente interferiria (Christie e col. 1983).

Como assinalam Chiesa e Veríssimo (2001), a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois, além de principal meio de veiculação do processo educativo, constitui-se recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço. Os enfermeiros devem incluir entre seus conhecimentos técnicos os relativos à comunicação, entretanto a tecnologia das relações é uma das mais complexas por abranger, não somente conhecimentos, habilidades e comportamentos, mas por requerer, sobretudo, atitudes. As autoras afirmam que a comunicação na atenção à saúde configura uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto, sendo algo que se constrói com base na escuta do outro, para compreender quais são suas crenças, sua situação e suas possibilidades, com vistas a poder atuar conjuntamente. Essa abordagem dialógica e emancipatória tem como um dos seus pressupostos acreditar que todas as pessoas têm direito a escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde.

Como argumenta Duncan (1992) ao discutir os desafios éticos da prática da enfermagem comunitária em British Columbia (Canadá), a defesa e o desenvolvimento da comunidade requerem que os enfermeiros que atuam na atenção básica centrem-se nas condições que determinam a saúde, encontrando maneiras de fortalecer as habilidades dos usuários para assegurar seus direitos e avaliarem a qualidade dos serviços. No entendimento da autora, um aumento na participação dos usuários em seu cuidado, tanto no âmbito individual como no planejamento da saúde da comunidade, aumentaria a resposta do sistema de saúde às necessidades dos usuários, principalmente os que estão em situação de alto risco.

Nesse sentido, merecem destaque os problemas éticos que decorrem de preocupações com as condições dos usuários para adquirirem os medicamentos prescritos, promovendo um diálogo que visa discutir a medicalização das carências em saúde e a relação entre eficácia e preço dos medicamentos. Esse tipo de conversa parece ir além das informações usuais de cunho biológico, avançando para uma troca de valores e concepções, o que denota responsabilização e favorece a autonomia e a construção da cidadania do usuário, em consonância com os pilares e diretrizes do SUS e do PSF.

Quando o usuário recusa uma intervenção recomendada, seja uma medicação, uma consulta ou um procedimento diagnóstico, o profissional de saúde se vê frente a um conflito entre sua avaliação e a opinião do paciente, o que pode causar raiva, frustração e desinteresse, especialmente se a escolha lhe parecer irracional. A equipe pode não compreender as razões do usuário para a recusa e não ser capaz de aceitá-la.

Estudo realizado no Projeto Qualis/PSF, do Município de São Paulo, mostra que a equipe de saúde da família valoriza as pessoas que fazem acompanhamento sem faltas e seguem a prescrição. O reconhecimento ocorre quando as normas estabelecidas para o cuidado à saúde são seguidas. A dificuldade para cumprir o tratamento indicado é entendida como resistência dos usuários, que podem ser rotulados como “não aderentes”, “resistentes” ou “rebeldes”. A simples falta do usuário a atividades agendadas já é vista como desvalorização do trabalho e do empenho da equipe, não havendo reflexão acerca dos motivos da falha na adesão ou de como desenvolver outras estratégias e formas de diálogo com o usuário que tem necessidades, concepções de saúde e de tratamento diferentes das defendidas pela equipe. Ao contrário, nas atividades educativas destacam-se as posições de tipo mais impositivo ou, até mesmo, de cunho autoritário, restringindo-se as possibilidades de conversa que resultem na exposição e confrontação de valores e na negociação de alternativas (Silva & Damaso, 2002).

Não é raro que os profissionais de saúde ponham em questionamento a competência dos usuários para decidir ou compreender as informações que lhes são transmitidas quando ele recusam as intervenções indicadas, particularmente se o tratamento for para uma condição que ameace a vida. Os membros da equipe deveriam aprender a estar alertas para suas próprias atitudes e valores e serem cautelosos para não impô-los aos usuários e/ou famílias de quem cuidam, estando preparados para aceitar a vontade destes, ainda que não estejam de acordo com a sua própria opinião. Da mesma forma, a aceitação cega de qualquer solicitação de intervenção, o desrespeito da recusa sem uma explanação ou negociação pode minar a liberdade do usuário, levar à desumanização da assistência, além de consistir em falso respeito à autonomia das pessoas (Searight & Barbarash, 1994; Doukas & McCullough, 1996; Richter & Eisemann, 2000).

Na atenção à saúde, não parecem raras as práticas perpetuadoras da dependência do usuário, em lugar de se buscar a promoção de sua autonomia e cidadania. Isso equivale a percorrer os trilhos da beneficência paternalista com seus traços de superproteção, e, em certa medida, de autoritarismo, que descrevem atitudes do tipo ‘eu sei o que é melhor para você’. Na enfermagem, essa atitude reveste-se de uma nova nuance, pois o processo de trabalho dos enfermeiros é marcado pela utilização de protocolos ou rotinas de cuidados e procedimentos que, supostamente, atendem as necessidades de quase todos os usuários, na maioria das vezes. É bastante comum a enfermagem encaixar a assistência dispensada a uma pessoa ou a um grupo numa rotina estabelecida, não importando se essa é congruente ou não com as condições de quem procura ou precisa de sua atenção. Parece que se instala o “paternalismo burocrático”, no qual as normas, os procedimentos e as rotinas, determinam o que deve ser feito, não importando o que é melhor ou mais indicado, ou ainda, o que o usuário autonomamente demanda. Os usuários são então, rotulados de “colaboradores” e “não colaboradores”, sendo que os primeiros, geralmente, recebem o cuidado sem questioná-lo, ao passo que os últimos, de uma forma ou outra, o questionam (Zoboli & Massarollo 2002).

A equipe de saúde da família incorpora o agente comunitário de saúde, que possui posição singular por, obrigatoriamente, residir na área de adscrição na qual atua. Esse trabalhador traz ao conhecimento da equipe informações sobre a vida cotidiana das famílias, suas casas e, até mesmo, fatos anteriores à composição da equipe na região, atuando como um “prolongador dos olhos e da percepção da equipe”. Esses dados são incorporados pelos enfermeiros e médicos como instrumentos de gerenciamento e para nortear o tipo de atendimento necessário (Silva & Damaso 2002).

Nas atividades do agente comunitário de saúde parece ser crucial identificar as informações relevantes para a geração de benefícios à comunidade e para o acionamento e orientação do trabalho da equipe, sendo esse o critério para discernir quais informações de domínio do agente devem ser compartilhadas com o restante da equipe, e vice-versa.

As visitas domiciliares são atividades que exigem grande disponibilidade de recursos humanos e demandam conteúdo e objetivos para uma abordagem efetiva.

Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase na dependência do serviço, com insistentes e constantes abordagens no domicílio.

Ainda que não seja considerada uma novidade no campo sanitário, a visita domiciliar consagrou-se como um recurso extremamente importante, no contexto da assistência à saúde da família. Sendo uma das principais atividades dos ACS's junto às famílias, a VD deve ser repensada, a fim de otimizar os recursos disponíveis e fortalecer sua proposta assistencial. O compilamento repetitivo e exaustivo dos dados junto às famílias no domicílio representa um grande esforço, que contrasta com sua tímida contribuição para a construção do cuidado e da autonomia dos usuários.

EM BUSCA DE UMA SÍNTESE

Na tentativa de uma síntese abrangente de todo o caminho percorrido, caberia agora buscar responder algumas questões: o que realmente as observações realizadas e as experiências visitadas nos revelaram? As VD's captam as necessidades de saúde, são orientadas por elas? São potentes para promover autonomia? E o ACS, é capaz de atuar no sentido de promover autonomia? Qual a importância dessas discussões para o PSF e para o SUS como um todo?

