

A relação entre família e saúde: desvendando caminhos na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG

Isabella da Paixão Alves
Marina Monteiro de Castro e Castro

Resumo: O artigo apresenta um estudo que teve por objetivo analisar o lugar da família na estruturação da Política de Saúde do Brasil, em especial, na Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa qualitativa, utilizou como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevistas com assistentes sociais inseridos na atenção primária em Belo Horizonte/ Minas Gerais. Viu-se como tendência uma abordagem familiar que não conceitua ou problematiza o conceito de família em sua relação com a saúde, apesar da visão ampliada com relação aos seus vínculos e à sua diversidade.

Palavras-chave: Política de saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT: The article presents a study that aimed to analyze the place of the family in the structuring of Brazil's Health Policy, especially in the Family Health Strategy. The qualitative research used bibliographical and documentary research as methodological procedures, as well as interviews with social workers working in primary care in Belo Horizonte/ Minas Gerais. The tendency was to see a family approach that does not conceptualize or problematize the concept of the family in its relationship with health, despite the expanded view of its links and diversity.

Keywords: Health Policy; Primary Health Care; Family Health.

RESUMEN: El artículo presenta un estudio que tuvo como objetivo analizar el lugar de la familia en la estructuración de la Política de Salud de Brasil, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia. La investigación cualitativa utilizó como procedimientos metodológicos la investigación bibliográfica y documental, así como entrevistas con asistentes sociales que trabajan en la atención primaria en Belo Horizonte/ Minas Gerais . Se observó un enfoque familiar que no conceptualiza ni problematiza el concepto de familia en su relación con la salud, a pesar de la visión más amplia de sus vínculos y diversidad.

Palabras clave: Política de Salud; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia.

Introdução

A relação entre as ações estatais em saúde e famílias não é algo dos tempos atuais. Se antes buscava-se disciplinar a família dentro dos princípios e comportamentos burgueses, a relação saúde e família ganha novos contornos a partir da consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Trazer luz a este debate faz sentido por não existir um sólido debate sobre o que é a família na Política de Saúde, como destacam Bertelli et al (2023)¹. Assim, apesar de existirem estudos de matriz crítica na saúde pública, a família segue sendo um assunto pouco tratado. A pesquisa então beneficia-se da utilização de um campo privilegiado de análise: a Atenção Primária à Saúde, pois trata-se de uma estratégia em saúde de base territorial, próxima ao cotidiano da população e, consequentemente, das famílias.

Assim, neste trabalho trataremos a Saúde da Família como uma “estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.”² Ou seja, compõe a Atenção Primária à Saúde (APS) de maneira estruturante, sendo porta de entrada dos serviços de saúde e orientadora da linha de cuidado, com capacidade de promoção e prevenção à saúde, bem como resolutiva para grande parte das demandas em saúde da população.

Ressalta-se o fato de que os documentos que norteiam a Política Nacional da Atenção Básica, embora tratem da estratégia de saúde da família, pouco se ocupam em elucidar o que é a família e quais suas possibilidades, acabando por reproduzir uma ideia naturalizada da família, tal como o debate é tratado de forma geral nas políticas sociais e na sociedade. Se não se preocupa em conceituar a família, o modelo de estratégia de saúde da família redireciona o modelo de assistência em saúde, mas só tem como partir de uma visão de que a família é um arranjo natural. Logo, se não se parte da concretude sócio histórica da família, tal conceito torna-se uma abstração, muitas vezes desconsiderando suas relações sociais, raciais e de gênero.

A família neste artigo é entendida enquanto uma construção social e histórica, não sendo algo natural em nossa sociedade, mas que se constrói pelas relações que se estabelecem no cotidiano da vida e das relações sociais, podendo

ser formada por laços consanguíneos ou não, por afetividade, solidariedade, abarcando diversas composições, raças, culturas e orientações sexuais e identidades de gênero.

Apresentaremos algumas reflexões, problematizações e resultados da pesquisa, fruto de dissertação de mestrado, onde daremos destaque a um eixo de análise da pesquisa que trata das tendências da abordagem familiar e do trabalho com famílias na Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia e cenário de estudo

O caminho metodológico envolveu levantamento bibliográfico relevante e concernente ao debate proposto; pesquisa documental e pesquisa de campo realizada através de entrevistas com assistentes sociais que atuam na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte (BH).

