



19 Congresso de Iniciação Científica

A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS NO BRASIL: O CASO DA SAÚDE

Autor(es)

JULIANA CAVICCHIOLI DE SOUZA

Orientador(es)

TELMA REGINA DE PAULA SOUZA

Apoio Financeiro

PIBIC/CNPQ

1. Introdução

O excesso de textos normativo-legais não tem sido suficiente para concretizar ações efetivas voltadas para a superação das desigualdades econômico-sociais, as quais são responsáveis por gerar quadros de sofrimento e vulnerabilidade social, individuais e de coletividades, que constituem números significativos da população brasileira. A superação dessa realidade, que está diretamente relacionada ao desenvolvimento do país, tem sido buscada por meio de políticas públicas sociais, as quais, embora assumam um caráter universal, ainda são muito focais e aquelas dirigidas à superação de vulnerabilidades e riscos tomam a instituição família como fundamental. Tal centralidade da família nas políticas públicas sociais é o grande interesse deste estudo, especialmente no contexto de mudanças significativas na estrutura e dinâmica familiar nas últimas décadas. Nos últimos 60 anos, a diversidade na organização, composição e nas formas de sociabilidade predominantes no interior das famílias contrasta com uma visão mais formal, antes dominante, que diz respeito ao modelo de família nuclear. Como consequência das transformações da instituição família, esta ressurge como unidade econômica e como direito da criança e a comunidade como necessidade do Estado de partilhar com ela (família) as responsabilidades e os custos de políticas públicas de proteção e reprodução sociais de seus cidadãos. (CARVALHO, 2003) Ainda para Carvalho (2003), o período histórico da modernidade evidencia a necessidade de retomar a família como prioridade política institucional (Estado), enfatizando a sua proteção e promoção, retomando a centralidade desta nas políticas públicas sociais, em especial aquelas destinadas à saúde. Além disso, é possível dizer que as exigências advindas com a globalização, aliadas às preocupações da sociedade contemporânea com a desagregação social, compõem, em conjunto, os principais fatores que impulsionaram, de fato, a criação de políticas públicas cujo foco é a família. No caso da saúde, a Constituição Brasileira de 1988 inseriu esta dentre os demais direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de todo e qualquer cidadão. Em 1990, visando colocar em prática a centralidade da saúde na vida do indivíduo, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS); e em 1994 é criado pelo Ministério da Saúde um programa destinado à promoção da saúde e à prevenção de doenças, direcionado à família, denominado Programa Saúde da Família (PSF), no qual, a família é apontada como alvo de ação e meta de resultados para a inclusão social, garantia de saúde e desenvolvimento humano, conseqüentemente, desenvolvimento do país. As ações do programa são fundamentadas em uma noção ampliada de saúde, que diz respeito a tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva, ou seja, o conceito saúde/doença passa a ser compreendido a partir de um determinado contexto; no qual tanto a saúde quanto a doença são produzidas num espaço físico, social, relacional. E, funcionando adequadamente - de forma resolutiva e humanizada -, os serviços oferecidos pela Atenção Básica são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população; sendo os outros 15% encaminhados aos serviços de alta complexidade. De acordo com o Ministério da Saúde, cada Unidade de Saúde da

Família é composta por uma equipe mínima: um médico, um enfermeiro, dois técnicos/auxiliares de enfermagem, de 4 a 12 agentes comunitários de saúde, que devem atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Dados do Departamento de Atenção Básica confirmam a expansão do PSF desde a implantação deste; sendo que até 2009, 50,7% da população tinham acesso ao programa. Por outro lado, estes dados evidenciam que 49,3% encontram-se desprovidos dos benefícios proporcionados pelo atendimento do PSF, ou seja, quase metade da população nacional.

2. Objetivos

Os objetivos deste trabalho consistiram em compreender a centralidade da família nas políticas públicas sociais brasileiras em especial nas políticas de saúde- no período pós Constituição de 1988; identificar as concepções da instituição família entre profissionais que atuam no SUS; e descrever e analisar os programas e intervenções do Programa Saúde da Família (PSF).

3. Desenvolvimento

A metodologia utilizada referiu-se a uma pesquisa qualitativa que teve como instrumentos de coleta de dados: entrevistas semi-dirigidas e observação com registro em diário de campo. As entrevistas foram realizadas, após esclarecimento e consentimento dos sujeitos, com profissionais da saúde (identificados na tabela abaixo) que participaram do Projeto de Educação Permanente de Saúde Mental na Atenção Básica. No total de oito entrevistas realizadas, todas foram transcritas e posteriormente foi realizada a análise dos dados coletados através dos discursos produzidos.