Embora o PSF seja bem aceito pelas comunidades, predominam, nas representações dos usuários, posturas de “gratidão” e reconhecimento em relação ao que já foi alcançado, não se observando reivindicações pró-ativas no sentido da reformulação dos conteúdos dos programas oferecidos.

Os ACS demonstraram grande responsabilização pelas famílias adscritas, porém não ocorreu a realização de ações integradas com a equipe para responder às necessidades captadas e a incorporação dessas em projetos terapêuticos.

Fatores culturais, sejam ligados aos usuários, sejam aos profissionais, perpassam o quadro das experiências, influenciando seu desenvolvimento de forma positiva ou negativa, mas, de toda forma, exigindo maior investimento material e intelectual na sua compreensão e na sua abordagem.

Realizar a gestão do cuidado centrada nas necessidades de saúde dos usuários, através do trabalho interdisciplinar em equipe, é uma tarefa extremamente complexa, com componentes de conflito bastante expressivos.

Um dos principais desafios da equipe de atenção básica é trabalhar a questão da autonomia dos usuários. No entanto, esse desafio não se mostra efetivamente presente para a equipe. Há um reconhecimento do problema, mas como o modelo explicativo é insuficiente, a solução proposta não dá conta da sua compreensão e enfrentamento.

Mesmo os PSF's que se propuseram a um caráter substitutivo mais radical em relação ao modelo tradicional de atenção, como aconteceu em Amparo, muitas vezes mostram dificuldades em assumir aquela característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência de elementos tradicionais no padrão da atenção e a competição desses com os novos dispositivos implantados, neutralizando-os ou enfraquecendo-os.

O PSF surge como forma de dar resposta à crise da saúde quebrando a lógica tradicional de prestação de serviços de saúde centrada no médico, biologicista com ênfase na produtividade dos procedimentos. Propõe-se a uma prática assistencial em equipe, centrada nas necessidades da população, considerando-a como partícipe do processo de produção das ações de saúde através de seus saberes e da participação social, e, também, uma atenção centrada no vínculo e na responsabilização pela saúde coletiva e individual.

Entretanto, a complexidade da saúde e as questões que as pessoas têm demandado aos serviços de saúde desafiam os profissionais, em quaisquer níveis em que se encontrem a buscar novos modos de produzir o cuidado à saúde.

Isso se tornou ainda mais acentuado com a estratégia PSF, que prevê a atuação direta no território onde vivem as pessoas. O trabalhador sai da esfera protegida das unidades de saúde e se depara com situações para as quais não tem encontrado ferramentas

de ação específicas, sentindo-se impotente ou, então, insistindo nas estratégias habituais, sem se dar conta da singularidade de cada atendimento e de suas potencialidades ao se arriscar a sair do instituído.

Constatou-se que a concepção de necessidade de saúde ainda está fortemente vinculada à cura de um evento reconhecido, pela própria família, como uma doença. Na maioria das vezes, as ações preventivas não são vistas como uma necessidade de saúde concreta, o que requer que as estratégias educativas sejam revistas, buscando trazer as questões preventivas para um diálogo mais aberto, acessível e negociado.

A medicalização a que a população tem sido, historicamente, submetida faz com que ela busque o tempo todo, a Unidade de Saúde da Família, aumentando ainda mais a tensão entre demanda espontânea e atendimento programático, perpetuando um conflito conhecido da porta de entrada do sistema de saúde. O PSF, ao não reformular os processos de trabalho e não propor estratégias eficazes para enfrentar a medicalização, não vem conseguindo enfrentar com êxito o modelo de produção de procedimento.

A Visita Domiciliar, quando mais orientada pela norma que pelo cuidado, acaba não se transformando em instrumento efetivo a favor da mudança do modelo. O cumprimento burocrático das visitas e seu caráter de certa forma compulsório condicionam a relação dos ACS com os moradores, gerando controle por um lado e dependência do serviço por outro, ou seja, a não construção de autonomia.

É comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso ‘aprender’ a lidar com as famílias, como se o saber clínico e o bom senso fossem suficientes para ‘compreender a família’. Na verdade, há muito aprendizado a ser realizado nesse campo, marcado por uma relação dialógica onde escuta e fala aparecem como importantes instrumentos para o reconhecimento das necessidades de saúde. Esse reconhecimento, assim como a construção da autonomia, implicam na compreensão da ação em saúde como uma ação educativa, já que o processo de promoção - prevenção - cura - reabilitação é também um processo pedagógico, de conhecimento.

Demo (2002) afirma que o fenômeno da aprendizagem, além de reconstrutivo, é profundamente político, porque não só interpreta a realidade interna e externa. Sempre aparece algum nível de confronto desafiador, porque não se trata de apenas recepcionar a realidade externa, mas principalmente de reconstruí-la sob risco e abertura, e de nela interferir como sujeito. Não ocorre aprendizagem quando o sujeito permanece como objeto, e também quando o sujeito permanece o mesmo.

Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e o resultado do trabalho em saúde, transformando os usuários em cidadãos, co-partícipes do processo de produção da saúde.

Para Paulo Freire (...), a construção de autonomia é processual: *“ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas”*. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre com data marcada. É nesse sentido que ações que visem o aumento do coeficiente da autonomia têm de estar centradas em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências que respeitem a liberdade.



9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Problematizar a VD revelou áreas de sombras diversas, algumas desveladas, outras não, mas que evidenciam a necessidade de se ampliar à reflexão em torno de vários aspectos que permeiam o Programa de Saúde da Família, como a questão cultural, o processo do cuidado propriamente dito, a avaliação do impacto das ações sobre a vida das pessoas, a relação de contrato com a família a respeito dos objetivos e periodicidade das visitas, entre outras questões.

Considerar a família como objeto de trabalho em saúde significa conceber os aspectos subjetivos que a caracterizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e história. Essa perspectiva exige uma análise ampla do trabalho em saúde, cujas relações entre profissionais, usuários e gestores nos serviços produzem “encontros,” que atuam como campo de mediações entre demandas e necessidades, cuja eficácia requer complexas negociações.

O *acesso* e o *vínculo* foram ganhos reais que o PSF proporcionou, porém há que se avançar na questão da integralidade e da equidade.

No momento atual, em que o Programa está implantado em 90% dos municípios brasileiros, ao realizarmos o estudo num município com condições muito favoráveis (100% PSF, gestor municipal com capacidade de governo, apoio da Universidade, alto comprometimento dos profissionais que atuam nas equipes e investimento em educação permanente dos profissionais de saúde), foi possível verificar que a Visita Domiciliar se constitui em uma atividade que demanda expressivo tempo e trabalho dos profissionais, sobretudo agentes comunitários, sendo, porém sub-utilizada em termos de seu potencial de produção de saúde.

Nesse sentido, verificamos que a visita agrega inúmeras possibilidades, podendo ir de algo estritamente técnico, com objetivo pontual e com finalidade de controle, a algo como um campo de construção de relações, um plano de potências criativas de ações de saúde. Sabendo que a VD pode se constituir numa ação produtora de cuidado, acreditamos que ela poderia e deveria ser objeto de mais discussão, problematização e elaboração no interior das equipes.

O processo de co-responsabilização pela saúde da família se encontra, explicitamente, declarado no discurso do PSF e parece haver sido incorporado pelas equipes no desenvolvimento do processo assistencial, estando intrinsecamente ligado ao dever profissional. Todavia, existem muitas dúvidas e questionamentos por parte dos profissionais sobre a extensão ética do envolvimento responsável com a saúde da família, quando se trata de atender a compromissos que são pessoais e, por sua natureza, também institucionais.

