

**UNIVERSIDADE COMUNITARIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ
(UNOCHAPECÓ)
Curso de Pós-graduação *stricto sensu* em Políticas Sociais e
Dinâmicas Regionais**

Cristiane Mezzalira

**A FAMÍLIA NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICAS:
REVELAÇÕES A PARTIR DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

CHAPECO-SC, 2015.

CRISTIANE MEZZALIRA

**A FAMÍLIA NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICAS:
REVELAÇÕES A PARTIR DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Dissertação, apresentada à Unochapecó como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. DuniaComerlatto

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisabeth Kleba da Silva

Chapecó-SC, abr. 2015.

Ficha catalográfica elaborada por
Joseana Foresti
CRB14/536

M617f Mezzalira, Cristiane
A família na atenção e proteção social básicas : revelações
a partir das políticas de saúde e assistência social
/ Cristiane Mezzalira.
159 p.

Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas
Regionais) - Universidade Comunitária da Região de
Chapecó, 2015

Inclui bibliografias

1. Família. 2. Política de saúde. 3. Política familiar.
4. Assistência social. I. Comerlato, Dúnia. II. Título.

CDD 21 -- 306.85


UNOCHAPECÓ

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ
Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais

**A FAMÍLIA NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICAS:
REVELAÇÕES A PARTIR DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Cristiane Mezzalira

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de

Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais
sendo aprovada em sua forma final.



Prof.ª Dunia Comerlatto, Dra. em Serviço Social
Orientadora



Prof.ª Maria Elisabeth Kleba da Silva, Dra. em Enfermagem
Coorientadora

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Solange Maria Teixeira, Dra. em Políticas Públicas



Prof.ª Marcia Luíza Pit Dal Magro, Dra. em Psicologia

Chapecó, 27 de abril de 2015.

*Dedico este trabalho à minha FAMÍLIA.
Mãe, pai, irmãs, marido. Meus amores,
minha Vida, essa conquista também é de
vocês!*

AGRADECIMENTOS

DEUS, por me fortalecer e guiar sempre.

MÃE, obrigada pelas palavras de apoio e incentivo, você é meu exemplo de força!

PAI, por entender minhas ausências e me incentivar a prosseguir.

MINHAS IRMÃS, Cristieli e Crislene, obrigada pela força e por compreenderem minha ausência!

EDIMARCOS, meu companheiro, obrigada por me ouvir, compreender meu momento de recolhimento e estudo!

MARIANI, minha amiga do coração, por me convencer a entrar no mestrado e sempre me animar nas dificuldades! Valeu pela torcida!

Aos COLEGAS DO MESTRADO, pelas boas discussões, conversas e risos, levarei boas lembranças e belas amizades, sinto muita saudade de todos!

Á ANA pelo carinho e afago com todos! SIMONE pela ajuda na revisão integrativa, sempre pronta a me auxiliar! CYNDIA pela alegria e boas risadas!

Aos professores do mestrado por partilharem seus conhecimentos conosco!

À minha QUERIDA ORIENTADORA Dunia, pela dedicação e carinho comigo!

À prof. LISA (Maria Elisabeth Kleba) minha co-orientadora, pela paciência e contribuição!

Aos AMIGOS de longa data, Rosa, Marisa, Eduardo, Angélica, Manuela, Bruno, por me ouvirem sempre ansiosa com as demandas do mestrado! Obrigada!

Á Cristiane, bolsista de pesquisa, meu braço direito na revisão integrativa, valeu sua ajuda foi imprescindível!

Aos demais amigos e familiares que conviveram com as minhas histerias entenderam meu recolhimento e continuam sendo meus amigos! Valeu!!! Voltando a ativa!

RESUMO

A família como espaço estratégico de intervenção, vem ganhando importância nas políticas públicas brasileiras, em especial nas políticas de saúde e assistência social. Historicamente a família vem sendo responsabilizada pelo cuidado e proteção dos seus membros por si só. Para tal, necessita ser apoiada pela intervenção do Estado. Nessa direção, o Estado a partir das políticas públicas busca dar respostas às demandas que se apresentam, ao ofertar serviços e programas voltados a fortalecer a família na função de cuidadora e protetora dos que dela fazem parte. Este estudo tem como objetivo geral analisar conceitos e metodologias de trabalho direcionados à família na atenção e proteção social básicas, no âmbito das políticas de saúde e assistência social, considerando aproximações, complementaridades e desafios na intervenção profissional. Utilizou-se a revisão integrativa como método de pesquisa, que permitiu identificar em 56 artigos selecionados, diferentes concepções, metodologias e técnicas operacionais utilizadas na organização do processo e desenvolvimento do trabalho com famílias. A revisão integrativa foi desenvolvida atendendo a um protocolo que detalha os procedimentos adotados, critérios de inclusão e exclusão, bases de dados pesquisadas, bem como o recorte temporal da pesquisa, no caso deste estudo, o período de janeiro de 2004 a junho de 2014. Apoiar-se no levantamento bibliográfico e documental uma vez que permitem dar sustentação às discussões dos “achados” da revisão integrativa e tecer análises sobre a temática em questão. Revelam-se como aproximações e complementaridades: a trajetória de organização a partir de leis, estratégias, programas e serviços; o reconhecimento do papel da família na sociedade como espaço de cuidado, proteção e vínculo e, principalmente como espaço estratégico de intervenção. Aliado a isso, ainda as metodologias utilizadas na organização do processo de trabalho: o território como organizador das ações; a busca pelo trabalho interdisciplinar e intersetorial, que visa a compreensão do indivíduo e das famílias em sua totalidade e a superação do trabalho focalizado no indivíduo. Demonstra-se também que a educação permanente, assim como o trabalho interdisciplinar e intersetorial estão previstos em ambas as políticas, algumas experiências são explicitadas, mas principalmente reiteram-se os desafios encontrados. As reuniões de equipe são apresentadas como espaço estratégico de planejamento e organização, bem como avaliação dos serviços, programas e atividades desenvolvidas. No que se refere às técnicas utilizadas pelas equipes no desenvolvimento do trabalho com famílias, tanto nos documentos que as

normatizam quanto nos “achados” dos artigos da revisão integrativa, destacam-se: a acolhida e a escuta qualificada consideradas fundamentais no desenvolvimento do trabalho com famílias, por possibilitarem vínculo e proximidade; as fichas técnicas e os sistemas de informação que auxiliam na organização, monitoramento e avaliação dos serviços, e programas, bem como para a identificação das reais demandas das famílias e do território adstrito; a busca ativa, a classificação, avaliação de famílias e escalas de risco, bem como o genograma e ecomapa, destacados por permitirem maior conhecimento sobre a família. Ainda, a visita domiciliar e o trabalho com grupos são citados pelos “achados” e também nos documentos como estratégias que potencializam o trabalho com famílias. Como desafios a serem superados pelas equipes, estão: a educação permanente; a atuação interdisciplinar e intersetorial, pois apesar de atuarem com as mesmas famílias, nos mesmos territórios, ainda permanece um desafio; a concepção de família ainda tradicional; e, a atuação ainda frágil, voltada à emancipação e cidadania das famílias.

Palavras-chave: Família. Política de Saúde. Política de Assistência social. Atenção básica. Proteção social básica.

ABSTRACT

Family as a strategic area of intervention has been gaining ground in the Brazilian public policies, especially in health and social welfare policies. It was established that historically the family has been held responsible for the care and protection of its members, even if, in many situations it is unable to afford this care and protection alone, requiring the State intervention. In this direction, the State from public policies, seeks to give answers to the demands that arise, providing services and programs to strengthen the family in the function socially assigned to it. This study provides a discussion in order to examine concepts and methodologies of work directed to the family related to its care and basic social protection, in the context of health and social care policies, considering approaches, complementarities and challenges in professional intervention. The integrative review was used as a research method, which allowed us to identify, in 56 selected articles, the different concepts, methodologies and operational techniques used in the organization and development of work with families. The integrative review was developed in response to a protocol detailing the procedures adopted, inclusion and exclusion criteria, databases researched, as well as the time frame of the study, in the case of this study, from January 2004 to June 2014. It is supported by the literature and documentary data since they allow supporting the discussions of the "findings" of the integrative review and weave analyzes on the subject in question. They are revealed as similarities and complementarities, in addition to organizing trajectory from laws, services, programs, recognition of the family's role in society, such as care space, protection and bond meanly as a strategic space of intervention. Added to this, are the methodologies used in the organization of the work process, having the territory as an organizer of the services, programs and activities, the search for interdisciplinary and intersectoral work, which aims at understanding the individual and the family as a whole, surpassing the focused work, when possible. It also demonstrates that continuous education, as well as interdisciplinary and instersectorial work is provided in both policies, some experiments are explained, however, mainly reiterate the encountered challenges. Team meetings are presented as a strategic space planning, organization as well as evaluation of services, programs and developed activities. With regard to the techniques used by the teams in the development of work with families, both in the documents that establish norms and in the "findings" on the articles of integrative

review it is featured: the qualified reception and listening are considered fundamental in the development of work with families, since they make possible the bond and closeness; technical data sheets and information systems help in the organization, monitoring and evaluation of services and programs as well as identifying the actual needs of the families and the attached territory; the active search, classification, evaluation of families and risk scales, as well as the genogram and eco-map are highlighted for providing more knowledge about the family; besides the home visits and group work are cited by the "findings" and also in the documents as strategies that empower the work with families. As challenges to be overcome in the professional practice are: continuing education related to the need for more formation of the staff; the interdisciplinary and intersectoral performance, because despite the policies act with the same families, in the same territories, they keep on being unable to develop intersectoral work and not recognizing themselves as complementary; the concept of family, yet traditional, that despite the advances and the recognition of new forms of family organization, it is still expected that the family has the same functions and the same operation which is considered as "ideal"; and also the action aimed at emancipation and citizenship of the families, which is considered weak by professionals.

Keywords: Family. Health. Social Assistance. Primary Care. Basic Social Protection.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Resultados da primeira busca de informações na base dos bancos de dados: Google Acadêmico, BVS e Portal de Periódicos Capes.....	27
Quadro 2 - Artigos selecionados pelo método da revisão integrativa, contendo código, título e periódico, período 2004 a 2014.	29
Gráfico 1 - Número de publicações, por ano, dos artigos selecionados, janeiro de 2004 a junho de 2014	35
Gráfico 2 - Número de publicações, por Estados da Federação brasileira, dos artigos selecionados na revisão integrativa.....	36
Gráfico 3 - Número de publicações por formação profissional dos autores	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LA	Liberdade Assistida
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOB SUAS	Norma Operacional Básica Sistema Único de Assistência Social
ONU	Organizações das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBE	Pesquisa Baseada em Evidência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente Sistema
SUAS	Único de Assistência Social
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
PSC	Proteção Social Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFRG	Universidade Federal de Rio Grande
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFTO	Universidade Federal do Tocantins
USP	Universidade de São Paulo
Unochapecó	Universidade Comunitária da Região de Chapecó

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 ARCABUÇO METODOLÓGICO DO ESTUDO NA BUSCA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	23
1.1 Opções metodológicas no desenvolvimento do estudo	23
1.2 O percurso da revisão integrativa	26
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: O PAPEL DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL .	39
2.1 Direitos e políticas sociais: contextos de uma trajetória.....	40
2.2 As políticas públicas de saúde e de assistência social nos marcos da Constituição Federal de 1988	46
2.3 Atenção e proteção social básicas no âmbito da Saúde e da Assistência Social.....	49
3 A FAMÍLIA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	63
3.1 A família e seu papel na sociedade	63
3.2 Família como pauta das políticas públicas	67
3.3 A discussão sobre família.....	74
3.3.1 A compreensão de família	74
3.3.2 A família como espaço de intervenção.....	81
4 O TRABALHO COM FAMÍLIAS NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICAS	87
4.1 Metodologias utilizadas na organização do processo de trabalho	87
4.1.1 Territorialização	87
4.1.2 Trabalho interdisciplinar e intersetorial.....	90
4.1.3 Reuniões de equipe.....	96
4.1.4 Educação permanente.....	98
4.2 Técnicas operacionais utilizadas no desenvolvimento do trabalho	101
4.2.1 Acolhida e escuta qualificada.....	101
4.2.2 Fichas técnicas e sistemas de informação	104
4.2.3 Genograma e ecomapa	106
4.2.4 Busca ativa, classificação, avaliação de famílias e escalas de risco.....	108
4.2.5 Visita domiciliar	113
4.2.6 Trabalho com grupos.....	117

CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES	147

INTRODUÇÃO

Ao discutir a temática sobre a atenção e proteção social básicas¹, com ênfase na Família, no âmbito das políticas de saúde e de assistência social, elementos teóricos e metodológicos são descritos de modo a apresentar reflexões e sínteses no desenvolvimento deste estudo.

Considerada a primeira instituição social em que se vive a família é historicamente responsabilizada pelo cuidado e proteção de seus membros. Mioto (2010, p.165) ressalta que as demandas familiares que se apresentam são “expressões de necessidades humanas não satisfeitas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista”.

A satisfação dessas necessidades exige a implementação de políticas públicas e o envolvimento de profissionais cuja intervenção seja comprometida com a inclusão e a transformação social na perspectiva do acesso e ampliação de direitos, como “caminhos para concretização da cidadania por meio de políticas sociais orientadas para o atendimento das necessidades humanas” (MIOTO, 2010, p. 165). Nessa direção, reconhece-se o Estado como instância responsável, considerando que a Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Art. 226, destaca que a família é base da sociedade, com especial proteção do Estado (BRASIL, 1988).

Decorrente da globalização e de suas conseqüentes mudanças na sociedade e no mundo do trabalho a família como instituição social é afetada em sua organização, dinâmica e capacidade protetiva, devido às desigualdades sócio-culturais e econômicas em que se inserem. No mundo contemporâneo e, no caso brasileiro, milhões de famílias não têm alcançado o cuidado e a proteção de seus integrantes. Isso faz com que as famílias - em especial as que estão em condição de pobreza - sejam focalizadas como espaço estratégico de intervenção das políticas públicas por meio de serviços, programas, projetos e benefícios, com o intuito de fortalecê-las e dispensar a atenção básica para sua função de cuidado e proteção social.

Nesse sentido, necessitam de apoio das políticas públicas - como dever do Estado e direito do cidadão. Em se tratando das políticas públicas de saúde e de assistência social, esse apoio é ofertado

¹ O termo “atenção e proteção social básicas”, cunhado nesta dissertação, foi inspirado no seu processo de construção por expressar potência de aproximação entre ambas as políticas públicas no desenvolvimento do trabalho com famílias.

principalmente pelas ações de atenção e proteção social básicas. Na política pública de Saúde as ações de atenção básica reúnem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf). Na política pública de Assistência Social – ao considerar a centralidade na família como diretriz da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a matricialidade sociofamiliar como uma das bases organizacionais da gestão do Sistema Único de Assistência Social (Suas) – as ações de proteção social básica, reúnem o Serviço de Atenção Integral a Família (Paif), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de proteção básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

Essa intervenção com ênfase na família e concebida como estratégica pelas políticas públicas acima referidas, configura-se alvo de discussões, gerando certa problematização sobre a efetividade das ações de atenção e proteção social básicas. Assim, opiniões em torno dessa intervenção junto às famílias geram debates controversos. De um lado, há autores que apontam ser o trabalho em desenvolvimento um avanço - pois leva em consideração o território onde a família vive e busca superar a intervenção focalizada no indivíduo. De outro, há autores na defesa de que as ações de atenção básica, são geradoras de práticas que vigiam e culpabilizam as famílias “mais de perto”, ao invés de trabalhar no sentido de apoiá-las e empoderá-las para que juntamente com o Estado e a sociedade alcancem o cuidado e a proteção de seus membros.