Neste ponto cabe apresentar o cenário da pesquisa – o município de Belo Horizonte, uma vez que sua história e organização na saúde influencia na definição da metodologia de campo. Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e conta atualmente com uma população total de 2.521.564 habitantes, segundo dados do IBGE em 2020. Tratando-se assim de uma metrópole de importância e visibilidade com relação à sua história de construção do Sistema Único de Saúde e, especialmente, da Atenção Primária à Saúde.

Belo Horizonte é a primeira cidade planejada do país e foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897. Apesar de planejada em sua área central, assim como outras metrópoles BH possui diversas contradições, como o crescimento de áreas “desordenadas” para além dos limites da Avenida do Contorno. Dessa forma, a conformação urbana e o processo histórico da cidade vão impactar suas regiões. Ou seja, “essa forma de ocupação do espaço urbano determinou a existência de grupos sociais com diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, configurando perfis epidemiológicos e problemas de saúde diferentes.”³ Tal conformação urbana vai ser determinante no momento de organização da Estratégia de Saúde da Família.

A cidade organiza-se em 9 (nove) regionais, sendo na Política de Saúde chamados de distritos sanitários, como é possível perceber na figura abaixo:

A conformação sócio-histórica da cidade de Belo Horizonte pressupõe uma série de desigualdades em seus territórios. Para a estruturação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde adotou o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)¹ que “é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes para traduzir as desigualdades

¹ Para compreender melhor o IVS e visualizar o mapa e os bairros de Belo Horizonte, acesse <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>

intra-urbanas, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais.”⁴

Sendo assim, o IVS conta com indicadores como saneamento, habitação, educação, renda e saúde. Os setores censitários passam a ser classificados de acordo com o critério de risco: baixo; médio; elevado e muito elevado.⁴

Segundo Teixeira et al.⁵ (2012), a municipalização da gestão dos serviços de saúde foi uma importante estratégia para o SUS. Se antes a sua gestão era organizada pelas entidades federal e estadual, em 1994 o município de Belo Horizonte assumiu integralmente sua gestão.

Muito antes da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ou mesmo da municipalização dos serviços de saúde, os assistentes sociais já compunham a rede de saúde de Belo Horizonte. Segundo Oliveira⁶ (2008), em meados de 1985 a rede de saúde do município passou a contar com equipes de saúde mental em alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte. Essas equipes eram compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Logo, a pelo menos 38 anos assistentes sociais estão na rede da Atenção Primária à Saúde, mesmo em seu momento mais embrionário.

É neste percurso que o Serviço Social vai se afirmando enquanto profissão importante nas equipes da APS em BH, tendo como uma de suas principais competências o desenvolvimento do trabalho com famílias. Assim, o município de BH hoje se estrutura com o profissional de Serviço Social lotado nos Centros de Saúde, compondo as equipes de apoio à Saúde da Família. Desta forma, a sólida e longa incorporação de assistentes sociais na saúde do município os torna um corpo profissional importante para se compreender o trabalho com famílias na APS.

A pesquisa documental, utilizou-se de 2 (dois) documentos base: o primeiro documento, intitulado “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida” de 2001.²

O segundo documento analisado, foi publicado no ano de 2023, e é denominado “Orientações Institucionais para atuação do (a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”. Os dois documentos deram base para o resgate histórico do trabalho com famílias na APS em Belo Horizonte.

² Este documento foi cedido, gentilmente, do acervo pessoal de uma assistente social que participou desse processo de construção, tendo participado da Comissão de Assistentes Sociais no início dos anos 2000 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com o suporte do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS/MG).

O Programa BH Vida tratou-se da iniciativa do município de Belo Horizonte na estruturação de sua Atenção Primária à Saúde a partir da lógica de redirecionamento do modelo em saúde para a Saúde da Família, sendo nomeado de “BH Vida/PSF” em alguns momentos. Datado em outubro de 2001, o documento apresenta-se enquanto um projeto que trata da atuação de assistentes sociais no então recém implantado Programa. O documento explicita que a sua construção foi realizada como um posicionamento a favor da implantação do PSF, e da incorporação de assistentes sociais e outros profissionais nessa nova organização de ofertar cuidado.