A família considera-se e é considerada pelos profissionais como a primeira e maior responsável pela saúde da família. Entretanto, apesar de a equipe do PSF se considerar um complemento, ainda que importante, no processo de cuidados familiares no campo da saúde, ela alimenta, subliminarmente, a crença de que a família necessita e depende dos cuidados profissionais para resolver os problemas relacionados a esse assunto. Isso é revelado nas entrelinhas, quando a equipe acredita que os cuidados prestados pela família, fundados no saber popular, são geralmente inadequados e que eles necessitam de uma orientação profissional para que se tornem apropriados. Essa vigilância profissional sobre a família, muitas vezes criticada por ela, pode vir a configurar uma relação de submissão, dependência e controle, confirmando a supremacia e a autoridade da norma, vindo a reduzir, sensivelmente, os campos decisórios da família sobre a saúde. Sentindo-se, então, necessária, a equipe movimenta-se constantemente no sentido de uma aproximação pessoal/social/profissional com a família, procurando conquistar uma relação de confiança com ela. O fato de freqüentar o domicílio, o espaço da intimidade familiar, e conviver com a família em uma situação assistencial gera na equipe um senso de responsabilidade para com sua situação de saúde. Isso significa que obter a abertura da família para acessar seus arquivos íntimos, origina, automaticamente, um envolvimento e um compromisso com a sua saúde e com o seu viver.

Quando a equipe, em especial os ACS's, consideram ser de sua responsabilidade qualquer coisa que aconteça com a família, isso leva a pensar que existe uma diluição de fronteiras e de domínios nessa relação; os papéis das partes não estão definidos claramente e, tampouco, os objetivos assistenciais, o que é notoriamente reconhecido pelas famílias e pela equipe uma vez que há dificuldades em relação aos

projetos terapêuticos. Na intenção de corresponder à confiança da família, ou seja, honrar o compromisso assumido com ela, o agente – sensibilizado, envolvido e comprometido - faz tentativas frustrantes e solitárias de uma ajuda pessoal, geralmente além de suas condições profissionais e particulares. Procura, dessa forma, amenizar os problemas que ele mesmo identificou na intimidade familiar e, para os quais, o sistema não oferece uma resposta favorável, havendo, nesse caso, uma importante distorção na relação de ajuda. Em uma conotação ética, isso significa que a co-responsabilização dos profissionais para com a saúde da família só poderá ocorrer efetivamente quando houver uma co-responsabilização da instituição e do sistema que ele representa. Caso contrário, pode estar sendo caracterizada uma relação de co-dependência no lugar daquilo que é preconizado como co-responsabilidade, abalando, substancialmente, o princípio da autonomia da família.

Acreditamos que a autonomia se constitui na linha mestra a nortear os relacionamentos que são construídos no interior da situação assistencial. A condição de se relacionar com outras pessoas de um modo igualitário é fundamental no direcionamento de todo o processo. Nessa concepção, o respeito pelas capacidades do outro está, intrinsecamente, ligado à ordem democrática. A literatura nos revelou que, no exercício da autonomia, o indivíduo é capaz de reconhecer que o desenvolvimento das potencialidades do outro não significa uma ameaça para si, mas configura os limites pessoais que são necessários para uma administração positiva dos relacionamentos entre família e equipe de saúde.

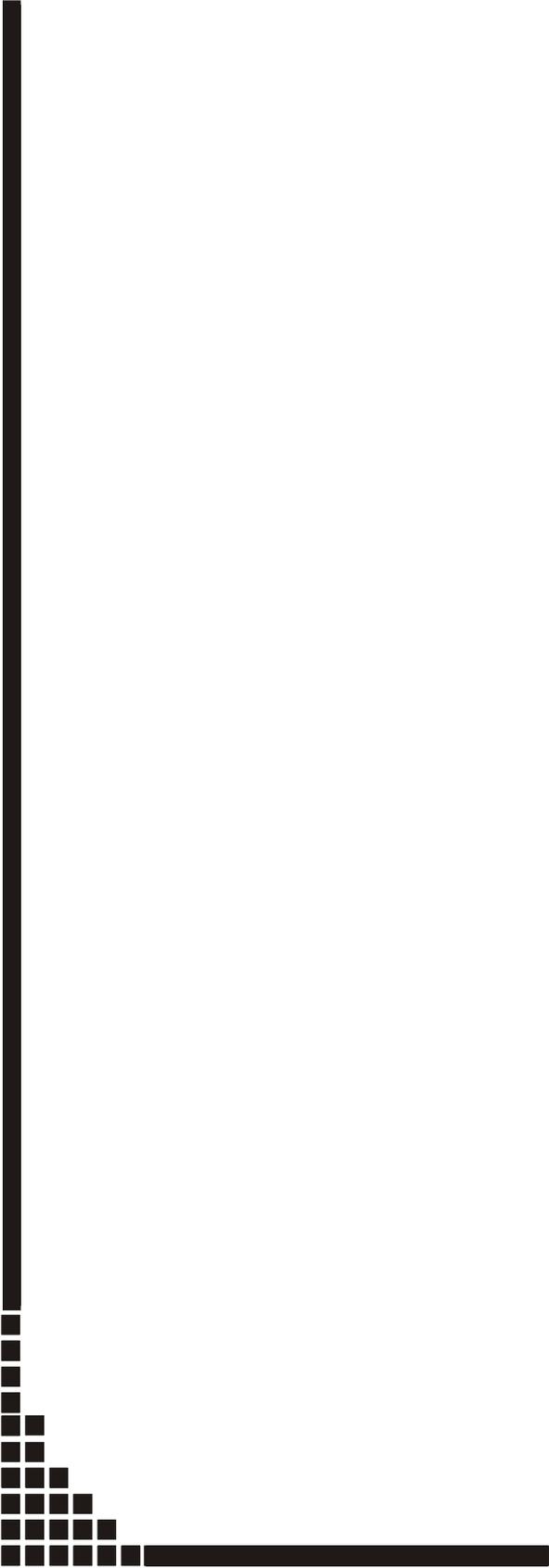
As relações que percorrem o território da intimidade familiar devem presumir, continuamente, a preservação da autonomia porque podem, facilmente, cair no plano de uma co-dependência. O ato de autorevelar-se ao outro, abrir as questões que são resguardadas no mundo íntimo, evoca a confiança do outro. Isso significa que, partilhar da intimidade da família requer que a equipe se demonstre continuamente confiável, mantendo ou reconquistando essa relação ao longo de todo o processo assistencial, como uma forma de honrar o voto de confiança que lhe foi atribuído no processo inicial de vinculação.

No meio profissional, o saber técnico/científico geralmente desfruta de uma pretensa superioridade e autoridade ante o saber popular das famílias, e o jogo de relações de poder que se instala no encontro assistencial pode incluir, estrategicamente, essa

circunstancia de sujeição por parte dos profissionais de saúde. Isso é caracterizado no adestramento dos cuidados de saúde, a partir das interpretações dos discursos técnico-científicos, normatizando o viver familiar e, conseqüentemente, separando, comparando, distribuindo, avaliando, hierarquizando o pensar e o agir das famílias.

Nesse cenário, o encontro assistencial pode ser compreendido como uma verdadeira arena das ações dos sujeitos onde se induz e se produz o saber e o fazer, onde se seduz e se resiste em nome do cuidado em si, enfim, onde se dá o exercício do poder (Machado, 1998). Em meio à dinâmica dessas relações, poder-se-á chegar a um real encontro entre os diferentes regimes de verdades; a abertura de si para o outro poderá resultar em uma autentica negociação e aí, nessa arena assistencial, estará sendo gerado um novo tipo de saber e fazer, partindo de um consenso consciente sobre diferentes verdades, constituído sobre relações éticas e fecundamente co-responsáveis.