Nessa lógica a discussão que se apresenta nesta dissertação, pauta-se pelo objetivo geral de analisar conceitos e metodologias de trabalho direcionados à família na atenção e proteção social básicas, no âmbito das políticas de saúde e assistência social, considerando aproximações, complementaridades e desafios na intervenção profissional e, pelos objetivos específicos de: (a) reconhecer o trabalho direcionado à família na atenção e proteção social básicas, explicitados pelas políticas de saúde e assistência social; (b) identificar definições sobre família no âmbito das políticas de saúde e assistência social; (c) e, sistematizar metodologias de trabalho com famílias utilizadas nas políticas de saúde e assistência social. Associado aos referidos objetivos, o problema de pesquisa que norteou este estudo traz a seguinte questão: quais conceitos e metodologias de trabalho direcionados à família na atenção e proteção social básicas, têm sido adotados no âmbito das políticas de saúde e assistência social?

As discussões traçadas nesta dissertação estão distribuídas em diferentes capítulos. O arcabouço metodológico do estudo, na busca e análise das informações, está apresentado no capítulo um ao enunciar as

opções metodológicas no desenvolvimento do estudo. Optou-se pela revisão integrativa como método de pesquisa e pelos levantamentos bibliográfico e documental. No que se refere à revisão integrativa foi desenvolvida a partir da pesquisa de publicações em bancos de dados *on line*, permitindo reconhecer os conteúdos de diferentes autores e chegar a conclusões gerais sobre o tema em questão. Para desenvolver a referida revisão foram seguidas etapas previstas no “protocolo de revisão integrativa”, que contém critérios de inclusão e exclusão, definição das bases de dados para pesquisar os artigos e o período do recorte temporal da pesquisa (APÊNDICE A). Ocupou-se do levantamento bibliográfico por se apresentar como base de um trabalho científico que, no caso deste estudo, fundamentou as discussões ao longo desta dissertação. A partir do levantamento documental, foi possível obter informações consideradas oficiais no plano jurídico-formal. Esse levantamento foi utilizado neste estudo para fundamentar em especial as discussões sobre direitos e políticas públicas de saúde e assistência social.

No capítulo dois, abordam-se as políticas públicas de Seguridade Social no Brasil, destacando o papel da saúde e da assistência social, a partir do resgate da trajetória dos direitos e das políticas sociais, em que se apresentam as conquistas de direitos marcados constitucionalmente e os avanços decorrentes, os quais configuram as políticas de saúde e de assistência social na atualidade.

A discussão sobre a família no âmbito das políticas públicas de saúde e assistência social é apresentada no capítulo três, ao abordar sobre a família como pauta das políticas públicas e o seu papel na sociedade. Além disso, traz a discussão sobre família a partir dos “achados” da revisão integrativa, no que se refere à sua compreensão e como espaço privilegiado de intervenção.

O capítulo quatro, ao tratar do trabalho com famílias na atenção e proteção social básicas, expõe a partir dos “achados” da revisão integrativa, as metodologias utilizadas pelas equipes na organização do processo de trabalho, a saber: territorialização; trabalho interdisciplinar e intersetorial; reuniões de equipe; e, educação permanente. Além disso, expõe sobre as técnicas operacionais utilizadas no desenvolvimento do trabalho com famílias: acolhida e escuta qualificada; fichas técnicas e sistemas de informação; genograma e comograma; busca ativa, classificação, avaliação de famílias e escalas de risco; visita domiciliar; e trabalho com grupos. Ainda, destaca os desafios no que se refere à educação permanente e à atuação interdisciplinar.

O interesse pela temática em pauta foi estimulado por “um trajeto percorrido” de cinco anos e sete meses de experiência profissional como assistente social, atuando em programas de vinculação com a extensão universitária da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó): Programa Sorriso Para a Vida que atende crianças, adolescentes e suas famílias em situação de vulnerabilidade e risco; e, Programa de Assessoramento em Política de Assistência Social (Papás), vigente até dezembro de 2014, o qual prestava assessoria às prefeituras municipais e entidades não governamentais no âmbito dessa política.

O fato de ingressar como aluna regular no Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, levou-me a cursar o conjunto de disciplinas obrigatórias e optativas que também serviram de estímulo para este interesse de estudo. Destaca-se dentre elas a Disciplina de Políticas Socioassistenciais e Realidade Regional. Decorrente dessa inserção, a vinculação ao Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Participação Social – cadastrado no CNPq, que tem como líder a prof^a. Dr^a. Maria Elisabeth Kleba da Silva (co-orientadora deste trabalho) e vice-líder a prof^a Dr^a Dunia Comerlato (orientadora). Sem dúvida, os estudos e pesquisas desenvolvidos por esse Grupo de Pesquisa reafirmaram tal interesse.

Esta dissertação, traduzida como Trabalho Final de conclusão de curso do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*, Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, vincula-se à linha de pesquisa “Problemáticas Regionais e Políticas Sociais”, a qual visa desenvolver estudos no âmbito das políticas públicas. Assim, ao relacionar as políticas públicas de saúde e assistência social como fundamentais no desenvolvimento do trabalho com famílias - espaço privilegiado da atenção e proteção social básicas - demarcam-se pontos de análise em suas aproximações, complementaridades e desafios à intervenção profissional.

1 ARCABOUÇO METODOLÓGICO DO ESTUDO NA BUSCA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

1.1 Opções metodológicas no desenvolvimento do estudo

O tema desenvolvido neste estudo, que aborda conceitos e metodologias de trabalho direcionado à família na atenção e proteção social básicas, no âmbito das políticas de saúde e assistência social, considerando aproximações, complementaridades e desafios na intervenção profissional, apresenta-se amplo em torno das produções teóricas e dos documentos oficiais existentes. Isto exigiu um delineamento metodológico que organizasse o caminho investigativo, o que levou a optar pelo método de revisão integrativa, pelo levantamento bibliográfico e pelo levantamento documental, visando à coleta de informações e análise dos dados.

Optou-se pelo levantamento bibliográfico que se justifica por se apresentar como a primeira fase de um trabalho científico. É o aporte teórico que situa o tema a ser pesquisado e que pode ser utilizado em todas as etapas de elaboração de uma dissertação (BOAVENTURA, 2004). O levantamento bibliográfico, considerado por Minayo (2008) como a primeira tarefa do pesquisador, pode ter vários níveis de aprofundamento, devendo abranger estudos sobre o objeto em questão.

Pelo levantamento documental foi possível obter informações a partir de documentos oficiais. Declaração Internacional, Carta Constitucional, Políticas, Normativas, Resoluções e Portarias vinculadas aos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, consistiram em fontes documentais importantes para situar as formas de organização e gestão de estratégias e serviços que priorizam a intervenção voltada à família na atenção e proteção social básicas. Segundo Gil (2009), os documentos são uma fonte rica e estável de dados, tendo em vista que são atualizados com certa frequência e se tornam públicos e oficiais.

A opção pela revisão integrativa que, marcadamente a partir dos anos 1980 passa a ser considerada um método de pesquisa² se justifica por permitir uma “síntese de múltiplos estudos publicados, além de

² Trata-se de um método influenciado pela Pesquisa Baseada em Evidência (PBE), utilizada para justificar as tomadas de decisão e alcançar a melhoria na prática clínica.

possibilitar conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 759). A revisão integrativa³ exige do pesquisador o estabelecimento de critérios, demanda transparência no que se refere à metodologia utilizada e referência de seus “achados” e seus resultados. Permite deduzir generalizações sobre determinados assuntos, a partir da produção de diferentes autores (GANONG, 1987). Esse método de pesquisa é desenvolvido em etapas, sendo a clareza e o rigor na sua execução demonstrativos do valor dos “achados”, bem como da própria pesquisa. Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 761-763) destacam o desenvolvimento da revisão integrativa em seis etapas distintas.

A primeira etapa consiste na identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa que norteará a busca das publicações, a partir da definição de descritores ou palavras-chave e dos filtros que serão utilizados na pesquisa nos bancos de dados *on-line*. A segunda etapa exige o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura que serão utilizados na base de dados. É nesse momento que o pesquisador define o recorte temporal das publicações a serem estudadas. A esse respeito, Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 761-762) apontam que “a seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão, é um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão”. A terceira etapa compreende a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. É a fase de categorização dos estudos na qual são organizadas as informações de forma concisa, ou seja, as principais conclusões⁴. A quarta etapa consiste na avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, compreendendo a análise de dados, o que exige avaliação crítica e imparcialidade, na busca de analisar cada estudo e compreendê-lo dentro do seu contexto, para posteriormente buscar generalizações. A quinta etapa se traduz pela interpretação dos

³ É importante diferenciar a revisão integrativa (utilizada neste estudo), da revisão de literatura e da revisão sistemática. A revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores e permite conclusões gerais sobre o problema de pesquisa. A revisão de literatura se estrutura em resumos críticos de estudos sobre um tópico de interesse visando contextualizar o problema de pesquisa, estudos relevantes que tragam novos dados sobre um tema. Já a Revisão sistemática se caracteriza por evidências de pesquisas cuidadosamente sistematizadas aplicadas para responder a questões focadas na prática clínica. Para maiores informações consultar Grossetti (2012).

⁴ Nessa etapa, o pesquisador precisa ter a clareza do que deseja extrair dos artigos, recortes ou ideias centrais contidas em cada artigo, ou seja os “achados”.

principais resultados em que é realizada a discussão, podendo ser o momento das generalizações, como também das sugestões, a partir de lacunas, indicando a necessidade de novas pesquisas. A sexta etapa se constitui na apresentação da revisão ou síntese do conhecimento sobre o assunto pesquisado. É fundamental que na apresentação das conclusões o leitor fique esclarecido sobre quais foram os procedimentos e os critérios utilizados.

A revisão integrativa pode ser caracterizada pelo método qualitativo o qual se aplica “ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões [...]” e pelo fato de que as “abordagens qualitativas se conformam melhor [...] para análises de discursos e de documentos”. Nesse sentido, o método qualitativo “[...] propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008, p. 57).

A análise de conteúdo foi opção para dar sustentação analítica à discussão dos “achados” da revisão integrativa, uma vez que busca descrever e interpretar o conteúdo, a informação e o dado. Farias Filho e Arruda Filho (2013, p. 141-143) indicam que para desenvolver a análise de conteúdo é necessário cumprir algumas fases: da *pré-análise*, que é a organização do material da pesquisa, para posteriormente decidir o que será analisado; a *fase de “recorte*, que é o momento em que se seleciona e organiza o conteúdo de acordo com a temática e o assunto de interesse; a *fase de análise e descrição do material*, na qual se faz uma análise do que foi selecionado, procurando conteúdos que tenham relevância, sejam coincidentes ou divergentes das principais teorias do estudo; e, a *fase de interpretação do material*, momento em que se faz conexões entre o que foi “recortado” nos documentos ou bibliografias e o que os autores discutem, uma espécie de matriz teórica ou categoria/conceito.

Sobre a análise de conteúdo, Minayo (2008, p. 309) aponta que existem várias modalidades e destaca a análise temática como àquela apropriada para investigações qualitativas. Este estudo se utilizou da análise temática, que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 316, grifo do autor). Na sua operacionalização, a análise temática se desdobra em três etapas: (1) *pré-análise*, em que se realiza a leitura flutuante, ou seja, contato direto e intenso com o material, é nessa fase que se determinam a categorização, a codificação, os recortes, os conceitos teóricos que orientarão a análise; (2) *exploração do material*,

é nesse momento que se classificam os materiais a serem analisados; (3) *tratamento dos resultados obtidos e a interpretação*, em que a partir dos resultados o pesquisador pode “propor inferências e interpretações, interrelacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2008, p. 318).

1.2 O percurso da revisão integrativa

O primeiro passo para a organização da revisão integrativa foi a definição da pergunta ou objetivo da pesquisa, que neste caso ficou assim definida: como os estudos que tratam do trabalho com família na atenção e proteção social básicas no âmbito das políticas de Saúde e Assistência Social explicitam conceitos e metodologias de trabalho?

Posteriormente foram definidas as bases de dados onde a busca foi realizada. Neste estudo optou-se por: portal de periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google acadêmico. Tendo em vista o objetivo da revisão integrativa, foram utilizados os seguintes descritores⁵ e palavras-chave: “trabalho com famílias”; “assistência social”; “proteção social básica”; “atenção básica”; saúde.

O recorte da pesquisa priorizou artigos brasileiros, por se tratar de políticas públicas brasileiras, no idioma português ou inglês, publicados entre os anos de 2004 a 2014. Para fins de recorte da pesquisa, foram estipulados critérios de inclusão e exclusão dos artigos. *Como critérios de inclusão*: (a) trabalhos publicados no formato de artigos (científicos e relatos de experiência); (b) artigos que tratam exclusivamente de uma das políticas mencionadas; (c) idiomas: português e inglês; (d) período: janeiro de 2004 a junho de 2014. E os *critérios de exclusão* foram: (a) quando as palavras-chave/descriptores não estarem explícitos no título ou no resumo do artigo; (b) aqueles em que não foi possível acessar os textos completos; (c) artigos repetidos, que já surgiram em outra base de dados; (d) os artigos em outras línguas. (e) artigos em que, apesar de constarem as palavras/descriptores, o conteúdo não estiver relacionado ao

⁵ São organizados em estruturas hierárquicas, facilitando a pesquisa e a posterior recuperação do artigo. Por isso, é de fundamental importância que os autores consultem os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) coloquem os termos que melhor reflitam o fulcro do artigo.

objetivo da pesquisa; (f) os que tratem da família nas políticas de saúde e assistência social, porém, em outro nível de atenção, que não seja atenção básica/proteção social básica.

Uma vez filtrados, a partir da leitura dos títulos, os artigos encontrados nas bases dos bancos de dados acima mencionados, foram salvos no formato PDF. Na sequência, realizou-se a leitura atenta dos resumos desses artigos, e posteriormente a leitura na íntegra, tendo sido excluídos pelos critérios explicitados anteriormente os que não atenderam ao objetivo da pesquisa. Assim os artigos incluídos foram relacionados em uma planilha de *excel* ou matriz, de onde foram extraídas as informações (“os achados”) que respondiam a questão norteadora/objetivo da revisão integrativa.

O Quadro 1 demonstra a busca na base dos bancos de dados e os resultados encontrados na primeira filtragem, pelo título dos artigos.

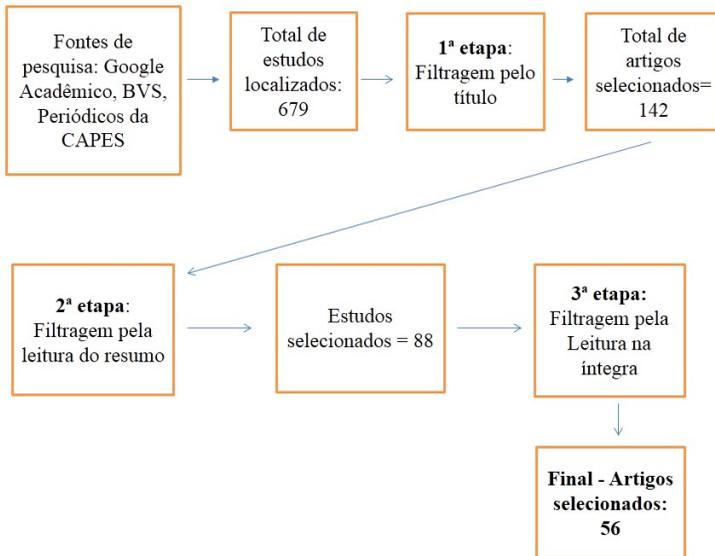
Quadro 1 - Resultados da primeira busca de informações na base dos bancos de dados: Google Acadêmico, BVS e Portal de Periódicos Capes.