Assim, vimos que, o documento de 2001, expressa um primeiro movimento de estruturação do Serviço Social junto ao Programa de Saúde da Família no município.

Em fevereiro de 2002 ocorreu a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Belo Horizonte (cerca de 176) que puderam se constituir com profissionais da rede. O município ofereceu credenciamento de profissionais que já compunham a rede de saúde e um dos incentivos passou a ser o recebimento do incremento no salário que ficou inicialmente conhecido como “plus do PSF”. Com a meta de implantação de equipes abaixo da meta estipulada pela SMSA, logo houve a contratação de diversos profissionais médicos e enfermeiros. (Belo Horizonte, 2008)

Em 2003, iniciou-se um movimento diversos atores políticos para se pensar e direcionar o projeto para a atenção básica de Belo Horizonte. Esse momento foi nomeado de “BH Vida: Saúde Integral” e concretizado em um documento com o mesmo nome.⁴

Duas décadas depois em 2023, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte lançou o material “Orientações Institucionais para a atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”, organizado pela Gerência de Atenção Primária à Saúde da Diretoria de Assistência à Saúde. O documento segue certa tendência de publicações da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), que busca racionalizar o trabalho através de diretrizes técnicas, como o Manual do Agente Comunitário de Saúde de 2022 e o “Manual de Saúde Bucal”, também de 2022.

O documento 2 (2023) apresenta-se como uma referência que busca orientar assistentes sociais, gestores e demais profissionais sobre os processos de trabalho da categoria e fluxos institucionais. Em termos metodológicos, o documento de 2023 foi organizado a partir de questionários respondidos por assistentes sociais atuantes da APS de BH. Estes foram analisados por grupo de trabalho que também redigiu o documento final. Ressalta-se ainda que este foi disponibilizado para consulta pública e que foram feitas alterações conforme as sugestões.

Vemos assim, que o início dos anos 2000 marcam um avanço na organização

dos serviços de saúde no município de Belo Horizonte. O BH Vida incorporou 2625 ACS à rede de saúde. Vale lembrar que BH já havia passado por um projeto-piloto de implantação de pelo menos 22 equipes de saúde da família no ano de 1999. (Santiago, 2004). No ano de 2008, o município contava com 512 equipes de saúde da família.⁵ Atualmente, conforme consta em sítio eletrônico da Prefeitura de Belo Horizonte³, o município possui 152 centros de saúde somando, assim, 596 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Para além da análise documental, a pesquisa contou com entrevistas com 9 (nove) participantes, sendo entrevistada uma assistente social por regional (distrito sanitário) da cidade. As regionais são: Centro-sul, Barreiro, Leste, Oeste, Norte, Noroeste, Nordeste, Pampulha e Venda Nova. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, a solicitação de contato com a Unidade Básica de Saúde foi feita através dos Núcleos de Educação Permanente existentes em cada regional.

Para as entrevistas foi utilizado um roteiro semi-estruturado e foram lidos e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas tiveram em média a duração de 60 minutos, foram gravadas e transcritas para que pudessem ser analisadas. A entrevista contempla pontos como: o trabalho com famílias, a relação com a equipe multiprofissional, a intersetorialidade, organização e condições de trabalho, dentre outros.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, através dos números de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 70780823.0.0000.5147 e 70780823.0.3001.5140, respectivamente. Esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de financiamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho com famílias e as tendências da abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/MG

A estratégia de saúde da família redireciona o modelo de atenção em saúde, que representa um importante avanço, mas ao mesmo tempo traz em si diversos aspectos contraditórios nessa relação com o conceito de família e com as famílias, de modo concreto, no cotidiano do cuidado.

Vasconcelos⁷ (1999) trata das questões que circundam a priorização das famílias nas políticas de saúde, pois embora emergja o reconhecimento das abordagens à família e comunidade nos anos 1990, esse processo se deu com resistência de certos setores da sociedade pelo já conhecido viés conservador com que normalmente a família era evocada. O autor enfatiza que os setores intelectualizados da sociedade se mostraram reticentes à essa aproximação entre políticas sociais e famílias, por considerarem somente os aspectos repressivos da família, desvinculando dos movimentos sociais e da participação política, como o movimento campestino.