Sabendo que a VD pode ser assumida como ação de produção, reprodução, ou antiprodução de cuidado, apontamos a necessidade de rever a norma que orienta a periodicidade da VD e de reformular os seus objetivos e conteúdos, com o propósito de qualificá-la e de potencializar sua utilização no interior de projetos de cuidado integral elaborados pela equipe do PSF com a participação da família, bem como o desafio necessário de trabalhar na lógica da construção da autonomia dos usuários no cuidado à saúde.



***10- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

Alonso ILK. Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar [Tese - Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Althouff CR. Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar [Tese - Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora, no processo de cuidar e ser cuidada em contexto domiciliar [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Amparo (SP). Secretaria Municipal de Saúde de Amparo. Relatório de Gestão de 2004, Amparo (SP); 2004. 50p

Amparo (SP). Secretaria Municipal de Saúde de Amparo. Relatório de Gestão de 2005, Amparo (SP); 2005.63p..

Andrade MGG. O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia-SP [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 1995.

Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [Tese - Livre docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 1997.

Arendt H. A condição humana. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000. 245 p.

Arouca ASS. O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1975.

Áries P. História social da criança e da família. 2.ed. Rio de janeiro: LTC; 1981. 279 p

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s.l.], v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 7.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.235p.

Baier AC. Moral prejudices, essays on ethic. Cambridge: Harvard University Press; 1995. 123p

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4.ed. Barcelona: Masson; 1999. 514p.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5.ed. New York: Oxford University Press; 2001.520p.

Berger P, Luckman T. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes; 1985.

Berman M. Tudo que é sólido desmancha no ar: A aventura da modernidade. São Paulo: Companhia das Letras; 1987.

Boehs AE. Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1990.

Bôehs, AE Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Brown C, Seddon J. The social body and the biomechanical body: can they coexist in nursing education? Journal of Adv. Nur 1996; 23:651-6.

Brody H. Empirical Studies of Ethics in Family Medicine. The Journal of Family Practice 1983a; 16: 1061–3.

Budó ML. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de saúde em comunidade rural de descendentes italianos [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 1994.

Camargo JR, KR. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004.

Campos GWS. A Saúde Pública e a defesa da vida. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, org. Agir em saúde: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

Campos G.WS. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec, 1998.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização de trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 393-3.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Caponi S. Lo público y lo privado em tiempos de peste. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 1999; 6(1): 7-28.

Carletti SMM, Rejani MI. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

Cartana MHF. Rede e suporte social de famílias [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1988.

Carvalho AI, Ribeiro JM. Modelos de atenção à saúde. In: Carvalho AI, Goulart FA, org. *Gestão em saúde; Unidade II: Planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro/ Brasília: Editora Fiocruz/ Universidade de Brasília. 1998. p.35-91.

Carvalho GCM. Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde: 1988- 2001. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP). Universidade de São Paulo; 2002.

Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, org. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; 1994. p.93-108.

Caxias do Sul (RS). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul (RS); 2000.

Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p.113-26.

Ceitlin J. Que es la Medicina Familiar? Caracas: Fepafem/ Kellogs; 1982.

Centa ML, Elsen I. Reflexões sobre a evolução da história da família. Fam. Saúde Desenv. Curitiba 1999; 1(½):15-20.

Chiesa AM, Bertolozzi MR, Fonseca RM, GS. A enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? O Mundo da Saúde 2000; 24(1): 67 –71.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: MS; 2001. p. 34-42.

Christie RJ, Hoffmaster B, Bass MJ, Mccracken EC. How family physicians approach ethical problems. The Journal of Family Practice 1983; 16: 1133-8.

Ciampone MH, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm 2000; 53 (n.especial): 143-47.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Prêmio Experiências Municipais Exitosas. Brasília: CONASEMS, 2001.

Connelly J. Emotions, ethics, and decision making in primary care. *The Journal of Clinical Ethics* 1998; 9: 225–34.

Cordeiro H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial no SUS. *Cadernos de Saúde da Família* 1996; (1): 10-15.

Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. 4.ed.. Rio de Janeiro: Graal; 1999.

Cunha ICKO. *Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem* [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Deleuze G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

Demo P. *Politicidade: Razão humana*. Campinas: Papyrus; 2002

Donangelo MCF. *Medicina e sociedade: O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Editoras Duas Cidades; 1979.

Donzelot J. *A polícia das famílias*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.

Doukas DJ, Mccullough BL. A preventive ethics approach to counseling patients about clinical futility in the primary care setting. *Arch Fam Med*. 1996; 5: 589–92.

Duarte, YAO, Diogo MJ, D´elboux *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

Duby G. Prefácio: a história da vida privada. In: VEYNE, Paul. **História da vida privada: do Império Romano ao ano mil**. São Paulo: Companhia da Letras, 1989, p.9-11, Vol.1.

Duncan SM. Ethical challenge in community health nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17: 1035-41.

Elias N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Zahar; 1990

Elsen I. Concepts of health and illness and related behaviors among families living in Brazilian Fishing Village [Tese - Doutorado]. San Francisco (CA): University of California; 1984.

Elsen I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: Bub LIR, Cols Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994 p. 19-60.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon S, Silva MRS e Cols O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Scorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1987.

Fonseca AM. Família e política de renda mínima. São Paulo: Cortez; 2001.

Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev. Bras. Enferm 2000; 53 (n. especial): 31-3.

Foucault M. Vigiar e punir. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

Foucault M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

Foucault M. Microfísica do poder. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.

Franco TB. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Franco TB, Merhy E E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE. et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.

Giddens A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora Unesp; 1993.

Goulart FAA. *Municipalização: veredas - Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro/ Brasília: Abrasco/ CONASEMS; 1996.

Good BJ. *Medicine, rationality and experience: and anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

Goulart FAA. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* [Tese – Doutorado] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Gremmen I. Visiting nurses' situated ethics: beyond 'care versus justice'. *Nursing Ethics*. 1999; 6: 515–27.

Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Hanson SMH, Boyd ST. *Family health care nursing: theory, practice and research*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1996. 421p.

Heck RM. *Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a Enfermagem* [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. *Social Science Medicine* 1991; 33: 647–53.

Kitzinger J. Focus groups with and providers of health care. In: Pope CM. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Books; 2000. p. 20-9.

Kleinman A. The Illness narratives: suffering, healing, and the human condition. Cambridge: Basic Books; 1998. p.3-30: The meaning of symptoms and disorders.

Kleinman A. Patients and healers in the contexts of the culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Califórnia: Regents; 1980.

Kleinman A, Hahn RA. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. Ann. Rev. Antrop 1983;12(1):305-33.

Kohler P. Model of shared control. J. Geronto. Nurs 1988; 14 (7):21-5.

Langdon EJC. A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina no contexto pluriétnico [Concurso - Professor Titular]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994 – 1994.

Lecovitz E. Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.

Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991. 432p.

Lenardt MH A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar [Tese – Doutorado] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Leopardi MT. et al. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem? Texto & Contexto de Enfermagem 2001; 10(1):32-49.

Litman T. The family as a basic unit in health and medical care: a social behavioral overview. Soc. Sci. Med 1974; 8(9/10): 495-519.

Loveland-Cherry C.J. Family health promotion and health protection. In: Bomar PJ. Nurses and family health promotion: concepts, assessment and interventions. Baltimore: Williams Wilkins; 1989. p. 13-25.

Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault, M. Microfísica do poder. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998. p.21.