Base de Busca: Google Acadêmico	
Data: 17/07/2014 e 16/08/2014.	
Palavras- Chave/ Descritores	Trabalhos Encontrados
“trabalho com famílias” and saúde and “atenção básica”	292
“trabalho com famílias” and “assistência social” and “proteção social básica”	249
Total Google acadêmico	541
Base de Busca: BVS	
Data: 18/07/2014	
Palavras- Chave/ Descritores	Trabalhos encontrados
“trabalho com famílias” and “assistência Social” and “proteção social básica”	13
“trabalho com famílias” and saúde and “atenção básica”	39
Total BVS	52
Base de Busca: Portal de Periódicos Capes	
Data: 18/07/2014	
Palavras -Chave/ Descritores	Trabalhos encontrados
“trabalho com famílias” and “assistência social” and “proteção social básica”	27
“trabalho com famílias” and saúde and “atenção básica”	59
Total periódico da CAPES	86
Total das bases bancos de dados	679

Fonte: elaborado pela autora.

A Figura 1 apresenta o fluxo durante o percurso da revisão integrativa, contendo os resultados das três etapas da filtragem. O desenvolvimento da revisão integrativa foi delineado seguindo um protocolo, apresentado no Apêndice A. E, no Apêndice B são apresentados os artigos excluídos e as respectivas justificativas, conforme definido no protocolo.

Figura 1 - Percurso da revisão integrativa, contendo os resultados das etapas da filtragem



Fonte: elaborado pela autora.

Os 142 artigos filtrados pelo título, relacionados ao objeto deste estudo, foram organizados numa primeira planilha em *excel*, com os seguintes itens: *ano da publicação; autor; título, endereço da Web; referência; e, os descritores e palavras-chave*. Na sequência foi efetuada a leitura de resumos dos 142 artigos. Em decorrência dessa leitura, foram selecionados 88 artigos, cumprindo a segunda etapa da filtragem e gerando a organização da segunda planilha de *excel*, mantendo os itens da anterior. Por fim, esses 88 artigos foram lidos na íntegra, ocasião em que resultaram outras exclusões, considerando a repetição de artigos e o distanciamento do tema. Isto gerou a sistematização da terceira planilha de *excel*, com os seguintes itens:

publicações por ano; nome, sexo, profissão e vínculo de trabalho dos autores; títulos e periódicos de publicação dos artigos; objetivo do estudo; locus, sujeitos e tipos de estudo; metodologia de coleta e análise dos dados; e os “achados” e conclusões. Essa planilha reuniu os 56 artigos selecionados, equacionando o resultado final dessa busca. Dessa forma, foi possível elaborar o Quadro 2, relacionando os artigos selecionados por código, título e referências.

Quadro 2 - Artigos selecionados pelo método da revisão integrativa, contendo código, título e periódico, período 2004 a 2014.

Código	Título	Periódico
A1	Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná	Revista Escola de Enfermagem
A2	Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde	Revista Texto Contexto Enfermagem
A3	Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina	Revista Espaço para a Saúde
A4	As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR	Revista Saúde e Sociedade
A5	Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano
A6	Contribuições do Movimento Construcionista Social para o trabalho com famílias na Estratégia Saúde da Família	Revista Saúde Sociedade
A7	Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal	Revista. APS

A8	O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: saberes e práticas	Revista Texto Contexto Enfermagem
A9	A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura.	Revista Escola de Enfermagem
A10	Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família	Revista Latino-americana de Enfermagem
A11	Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família	Revista Latino-Americana de Enfermagem
A12	A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família	Revista Ciência Cuidado e Saúde.
A13	A família em fase de aquisição: repensando promoção e prevenção em saúde bucal	Revista Família Saúde Desenvolvimento
A14	Classificação de famílias segundo situações de risco	Revista Cogitare Enfermagem
A15	A família nas práticas das equipes de Saúde da Família	Revista Brasileira de Enfermagem
A16	Grupo de cuidadores e oficina lúdica como estratégia de atenção psicossocial à população infanto-juvenil: relato de experiência de equipes de saúde na rede básica	Psicologia em Revista
A17	Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi—um relato de experiência.	Revista Ciência, Cuidado e Saúde
A18	Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem.	Revista Ciência, Cuidado e Saúde
A19	A inserção do serviço social na estratégia de saúde da família – ESF	Revista Ágora

A20	O trabalho com família realizado por acadêmicos de odontologia na estratégia saúde da família em Curitiba-PR: um relato de experiência	Revista APS
A21	Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES)	Revista Ciência e Saúde Coletiva
A22	O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – aspectos da prática promocional em saúde	Revista Rene
A23	Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão	Revista O Social em Questão
A24	Um olhar sobre o estado da arte e suas contribuições para a compreensão-planejamento de cuidados à família	Revista Kairós
A25	Intervenção com a família para o fortalecimento dos vínculos familiares no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente	Serviço Social em Revista
A26	O “isso” e o “aquilo” das políticas sociais brasileiras	Revista Sociedade em Debate
A27	A prática psicológica na proteção social básica do SUAS	Revista Psicologia & Sociedade
A28	Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza?	Revista Textos & Contextos
A29	A Família e o Foco nas Mulheres na Política de Assistência Social	Revista Sociedade em Debate
A30	CRAS de Saltinho: rumo ao fortalecimento da rede de serviços socioassistenciais	Revista Textos & Contextos

A31	Trabalho social com famílias na Política de Assistência Social: elementos para sua reconstrução	Serviço Social em Revista
A32	Uma reflexão sobre o trabalho com família na Política de Assistência Social	Sociedade em Debate
A33	Famílias Vulneráveis como Expressão da Questão Social e à Luz da Política de Assistência Social	Revista INTERFACE
A34	Família Curitibana: uma metodologia do trabalho com famílias	Serviço Social em Revista
A35	Psicologia Comunitária e Política de Assistência Social: Diálogos Sobre Atuação em Comunidades	Revista Psicologia Ciência e Profissão
A36	Uma abordagem metodológica para o trabalho com famílias em SUAS: uma leitura crítica através da lente da cidadania	Revista Psicologia & Sociedade
A37	Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro	Revista de Nutrição
A38	Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde	Revista Ciência & Saúde Coletiva
A39	Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará.	Revista Ciência & Saúde Coletiva
A40	Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica	Revista Acta Paulista de Enfermagem
A41	Validade aparente de um índice de vulnerabilidade das famílias a incapacidade e dependência	Revista Escola de Enfermagem

A42	Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial	Revista Saúde Sociedade
A43	Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica	Revista Escola de Enfermagem
A44	Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil)	Revista Ciência & Saúde Coletiva
A45	O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental	Revista Texto Contexto Enfermagem
A46	A dinâmica do aleitamento materno entre famílias em vulnerabilidade social: o que revela o sistema de busca ativa	Revista de Nutrição
A47	Escuta de Famílias em Domicílio: Ação do Psicólogo na Estratégia de Saúde	Revista Psicologia: Ciência e Profissão
A48	Fonoaudiologia e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares	Revista CEFAC.
A49	Psicologia Clínica Existencialista na Atenção Básica à Saúde: Um Relato de Atuação	Revista Psicologia Ciência e Profissão
A50	Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde	Revista Brasileira de Enfermagem
A51	O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais	Revista Ciência & Saúde Coletiva
A52	Família na política de assistência social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar	Revista de Políticas Públicas

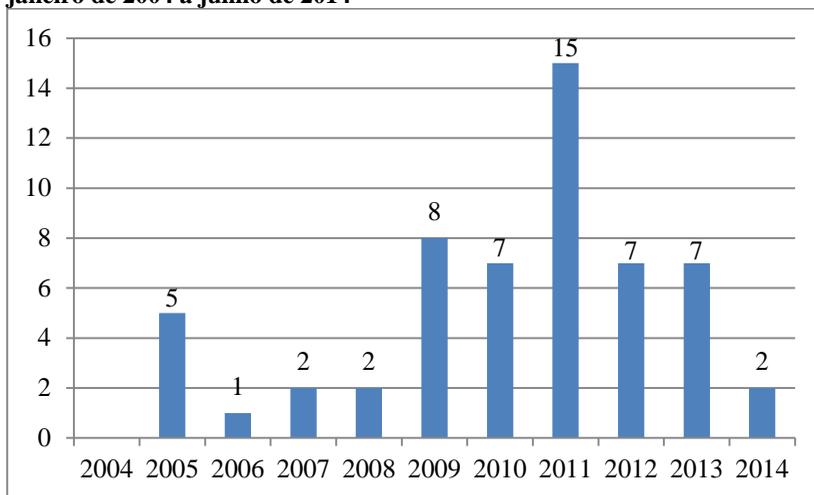
A53	Interdisciplinaridade: a percepção dos trabalhadores sociais dos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS	Revista Publicatio – Ciências Humanas, Lingüística, Letras e Artes
A54	Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social	Revista Katálysiss
A55	O Programa Bolsa Família a partir do território: o trabalho social com as famílias beneficiárias	Revista Serviço Social em Revista
A56	Os desafios da atuação do assistente social com família no campo socioassistencial	Revista Textos & Contextos

Fonte: elaborado pela autora.

Além de a terceira planilha ter possibilitado a elaboração do Quadro 2, acima, foi possível também caracterizar elementos que conformam, em certa medida, o perfil restrito aos 56 artigos selecionados: *número de publicações por ano; concentração de publicações por periódicos e Anais de Eventos; número de publicações por Estados da Federação brasileira; vínculo de trabalho ou estudo dos autores; e, número de publicações por formação profissional dos autores.*

O Gráfico 1 apresenta *o número das publicações dos artigos selecionadas, por ano, compreendendo o período delimitado para o estudo, de janeiro de 2004 a junho de 2014.*

Gráfico 1 - Número de publicações, por ano, dos artigos selecionados, janeiro de 2004 a junho de 2014



Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que houve um aumento significativo a partir de 2009. Um fator a ser destacado é que entre os anos de 2004 a 2012, inúmeros documentos oficiais de origem dos Ministérios, no âmbito das Políticas de Saúde e Assistência Social⁶, foram lançados. Outro fator de destaque é que o acesso às publicações em bases de bancos de dados *on-line* é recente na história brasileira e vem crescendo significativamente a cada ano.

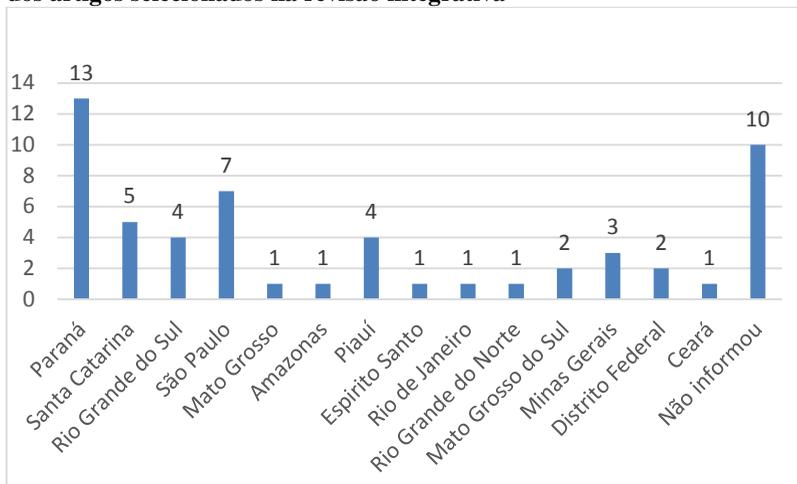
No que se refere à *concentração de publicações por periódicos e anais de eventos*, identificam-se: Ciência e Saúde Coletiva/Abrasco, (5); Revista Escola de Enfermagem/USP, (4); Serviço Social em Revista /UEL, (4);Saúde e Sociedade/USP,(4); Psicologia: Ciência e Profissão/ Conselho Federal de Psicologia, (3); Texto e Contexto - Enfermagem/UFSC, (3); Ciência, Cuidado e Saúde/UEL, (3); Sociedade em Debate/Ucpel, (3); Revista de Nutrição/PUC Campinas, (2); Revista

⁶ No âmbito da política de Saúde destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica em 2012. E, no âmbito da política da Assistência Social destaca-se a Política Nacional de Assistência Social em 2005, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais em 2009, além de cadernos de orientação sobre o PAIF em 2012.

Brasileira de Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem, (1); Texto e Contexto/PUCRS, (3); Revista Latino-Americana de Enfermagem/USP, (2); Revista APS/UFJF, (2); Katálysis/UFSC, (1); Revista de Políticas Públicas/UFMA, (1); Psicologia e Sociedade/UFRGS, (1); Família Saúde e Desenvolvimento/UFPR, (1); Revista Espaço para a Saúde/UEL, (1); Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano/USP, (1); Revista Cogitare Enfermagem/UFPR, (1); Ágora/UFSC, (1); O Social em Questão/PUCRJ, (1); Revista Kairós/PUCSP, (1); Psicologia Revista/PUCSP, (2); Revista Rene/Rede de Enfermagem do Nordeste, (1); Revista Interface/UFT, (1); Revista Acta Paulista de Enfermagem/UNIFESP, (1); Revista Cefac/Cefac Educação, (1); Publicatio - Ciências Humanas, Lingüística, Letras e Artes/UEPG, (1).

O número de publicações, por Estados da Federação brasileira, compreendendo os 56 artigos selecionados na revisão integrativa, apresenta a seguinte distribuição:

Gráfico 2 - Número de publicações, por Estados da Federação brasileira, dos artigos selecionados na revisão integrativa



Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se no gráfico que as regiões Sul e Sudeste são destaque no que se refere à publicação dos artigos, a maior porcentagem é do estado do Paraná que lidera com 23,2% das publicações selecionadas, seguido pelos estados de São Paulo com 12,5%, Santa Catarina com 8,9%, Rio Grande do Sul e Piauí com 7% cada um. Minas Gerais segue

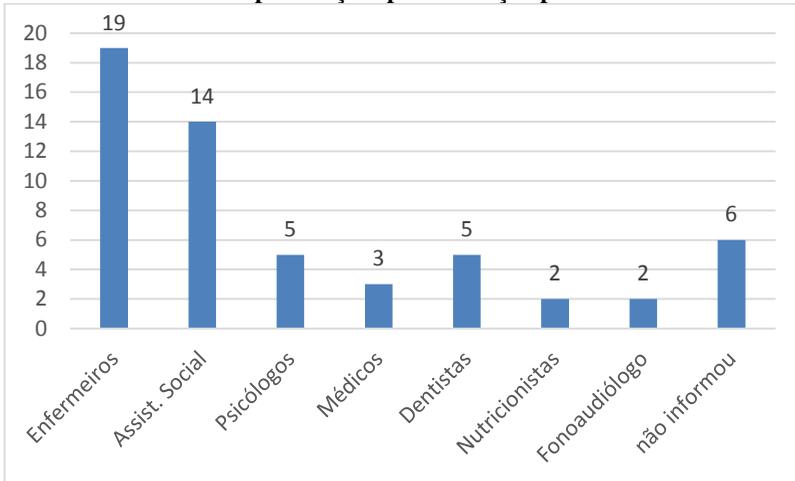
com 5,3%, Distrito Federal e Mato grosso do Sul com 3,5% cada um. Os demais estados com 1,7% e os que não informaram, 17,8%.