Acompanhando esse debate, a ênfase da família nos processos de cuidado em saúde revela duas faces contraditórias que se correlacionam. De um lado, uma face progressista onde a família é valorizada, descentralizando-se a produção do cuidado do modelo biomédico, e de outro lado, uma face conservadora que coloca sobre a família o ônus do desfinanciamento da política de saúde.⁸

A perspectiva que leva a concepção de família como protagonista e parceira na política de saúde avança nos anos 1990 e é denominada de familista, ou seja, trata a família de forma institucionalizada e formalizada.

É possível dizer que nos anos 1990 a saúde definitivamente abarca e recorre à família como expresso no próprio título do Programa de Saúde da Família - criado em 1994. Posteriormente, a PNAB (2006) amplia esta perspectiva com a Estratégia de Saúde da Família por ser considerada eixo estruturante da APS.⁹

³<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>

A Política Nacional de Atenção Básica trata da Estratégia em Saúde da Família, suas atribuições e composição das equipes que, atualmente, se estrutura da seguinte forma:

- I. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
 - II. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
 - III. auxiliar ou técnico de enfermagem; e
 - IV. agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.
- (...) Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.¹⁰

Em Belo Horizonte, não existem dados publicizados sobre o perfil de famílias atendidas pela ESF do município. Temos indicações acerca do IVS que é variável nos diferentes territórios da cidade, indicando-nos as formas como suas famílias vivem. Através das entrevistas vamos compreender, mais à frente, como os profissionais entrevistados percebem as vivências das famílias atendidas.

Conforme as colocações de Gelinski e Moser¹¹ (2015), a incorporação da família corresponde, na política de saúde, mais à reorientação do modelo em saúde do que a preocupação em estabelecer o papel da família no modelo da atenção básica. Percebemos, assim, uma sistemática ausência de aporte teórico sobre família e que nos documentos da saúde utiliza-se o conceito de família de modo naturalizado, com base no senso comum, referindo-se mais a uma incorporação do conceito de forma prática no cotidiano de profissionais da saúde.

A partir das problematizações apresentadas, que serviram como motor para a pesquisa, olhamos para a realidade do trabalho com famílias na Atenção Primária à Saúde. Desta forma, os resultados a seguir apresentados são provenientes da análise documental e das entrevistas realizadas, onde será dado destaque às tendências observadas na abordagem familiar e no trabalho com famílias.

Como vimos, o trabalho com famílias é central na estratégia de saúde da família. Desta forma, as informações da situação sociofamiliar são, habitualmente, requeridas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atribuições, para subsidiar a estruturação de suas ações, ou seja, as decisões sobre intervenções, procedimentos, orientações, dentre outros.

Pensar uma linha de cuidados para famílias atendidas, pressupõe uma concepção prévia que subsidia esta atuação/intervenção, ainda que esta concepção não esteja explícita.

Nos documentos analisados, a família aparece como algo dado e não é possível localizar referências com relação a sua construção histórica, não fazendo também referências à diversidade familiar ou sobre a relação da família e saúde mais diretamente. O documento 1¹² (2001) sinaliza uma percepção empírica do cotidiano de famílias, indicando a sua responsabilização, através da falta de capacidade da família em prover cuidados para com seus membros. O documento não expõe uma visão mais crítica e macro da situação da família ou de sua “funcionalidade” na política de saúde.

Podemos identificar que o documento de 2001 exprime uma visão de que o Estado assume as atividades da família ao passo que vemos a partir dos anos 1990, a política social trazer a família como principal responsável pela proteção social. De uma forma geral, o documento 1¹² (2001) reforça a interação com a comunidade, mas não enfoca o quesito territorialidade diretamente. Enquanto instrumentos de abordagem às famílias, o documento enfoca: realização de visitas domiciliares, entrevistas individuais e familiares, estudos sócio-econômicos e reuniões e palestras. Em um dos tópicos, o documento coloca a importância da participação do profissional em programas nas áreas de saúde da Criança e Adolescente, Adulto, Mulher, Idoso e Pessoas com Deficiência.