- Marx K, Engels F. A ideologia alemã I – Feuerbach. 9.ed. São Paulo: Hucitec;1993.
- Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
- Matsumoto NF. A Operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.
- Mendes Gonçalves R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde Municipal da Saúde Cadernos CEFOR, 1- Série textos/SP, 1992/mimeo/.
- Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec;1999.
- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.310p.
- Mendes EV. Brasil. In: Sistemas de salud y reformas: Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES/ FLACSO; 2000.
- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, org. Inventando uma mudança para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
- Merhy EE. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Merhy EE, Bueno W, Franco T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1999; 15(2):345-53.
- Merhy EE. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: Merhy EE et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, São Paulo: Hucitec, 2003.

Misoczky MC. A medicina de família, os ouvidos do Príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate* 1994; 42: 40-4.

Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. Declarações de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS; 1999a.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: MS. (mimeo); 1999 b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 8, de... de ... de 1996. Determina, para fins de cadastramento e faturamento, que o PSF seja implantado somente em municípios que cumpram os requisitos da NOB 93, em termos de modalidade de gestão. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 6 de novembro de 1996. Implanta a Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1996b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/1997. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do programa similar. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1997a.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3925, de 13 de novembro de 1998. Implanta o Manual da Atenção Básica. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1998.

Ministério da Saúde. I Mostra de Experiências em Saúde da Família. Brasília: MS; 1999a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1329/1999. Estabelece financiamento diferenciado por cobertura populacional. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1999b.

Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do PSF. Brasília: MS; 2000a.

Ministério da Saúde. Perfil dos médicos e dos enfermeiros do PSF. Brasília: MS; 2000b.

Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: Linhas estratégicas para o quadriênio 1999–2002. Brasília: MS; 2000c.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a organização da atenção básica. Brasília: MS; 2001.

Ministério da Saúde. Avaliação da gestão plena do sistema municipal: Indicadores, tipologia e análise. Brasília: MS. [CD-ROM], 2002a.

Ministério da Saúde. Monitoramento do PSF 2001. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. (Material utilizado em apresentações oficiais por técnicos do Departamento de Atenção Básica), 2002b.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Implanta a Norma Operacional de Assistência à Saúde publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2002c.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed.São Paulo-Rio de Janeiro:Hucitec- Abrasco; 1998.

Minayo MCS. Saúde – Doença: uma concepção popular da etiologia. Cadernos de Saúde Pública 1988; 4(4): 363-81.

Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1995.

Mishima SM, Almeida MCP. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde, Educ 2001; 5(9): 150-3.

Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editorial; 1997. 345p.

Murazo RM. A mulher no Terceiro Milênio. 2.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos; 1992.

Nitschke RG. Nascer em família: o caminho da interação familiar saudável [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1991.

Nitschke RG. Uma viagem pelo mundo de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho [Tese - Doutorado] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

Nitschke R, Elsen I. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. Rev. Bras. Enferm 2000; 53(n.especial): 35-48.

Nogueira RP. O trabalho em saúde hoje: Novas formas de organização. In: Viana ALD, Faria R, Negri, B. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de trabalho. Campinas: Unicamp. IE; 2002.

Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: [s.n.]: 2000.

Nunes ED. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. Lua Nova, Revista de Cultura e Política 1989; 17:67-91.

Offe C. Capitalismo desorganizado, São Paulo: Brasiliense, 1989.

Oliveira AC, Fortes PAC. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. Rev. Esc. Enf 1999; 33: 59-65.

Organização Pan-americana de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório final do Seminário Perspectivas para a descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde. Brasília: OPAS/ MS. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 1); 2002.

Queiroz VM, Salum MJL. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria da produção social. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997. (mimeo)

Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol Z, org. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994.

Paim JS. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: Fleury S, org. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos 1997.

Paim JS, Almeida Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol Z, org. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. .

Parsons T. The social system. Londres: The free Press of Glecoe; 1955.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 35(1): 103-9.

Perrot M. Os excluídos da história: operários, mulheres, prisioneiros. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

Ressel LB, Dias MD, Gualda DM. O corpo e a cultura, In: Rosa DM, Bergamasco RB COLS . Enfermagem, cultura e o processo saúde doença. São Paulo: Ícone. 2004.

Ribeiro EM. Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras um uma realidade de implantação do programa [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Richter J, Eisemann MR. Attitudinal patterns determining decision-making in the treatment of the elderly: a comparison between physicians and nurses in Germany and Sweeden. Intensive Care Med 2000; 26: 1326-33.

Rocha SMM, org. O Trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Rorty R. Contingency, irony and solidarity. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.

Rosen G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo/ Rio de Janeiro: Editora Unesp/ Hucitec/ Abrasco; 1994.

Sampaio LFR. Saúde da Família: uma estratégia viável. Revista de Saúde da Família de Contagem set./ 2000.

Santos M, Silveira ML. Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Santos NR. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou de família. Revista Saúde em Debate 1978; 7/8: 39-43.

Schraiber LB, org. Programação em Saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Schraiber LB. Os médicos e seu mercado de trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Searight HR, Barbarash RA. Informed Consent: clinical and legal issues in family practice. Family Medicine 1994; 26: 244-9.

Sennet R. O declínio do homem público: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras; 1988.

Silva JR AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. Saúde em Debate 2003; 27(65): 234-242.

Sousa MF. A Cor-Agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.

Souza HM. O Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: Seminário de experiências internacionais em saúde da família. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 24-32.

Souza HM. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In: Anais da reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Starfield B. Atención primária: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórica metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.

Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Pública 1998; 14(2):429-35.

Vaistman J. Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco; 1994. 203p.

Vasconcellos MP. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, org. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 155-72.

Vasconcelos EM. A Medicina e o pobre. São Paulo: Paulinas; 1987.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Vincent G. O corpo e o enigma sexual. In: Prost A, Vicent G. História da vida privada: da primeira guerra a nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras; 1992. p.307-89. v.5.

Villa TCS. A enfermeira nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo (1967–1983) [Tese - Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1992.

Vuori H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Police* 1985, 4:221-30.

World Health Organization. Training of the physician for family practice. Geneve: WHO; 1963.

World Health Organization. Primary health care. Geneve: WHO; 1978.

World Health Organization. Health promotion: A discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO Office for Europe; 1984.

Wright LM, Leahey M. Nurses and families. A guide to family assessment and intervention. 2. ed. Philadelphia: 1994.

Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. *O mundo da saúde* 2002; 26: 65-70.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP):Universidade de São Paulo; 2003.

PÁGINAS CONSULTADAS NA INTERNET

www.saude.gov.br - Programa de Saúde da Família. Acessado em 31 de julho de 2006.

www.saude.gov.br/sas - Acessado em 15 de agosto de 2006.

www.saude.gov.br/sas - MS. Acessado em 02 de Outubro de 2006.

www.datasus.gov.br/tab/SIAB - MS Acessado em 19 de dezembro de 2006



11- ANEXOS



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 19/04/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 069/2005**I-IDENTIFICAÇÃO:**

PROJETO: “O ESPAÇO ASSISTENCIAL DO ATENDIMENTO DOMICILIAR DO PSF: UM ENCONTRO DOS SISTEMAS DE CUIDADO”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Beatriz Helena de Mattos Araújo Verri

INSTITUIÇÃO: Unidade de Saúde da Família – Secretária Municipal de Saúde – Amparo/SP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 01/03/2005

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/04/06

II - OBJETIVOS

Conhecer as representações de famílias e equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), sobre a necessidade de saúde e sobre a atenção a essas necessidades pelo programa; conhecer a representação de famílias e equipes sobre o significado da visita domiciliar (função e pertinência) e do papel dos ACS para o cuidado à saúde; conhecer se o espaço assistencial representado pela visita domiciliar é construtor de autonomia de usuários e famílias.