Quanto ao Vínculo de estudo e/ou de trabalho dos autores, a grande maioria atua nas universidades e uma minoria em órgãos públicos: Universidade Estadual de Maringá/UEM, (5); Universidade de São Paulo/USP, (5); Universidade Estadual de Londrina/UEL, (3); Universidade Federal de Rio Grande/UFRG, (3); Universidade Federal Fluminense/UFF, (3); Universidade Estadual de Ponta Grossa/UEPG, (2); Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PUC-PR, (2); Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC/SP, (2); Universidade Federal do Piauí/UFPI, (2); Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, (2); Universidade Federal do Tocantins/UFTO, (1); Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, (1); Universidade Federal de Minas Gerais/UFM, (1); Universidade Federal do Amazonas/UFA (1); Universidade Federal de Pelotas/UFPEL, (1); Universidade Federal de Espírito Santo/UFES, (1); Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do SUL/PUCRS, (1); Universidade Estadual de Montes Claros/UEMC, (1), Faculdade de Medicina do Ceará, (1); Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, (1); Universidade de Fortaleza, (1); Universidade do Vale do Itajaí/Univali, (1), Universidade Federal de São Paulo/UFESP, (1), Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, (1), Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, (1), Universidade Estadual do Ceará, (1); Universidade Taubaté, (1), Universidade Cruzeiro do Sul, (1), Universidade Católica de Brasília (1). E, órgãos públicos como: Secretarias Municipais de Saúde, (2); Ministério da Saúde, (1) e não informaram (5). Dessas instituições, cerca de 90% são públicas (municipais, estaduais, federais e comunitárias) e 10% são privadas. O que permite analisar que as publicações ainda estão fortemente ancoradas na academia, principalmente aos programas de pós graduação.

Essas 56 publicações estão caracterizadas pelos seus autores como estudos predominantemente qualitativos, sendo 14 artigos relatos de experiência, 29 artigos com pesquisas empíricas, sendo que os 13 restantes não deixam claro ou não informaram a respeito.

Dos 56 artigos selecionados na revisão integrativa, 16 tratam do trabalho com famílias na política de assistência social, 37 deles tratam do trabalho na política de saúde e apenas três remetem ao trabalho com famílias desenvolvido no âmbito das duas políticas.

No que se refere ao número de publicações por formação profissional dos autores, observa-se o que o Gráfico 3 apresenta.

Gráfico 3 - Número de publicações por formação profissional dos autores

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto à formação dos autores, os enfermeiros e os assistentes sociais são os profissionais que mais publicaram dentre os 56 artigos selecionados. Enfermeiros somam 33,92% e assistentes sociais 25%, juntos somam 58,92% das publicações, seguidos pelos psicólogos 8,9%, dentistas 8,9%, médicos 5,3%, nutricionistas e fonoaudiólogos com 3,5% cada e não informaram 10,7%. Cabe destacar que dentre os 56 autores, 94,6% são do sexo feminino e 5,35% do sexo masculino.

Os “achados” (principais ideias ou conclusões dos autores) extraídos dos artigos selecionados no percurso da revisão integrativa, organizados por aproximações e complementações, estão apresentados exclusivamente nos capítulos três e quatro desta dissertação.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: O PAPEL DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Abordar as políticas públicas de saúde e assistência social no contexto brasileiro requer, num primeiro plano, refletir sobre aspectos relacionados à conquista e à defesa de direitos humanos e sociais, em âmbito mundial e nacional. Segundo Dallari (2004), no século XVIII, surgem as primeiras declarações de direitos: a Declaração de Direitos do Estado da Virgínia⁷ e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão da França⁸. Decorrentes dos confrontos gerados pelas duas guerras ocorridas no século XX (1914-1918 e 1939-1945) – as quais ocasionaram sofrimentos e mortes de milhares de pessoas, atingindo e destruindo famílias inteiras que perderam seus bens, a própria liberdade e seus entes queridos – os países se organizaram para garantir direitos e respeito aos povos e nações. Assim, cria-se a Organização das Nações Unidas (ONU) que articularia em 1948, a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DALLARI, 2004).

Com base nessa Declaração, cada país traçou um caminho próprio, organizando legislações e iniciativas governamentais na garantia e defesa de direitos. Nessa direção, o Brasil conquistou algumas garantias ao longo dos anos e, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, instalou o estado democrático de direitos que tem como princípios fundamentais: a soberania; a cidadania; a dignidade da

⁷ A Declaração de Virgínia, promulgada em 16/06/1776, proclamou o direito à vida, à liberdade e à propriedade. Outros direitos humanos foram expressos na declaração, como o princípio da legalidade, a liberdade de imprensa e a liberdade religiosa. Ela está organizada em dezoito artigos e antecedeu a Declaração de Independência dos Estados Unidos, também elaborada em 1776. (Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/1/antecedentes.html>. Acesso em: 14 fev. 2015).

⁸ A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão foi promulgada em 26/08/1789 e organizada em dezessete artigos. Distinguiu os direitos do homem, e os direitos do cidadão. Os primeiros, com características que antecedem a sociedade, relativos ao homem, como ser não pertencente de uma sociedade política, são, consoante seus termos, a liberdade, a propriedade e a segurança, isto é, tudo aquilo que os franceses chamam hoje de liberdades públicas. O segundo são direitos que pertencem aos indivíduos, enquanto integrantes de uma sociedade, podendo-se citar direito de resistência à opressão, o direito de concorrer pessoalmente ou por representantes para a formação da lei, como expressão da vontade geral e o direito de acesso aos cargos públicos. Podemos concluir que a Declaração consta de uma mescla de direitos civis e direitos políticos. (Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/1/antecedentes.html>. Acesso em 14 fev. 2015).

pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e, o pluralismo político (BRASIL, 1988, ART. 1º).

2.1 Direitos e políticas sociais: contextos de uma trajetória

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi elaborada por representantes de entidades e categorias profissionais sob o comando da ONU. O desafio estava em definir uma Declaração de Direitos que lembrasse o valor da pessoa humana, estabelecendo o mínimo necessário que todos os países e todas as pessoas deveriam respeitar. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 1948, estabeleceu em 30 artigos direitos fundamentais e suas exigências. A referida Declaração se direcionou à humanidade, visando a garantia universal dos direitos, independentemente de raça, cor, gênero, etnia, religião, sem qualquer exceção (DALLARI, 2004).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é uma espécie de acordo moral celebrado entre os países que visa paz nacional e internacional e o respeito à liberdade e dignidade da pessoa humana. É necessário reconhecer a importância desse acordo entre as nações, afinal, “sem direitos do homem reconhecidos e protegidos não há democracia; sem democracia não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos” (BOBBIO, 2004, p. 13). Nessa perspectiva, os direitos humanos são entendidos como as necessidades essenciais para que as pessoas possam viver com dignidade: o direito à vida e para que haja vida, direito à alimentação, à saúde, à moradia, à educação etc (DALLARI, 2004).

Referente à família, essa Declaração define em seu Art. XVI, “ser o núcleo natural e fundamental da sociedade, com direito à proteção da sociedade e do Estado” (DALLARI, 2004, p. 108). Associada à essa definição, o Art. XXV estabelece que

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas

de matrimonio ou fora dele, têm direito a igual proteção social. (DALLARI, 2004, p. 109-110).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos sinaliza um caminho de garantias que cada país traçou a partir de suas próprias legislações. Em âmbito brasileiro, a proteção social pública acumulou conquistas ao longo das décadas do século XX. Destaca-se a Constituição Federal de 1988 que estabelece a Seguridade Social como o sistema de proteção social brasileiro, reunindo a saúde como universal, a assistência social para quem dela necessitar e a previdência social para quem contribuir, caracterizando-se como um modelo híbrido⁹. Boschetti (2001) alega que esse modelo conjuga direitos derivados do trabalho a partir da contribuição para a previdência social, direitos de caráter universal na política de saúde e direitos seletivos na política de assistência social.

Sabe-se que a lógica capitalista imprime relações sociais geradoras de desigualdades que podem se agravar se não houver uma intervenção por parte do Estado - como uma forma de resposta pública às demandas sociais - a ser desenvolvida a partir de políticas públicas que garantam o acesso aos direitos dos cidadãos (PEREIRA, 2009).

No caso brasileiro, as políticas sociais sofreram a influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da pressão popular por suas garantias. É necessário reconhecer o caminho percorrido até a conquista do sistema de proteção social vigente, bem como das políticas públicas que o compõem - até porque, essas garantias não ocorreram de modo linear, mas são resultados de muitos movimentos ocorridos na sociedade e de intensa luta da classe trabalhadora. Assim, é possível afirmar que as garantias alcançadas nascem vinculadas ao trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Faleiros (2007) destaca que, de certa forma, a população de modo geral tem contato com políticas sociais, sejam os trabalhadores formais ou autônomos que contribuem com a previdência, seja o desempregado, a família com menos condições financeiras, que acessa à educação pública, à saúde, à habitação, algum programa ou benefício da assistência social. Ele destaca ainda que

⁹ Para maiores informações consultar BOSCHETTI, Ivanete. Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo. Brasília: 2001.

As políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquistas dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos dos cidadãos. (FALEIROS, 2007, p. 8).

É a partir do século XX que surgem os primeiros sindicatos no Brasil. Com eles e a partir deles, os trabalhadores passam a se organizar, lutar e conquistar paulatinamente direitos trabalhistas: em 1911, a redução da jornada de trabalho para 12 horas diárias; em 1919 os acidentes de trabalho passam a ser tratados, registrados e investigados, mesmo que por inquéritos policiais e sendo responsabilidade de cada trabalhador; em 1932, a aprovação da Lei Eloy Chaves que obriga a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), apesar de ainda restritas a algumas categorias profissionais e de não ter a participação do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

As CAPs foram uma primeira versão da previdência social brasileira precedidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs), tendo sido garantidas primeiramente aos trabalhadores das ferrovias e marítimos, dada a organização da categoria e a mão de obra que garantia a economia predominante no Brasil naquela época (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Até 1964 a assistência médica era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais foram criados na década de 1930 para desenvolver a medicina previdenciária¹⁰ (BRAVO, 2006). Apesar de estar estipulada em lei, ficava a critério de cada empresa a administração dos benefícios, que

¹⁰ Entre os anos de 1920 e 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social. Esta vinculação medicina/trabalho formal fez parte de um processo de ampliação dos direitos sociais que promovia uma vinculação entre a obtenção dos direitos e a carteira assinada, a qual Wanderley Guilherme dos Santos chamou de "cidadania regulada": somente são cidadãos aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária, da qual fazia parte a assistência à saúde. (Santos, 1979:74). SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça**: a política social *na* ordem brasileira, Rio de Janeiro: Campos, 1979.

permaneciam numa relação apenas entre empresa e trabalhadores, sem a intervenção do Estado (KLEBA, 2005).

No que se refere à Saúde como área de intervenção pública, a Fundação Rockefeller¹¹, até 1928, teve um papel importante ao contribuir - por meio da celebração de convênios - na organização dos primeiros 21 Centros de Saúde do Brasil, os quais começaram a desenvolver ações preventivas junto às comunidades. A partir daí, até 1946, o Estado mesmo que de forma restrita passou a assumir a assistência primária em saúde ao criar a quantidade de 1008 unidades estatais de assistência ambulatorial. Além disso, em paralelo, o Estado passou a investir na organização da assistência hospitalar na saúde pública tendo em vista que a maioria dos hospitais em funcionamento era de caráter privado (KLEBA, 2005).

Após a crise internacional (1929-1932), o Brasil viveu o que foi chamado de “Revolução de 30”. Com o governo de Getúlio Vargas, marca-se o início de um processo de regulamentação das relações de trabalho, com a criação em 1930 dos Ministérios do Trabalho, da Educação e da Saúde. E, em 1932 com a instituição da Carteira de Trabalho. Já em 1942, cria-se a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e em 1943 a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Conforme ressaltam Behring e Boschetti (2006), no Brasil, durante o governo Vargas a intervenção do Estado na saúde se deu por meio de algumas ações voltadas à população e na medicina previdenciária. O atendimento médico hospitalar era desenvolvido num modelo privado e filantrópico. No período de 1945 a 1964 a situação da saúde pública no Brasil, tornava-se complexa, pois o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as taxas de mortalidade da população eram elevados (BRAVO, 2006). No que se refere à assistência social, pode-se dizer que com a criação da LBA instituiu-se um modo de assistir à população necessitada na qual predominava uma perspectiva de ajuda, favor, tutela e clientelismo.

Já em países mais ricos da Europa, a garantia de acesso da população às políticas sociais era assegurada pelo então instituído

¹¹ Fundada em 1913 nos Estados Unidos da América, tem como missão promover, no exterior, o estímulo à saúde pública, ao ensino, à pesquisa e à filantropia. Caracterizada como ação beneficente não-governamental, que utiliza recursos próprios para realizar suas ações em vários países do mundo, principalmente os subdesenvolvidos. Ver mais em: www.rockefellerfoudation.org

Welfare State ou por outros denominados Estados Providência ou Assistencial, com os quais se garantia “[...] ao cidadão a oportunidade de acesso gratuito a certos serviços e a prestação de benefícios mínimos para todos” (FALEIROS, 2007, p. 20). Já em países periféricos o *Welfare State* carregava consigo políticas “categoriais”, que previam alguns benefícios concedidos a alguns segmentos populacionais: crianças, doentes, idosos etc, com critérios burocráticos e clientelistas. No âmbito dos países latino-americanos, diferentes estágios de desenvolvimento e organização das políticas sociais, por meio de seguros sociais e programas, foram destinados à população com menos condições financeiras (FALEIROS, 2007).

Conforme aponta Gramsci (apud PEREIRA, 2009, p. 88), há um elemento importante quando se refere a esse movimento de organização de políticas sociais:

[...] é que governados e governantes existem realmente. Toda ciência e arte da política se baseia nesse fato primordial, irreduzível (em determinadas condições gerais). Onde se conclui que, desde os seus primórdios, a política constitui uma relação entre pessoas diferentes ou desiguais, tendo por isso caráter conflituoso.

É nessa relação entre os diferentes ou desiguais (geralmente conflituosa), que as políticas ou os direitos surgem como uma regulação em que o Estado se utiliza da política e do direito para mediar relações de convivência entre as pessoas e seus conflitos. Nesse sentido, Pereira (2009) enfatiza que, historicamente, se distinguem duas formas de regulação social: (1) *a mediação* desempenhada por um líder e ou pelo Estado – na qual a política é desenvolvida de forma democrática e a relação é de representantes e representados; (2) *a coerção*, que acontece nas ditaduras - em que a relação se dá entre opressores e oprimidos. Em se tratando do Brasil, viveram-se essas duas formas de regulação social: no período ditatorial de 1964 a 1985 e durante os governos democráticos. Entretanto, mesmo num Estado democrático há a possibilidade de coerção, como um poder concedido ao estado e a ser controlado pelos cidadãos - tendo em vista que as regras e penalidades são aplicadas pelo Estado. Isso implica afirmar que, mesmo numa sociedade democrática, existem conflitos, jogo de interesses e poderes incidindo no âmbito da política social e no campo dos direitos (PEREIRA, 2009).

O fim do período ditatorial de governo originou um movimento de significativas mudanças nas relações sociais da população brasileira - que empreendeu lutas, discussões e formulação de propostas no campo das políticas públicas. Foi por meio do movimento constituinte, envolvendo segmentos organizados da sociedade, que se colocou em pauta discussões e propostas em defesa dos direitos sociais e da cidadania. Era o início de um movimento com a maior descentralização dos poderes e dos espaços de participação da sociedade no tocante ao controle social das políticas públicas. Nessa direção, os movimentos sociais e a classe trabalhadora organizada conquistaram muitos avanços, como os direitos trabalhistas e as Diretas Já¹², consolidando o movimento constituinte por meio da participação política da população (PEREIRA, 2009).