O documento 2¹³ (2023), com relação à família e abordagem familiar segue a mesma tendência, não fazendo indicações sobre a construção teórica e histórica sobre a família. Embora os termos “família, famílias, familiares, familiar” sejam mencionados 84 vezes.

As orientações reforçam a necessidade de acolhimento e atendimento individual, familiar e comunitário, fazendo referência aos conceitos de negligência e insuficiência familiar e enfatiza o conceito de vulnerabilidade. Dessa forma, o olhar sobre a família acaba por perpassar essa tendência. “Observamos que, as demandas sociais compreendidas através do conceito de vulnerabilidade, também são analisadas na perspectiva sistêmica, reforçando, assim, o caráter de ajustamento social.”¹⁴ (p.258). Também não existe referência sobre diversidade familiar ou levantamento sobre perfis de famílias atendidas nos documentos analisados.

Horst¹⁵ (2020) aponta, com base em seu estudo, 4 (quatro) tendências gerais sobre as concepções de famílias que aparecem nas produções do Serviço Social. A primeira dessas tendências descritas pelo autor é de família como algo que ultrapassa os laços consanguíneos, considerando-se os conceitos de solidariedade, laços afetivos, convivência, proteção, dentre outras características que coadunam com essa perspectiva de mutualidade.

A segunda concepção relaciona a família a uma espécie de sistema, com estruturas e padrões. “Nesse grupo, observa-se uma influência das tendências próximas a terapia familiar, visualizando a família enquanto um sistema, com suas alianças e regras.”¹⁵ Assim, tem forte influência da perspectiva sistêmica. A terceira tendência traz a concepção de família patriarcal burguesa, com papéis de gênero bem definidos e relações de poder e hierarquia.

Por último, o autor destaca que a última tendência presente nas produções do Serviço Social é da família enquanto laços de parentesco, consanguíneos, embora compreenda que hoje vários arranjos familiares são possíveis.

Nas entrevistas encontramos como resultado a predominância da compreensão de família que dialoga com a primeira tendência apresentada por Horst¹⁵ (2020), ou seja, as/os entrevistadas/os relacionam a família a laços afetivos, não necessariamente consanguíneos, que representem suporte e cuidado.

Família para mim? Família para mim é uma pessoa que eu me sinto bem. Família, não é só sangue, né? Família, é laço né? É laço, é bem-estar. Eu acho que é acolhimento também, e convivência. Acho que tudo isso para mim é família. Família não é só de consanguíneo, né? (Entrevistada 2)

Família é tudo aquilo que interage, né? Assim, eu acho que a família tá num processo de interação, de laços, de referências, de convivência, né? Então família é aquilo que se convive, que se interage, que se cuida, que tá dentro desse processo de comunicação e cuidado, e movimentação entre si. Hoje a gente não pode levar só em consideração os laços consanguíneos, os laços de parentesco. (Entrevistada 7)

Dessa forma, as entrevistadas lançam mão de uma compreensão ampliada do conceito de família, que não aparece nos documentos analisados. Os resultados das entrevistas apontam ainda para uma tendência, cada vez mais latente, na Atenção Primária à Saúde de compreensão da família como pessoas que coabitam o mesmo domicílio, fortemente influenciados pela lógica de cadastramento da população usuária do Sistema Único de Saúde.

O território é estruturante do trabalho em saúde na Atenção Primária. Assim, o perfil das famílias atendidas, no geral, pode variar de acordo com o território atendido. As composições familiares se alteram no relato das assistentes sociais entrevistadas, mas é possível identificar que em unidades que atuam em áreas com IVS elevado a predominância é de famílias chefiadas por mulheres. Com relação ao determinante gênero, as entrevistadas destacam a questão da sobrecarga da mulher nos cuidados inerentes à família, sendo algo percebido por elas no cotidiano de trabalho. No que

tange às questões étnico-raciais, apenas uma das entrevistadas evidenciou tal ponto em sua análise sobre as famílias do território em que atua, ressaltando que além de chefiadas por mulheres, as famílias atendidas pela Unidade Básica na qual atua são majoritariamente negras.

Ponto central nos resultados encontrados pela pesquisa trata da tendência de um trabalho com famílias mediado pelo conceito de risco e vulnerabilidades sociais.