III - SUMÁRIO

Será um estudo de natureza qualitativa, coletado através de técnicas de entrevista. As entrevistas serão realizadas com gestores e membros da coordenação técnica do PSF no nível municipal. A coleta de dados junto aos membros da equipe de saúde da família será através de grupo focal e a abordagem dos componentes da família assistida pelo programa será por meio de entrevistas cujo ordenamento de dados utilizará a técnica do Discurso do Sujeito.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto é interessante, apresenta descrição detalhada de critérios de inclusão exclusão e respeitando os cuidados éticos.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter

aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de abril de 2005.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Relato do início da inserção no campo

Notas ampliadas - 08h30min h s – PSF São Dimas

Hoje, meu primeiro dia de campo, sai com a ACS P1. Ela mostrou-se bem à vontade e com interesse em passar seus principais casos e desafios. Solicitei a ela que fizesse sua rotina e eu a acompanharia em todas as suas visitas. Fomos à casa de JL, estava sozinha, solicitou que entrássemos, sentamos no sofá da sala. P1 me apresentou a ela, contei-lhe da minha pesquisa e ela prontamente colocou-me à vontade. JL estava com o diagnóstico de linfoma de Hodgkin e bastante nervosa com sua vida daqui para frente. A ACS explicou como deveria ser o procedimento para agendar o tratamento na Unicamp. A mesma já havia se informado e marcaria no dia seguinte. Perguntou-me sobre a doença e sobre o tempo de tratamento. Expliquei-lhe. Após este breve relato, a conversa toda se direcionou para um tio acamado que estava provisoriamente morando em sua casa. Seu estado é grave, com escaras infectadas e sem outras possibilidades de cuidadores. A ACS comentou a importância, neste momento, dele não estar ali devido à baixa imunidade que ela iria ficar. Após todo o relato da situação do tio e das possíveis soluções, a usuária reclamou um pouco sobre a postura de uma das enfermeiras da unidade que foi lá e pintou um “bicho de sete cabeças” sobre a permanência do tio naquela casa. A usuária referiu que a profissional não teve cuidado ao falar e que acabou magoando sua mãe e ela própria. A Acs, compreensiva com o tensionamento, foi paciente e apaziguadora. Disse que entendia seus sentimentos e também pediu para que entendesse os sentimentos da enfermeira que queria apenas o seu bem. Após longa conversa, JL aparentemente mais calma, despediu-se de nós e disse que avisaria sobre os próximos passos do tratamento...

A seguir, fomos visitar uma gestante que entraria em trabalho de parto nos próximos dias. Dona EC, já tinha uma filha de 3 anos e estava sentindo dores na “barriga” há alguns dias, com contrações. Foi orientada a comparecer ainda naquela tarde na Unidade para receber atendimento médico e da enfermeira. Perguntou sobre o leite e a interferência dos remédios.

A 3ª visita deste dia foi a uma Sra que estava trabalhando e seus filhos estavam sós. Conversamos um pouco com as crianças e nos retiramos

No 4º domicílio, conversamos com HB que mora com seu marido e cinco filhos numa casa sem recursos. O marido era trabalhador braçal de uma fazenda da região, e como foi demitido, não havia muitos recursos para alugar uma casa em melhores condições. Estavam vivendo com bastante precariedade e dependendo da ajuda de vizinhos. HB está grávida do 6º filho. A ACS marcou o pré-natal. Esclarecemos várias dúvidas. Como já tem filhas em atividade sexual comentamos a importância de discutirmos isso com as mesmas...

Notas da Pesquisadora:

Sinto que foi um dia produtivo, no sentido de uma maior aproximação com as famílias. Inicialmente pegamos um caso bem difícil onde pude verificar a importância da comunicação nesse processo e como é necessário saber exatamente onde e como abordar certos assuntos, pois qualquer imposição sem negociação com a família pode causar desequilíbrio familiar. Há enorme precariedade das condições de vida em geral.

A sensação é de impotência frente às vicissitudes encontradas

Notas ampliadas - 9:30 h s – PSF São Dimas

Hoje, meu terceiro dia de campo, sai pela segunda vez com a ACS P3 – fomos à área considerada de maior risco social do bairro.

Andamos aproximadamente 15 minutos e chegamos ao local. As ruas são de terra, mas há coleta de lixo e luz elétrica. As casas são em sua maioria de alvenaria. Na 1ª casa fomos visitar dona C. que não estava comparecendo para exames. Ela tem histórico de hipertensão. Mora num sobrado com a filha, o genro e uma neta de 1 ano. Todos dormem num quarto que para se ter acesso é necessário subir escadas não acabadas. Para dona C que é de idade e para a neta, isto apresenta um risco significativo. Dona C relata que não compareceu ao exame, pois teve que ficar com a neta. Não está disposta a enfrentar filas para remarcar. A filha também encontra-se desanimada. Todos estão

desempregados. A tentativa da ACS foi estimular a continuidade dos exames e dos tratamentos. Comentou da importância disso para sua saúde. Pediu para a filha e para o genro irem à promoção social atrás de cesta básica, até a situação melhorar. Pegaram endereço e horários. Checamos a ida da criança na puericultura, foram questionados sobre as vacinas. Após todas as marcações necessárias a ACS despediu-se e ficou de voltar em breve. Na próxima casa moravam duas adolescentes e sua mãe. Uma delas encontrava-se gestante de 24 semanas. O pai da criança estava cumprindo pena em presídio da região, mas segundo a adolescente o diálogo entre eles era freqüente pelo celular. Ele, de longe, controlava todos seus passos. Ela e sua irmã não estavam trabalhando, mas a mãe garante o sustento com suas atividades (faxina). O pré-natal está sendo realizado de forma adequada e várias dúvidas foram esclarecidas

Fomos à casa de Sr. G, hipertenso há vários anos. É aderente ao tratamento, mas devido à idade não se locomove muito. Tivemos um longo contato e pude observar que tem um vínculo muito forte com a ACS. Sua esposa também. Adoram a visita e fazem várias perguntas no sentido de esclarecerem dúvidas.

Fomos à casa de mais dois idosos. Ficam sós o dia todo, pois os familiares trabalham. Um deles utiliza cadeira de rodas e permanece quase o dia todo na janela. Cuida-se sozinho (precariamente) e está bem orientado. A outra se locomove sem auxílio e diz ‘adorar’ a ACS, pois sempre resolve suas dúvidas sobre a medicação. Ao passarmos no bairro as pessoas param, perguntam, cumprimentam com carinho a ACS. Com certeza isso motiva e anima, pois o trabalho é árduo e complexo.

Notas da pesquisadora:

A questão social está o tempo todo permeando o trabalho das ACS. Fica claríssimo que saúde é problema de vida e não só da medicina. No contato com as famílias, há um evidente confronto. Ela traz para a equipe expectativas, planos, carências e a impressão é que, por mais que a ACS tente, muitas vezes ela se encontra impotente frente às demandas.

Notas ampliadas – Reunião de ginástica

Particpei no dia 13/07/05 do grupo de atividades físicas promovidas pelo estagiário com a participação das ACS. Os integrantes realizavam as atividades supervisionadas pelo estagiário. Notei empenho em desenvolver as atividades propostas. Após o termino, a enfermeira veio dar um aviso, comunicando a realização do fórum para levar propostas a Conferencia Municipal que se realizará em breve. Comentou a importância da participação da comunidade. Todos concordaram e confirmaram presença.