Pode-se afirmar que na saúde, o Movimento da Reforma Sanitária teve forte influência e contribuição na construção da política pública de saúde, uma vez que estimulava a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida e, principalmente, da saúde da população. O Movimento Sanitarista, contou com o impulso da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, garantindo significativas conquistas: (a) saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; (b) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; (c) direito universal à saúde; (d) constituição do SUS; entre outras (BRAVO, 2006).

Mais especificamente, na década de 1980 a sociedade brasileira passa a vivenciar os processos de democratização política com a superação do regime ditatorial, o que possibilitou garantias principalmente no que refere às áreas de políticas públicas da saúde e da assistência social (BRAVO, 2006). Desse modo, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foram implantadas políticas públicas a fim de responder demandas e reivindicações populares.

¹² Reconhecida como uma das maiores manifestações populares já ocorridas no país, as “Diretas Já!” foram marcadas por enormes comícios onde figuras perseguidas pela ditadura militar, membros da classe artística, intelectuais e representantes de outros movimentos militavam pela aprovação do projeto de lei que instituiu o voto direto na escolha do sucessor à presidência. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/historiab/direta-ja.htm>. Acesso em: 06 ago. 2014.

2.2 As políticas públicas de saúde e de assistência social nos marcos da Constituição Federal de 1988

Uma vez promulgada, a Constituição Federativa da República Brasileira de 1988 instaura o sistema de Seguridade Social com o objetivo da garantia e defesa de bem-estar e justiça social. Conforme o Art. 194 dessa Constituição, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”: saúde como um direito universal, previdência como um seguro social contratual para aqueles que contribuem e assistência social reconhecida como política pública, para quem dela necessitar (PEREIRA, 2009).

Em se tratando de política pública, Pereira (2009) defende que essa se difere da estatal. Ou seja, sua identificação é com *res-pública* (coisa de todos) e que não compete apenas ao Estado, mas à sociedade exercer controle sobre o mesmo. A política pública é de interesse comum e é o governo quem deve administrar os bens públicos, no sentido de cumprir o que está garantido em leis e de satisfazer as demandas e necessidades sociais.

As políticas públicas são organizadas por meio de programas, projetos, serviços e ações de caráter permanente e é dever do Estado garantir o amplo acesso a todos. Isso porque, é por meio de políticas públicas e de um sistema de proteção social que o Estado busca estrategicamente dar respostas a toda sociedade (SIMÕES, 2007). Contudo, Fiori (1997) ressalta que apesar de ser uma conquista e significar um avanço para a sociedade, o sistema brasileiro de proteção social ainda se caracteriza meritocrático, ou seja, continua vinculado a renda-contribuição e benefício e, dessa forma, segue reproduzindo a desigualdade social historicamente instalada na sociedade.

A Seguridade Social, como sistema de proteção social brasileiro, não se organiza de forma igual ou uniforme no conjunto das políticas públicas que a integram. Cada uma delas segue sua própria trajetória e se organiza a partir de leis específicas que se desdobram em diretrizes de atuação, tanto no que se refere à gestão da política de saúde quanto da política de assistência social.

A política pública de saúde regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - dever do Estado e direito de todo cidadão - avança na direção de posicionar seu caráter universal e de instituir espaços de participação e controle social. A Lei n. 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e

funcionamento dos serviços correspondentes, apresenta no seu Art. 2º, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Complementa no inciso § 1, que é dever do Estado garantir a saúde, consistindo na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, o conceito de saúde se amplia, deixando de ser simplesmente a ausência de doenças. O Art. 3º da Lei n. 8.080, traz como conteúdo a seguinte definição:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, p. 1).

Em meados de 1994, implanta-se o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de aumentar o acesso das pessoas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e melhorar as ações de prevenção e promoção da saúde. A intenção era a “deshospitalização” e o atendimento mais humanizado e estratégico no SUS. Nessa lógica, o PSF configurou-se numa estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na atenção básica - uma vez que enfatiza a execução das ações de saúde relativas à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à reabilitação dos indivíduos e da comunidade - que posteriormente, foi ressignificado, sendo substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, assim como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criado em 2008, têm como foco de atuação a família e seus indivíduos (BRAVO, 2006).

Assim como a atenção básica que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. “Além da promoção e proteção, visa a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”. Tem como “objetivo de desenvolver uma atenção

integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. (BRASIL, 2012, p. 19).

Já a política pública de assistência social como política de Seguridade Social foi regulamentada em 1993 pela Lei n. 8.742 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que dispunha sobre a organização da assistência social, seus objetivos, princípios, diretrizes, organização e gestão, bem como, benefícios, programas e projetos.

Essa Lei criou fundos para o financiamento das ações da assistência social, conselhos municipais, estaduais e nacionais de assistência social que integram o poder público e a sociedade civil, exercitando o controle social e deliberando sobre suas ações, além da criação de planos de assistência social nas três esferas do governo. Conforme previsto em seu Art. 2º - parágrafo único: “A assistência social visa o enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, e o provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais” (BRASIL, 1993).

Em 2004, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), deliberou sobre a implementação de um Sistema Único da Assistência Social (Suas), com objetivo de efetivar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), materializando o conteúdo da Loas. (BRASIL, 2005). Com base no Suas, imprime-se uma organização nacional, estipulando parâmetros para a melhor gestão e efetivação da política de assistência social e estabelecendo responsabilidades para as três esferas do governo (BRASIL, 2005).

O Suas define os atendimentos desenvolvidos nos Centros de Referência da Assistência Social (Cras), unidades onde ocorre a prestação de serviços e a execução de ações no âmbito da proteção básica, por meio de uma equipe de referência. Na Proteção Social Básica as ações referenciadas são: “Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas” (BRASIL, 2009c, p. 5)¹³.

¹³ No âmbito do Suas, os serviços e ações de proteção social especial de média e alta complexidade, são desenvolvidos nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) (BRASIL, 2005).

Tanto para a política pública de saúde quanto a de assistência social, a família é considerada como espaço estratégico de intervenção, principalmente no que se refere à atenção básica/proteção social básica, tendo em vista a função de proteção e de cuidado que exerce aos seus membros. Os atendimentos da atenção básica na área da saúde são prestados pelas Unidades Básicas de Saúde e na área da assistência social são prestados pelos Cras, localizados estrategicamente em territórios em razão das demandas da população e comunidades.

2.3 Atenção e proteção social básicas no âmbito da Saúde e da Assistência Social

No âmbito da política pública de saúde, utiliza-se o termo Atenção Básica ou Atenção Primária em saúde, “[...] estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2012, p. 25). E, no âmbito da política pública de assistência social, utiliza-se o termo proteção social básica, também referida como porta de entrada do sistema, com o objetivo de “prevenir situações de risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidade e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2012d, p. 11).

Respeitadas as especificidades de ambas as políticas, as ações nessa modalidade de atendimento se caracterizam como de prevenção em situações de risco ou vulnerabilidades e/ou de promoção da saúde. Tanto na saúde quanto na assistência social são atendimentos que têm como propósito de “evitar” e/ou “prevenir” vulnerabilidades e riscos pessoal e social, ocorrência de doenças, de recuperar a saúde e de assegurar direitos.

A Lei n. 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e também sobre a organização dos serviços de saúde, registrando em seu Art. 2º que a saúde é um direito do ser humano e que o Estado deve proporcionar condições indispensáveis para o seu pleno exercício (BRASIL, 1990). Complementarmente, a Lei Orgânica da Saúde – n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e o repasse de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Em se tratando da atenção básica no âmbito da política pública de saúde, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994,

que define a atenção primária como a porta de entrada do SUS, com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do SUS. Nessa lógica, direciona uma nova atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a comunidade (FIGUEIREDO, 2005).

A estratégia utilizada pelo PSF torna a família “objeto” precípua de atenção e atendimento como o ambiente onde se vive e uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 1997). Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto Pela Saúde, acompanhado de uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), instituindo a Saúde da Família como estratégia de organização do SUS. Assim, a ESF ganha força pela reorganização da atenção básica em saúde de acordo com os princípios do SUS, caracterizando-se principalmente pelo trabalho interdisciplinar e pelas ações intersetoriais. (BRASIL, 2007). Em 21 de outubro de 2011 passa a vigorar a Portaria n. 2.488 do Ministério da Saúde que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”, com o objetivo de realizar adequações na Portaria n. 648/GM, de 2006. Essa portanto, conforme normatização vigente do SUS,

[...] define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2012, p. 25).

O Decreto de n. 7508, de 28 de junho de 2011,¹⁴ estabelece como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, os seguintes serviços: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e, especiais de acesso aberto. Os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde”, são considerados pela Política Nacional de Atenção Básica

[...] como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais/regionais. (BRASIL, 2012, p. 23).

Sem dúvida, tais atenções se assentam como a principal porta de entrada do sistema de saúde e sua ação pode iniciar com o ato de acolher, escutar e oferecer respostas para a maioria dos problemas enfrentados pela população. Nesse sentido, apóia indivíduos e suas famílias na busca de minimizar danos e sofrimentos e de se responsabilizar pela efetividade do cuidado, seja pela oferta de atendimento nas UBSs ou pelos encaminhamentos a outros serviços na RAS, a fim de garantir a integralidade do SUS (BRASIL, 2011).

Na Pnab estão estabelecidas as responsabilidades das três instâncias de governo, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a educação permanente às equipes, sua composição, bem como suas atribuições e os princípios orientadores, demarcando que as ações devem ser desenvolvidas

[...] com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal

¹⁴ O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, p. 19-20).

A atenção básica tem como fundamentos e diretrizes: (a) “território adstrito”, o que permite planejamento de ações que impactem nas condicionantes e determinantes de saúde de cada território; (b) “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde”, acolhida e escuta dos usuários, dar respostas e corresponsabilizá-los pela atenção “as suas necessidades de saúde”; (c) “adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população”; (d) coordenar a integralidade em seus vários aspectos: articulando promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação; e (d) estimular a participação dos usuários (BRASIL, 2012, p. 20-22).

Conforme a Pnab (BRASIL, 2012), constituem-se itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal; II - O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família (ESF), não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe; III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo,

4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, 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. (BRASIL, 2012, p. 54-55) ¹⁵.

O Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) existe desde o início dos anos 1990, tendo sido regulamentado em 1997. Caracteriza-se como “linha de comunicação” direta entre a equipe da unidade de saúde e a população e pode ser desenvolvido em um território onde a ESF ainda não tenha sido implantada, dada sua importância para a equipe de trabalho, tanto no que concerne ao diagnóstico quanto à proposição de ação. Nessa perspectiva, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde nas UBS está prevista na Pnab como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, visando à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Outra estratégia referente ao trabalho da ESF na comunidade é o Programa Saúde na Escola - instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007 - como política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação. É direcionado às unidades escolares definidas pelo município, coordenado pela equipe do ESF e desenvolvido em conjunto com a equipe do Nasf. O trabalho é desenvolvido na perspectiva da atenção integral, a partir da “promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2012, p. 75-76). Nesse caso, as equipes de atenção básica das áreas da saúde e da educação se dirigem à escola para desenvolver atividades integradas com grupos de alunos, no tocante à:

I - Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a

¹⁵ Além da ESF e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, a Pnab trata das Unidades Básicas de Saúde Fluviais, além das equipes de atenção básica para populações específicas, com as equipes de saúde das famílias ribeirinhas, e equipes fluviais. Normatiza seu funcionamento, bem como a equipe de referência do Programa Saúde na Escola e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf).

atenção integral a elas na Rede de Atenção à Saúde; II - Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e III - Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens. (BRASIL, 2012, p. 76).

Ainda, no âmbito da atenção básica o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (Nasf) desenvolve seu trabalho articulado com as equipes de ESF. O trabalho do Nasf é caracterizado por atividades grupais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais em três modalidades¹⁶.

Cabe destacar a Portaria n. 3.124, de 2012, que estabelece sua terceira modalidade, definindo a composição das equipes com 19 profissionais de nível superior: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física na saúde, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico gineco-obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo clínico, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista e educador social (BRASIL, 2012b). Esses

¹⁶ No Nasf, são estabelecidas três modalidades interligadas: Nasf 1; 2; e 3. No que se refere à modalidade Nasf 1, exige uma equipe formada por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; (b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e (c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. Cada Nasf 1 deverá estar vinculado a no mínimo cinco e a no máximo nove Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais). (BRASIL, 2012). Já a modalidade Nasf 2, requer uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; (b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e (c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Cada Nasf 2 deverá estar vinculado a no mínimo três e no máximo quatro Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012).

profissionais devem reunir as seguintes condições: (a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; (b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e (c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. Cada Nasf 3 deverá estar vinculado no mínimo uma e a no máximo a duas Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas como equipe ampliada (BRASIL, 2012b).

No âmbito da assistência social, em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social, a qual imprime o pacto federativo e estabelece competências nos três níveis de governo. E, em 2005, instituiu-se o Sistema Único de Assistência Social (Suas) que regula e organiza em todo o território brasileiro as ações socioassistenciais, ofertadas por meio de serviços, programas, projetos e benefícios com foco central nas famílias¹⁷. O Suas e posteriormente a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, imprimem toda a organização da política desde a nomenclatura dos serviços, a execução, a avaliação e o monitoramento, os recursos humanos, princípios e diretrizes. O referido Sistema tem como eixos estruturantes: a matricialidade sociofamiliar; a descentralização político-administrativa e a territorialização; as novas bases para a relação entre Estado e Sociedade Civil; o financiamento; o Controle Social; o desafio da participação popular/cidadão usuário; a Política de Recursos Humanos; a Informação, o Monitoramento e a Avaliação (BRASIL, 2005).

Associada a esses eixos, está a vigilância socioassistencial, entendida como uma área da gestão do Suas, que consiste na sistematização de informações referentes ao território. Conforme disposto na Nob/Suas a vigilância sociassistencial se estrutura em dois eixos, um refere-se a vigilância de riscos e vulnerabilidades das famílias referenciadas no território de atuação do Cras e outro se refere a vigilância dos padrões dos serviços, acompanha a capacidade de atendimento das equipes e dos serviços oferecidos as famílias e indivíduos. A primeira refere-se as demandas apresentadas pelas

¹⁷ O SUAS cumpre o papel de materializar a LOAS e seus objetivos, no sentido de garantir direitos de cidadania e de inclusão social (BRASIL, 2005).

famílias em determinado território e a segunda na qualidade dos serviços ofertados pelos serviços socioassistenciais (BRASIL, 2012f).