As entrevistadas ressaltam que o trabalho com famílias é demandado quando se identificam situações que as equipes classificam como “conflituosas”, “problemáticas”. Logo, a principal tendência de um olhar para essas famílias perpassa os termos: negligência; maus tratos, insuficiência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas.

Os termos “negligência”, “maus tratos” e “insuficiência familiar” são reconhecidos e utilizados cotidianamente pelos profissionais da saúde. Berberian¹⁶ (2023) destaca como o termo negligência possui conteúdo moral, pois é utilizado como associação à valores negativos onde não se cumpre as responsabilidades impelidas, além de ser associado também à desleixo e preguiça.

Conflitos familiares no geral. A intervenção familiar ela tá presente em toda situação que a equipe apresenta uma situação de vulnerabilidade ali, né? Se chegou uma situação com um conflito familiar, se chegou uma situação por questões de relações intergeracionais, se foi por uma situação de violação de direitos. Então a gente faz essa intervenção de acordo com a demanda que é apresentada. (Entrevistada 7)

Ah eu vejo assim, a questão de por exemplo os casos que chegam para minha equipe é insuficiência familiar, conflitos familiares. A gente atua muito com a questão e acaba mediando conflito. Vulnerabilidade, idoso em situação de vulnerabilidade. Aí a gente vai acionar a família, vai tentar conversar, né? (Entrevistada 2)

Algumas das entrevistadas ponderam que o olhar do profissional precisa ser ampliado, no sentido de entender a realidade da família atendida, pois, geralmente, as famílias estão inseridas em um contexto de desproteção social, em que sua face visível à unidade de saúde se materializa sob a insígnia da negligência com seus membros vulneráveis, como crianças e idosos.

Os resultados observados demonstram como a equipe de saúde, muitas vezes, sugere intervenções voltadas para uma perspectiva de ajustamento das relações

familiares que se adapte às expectativas que os profissionais de saúde têm de como deve ser uma família.

Um eixo de cuidado que ganhou destaque na fala das entrevistadas foi sobre o tratamento em saúde mental. Os profissionais compreendem que este campo requer uma atuação que abarque a família e, quando da sua ausência, pode interferir e limitar o plano de cuidado proposto pela equipe. Uma profissional pondera que a maior participação da família no acompanhamento dos usuários da saúde mental tem êxito, quando o atendimento faz sentido para o próprio usuário e para a família; e destaca que a família percebe quando a intenção da intervenção se resume à responsabilização.

Sobre metodologias ou referenciais específicos sobre atendimento a famílias, as entrevistadas relatam não terem referência em nenhum material específico da saúde, nem nos níveis federal, estadual ou municipal.

As assistentes sociais, em uníssono, fazem uma análise mais ampliada do entendimento pessoal e profissional que tem sobre a família. Ressaltam o respeito à diversidade familiar e consideram os laços de afeto e cuidado decisivos para compreensão do que é uma família. Horst¹⁵ (2020) indica que a concepção de família enquanto laços afetivos e instância de cuidado corroboram com uma fundamentação da ideia de família a partir dos marcos das políticas sociais. Alerta ainda sobre o aspecto ilusório que tal perspectiva sobre a família pode apresentar, pois se, por um lado, o conceito de diversidade representa um avanço, por outro pouco problematiza a família e reafirma papéis e funções sociais.

Evidencia-se com isso que não há problemas na Saúde da Família em se considerar a família na sua dimensão ampliada a partir de suas múltiplas configurações. Esta posição se relaciona diretamente com a afirmação anterior, que reafirma a família em sua função protetiva por meio do cuidado. Assim, o que se coloca é que, para exercer o cuidado não importa por quem seja, o importante é ter alguém que cuide. Considerando o processo de transferência de responsabilidade pelos cuidados para a família, em um contexto de “desproteção social”, é conveniente ao serviço considerar a família em sua dimensão ampliada, atingindo até mesmo, as relações comunitárias.¹⁴ (p. 249)

As falas das entrevistadas demonstram como é importante o posicionamento e habilidade para contribuir com as equipes tanto no acompanhamento das famílias, quanto na compreensão do que é o trabalho de assistentes sociais enquanto equipe multiprofissional que apoia a estratégia de saúde da família.