Notas da pesquisadora

A participação é positiva. Todos se empenham na realização dos exercícios e sentem-se felizes. Após o término, fazem uma roda de conversa de aproximadamente dez minutos, e depois, se dirigem aos seus afazeres rotineiros. O clima é de descontração. Os membros da equipe (ACS, estagiário, enfermeira) se integram com a comunidade em conversas informais, que não deixam de ser produtivas. É notória a satisfação dos usuários.

Do primeiro plano de análise, partindo dos domínios identificados, emergiu a reflexão que se segue, dando forma às questões norteadoras que direcionam o foco das observações da segunda etapa.

*Os ACS s percebem que é necessário reconhecer cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia (usam o termo **direito**), embora reconheçam que não é simples e a família estabeleça uma relação favorável à aproximação. Quando ocorre cobrança exagerada dos Acs's, há um desconforto e nesses casos há uma contra-reação *. A família exerce sua autonomia para decidir como receber, o que falar e como adotar as medidas sugeridas, porém, não tem autonomia para decidir quando receber. Percebe-se uma grande “responsabilização” por parte dos Acs. Eles sentem-se responsáveis por tudo o que acontece levando-os a grandes alegrias e também, grandes frustrações ***

- * Um aspecto revelador diz respeito às estratégias empiricamente desenvolvidas pelos ACS para implementarem ações de educação para a saúde. Muitas dessas estratégias surgem da percepção de que a proposição de mudanças de hábitos e comportamentos (alimentares, higiênicos e outros) encontram, por parte da população, várias formas de resistência. Essa resistência pode manifestar-se, seja de forma a simplesmente não adotar esses comportamentos propostos “*olha, não dá para fazer como você pediu, o nenê chora, então o deixei do jeito que está*”, até formas de oposições deliberadas, manifestadas pelo pouco caso em receber membros da equipe no domicílio.
- ** O objetivo de conduzir a população à adoção de "hábitos e estilos de vida saudáveis", leva a uma total normatização da vida que passa a ser encarada a partir de bons e maus comportamentos, e de pessoas mais dóceis e obedientes que se distinguem de outras mais indisciplinadas e problemáticas. Os critérios para que os agentes classifiquem as pessoas da sua comunidade de origem de forma positiva ou negativa, passam a ser guiados pelas recomendações biomédicas, e pelo que vivenciam no dia a dia com a sua equipe de saúde e na unidade. Geralmente há um contraponto, mas quando insiste apenas nas recomendações biomédicas há um prejuízo da contextualização ou de reflexão da situação daquela família.

Nesse momento procurou-se focalizar com maior atenção a situação assistencial: Quem participa da situação assistencial; - Profissionais direta e indiretamente envolvidos na situação assistencial; Profissionais que acompanham, indiretamente, o desenvolvimento da situação assistencial; Membros da família, direta e efetivamente, envolvidos na situação assistencial; quem são, o que fazem, o que dizem, o que manifestam não verbalmente; Como é recebida pela família a análise do seu cuidado e as orientações, demonstrações realizadas pela equipe de PSF.

Apresento abaixo, um pequeno recorte dessa forma de organização:

Diálogo com familiares que participam de grupo na USF: 04/04/05

*– eu gosto que elas vão lá em casa- porque eu gosto de falar com gente mais inteligente – não sei desrespeitar ninguém**

Acho muito bom o trabalho das agentes – todos amigos – vem na nossa casa- eu adoro chamar na rua para que entrem – alem de facilitar as informações , ajudam a marcar médico, exame, agora parece que não pode mais marcar exame agora somos nós que temos que ir lá*

*“Às vezes as pessoas não querem vir no posto. ** (A gente vem nas consulta cada 2 meses) então é bom isso da agente ir a nossa casa . Se não sentir bem pode vir antes, a agente ajuda muito, é bom o programa, se sente segura, as enfermeiras medem a pressão, conforme for, encaixa no médico”**

*“Eles ajudam muito – encaminham – aceleram – explica a coisa, é uma maravilha- conversa muito com a gente- conversa- qq coisa pode ir à minha casa – são boas demais -”**

“A agente xxx – não lembro o nome dela – vê se estamos tomando remédio certinho – eu gosto – ela conversa comigo – é uma atenção – tá cuidando da gente – venho buscar remédio, pedi insulina – minha vizinha aplica insulina – a Sra não quer aprender? – eu não – não tenho coragem para estas coisas –”.

Diálogo com a ACS A2 após um encontro com uma família: 18/01/05

*As famílias confiam muito na gente. Elas vão adquirindo confiança e até uma certa dependência**.* *Se demora para voltarmos acabam cobrando isso da gente***

Diálogo com ACS3, quando esta se referia às dificuldades que encontrava no início do seu trabalho com as famílias e como evolui o relacionamento com estas ao longo da convivência: -3/02/05.

*No começo , quando não conheciam nosso trabalho e o motivo da nossa ida à residência, era estranho, achavam que a gente estava indo investigar, xeretar, **, agora não sabem que a nossa intenção é ajudar no que for preciso, em atender as suas necessidades*.....*

** termos em que foram encontrados sinais de similaridade*

*** termos em que foram detectados aspectos contrastantes*



12- APÊNDICES

12.1- APÊNDICE A

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

1) ENTREVISTA COM GESTORA DA SMS:

- a) Fale sobre o PSF de Amparo – implantação, períodos da experiência, principais elementos constitutivos.
- b) Pontos positivos (atuais)
- c) Pontos negativos (atuais)
- d) Existem equipes mais afinadas com as diretrizes do programa? Por quê?
- e) O que seriam para a Sra necessidades de saúde? Quais seriam as principais NS da população do município? Qual a relação com a demanda?

2) ENTREVISTAS COM A COORDENADORA DO PSF (Médico/Dentista e Enfermeiro)

- a) Principais elementos que caracterizam o PSF de Amparo
- b) Papéis dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde da família
- c) Fale especificamente do papel dos ACS
- d) Fale sobre a visita domiciliar – o que é preconizado, finalidades, periodicidade; dificuldades, vantagens. Se possível, dê exemplos.
- e) O que você entende por Necessidades de Saúde?

12.2- APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTAS– EQUIPE

A. O PSF e o Cuidar – ENFERMEIROS/MÉDICOS

1. O que para vocês são necessidades de saúde?
2. Como no dia a dia vocês atendem , lidam com essas necessidades?
3. Quem cuida no PSF? Por quê?
4. Quando a equipe presta assistência no domicílio, existe um estabelecimento conjunto (família e profissional) de objetivos assistenciais (os significados da visita/ assistência estão bem claros para ambos)?
5. O que captar na relação com a família? O que favorece a autonomia/ o que, ao contrário, traz desconforto e dependência – NS
6. Você conhece a linha de abordagem assistencial dos outros membros da equipe junto às famílias nos domicílio (objetivos e ações / o que abordam)?
Fale sobre as necessidades de saúde dos usuários.
6. Como você percebe o trabalho da equipe de PSF junto à família, no domicílio (individualizado ou conjunto)? **Fale sobre a vista domiciliar.** Na sua opinião qual é a função dela?

12.3- APÊNDICE C

ACS – SÓ ACS

1. Qual o papel do Agente comunitário de saúde?
2. O que você acha que é o trabalho de agente comunitário? como surgiu? Para que?
3. O que são necessidades de saúde das pessoas?
4. Quais seriam as principais necessidades da população usuária do PSF?
5. Qual a finalidade das visitas domiciliares ?
6. Quando é realmente necessário ir ao domicílio ?
7. Percepção do resultado de sua ação através das VD (eficácia, capacidade de resolver problemas, dificuldades, frustrações)
8. Preocupação com a construção de autonomia das famílias no cuidado à saúde.