É importante destacar que as proteções social básica e especial¹⁸ de média e alta Complexidade - tipificadas nacionalmente desde 2009 - “devem ser organizadas de forma a garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais e sua defesa”, considerando três importantes seguranças. A *segurança de sobrevivência ou de rendimento e de autonomia* pode ser garantida por meio de benefícios continuados e eventuais que assegurem: proteção social básica a idosos e pessoas com deficiência sem fonte de renda e sustento; pessoas e famílias vítimas de calamidades e emergências; situações de forte fragilidade pessoal e familiar, em especial às mulheres chefes de família e seus filhos. A *segurança de convívio ou vivência familiar* acontece por meio de ações, cuidados e serviços que restabeleçam vínculos pessoais, familiares, de vizinhança, de segmento social, mediante a oferta de experiências socioeducativas, lúdicas,

¹⁸ Na Proteção Social Especial na média complexidade são desenvolvidos: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (Paeñi); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. (BRASIL, 2009). Na Alta Complexidade: Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências (BRASIL, 2009). Já a proteção social especial de média complexidade, é desenvolvida no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e a equipe deve ser composta de acordo com o nível de gestão de cada município: Municípios em gestão inicial e básica, ou seja, com capacidade de atendimento de 50 pessoas/indivíduos, a equipe deve ser composta por um coordenador, um assistente social, um psicólogo, um advogado, dois profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários), um auxiliar administrativo. Já os municípios em gestão plena e Estados com serviços regionais, com capacidades de atendimento de 80 pessoas/indivíduos, a equipe deve ser composta por: um coordenador, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um advogado, quatro profissionais de nível superior ou médio (abordagem usuários) e dois auxiliares administrativos (FERREIRA, 2011). Conforme disposto na PNAS, os atendimentos desenvolvidos no Creas, são de situações onde há violação de direito e que necessitam de ações mais efetivas a cada família. A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (BRASIL, 2005, p. 37) Na Alta Complexidade os atendimentos são desenvolvidos em espaços físicos separados (abrigo institucional, casa lar, casa de passagem, famílias acolhedoras, república e instituições de longa permanência), com estruturas próprias, ou seja, não estão relacionadas diretamente ao Cras ou Creas, mas ao órgão gestor municipal e possíveis parcerias (FERREIRA, 2011).

socioculturais, desenvolvidas em rede de núcleos socioeducativos e de convivência para os diversos ciclos de vida, suas características e necessidades. E, a *segurança de acolhida também exige* ações e cuidados, além, de serviços e projetos operados em rede como unidade de porta de entrada destinada a proteger e recuperar as situações de abandono e isolamento de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, restaurando sua autonomia, capacidade de convívio e protagonismo mediante a oferta de condições materiais de abrigo, repouso, alimentação, higienização, vestuário e aquisições pessoais desenvolvidas através de acesso às ações socioeducativas. (BRASIL, 2005, p. 40).

A proteção social básica abrange serviços a serem ofertados à população na abrangência do território dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras)¹⁹: (a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif); (b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); (c) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (BRASIL, 2009). As ações vinculadas à proteção social básica visam à prevenção de situações de risco, o desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, envolvendo indivíduos e grupos.

Na lógica da Política Nacional de Assistência Social, considera-se como público usuários, cidadãos e grupos que se encontram em situações de risco social e vulnerabilidade que se caracterizam pela

[...] perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que

¹⁹ Os Cras são estrategicamente alocados em territórios que apresentam maior risco social e vulnerabilidades social na busca de fortalecer a convivência familiar e comunitária.

podem representar risco pessoal e social”.
(BRASIL, 2005, p. 33).

Nesse sentido, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif)²⁰ tem a finalidade de

Fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. (BRASIL, 2009c, p. 6).

Os serviços da proteção social básica devem estar vinculados ao Paif, permitindo uma melhor intervenção junto às famílias na busca de: (a) fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; (b) prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciada; (c) promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades; (d) promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social; (e) promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos; (f) e, apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares (BRASIL, 2009c).

Com foco na família, o Paif propõe atuação de forma “preventiva, protetiva e proativa, reconhecendo a importância de responder às necessidades humanas de forma integral, para além da atenção às situações de emergência, centradas exclusivamente nas situações de

²⁰ O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), tem suas raízes no início dos anos 2000, passando por modificações e aprimoramentos, inclusive de nomenclatura, retratando sua ressignificação no âmbito do SUAS (BRASIL, 2012, p. 9). Ressalta-se, também que a decisão por preservar a sigla PAIF foi motivada pela necessidade em se resguardar a historicidade das ações desse Serviço, já conhecidas e legitimadas por gestores, técnicos e usuários da política de assistência social (BRASIL, 2012d).

risco social” (BRASIL, 2012d, p.11). Nessa direção, as ações preventivas têm

[...] por escopo prevenir ocorrências que interfiram no exercício dos direitos de cidadania. O termo 'prevenir' tem o significado de 'preparar; chegar antes de; dispor de maneira que se evite algo (dano, mal); impedir que se realize”. Assim a prevenção no âmbito da Proteção Social Básica (PSB) denota a exigência de uma ação antecipada, baseada no conhecimento do território, dos fenômenos e de suas características específica (culturais, sociais e econômicas) e das famílias e suas histórias. O caráter preventivo requer, dessa forma, intervenções orientadas a evitar a ocorrência ou o agravamento de situações de vulnerabilidade e risco social, que impedem o acesso da população a seus direitos. (BRASIL, 2012d, p. 11).

A atuação de forma protetiva requer intervenções, visando “[...] amparar, apoiar e auxiliar, resguardar, defender o acesso das famílias e seus membros aos seus direitos” (p. 11).

Por fim, a atuação proativa

[...] A ação proativa tem por foco intervir nas circunstâncias que originaram as situações de vulnerabilidade e risco social, possibilitando a criação de instrumentos que permitem prever ocorrências futuras, bem como o contínuo aperfeiçoamento da ação, de modo a efetivar, o mais rápido possível, o acesso das famílias aos seus direitos. Atuar proativamente é imprescindível para materializar a atuação intencional preventiva e protetiva do PAIF (BRASIL, 2012d, p. 11).

Conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, caracterizam-se como usuários do Paif, famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2009c).

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos se caracteriza pelo trabalho social desenvolvido com grupos divididos por ciclos de vida ou faixas etárias e visa prevenir as situações de risco social. Dessa forma, é direcionado para grupos de crianças até 6 anos, de crianças e adolescente entre 6 a 15 anos, de adolescentes entre 15 a 17 anos, além dos grupos de idosos. Assim como no Paif, o foco principal do SCFV são os indivíduos e famílias submetidos ao risco social e, que dessa forma, necessitam de maior atenção no território de abrangência dos Cras. Da mesma forma possui caráter preventivo e proativo “pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social” (BRASIL, 2009c, p. 9).

O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas é destinado a indivíduos e suas famílias que “[...] vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso às possibilidades de inserção [...] comunitária” (BRASIL, 2009c, p. 17). Ainda visa a garantia de direitos, a inclusão social, a prevenção de agravos, bem como de rompimento de vínculos. Este trabalho é desenvolvido de forma individual com o idoso, mas também se estende à família dele.

Desse modo, conforme disposto na PNAS, são considerados serviços de proteção básica de assistência social os que

[...] potencializam a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade, através do protagonismo de seus membros e da oferta de um conjunto de serviços locais que visam a convivência, a socialização e o acolhimento, em famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos, bem como a promoção da integração ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2005, p. 36).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas (NOB/RH)²¹ estabelece sobre a composição da equipe de referência dos Cras e Creas, levando em conta a classificação dos municípios segundo

²¹ Aprovada pela Resolução n. 269, de 13 de dezembro de 2006.

o IBGE: pequeno porte I (até 20 mil habitantes) e II (de 20.001 até 50 mil habitantes), médio porte (de 50.001 até 100 mil habitantes), grande porte (de 100.001 até 900 mil habitantes) e metrópole (acima de 900 mil habitantes). Essa Norma estabelece também que os Cras, devem contar com um coordenador, que independente do porte do município deve possuir ensino superior e experiência na gestão de programas e projetos socioassistenciais (FERREIRA, 2011).

As descrições até aqui registradas permitem compreender a trajetória das políticas públicas da saúde e da assistência social no contexto brasileiro. Conquistas estas marcadas por lutas populares em defesa dos direitos humanos e sociais, sendo também reflexos de movimentos internacionais.

Constata-se que após a Constituição Federal de 1988 tanto a política de saúde quanto da assistência social se assentam como área de intervenção pública. Ambas são protagonistas de trajetórias que buscam consolidar sua organização a partir de políticas, programas, projetos e serviços em diferentes níveis de atenção/proteção, com foco na família, comunidade e território. Cabe destacar que o objeto deste estudo, delimitado na atenção básica e a proteção social básica no âmbito das respectivas políticas, com enfoque na família como espaço estratégico de intervenção, continua na pauta de discussão dos próximos capítulos.

3 A FAMÍLIA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

3.1 A família e seu papel na sociedade

Pensar a família, reconhecê-la e conceituá-la não é tarefa tão fácil, uma vez que a história da família não é linear e constantemente sofre alterações, pois novos modelos ou formas familiares surgem a todo o momento. Segundo Mioto (1997), a pesquisa de Ariès (1978) sobre a sociedade europeia mostra claramente as diferenças na organização familiar ao longo da história, ao definir os limites entre o familiar e o social.

Ariès (1978) resgata e analisa a família a partir das imagens utilizadas nos calendários dos meses, tapeçarias e demais figuras iconográficas. Quanto mais se avança no tempo ao longo de séculos, a imagem não é mais apenas a do homem como o centro do universo e seu ofício, dá espaço à mulher e a família mesmo sem trazer a figura da criança, até o século XV. A “vida em família” e as relações de afeto que se estabeleciam, não eram representadas no âmbito privado, apenas em espaços públicos, clássicos da sociedade, como o da igreja e da comunidade. Apenas a partir do século XV a criança passou a ser representada na iconografia, onde é possível perceber esse movimento e a ascensão do sentimento de família que passa a ser representado timidamente a partir do século XVI. A família não era algo novo, mas o sentimento e a representação de uma família reunida em sua intimidade era algo raro para a época (ARIÈS, 1978).

Fortemente influenciada pela igreja e pelas classes sociais de maior poder aquisitivo, imprimia-se um padrão de família a ser seguido, tido como ideal. A família existia na idade média, porém vivia no silêncio de forma que não despertava a atenção, a exemplo, de artistas ou poetas. É somente a partir do século XVI que a família ganha espaço e destaque na iconografia e o sentimento da família passa a ser representado em imagens de famílias, compostas por pai, mãe e filhos sentados à mesa (ARIÈS, 1978). Isso permite refletir o quanto a família se transformou ao longo dos séculos e como ainda está em constante transformação, ao estabelecer com a sociedade relações dinâmicas.

Entendida como espaço importante e referencial na vida das pessoas, a família sofre mudanças e passa a se organizar de formas diferentes. A família nuclear, formada por pai, mãe e filhos, ainda

reconhecida como a família “ideal”, constitui-se numa herança da sociedade europeia. Entretanto, o crescimento das famílias chefiadas por mulheres, famílias monoparentais, famílias homoafetivas, reconstituídas e extensas, está cada vez mais fazendo parte da vida das pessoas e grupos.

Mioto (2010) refere que

A família, nas suas mais diversas configurações, constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída historicamente e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre os seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade, e entre ela e outras esferas das sociedades, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. (MIOTO, 2010, p. 167).

Diante dessa construção e reconstrução cotidiana, essa mesma autora, chama a atenção de que “nesse processo de construção a família pode se constituir [...] tanto num espaço de felicidade como num espaço de infelicidade. Tanto num espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como num espaço de limitações e sofrimentos” (MIOTO, 1997, p. 117).

Dessa forma, a concepção de família assumida é de que família não é a única responsável pelo bem-estar de seus membros, pelo contrário, é quem assume as insuficiências das políticas públicas, pois não “é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos” (MIOTO, 2010, p. 168).

A família sempre foi responsabilizada pelo cuidado e proteção social de seus membros, o que em certa medida tem alcançado. Contudo, ao levar em consideração os níveis de desigualdade social de um país como o Brasil, a família precisa ser apoiada para cumprir essas responsabilidades.

Donzelot (1986) em seu livro “polícia das famílias” chama a atenção para o papel que a sociedade e o Estado impuseram no seu funcionamento e em seus costumes e valores. Chama a atenção também

para os diferentes momentos vivenciados na história social da família e a influência da burguesia dos países europeus.

Ao pensar a família em sua função na sociedade no que se refere à proteção social, há duas vertentes que podem influenciar concepções e práticas: a proposta familista e a proposta protetiva. A proposta familista defende que o mercado e a família devem satisfazer as necessidades dos indivíduos e que apenas quando ambos falharem o Estado deverá intervir. Ou seja, na “falência” da família o Estado deverá intervir de forma compensatória e temporária. Conforme Mioto (2010), o fracasso ou a falência da família pode ser entendido como

Resultado da incapacidade de gerirem e otimizarem seus recursos, de desenvolverem adequadas estratégias de sobrevivência e de convivência, de mudar comportamentos, estilos de vida, de se articularem em redes de solidariedade e também de serem incapazes de se capacitarem para cumprir com as obrigações familiares. (MIOTO, 2010, p. 170).

Esse processo de retirada do Estado no que se refere ao bem-estar, dá-se ao mesmo tempo em que se optam por políticas focalizadas e dirigidas a alguns segmentos da sociedade. Ao invés de desenvolver políticas públicas universais que visem o acesso e a garantia dos direitos sociais de todos os cidadãos, o Estado tem se ausentado e transferido suas responsabilidades à família, ao mercado e a sociedade civil (MIOTO, 2010).

Já a proposta protetiva defende que o Estado por meio de políticas públicas universais tende a potencializar as famílias para que desenvolvam a proteção social de seus membros com responsabilidades compartilhadas, pois a família não é a única responsável. Essa proposta entende que por meio da equidade e da justiça social é possível construir a autonomia dos sujeitos, bem como do grupo familiar, sendo que para isso é necessário compreender todas as situações que muitas vezes o coloca em situação de vulnerabilidade social (MIOTO, 2010).

Nessa perspectiva, Mioto (2010) ressalta que ao assumirem o paradigma crítico-dialético os “trabalhadores do social” assumem uma nova postura, amplamente comprometida com a transformação social. É no movimento dialético que se abrem caminhos para reconhecer as fragilidades das famílias e compreender de que forma o modelo capitalista e as demais relações sociais agem sobre ela. Ainda, para

reconhecer potencialidades e, por meio de práticas garantir direitos sociais e possibilitar a atenção às necessidades das famílias, via encaminhamentos, orientações e acesso às políticas públicas.

A família é um grupo social que compartilha de um mesmo cotidiano, objetivos em comum e o cuidado mútuo, refere Szymanski (2002). Ao mesmo tempo, é um grupo social que concretiza vínculos de parentesco, de consanguinidade entre irmãos, de descendência entre pais e filhos ou de afinidade por meio do casamento, complementa Sarti (2005).

Para que as famílias sejam capazes de processar cuidados e proteção social há que se investir em ações afirmativas e inovadoras, capazes de articular o conjunto das políticas públicas - em destaque à saúde e à assistência social como parte integrante da Seguridade Social brasileira - e de romper designações que banalizam o real entendimento das condições objetivas de vida e das próprias necessidades da convivência familiar, como àquelas que as distinguem entre “famílias capazes e famílias incapazes, mais capazes ou menos incapazes”. Sobre isso Campos e Miotto (2003 apud MIOTO, 2010, p. 184) refere que

[...] na maioria dos casos, como o brasileiro, o mínimo nem é universal, dada à seletividade do acesso, estando longe de orientar-se para atender às necessidades básicas. Esta concepção de que as famílias, independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e de cuidar de seus membros, está profundamente arraigada no âmbito da sociedade e tem certamente desdobramentos importantes na operacionalização de uma política de assistência social. Ela alimenta o estabelecimento de uma distinção básica entre famílias capazes e famílias incapazes, mais capazes ou menos incapazes.

Assim, a família pode se colocar “reduzida” ou “potencializada” para desempenhar sua função de cuidado e proteção para quem nela vive - uma vez que as transformações que nela ocorrem e suas relações na sociedade desencadeiam diferentes e complexos processos na dinâmica familiar e na convivência em sociedade.