Se a família tem sua expressão em diversas políticas sociais, na saúde podemos afirmar que na APS essa presença é estruturante das ações. Assim, as concepções acerca da saúde e da família são conceitos em constantes disputas, não existindo uma perspectiva única em suas análises. Como aborda Guimarães¹⁴ (2016), a saúde sofre importante influência das perspectivas funcionalista, positivista e sistêmica, que se expressa em seus documentos sob uma análise de risco, vulnerabilidades, ciclos de vida, dentre outros. A estratégia de saúde da família dialoga com esse caleidoscópio de desafios e contradições, mas segue demonstrando seu potencial de ofertar cuidado às famílias brasileiras.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa demonstram como principal tendência o enfoque da família na política de saúde a partir de conceitos como vulnerabilidades e risco social. Detecta-se ainda o uso dos termos como “negligência” e “insuficiência familiar”. Tanto os resultados da análise documental, quanto da pesquisa de campo, apontam que a apropriação dos termos se faz de maneira mecânica e pouco crítica, tornando-se um modo de se comunicar entre equipe que pouco contextualiza do que se está falando. O mesmo se dá com o termo “conflito”, que aparece especialmente na pesquisa de campo. Essa fragmentação analítica leva a uma falsa ideia de que famílias podem superar “espontaneamente” as suas situações de desproteção social, pois enfocam-se muito mais nos indivíduos do que no contexto social.

Localiza-se uma ampla utilização do termo família na política de saúde, sobretudo na Atenção Primária, onde a família torna-se objeto central de intervenção das equipes. Contudo, a análise do conceito de família segue praticamente ausente nas produções que abordam a Saúde da Família, perpetuando concepções idealizadas e naturalizadas de famílias.

Apesar de indicarem a ausência de aporte teórico no tema da família, vimos que, as intervenções profissionais com famílias são amplamente citadas pelas/os profissionais entrevistadas/os, demonstrando ser parte do seu dia-a-dia de trabalho. Assim, podemos dizer que as relações familiares tem sido mais o foco de intervenção do que a família em si.

Referências bibliográficas

1. Bertelli E, Regina K, Michelly Laurita Wiese. Reflexões sobre o dueto família e gênero na política de saúde brasileira. *Libertas*. 2023 Jun 26;23(1):165–80.
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte - análise de atenção primária à saúde. 2009.
4. Belo Horizonte. Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. HMP Comunicação. Secretaria Municipal de Saúde20, editor. 2008.
5. Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM. O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rona Editora. Vol. 1. 2012.
6. Nilo K, Barros Morais MA, de Lima Guimarães MB, Vasconcelos ME, Granha Nogueira MT, Aboud-Yd M. Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. 1st ed. 2008. Chapter 1, A saúde mental na Atenção Básica de Saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família, 17-25.
7. Mourão Vasconcelos E. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 1999 [cited 2023 Aug 10];23. Available from: https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.23%2C+N.53+-+set&pesq=&x=54&y=22
8. Ferreira VM. Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências [Internet]. *repositorio.ufpe.br*. 2017. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29595>
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Jun;23(6):1903–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_arttext&tlng=en
10. Estratégia Saúde da Família (ESF) [Internet]. Ministério da Saúde. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>
11. Mioto R, Campos M, Carloto CM. Familismo, direito e cidadania: contradições da política social. 2015. Chapter. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. 125-145.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida. 2001. Acervo pessoal.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH.

2023. [cited 2023 Aug 10]; Available from <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/cartilha-orientacoes-institucionais-rede-sus-bh-04-09-23.pdf>.

14. Guimarães EMS. A abordagem familiar e comunitária na saúde da família: desvelando contradições e construindo mediações críticas. 2016.
15. Henrique C. Serviço Social e a temática família. *Libertas*. 2020 Dec 15;20(2):392–414.
16. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PUC-SP THAIS PEINADO BERBERIAN SERVIÇO SOCIAL E AVALIAÇÕES DE “NEGLIGÊNCIA” CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: Debates no Campo da Ética Profissional [Internet]. 2013 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17654/1/Thais%20Peinado%20Berberian.pdf>