Grupos de entrevista coletiva focando particularmente três questões (ACS's)

1- Função e frequência da VD

2- Necessidades de saúde

3- Autonomia

12.4- APÊNDICE D

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM AS FAMÍLIAS (com e sem portadores de doenças crônicas)

1. O que é feito na VD?
 - Para que serve esta visita?
 - Como tem sido estas visitas? (cruzar dados com a observação)?
2. Vocês mudaram alguma coisa no cuidado à saúde a partir das visitas? O que? Como?
3. Quando vocês gostariam de receber a visita dos agentes? .
4. Para vocês, o que são necessidades de saúde?
5. Quais são as necessidades de saúde de sua família? E do seu familiar portador de...?
6. Vocês acham que o trabalho desenvolvido pelo PSF tem contribuído para as pessoas terem mais capacidade de cuidar de sua saúde? (autonomia) Como?
7. O que você faz para controlar sua doença? Fale um pouco sobre isso...
8. Por que é tão difícil conseguir manter o controle?
- 9 . Tem alguma coisa que a gente não conversou que acha importante falar?

12.5- ANEXO E

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL DOMICILIAR

Membro da equipe de PSF – código:

Família: Código:

Etapa da observação:

Quem participa da situação assistencial:

Profissionais direta e indiretamente envolvidos na situação assistencial

Profissionais que acompanham, indiretamente, o desenvolvimento da situação assistencial.

Membros da família, direta e efetivamente, envolvidos na situação assistenciais: quem são, o que fazem, o que dizem, o que manifestam não verbalmente.

Como é recebida pela família a análise do seu cuidado e as orientações, demonstrações realizadas pela equipe de PSF?

Desenvolvimento dos cuidados:

Como é recebida pela família a análise do seu cuidado e as orientações, demonstrações realizadas pela equipe de PSF?

Observações pertinentes

12.6- APENDICE F

MODELO DA SISTEMÁTICA DE REGISTRO – DIÁRIO DE CAMPO

Dados de Identificação Família código –

Data: Horários:

Situação Assistencial Observada:

Notas Condensadas:

Notas Ampliadas:

Notas da pesquisadora:

Notas teóricas:

APENDICE G

MODELO DE DOCUMENTO: CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSTITUIÇÃO



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111

13083-970 Campinas, SP

☎ (0__19) 3788-8936

fax (0__19) 3788-8925

💻 cep@fcm.unicamp.br

Título da pesquisa: *“O espaço assistencial do atendimento domiciliar no PSF: um encontro de sistemas de cuidado”*

A Secretaria Municipal de Amparo através de sua Secretária de Saúde Dr.a Aparecida Linhares Pimenta, abaixo assinada, autoriza a Enfermeira Beatriz Helena M. ^a Verri, aluna do curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, a coletar os dados de sua pesquisa junto à equipe de profissionais e junto aos familiares do Programa de Saúde da Família, nas Unidades de Saúde da Família vinculada à Rede Básica do município.

Informamos que temos pleno conhecimento deste projeto de pesquisa, acerca de seus propósitos, tipos de dados a serem coletados, as contribuições do estudo e os princípios éticos que serão considerados durante a realização deste estudo.

Compreendemos que este trabalho não acarretará nenhum custo para a Instituição e os resultados da pesquisa serão fornecidos pela pesquisadora, quando solicitados.

Temos ciência de este estudo será orientado pela Prof.a Dr.a Maria da Graça Garcia Andrade e que em qualquer momento poderemos solicitar esclarecimentos adicionais.

Data

Secretária de Saúde

Fone pesquisador: (019) 32582244 (019) 96043977 email: beatrizverri@uol.com.br

APENDICE H

MODELO DE DOCUMENTO: CONSENTIMENTO INFORMADO DOS MEMBROS DA EQUIPE PSF



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111

13083-970 Campinas, SP

☎ (0__19) 3788-8936

fax (0__19) 3788-8925

💻 cep@fcm.unicamp.br

CONSENTIMENTO INFORMADO DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE

Equipe de Saúde da Família

Título da pesquisa: *“O espaço assistencial do atendimento domiciliar no PSF: um encontro de sistemas de cuidado”*

Assinando este documento, passo a consentir minha participação da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Beatriz Helena M. ^a Verri, aluna do curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da professora Dr.a Maria da Graça Garcia de Andrade.

Entendo, conforme fui esclarecido, que participarei de um estudo que estudará o trabalho da equipe de profissionais do PSF no cuidado à saúde das famílias, de forma a ajudar na compreensão dos reflexos que as ações desses profissionais têm para um melhor viver das famílias no seu dia-a-dia.

Declaro ter conhecimento que a pesquisadora coletará dados para este estudo através de observação de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de saúde e através de entrevistas com a equipe e com familiares, sendo que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para atender aos propósitos deste trabalho.

Estou ciente e concordo que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos e que não serei identificado em qualquer registro através do meu nome. No entanto, se for do meu interesse e desejo, em qualquer momento, poderei solicitar que determinados assuntos ou situações não sejam gravados e/ou registrados, o que será prontamente atendido pela pesquisadora.

A minha participação neste estudo é voluntária e sei que posso interromper a minha participação em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.

Tenho ciência que poderei conhecer os resultados deste trabalho, caso os solicite, e que serei esclarecido pela pesquisadora a respeito de possíveis dúvidas sobre o teor do estudo ou sobre meus direitos de participante durante o desenvolvimento da pesquisa.

Data

Ass.do (a) Participante da Pesquisa

Fone pesquisador: (019) 32582244 (019) 96043977 e-mail:beatrizverri@uol.com.br

APENDICE I

MODELO DE DOCUMENTO: CONSENTIMENTO INFORMADO DOS MEMBROS DAS FAMÍLIAS



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111

13083-970 Campinas, SP

☎ (0__19) 3788-8936

fax (0__19) 3788-8925

💻 cep@fcm.unicamp.br

CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES

Membros da Família Integrantes da Pesquisa

Título da pesquisa: *“O espaço assistencial do atendimento domiciliar no PSF: um encontro de sistemas de cuidado”*

Assinando este documento, passo a consentir minha participação da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Beatriz Helena M. ^a Verri, aluna do curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da professora Dr.a Maria da Graça Garcia de Andrade.

Entendo, conforme fui esclarecido, que participarei de um estudo que estudará o trabalho da equipe de profissionais do PSF no cuidado à saúde das famílias, de forma a ajudar na compreensão dos reflexos que as ações desses profissionais têm para um melhor viver das famílias no seu dia-a-dia.

Declaro ter conhecimento que a pesquisadora coletará dados para este estudo em meu domicílio através de observação de visitas domiciliares realizadas pelos agentes Comunitários de saúde e através de entrevistas com familiares, sendo que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para atender aos propósitos deste trabalho.

Estou ciente e concordo que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos e que não serei identificado em qualquer registro através do meu nome. No entanto, se for do meu interesse e desejo, em qualquer momento, poderei solicitar que determinados assuntos ou situações não sejam gravados e/ou registrados, o que será prontamente atendido pela pesquisadora.

A minha participação neste estudo é voluntária e sei que posso interromper a minha participação em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.

Tenho ciência que poderei conhecer os resultados deste trabalho, caso os solicite, e que serei esclarecido pela pesquisadora a respeito de possíveis dúvidas sobre o teor do estudo ou sobre meus direitos de participante durante o desenvolvimento da pesquisa.

Data

Ass.do (a) Participante da Pesquisa

Fone pesquisador: (019) 32582244 (019) 96043977 e-mail: beatrizverri@uol.com.br