4. Resultado e Discussão

Dentre os resultados obtidos, destacaram-se os principais dificultadores do trabalho dos profissionais no campo de atuação (PSF), citados pelos entrevistados: a relação com o gestor; a questão salarial; a dificuldade de consolidar o princípio da intersetorialidade; o número de profissionais na equipe mínima X quantidade de demanda X tempo; a falta de profissional com perfil adequado; o PSF como solução para o problema da saúde no país; a falta de investimento na estrutura física; a alta rotatividade dos profissionais da equipe mínima; pouco investimento na capacitação dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a representação negativa do médico generalista de família e a formação médica voltada para os especialismos. Em relação à Atenção Básica e ao PSF destacaram-se os seguintes sentidos: romper com o modelo puramente curativo e reestruturar o SUS; o sentido ético e político do SUS; a necessidade de atentar-se às práticas cotidianas, adaptando-as às características do território de abrangência e à singularidade dos usuários. Todos os entrevistados compreendem e reconhecem a família como principal instituição formadora da subjetividade e unidade básica de formação da sociedade. Observou-se, em relação à abordagem das famílias pelos profissionais, que as práticas cotidianas dos profissionais do PSF são voltadas às famílias de maneira genérica e o foco de atenção continua sendo o indivíduo em um coletivo abstrato.

5. Considerações Finais

No que diz respeito à criação e implementação de um modelo que reorientasse o modelo assistencial do SUS, são visíveis os avanços que a Atenção Básica obteve nos últimos anos, o que fez do PSF um modelo de referência internacional em saúde. (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011, p. 3) Entretanto, os dados produzidos por esta pesquisa revelaram que a abordagem da família pelo PSF está aquém da proposta. Observou-se que as formas de abordagem da família e às práticas destinadas a esta não correspondem integralmente à proposta da Política Pública de Saúde. Além disso, não foi possível identificar serviços que respondam especificamente às demandas da família; ou seja, as práticas cotidianas dos profissionais do PSF são direcionadas às famílias de maneira genérica e o foco da atenção, ao invés do grupo familiar, continua sendo o indivíduo e um coletivo abstrato. Foi possível observar, através dos discursos dos entrevistados e da análise interpretativa destes, que a capacitação dos muitos profissionais atuantes no Programa carece de investimento nos âmbitos valorativo e financeiro. Neste sentido, vale ressaltar o baixo número de profissionais do PSF que participaram do Projeto de Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica. Ainda a respeito dos projetos de capacitação dos profissionais de saúde é válido enfatizar a importância do agente comunitário, citado pelos entrevistados como o profissional responsável pelo estabelecimento do vínculo entre a comunidade e o Programa Saúde da Família. Alguns dados produzidos nas oficinas realizadas no Projeto de Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica afirmam que o ACS não capacitado desestrutura toda a equipe. Ainda em relação a estes profissionais, o fato de que muitos destes são contratados temporariamente dificulta a manutenção do vínculo estabelecido entre o PSF e a comunidade. A ausência do ACS no Projeto de Educação Permanente indica a necessidade de incluir estes profissionais nos projetos de capacitação, com o objetivo de valorizá-los em suas atribuições e atuações. No caso dos agentes comunitários de saúde (ACS), que têm uma relação mais próxima com as famílias, provavelmente há um maior reconhecimento das singularidades das famílias; mas desconhecemos como estes entendem tais

singularidades, devido à ausência destes profissionais no Projeto de Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica, realizado na UNIMEP. Em relação ao sentido da família como centralidade nas políticas públicas de saúde, duas hipóteses predominaram neste estudo. Uma corresponde à possibilidade do Estado isentar-se das inúmeras responsabilidades sob os indivíduos (proteção, assistência, dentre outros), apostando na família como a base socializadora; a outra diz respeito à concepção de Estado controlador, cada vez mais intrusivo e regulador da vida privada. (TRAD, 2010 apud CARVALHO, 2005; p. 109) Para consolidar a centralidade da família nas políticas públicas, em especial na Atenção Básica (ou melhor, no PSF) há uma necessidade emergente de se pensar alternativas junto aos gestores, incluindo a integração de todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal).

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília/DF: Senado, 1988. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento De Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/> Acesso em: agosto/2011. CARVALHO, M. do C. B. A priorização da família na agenda política social. In: CARVALHO MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez, 2003. FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA E SAÚDE: SIGNIFICADOS, PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS. Trad LAB, organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 380 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

Anexos

I. Tabela ilustrativa contendo informações - relevantes para a pesquisa - sobre a identificação dos entrevistados.

	Função no PSF	Formação básica	Especialização	Tempo de formado	Nº de territórios em que atuou	Locais de trabalho atuais	Tempo no PSF
A	Médica	Medicina	Medicina de Família e Comunidade (internato); Especialização Multiprofissional	18 anos	2	PSF	9 anos
C	Médica	Medicina	Saúde da Família	12 anos	2	PSF	8 anos
F	Médico	Medicina	Geriatria e Acupuntura	9 anos	1	2 locais- setor público (PSF e outro) 1 local - setor privado	6 anos
L	Auxiliar de Enfermagem	Ensino médio	Curso técnico em Enfermagem	4 anos	1	PSF	4 anos
L	Médica	Medicina	Neuropediatria; Saúde Pública; Geriatria e Homeopatia	33 anos	2	1 local - setor público (PSF) 2 locais - setor privado	10 anos
L.F	Médico	Medicina	Medicina Chinesa e Acupuntura	9 anos	3	2 locais - setor público (PSF e outro) 1 local - setor privado	6 anos (aproximada/e.)
M	Médico	Medicina	Em Saúde da Família	10 anos	1	PSF e Hospital Municipal (plantonista)	9
M	Auxiliar de Enfermagem	Ensino Médio	Curso técnico em Enfermagem	4 anos	1	PSF	4