3.2 Família como pauta das políticas públicas

O reconhecimento da importância da família no contexto da vida social das pessoas está explícito no Art. 226 da Constituição Federal brasileira de 1988, quando declara que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Essa sentença está traduzida no Art. 16 da Declaração dos Direitos Humanos, proclamada em 1948, que entende a família como sendo núcleo natural e fundamental da sociedade e com direito à proteção da sociedade e do Estado.

Ainda, esse reconhecimento está presente em outros documentos de políticas públicas específicas no âmbito brasileiro, a exemplo: Lei Orgânica da Saúde (LOS) - ao estabelecer em seu Art. 2º que a saúde, “dever do Estado” e “um direito fundamental do ser humano”, conclama as pessoas, a família e a sociedade para assegurar a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990); Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) - que no Art. 2º declara ter como um dos seus objetivos “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” (BRASIL, 1993); Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - ao atribuir em seu Art. 4º que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público”, assegurar a efetivação dos direitos fundamentais à vida (BRASIL, 1993); Estatuto do Idoso (EI) - que ao regular os direitos a serem assegurados às pessoas, determina em seu Art. 3º ser uma “obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público” (BRASIL, 2003).

Socialmente, a família sempre foi responsabilizada pelo cuidado dos seus membros, função essa que até hoje lhe é atribuída e que também contribuiu para o “movimento” que reconhece o valor central da família nas políticas públicas, como é o caso da saúde e da assistência social. Na área da saúde, ao longo dos anos, foram criados programas de orientação, prevenção, e estímulo ao auto-cuidado entre os membros da família e na assistência social a família passou a ser o foco de toda atenção a partir de programas, projetos, serviços e benefícios, visando o fortalecimento da sua função protetiva. Isso porque, em ambas as políticas, busca-se oferecer suporte para que possa desempenhar essa função.

Campos e Miotto (2003, p. 176), observam que

Em países da Europa, a família, mediante a divisão de tarefas e responsabilidades entre gênero e gerações, constitui instância fundamental para o Estado de Bem-Estar. Assim, não é um acaso a

presença de um modelo de solidariedade familiar vigente. Não existe apenas porque praticado de fato pelas famílias: a solidariedade é obrigada por lei, conforme preveem as legislações vigentes sobre a convivência familiar nos diversos países.

Da mesma forma no Brasil, as legislações vigentes também deixam clara a responsabilidade da família (junto ao Estado e à sociedade civil) no cuidado e proteção, visando assegurar os direitos fundamentais inerentes à vida das pessoas que dela fazem parte. Cabe destacar que tanto a Política de Saúde quanto a Política de Assistência Social agregam ações com foco ou intervenção estratégica junto à família. Na Política de saúde, ainda no Programa Saúde da Família (PSF), a família era vista como uma unidade de atendimento no habitat (BRASIL, 1994). Já na assistência social família é “o grupo de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade” (BRASIL, 2005, p. 33).

Goldani (2002) afirma que as mudanças ocorridas nas famílias, seus arranjos e organizações, os papéis desenvolvidos, bem como as relações que se estabelecem no mundo familiar são alvo de pesquisas no mundo acadêmico e principalmente foco das políticas sociais. Afirma também ser necessário compreender as relações que se estabelecem no ambiente familiar, bem como perceber as influências políticas, sociais, econômicas e culturais que imprimem diferentes arranjos familiares na contemporaneidade. Com a flexibilidade no mundo do trabalho, surgem trabalhos mais precários e os programas sociais não dão conta de acompanhar as necessidades das famílias, tampouco protegê-las em suas vulnerabilidades e riscos sociais.

A ênfase atual na família, como lócus privilegiado para promover programas e políticas sociais, visando a mudanças de comportamento (em termos de auto-cuidado, planificação familiar, relações de gênero e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis), e como fonte substituta ou complementar de muitas das necessidades não oferecidas pelo Estado (cuidado com crianças e idosos), pode ser entendida pelo menos em dois sentidos: (a) reconhecimento de que as famílias se mantêm como importante instituição formadora de valores, atitudes e padrões de conduta dos indivíduos e, como tal,

com uma imensa flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas; (b) nas mudanças fundamentais no envolvimento do Estado em termos econômicos e de bem-estar da população. (GOLDANI, 2002, p. 30).

Os efeitos da globalização da economia e das transformações ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas influenciaram diretamente a dinâmica das famílias (destacam-se as famílias trabalhadoras e pobres). Influenciou também a criação e reorganização de programas sociais no conjunto das políticas públicas (a exemplo, a criação de programas de transferência de renda), a fim de dar maior suporte e garantir a inclusão aos mínimos sociais necessários, pois uma vez responsabilizada pela proteção social de seus membros, sem dúvida, necessita ser apoiada por ações no âmbito das políticas públicas governamentais e não-governamentais. Goldani (2002, p. 34) observa que

A centralidade das famílias como fator de proteção social implica ter presente seu caráter ativo e participante nos processos de mudança em curso e, ao mesmo tempo, suas transformações internas, em particular nas suas dimensões de sexualidade, procriação e convivência. As famílias brasileiras experienciam uma maior diversidade de arranjos sexuais, novas tecnologias reprodutivas, um aumento das mulheres na força de trabalho, mudanças nos papéis de gênero, elevadas taxas de divórcio e mais nascimentos fora das uniões. Tudo isto oferece a falsa impressão de que as famílias estão desestruturadas, ameaçadas ou mesmo desaparecendo, quando, de fato, estas demonstram, uma vez mais, sua enorme capacidade da adaptação e de mudança.

Cabe refletir sobre a questão de gênero, pois quando se pensa em família, remete-se ao modelo tradicional na lógica da divisão sexual do trabalho, das tarefas e responsabilidades familiares. Ou seja, as políticas e programas reproduzem de certa forma os papéis construídos historicamente entre homens e mulheres e, muitas vezes, ignoram a questão de gênero ao pensar seus programas. As mulheres acessam os programas de proteção social, não necessariamente como cidadãos de

direitos, mas pela função de mãe, esposa e cuidadora que tradicionalmente exerceram na sociedade (GOLDANI, 2002).

Um movimento internacional de valorização da família e da comunidade teve seu marco em 1994, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou como sendo o ano Internacional da Família e iniciou um movimento de priorização política da família na agenda pública (VASCONCELLOS, 1999). No Brasil, a política de saúde foi fortemente influenciada por esse movimento e, como um primeiro passo nesse sentido, em 1994, instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF) e também o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que reconhecem a família como *locus* privilegiado de promoção do auto-cuidado e prevenção a doenças.

Na assistência social a família sempre ocupou espaço central considerando sua função protetiva, historicamente atribuída. Exemplo disso, é que a Política Nacional da Assistência Social (PNAS) tem como objetivo garantir a proteção social básica e especial a indivíduos, famílias e grupos que dela necessitam, a fim de promover a inclusão social e o fortalecimento de vínculos e o exercício da cidadania. A PNAS apresenta como diretrizes, dentre outras, a “centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos” (BRASIL, 2005, p. 32-33). Isso permite reconhecer que as famílias enfrentam as expressões da questão social, as dificuldades do direito à convivência e fortalecimento dos vínculos familiares e à inclusão aos mínimos sociais (BRASIL, 2005).

Segundo Sposati (1997), para propor os mínimos sociais é necessário partir de cinco patamares de padrão de vida, quais sejam:

Sobrevivência biológica, isto é, o limite de subsistência no limiar da pobreza absoluta; **Condição de poder trabalhar**, isto é, algumas condições para ser empregado e poder manter-se; **Qualidade de vida**, isto é, o conjunto de acesso a um padrão de vida por meio de serviços e garantias; **Desenvolvimento humano**, isto é, a possibilidade de desenvolver as capacidades humanas, o que coloca em evidência o padrão educacional adotado em uma sociedade e a universalização do acesso a todos; **Necessidades humanas**, isto é, atender não só as necessidades gerais, mais incluir as necessidades especiais, garantindo tanto a igualdade quanto a equidade. (SPOSATI, 1997, p. 15-16, grifo nosso).

Para garantir os mínimos sociais é necessário compreender as famílias e nesse sentido, tanto a PNAS quanto o Sistema Único de Assistência Social (Suas) viabilizam programas, projetos e ações que propiciem aos profissionais, operadores da política, o maior conhecimento das famílias e conseqüentemente dos territórios, conforme está reforçado em uma das diretrizes da PNAS. Tendo em vista que as mudanças ocorridas na família modificam a sociedade, assim como as mudanças na sociedade influenciam no funcionamento da família, Gueiros defende que,

Para alicerçar a família nessa perspectiva de lhe assegurar os mínimos sociais, é importante compreendê-la como unidade relacional, cuja situação no tempo presente é fruto de processos históricos complexos, resultantes da desigualdade social, de transformações ocorridas no mundo do trabalho e nas relações de gênero e do fortalecimento da lógica individualista, entre outros aspectos. (GUEIROS, 2011, p. 77).

Considerada por Miotto (1997, p. 127) como “[...] uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida [...]”. Supõe antecipadamente “[...] compreender as diferentes formas de famílias em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo”.

Conforme disposto nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988, a proteção à família é um dos objetivos da assistência social, direcionada

[...] à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1988).

O papel da mulher na sociedade e na família vem sendo reforçado pelas políticas públicas e seus respectivos programas sociais. Sobre isso Carlotto (2006), destaca

Por intermédio do papel da mãe a mulher de baixa renda tem sido um dos alvos primordiais para melhorar o bem-estar da família, especialmente das crianças. A premissa básica é que não só as mulheres são mais confiáveis que os homens na aplicação correta do benefício e tão ou mais capazes do que eles, garantindo assim a eficácia dos programas. (CARLOTO, 2006, p. 145).

Depositar centralidade na família em meio às ações das políticas públicas é um avanço significativo, ao considerar as leituras limitadas sobre as demandas - focalizadas no “usuário problema, na criança, no idoso, na mulher, etc”. No caso da política pública da assistência social, nos dias de hoje é possível compreender as relações da família e de seus membros, numa leitura mais ampliada, uma vez que se busca a visão de totalidade e das singularidades.

Córdova e Bonamigo (2012, p. 188) chamam atenção ao fato de que

A família tem sido enaltecida e apresentada como o melhor lugar para as crianças crescerem; em consequência, a instituição familiar tem centralidade e deve ser o foco das atenções das ações públicas. Essa nova posição em que a família se encontra ao mesmo tempo em que a privilegia, também a culpabiliza por não dar conta da tarefa de cuidar dos filhos.

Ao tratarem do direito à convivência familiar e comunitária previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) essas autoras questionam em que medida essa centralidade na família tem alcançado os efeitos esperados ou se apenas estão sendo vigiadas mais de perto.

Temos dois fatores bastante entrelaçados e que dificultam a garantia do direito à convivência familiar e comunitária: a condição de pobreza das famílias e a ineficácia das políticas públicas. Muitas famílias são as vítimas primeiras da

negligência, do abandono. Estão inscritas em um processo de exclusão social que as empurra para a marginalidade e para todo um contexto de violação de direitos, aspectos que não estão restritos à criança e ao adolescente, mas se estendem a todo o grupo familiar. Nessa condição, é possível entender a dificuldade em atender ao padrão social de cuidado e atenção às crianças e aos adolescentes, especialmente quando as políticas sociais não oferecem o apoio para preencher as lacunas do processo de exclusão social. (CÓRDOVA; BONAMINGO, 2012, p. 189).

O trabalho com famílias, principalmente no âmbito da assistência social e na saúde encontra dificuldades que precisam ser discutidas, tendo em vista que os programas sociais são definidos em instâncias superiores. E como afirma Gueiros (2011) “a família não é homogênea, ao contrário, é plural e contempla contradições advindas da singularidade de seus membros e das relações com a sociedade”.

O reconhecimento da importância da família como unidade/referência, no âmbito da política de assistência social, fundamenta-se na ideia de que essa é o espaço primeiro de proteção e socialização dos indivíduos e que, para que cumpra com tais funções, precisa ser protegida. (BRASIL, 2008, p. 251).

Discutir sobre o reconhecimento da importância social da família como espaço de intervenção no campo das políticas públicas, em especial na saúde e na assistência social, posiciona-se como um ponto de pauta que ainda não se esgotou e que requer constantes reflexões e debates do meio acadêmico e profissional, sobretudo inovações no modo de trabalhar com os programas desenvolvidos por estas políticas.

A complexidade das questões que atingem as famílias não pode ser solucionada por uma só política pública. É necessário cooperação e integração, pois a realidade das famílias exige mais do que as especificidades com as quais intervém. Exige articulação para integrar saberes, experiências e relações entre diferentes instituições e setores de atendimento e seus trabalhadores. Nessa perspectiva, Junqueira (2004, p. 29) argumenta que a intersetorialidade se coloca “[...] como um meio

de intervenção na realidade social”. Associa-se à noção de território, ao compartilhar critérios para a definição de problemas, prioridades e recursos necessários no desenvolvimento de ações territoriais.

3.3 A discussão sobre família

Com base nos “achados” da revisão integrativa, a discussão sobre família está circunscrita em compreendê-la como um espaço de proteção social e de vínculos entre seus membros e pela ênfase na família como espaço privilegiado de intervenção das políticas públicas.

3.3.1 A compreensão de família

Na opinião de Albiero, Silva e Figueiredo (2011, p. 14)

A concepção de família está mais aberta e ampliada, porém são mantidas as mesmas expectativas sobre o papel da família e suas responsabilidades enquanto um grupo/arranjo de proteção e cuidados dos indivíduos, principalmente o papel da mulher/mãe como principal elemento provocador de mudanças [...]. Não é possível se deter apenas na ideia da família moderna burguesa, pautada num modelo ideológico (nuclear, heterossexual, monogâmica e patriarcal), pois com a evolução histórica e a dinâmica da sociedade, a predominância deste modelo vai cedendo lugar para novos arranjos como as famílias monoparentais, chefiadas por homens ou mulheres, as homossexuais, as famílias recompostas, os casais sem filhos, irmãos sem pais, um grupo de pessoas sem vínculos consanguíneos, uma vez que todos constituem um tipo de família.

Sob esse aspecto, o artigo 52, autoria de Solange Maria Teixeira (2009), declara que

Estamos diante de uma família, quando encontramos um conjunto de pessoas que se

acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou de solidariedade, portanto, parte de uma visão ampliada de família. Reconhece ainda, que não existe família enquanto modelo idealizado e sim família resultante de uma pluralidade de arranjos e rearranjos estabelecidos pelos integrantes dessa família. (TEIXEIRA, 2009, p. 260).

Esse entendimento sobre família orienta a política de assistência social e seus serviços e programas, como é o caso do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), operacionalizado nos territórios de abrangência dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras). Tal entendimento tem como pressuposto que a família

[...] é o núcleo básico de afetividade, acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e referência no processo de desenvolvimento e reconhecimento do cidadão e [...] que o Estado tem o dever de prover proteção social, respeitada a autonomia dos arranjos familiares. (TEIXEIRA, 2009, p. 260).

Destacam-se os artigos A5 e A13, respectivamente, os quais se aproximam desse modo de entender, ao declararem sobre os diferentes laços que a unem e sobre a intersubjetividade nas relações.

A família pode ser definida como um grupo unido por laços de casamento, sangue ou adoção vivendo em um único espaço, com papéis de marido e esposa de mãe e pai, de irmão e irmã e que criam uma cultura comum. Pode constituir-se em um sistema social semiaberto, composto por indivíduos ligados por compromisso mútuo, em geral afetivo, que interajam entre si no desenvolvimento de papéis estruturados pela cultura e pela sociedade. As famílias podem ter papéis e funções considerando que seu principal valor reside nos relacionamentos, sendo as emoções positivas e negativas, construtivas e destrutivas, o tecido da composição familiar. (MELLO et al., 2005, p. 80).

Família é um agregado que partilha um universo de símbolos e valores, códigos e normas, cuja

operação desencadeia o processo de socialização do indivíduo, justamente por permitir o aprendizado da vida regida por normas e a partilha de valores, tal como se dá na vida em sociedade. (FANTINI, 2005, p. 247).

Outros artigos como o A55, A14 e A51, além de complementarem a noção de família tratada nos artigos anteriores, ressaltam sobre a importância na construção de sociabilidades na família, uma vez que é no espaço da família que os indivíduos vivenciam suas emoções e sentimentos, produz e reproduzem crenças e valores, desenvolvem caráter, vivenciam o cuidado e o afeto (ou a falta deles). “É fundamental a compreensão da família enquanto uma instância na qual os sentimentos de pertencimento e de identidade social são desenvolvidos e valores e práticas sociais e culturais são transmitidos” (STECHEI, 2013, p. 179).

Além disso, para A14, a família ainda é responsável por prover as necessidades básicas apresentadas pelos seus membros, uma vez que é “reconhecida como instituição principal da formação humana em seus múltiplos aspectos” (SOUZA et al., 2013, p. 51). Ao não cumprir com a provisão dessas necessidades, quase sempre por não ter a condição mínima para tal, passa a ser culpabilizada.

O artigo A51, de autoria de Mauro Serapioni acerca do papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais, resalta que a família deve ser entendida, resguardando três dimensões. A primeira, “intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações”. A segunda, “mediação entre cultura e natureza”. E, a terceira, “mediação entre esfera privada e esfera pública”. Nesse sentido, “a família deve ser entendida seja como relação intersubjetiva do mundo da vida, seja como instituição” (SERAPIONI, 2005, p. 245). Além disso, espera-se da família [...] que seja lugar de cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida de seus membros e efetivar inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem. (MITIKO; KURULI, 2012, p. 73).

Os artigos, seus respectivos autores e as citações registrados até aqui, deixam evidente a compreensão de que ao se discutir família, valoriza-se, sobretudo, o vínculo envolvendo seus membros nas diferentes realidades familiares

As famílias não seguem um padrão de vida e de comportamento único, por isso seu significado também pode variar, não apenas sua estrutura de acordo com seus membros, mas toda realidade que ela envolve e está envolvida. Ela é apresentada ideologicamente como um 'espaço de relações baseadas no amor, na proteção e na segurança'. (VARGAS; VICCARI; BELLINI, 2010, p. 32).

Entretanto, nem sempre são garantidos o amor, a proteção e a segurança, pois também na família vivenciam-se situações de violência, de insegurança e de conflitos. Para Schwartz et al. (2009), em seu artigo A18, a família como um sistema, é formada de

[...] subsistemas, diferentes e maior que a soma de suas partes. Em interação com outros sistemas, a família como um todo é maior que a soma de suas partes, por isso, a mudança de um membro afeta todos seus integrantes. Ela é capaz de gerar equilíbrio entre mudança e estabilidade/instabilidade [...]. (SCHWARTZ et al., 2009, p. 119).

Mioto (1997 apud CRONEMBERGER; TEIXEIRA, 2011, p. 3-4) identifica que na contemporaneidade a família é definida como núcleo de convivência e de vínculos afetivos entre pessoas

[...] que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas, ou não, por laços consanguíneos, ou ainda, como destaca a mesma autora: 'estamos diante de uma família quando encontramos um espaço constituído de pessoas que se empenhem uma com as outras, de modo contínuo, estável e não-casual [...] quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações.

Segundo as autoras, essa visão de família ampliada e atual decorre pelo fato de existirem pessoas "que convivem em uma ligação afetiva duradoura podem ser um homem e uma mulher e seus filhos biológicos, mas também um casal constituído por pessoas do mesmo sexo, ou apenas a mulher com seus filhos legítimos ou adotados, ou

outra infinidade de arranjos” (CRONEMBERGER; TEIXEIRA, 2011, p. 3-4).

O artigo A18, “avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem” trata da família como sistema complexo de relações que desenvolve diversas funções, entre elas, a função do cuidado. É nesse contexto que o indivíduo se sente participante, onde desenvolve a doença e encontra o cuidado para sua recuperação, configurando-se como uma rede de suporte, que além do cuidado envolve afeto, transmite valores e costumes. É, portanto necessário que se compreenda a família em sua totalidade, reconhecendo seus pontos fortes e fortalecendo-a em pontos frágeis, levando em consideração, que as relações que ali se estabelecem, tem fortes impactos na vida e na personalidade de seus membros, bem como na forma que irão se relacionar fora do meio familiar (SCHWARTZ et al., 2009).

Ressalta-se a importância da família e dos profissionais somarem esforços na promoção do cuidado de seus membros. Para que isso aconteça é necessário que se estabeleçam relações de confiança e solidariedade entre a equipe de profissionais e a família. Ao mesmo tempo, conforme destaca o artigo A44, é necessário respeitar qualquer que seja o arranjo familiar, visto que “o modelo dessa instituição não deve ser obrigatoriamente o de uma família tradicional, e sim de um grupo de pessoas comprometidas com o apoio mútuo, compartilhando suas expectativas e significados” (CAVALCANTE; SILVA, 2011, p. 2215).

Os artigos A9, A10, A12, A13, A14, A15, A16, A25, A26, A31, A33 e A51 discutem aspectos sobre a concepção [ainda tradicional] de família, colocando-se como um desafio a ser superado no trabalho com famílias.

Em se tratando de conceber e abordar a família no trabalho da atenção básica, os desafios se apresentam na direção de superar entendimentos e práticas tradicionais ainda vigentes. Para Silva, Silva e Bousso (2011), em seu artigo A9, a dificuldade de concepção e de abordagem com famílias e a necessidade de ultrapassar o atendimento individual e focalizado, são consideradas desafios, pois “a intimidade que a equipe de saúde tem com a temática da família é insuficiente, existindo falta de conhecimento técnico e tradição para esta nova prática (p. 1253)”. Na opinião dessas autoras isso ocorre porque a “abordagem da família na ESF é entendida como uma consequência da falta de definição sobre o conceito de família e da falta de preparo profissional (p. 1253).” Alegam ser

[...] resultado do despreparo e da indefinição de estratégias para o trabalho com famílias, o atendimento a estas se dá, muitas vezes, em decorrência do surgimento de uma doença em um de seus membros, não sendo feita diferença entre o cuidado de um indivíduo doente que tem uma família e o cuidado a uma família que tem um indivíduo doente. (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011, p. 1253).

Oliveira e Marcon (2007b) complementam a visão dessas autoras ao argumentar que o “foco pretendido é a família”. Contudo, “na prática, as atividades que têm caráter assistencial e se manifestam prioritariamente por meio de orientações no âmbito preventivo, ainda são voltadas para o indivíduo, em especial àquele que apresenta algum problema de saúde” (p. 8). Nas palavras de Silval, Giovanellall e Mainbourg (2014, p. 280), em seu artigo A15, “as práticas dos profissionais dirigidas às famílias ainda estão distantes de uma prática avançada de assistir a família”.

Nesse sentido, Gaiva e Siqueira (2011) defendem em seu artigo A12, que “as equipes necessitam ser capacitadas para a visita, com um preparo teórico, metodológico e técnico para o cuidado às famílias” (p. 702). Ademais, a capacitação aos profissionais ou a educação permanente de modo geral, poderiam elevar a “possibilidade de interagir e entender o processo de saúde da família diferenciado do processo de saúde ou doença dos membros familiares individualmente” (FANTINI, 2005, p. 273).

Uma prática conservadora ainda presente no desenvolvimento do trabalho com foco na família é a que naturaliza a inteira responsabilidade pelo cuidado e proteção dos seus membros atribuída à mulher [como mãe e dona de casa]. Sobre isso, Silval, Giovanellall e Mainbourg (2014, p. 277) em seu artigo A15, observam que há “pouco estímulo dos membros das equipes da ESF na orientação sobre divisão de tarefas no cuidado a pacientes dependentes, assumidos por apenas um integrante da família, mesmo em famílias numerosas”. Associada à essa observação Cavini et al. (2008, p. 157) ressaltam em seu artigo A16, que “a baixa participação de homens, pais, tios, avôs é uma realidade que desafia as estratégias de abordagem e indica a pouca participação masculina no cuidado às crianças, um aspecto relacionado à cultura tradicional acerca dos papéis para os gêneros”.

Um entendimento conservador, ainda presente nas análises sobre família se expressa pelo termo “famílias desestruturadas”, que na afirmação de Vargas, Viccari e Bellini (2010, p. 31) no artigo A26, ainda está em uso nos relatórios técnicos de serviços, o que “pode ser considerado não apenas como uma questão semântica, mas como forma de nomear famílias que falharam no desempenho das funções de cuidado e proteção dos seus membros”. Mioto (2006) chama a atenção que ao serem desconsideradas as condições objetivas de vivência e as especificidades do convívio intrafamiliar, as famílias foram historicamente “convocadas” ao dever de serem capazes de cuidar e proteger seus membros.

A família como “elemento central na atenção básica à saúde e em outras políticas, como a de assistência social” necessita ser compreendida “no contexto de crise econômica e retração do Estado”, em que “discursos e práticas de revalorização da família, fundamentados numa concepção ideológica de cunho conservador [...] a definem como a grande responsável por prover as necessidades dos indivíduos” (VARGAS; VICCARI; BELLINI, 2010, p. 28). Nesse sentido, Jesus, Azevedo e Silva (2011) afirmam que “Estado e família sempre travaram uma relação conflituosa e contraditória, numa parceria em que o Estado se compromete na proteção desta, mas que por muitas vezes, a família acaba sendo sobrecarregada de suas funções e responsabilidades” (p. 3). As autoras ainda destacam que apesar de sua grande capacidade de proteção a família cotidianamente fica exposta à situações externas e tem dificuldade para lidar com situações de desemprego, violência, déficit habitacional, drogas, gravidez na adolescência, trabalho infantil, etc.

A família é chamada para um aprofundamento de suas responsabilidades perante seus membros, no que tange à sua proteção, ela também tem potencializadas as dificuldades de sua ação, por achar-se em um cenário cada vez mais adverso e dinâmico, pois nele as necessidades são urgentes e mais diversificadas, exigindo respostas mais rápidas e complexas, seja na função da manutenção econômica do grupo familiar, seja no acesso aos serviços sociais, ou na proteção de seus membros. (JESUS; AZEVEDO; SILVA, 2011, p. 3).

Teixeira (2010b, p. 18), em seu artigo A31 adverte sobre a necessidade de romper com concepções tradicionais de família [normal, ideal, padrão]. Ela ressalta que é necessário instituir metodologias de trabalho que “abordem de forma dialética e articulada, assuntos internos e externos à família, sem hipertrofiar um dos polos e sem cair em modelos psicossociais individualizantes ou seu oposto os generalistas de transformação social, sem soluções práticas para o dia a dia”. Para tanto, há que se levar em conta que

[...] as formas de organização das famílias são diversas e se modificam continuamente para atender as exigências que lhes são impostas pela sociedade, assim como foi dito anteriormente, o terreno sobre o qual a família se movimenta não é somente o da estabilidade, mas do conflito, da contradição, apesar de reconhecer-se também que, no seu seio, se movimenta a cooperação e a solidariedade. (CRONEMBERGER; TEIXEIRA, 2012, p. 24).

No âmbito dos serviços de atenção básica com foco na família, três questões se posicionam como sendo urgentes, conforme A51: (1) romper com a concepção tradicional e conservadora de família; (2) “implementar intervenções e atividades de apoio que possam alterar a qualidade da vida e a exclusão social das famílias” (SERAPIONI, 2005, p. 248), (3) investir numa “abordagem familiar que considere a família, não somente como geradora de crises, mas também de soluções” (p. 249).

3.3.2 A família como espaço de intervenção

O artigo A26, intitulado: “o “isso” e o “aquilo” das políticas sociais brasileiras”, trata do novo olhar das políticas públicas voltadas às famílias e do movimento em busca de fortalecê-las, a partir da oferta de serviços, programas e projetos no desempenho do seu papel socialmente atribuído.

Como espaço de atuação dos profissionais destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde, principalmente em ações voltadas à atenção básica no domicílio das famílias. Além disso, o auto-cuidado entre seus membros – segundo A2, pelo fato da família ser a “[...] rede de suporte mais próxima. Por isso, cuidar da saúde de seus

membros sempre foi uma prática comum na família” e considerada como uma de suas principais funções (MARCON et al., 2005, p. 117).

Ainda no artigo A2, discute-se que o cuidado familiar ou a falta dele é apreendido e construído socialmente, uma vez que é transmitido de geração para geração e que ocorre de forma diferente de família para família. Em muitas delas, o cuidado de um membro doente ou hospitalizado pode acabar prejudicando o cuidado dos demais, ou ainda contribuindo com situações de conflito e vulnerabilidade. Marcon et al., (2005) avaliam que quando existe um familiar com doença crônica a família segue com todas as suas funções, incluindo o cuidado da pessoa doente. Isso exige dos profissionais de saúde a atenção sobre o modo com que a família se organiza para esse cuidado e, ao mesmo tempo dar suporte a essa função de cuidado. Indicam ser fundamental “formar grupos de apoio [...], que possam substituir o familiar em suas atividades diárias pelo menos uma vez por semana. Isso contribui para a diminuição da sobrecarga emocional e física do cuidador [...]” (MARCON et al., 2005, p. 123). Os autores do artigo A26 pontuam que a família uma vez atingida por situações de vulnerabilidade acaba muitas vezes ficando sujeitas à “soluções residuais”, isso em certa medida pelo fato dos profissionais não reconhecerem a singularidade de cada grupo familiar e suas reais necessidades (VARGAS; VICCARI; BELLINI, 2010, p. 31).

Para Oliveira e Marcon (2007, p. 66), em seu artigo A1, a família é antes de tudo

[...] um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, tanto sadios como doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa.

Na opinião de Guanaes e Mattos (2011, p. 1007), artigo A6, a família além de ser entendida como *locus* de proteção social, do ponto de vista das atuais políticas de saúde, também é *locus* de promoção de saúde. Reforçando a opinião desses autores Silva, Silva e Bousso (2011, p. 1252), em seu artigo A9, posicionam ser a família objeto de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), colocando-a participante do cuidado à saúde, pois

[...] também é alvo da vigilância à saúde e do planejamento da assistência, além de contexto do cuidado ao indivíduo, a proximidade com a família torna o profissional mais humano, sendo necessário conhecer bem os integrantes e a situação social das famílias, para a identificação de demandas de assistência.

A discussão extraída do artigo A12, de Gaiva e Siqueira (2011, p. 697), complementa as discussões dos artigos A2, A26 e A1, ao explicitar que “a família deve ser vista como uma unidade de cuidado singular diante das peculiaridades presentes em sua dinâmica, pois constitui um núcleo essencial na manutenção da saúde e da vida de seus membros”. Nessa mesma direção Silval, Giovanellall e Maimbourg (2014, p. 276) artigo A15, revelam ser a família uma “[...] unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas inter-relações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados”.

À medida que a política pública de saúde se (re)organiza em sua gestão, a família ganha espaço. Isso leva a uma maior aproximação com a família, maior valorização e significação como *locus* de atuação estratégica, na busca de desenvolver ações que fortaleçam sua função de cuidadora.

Silva e Novaes (2009, p. 61), artigo A24, ao discorrerem sobre a relevância da organização estrutural familiar no cuidado à saúde e que esta tem sido enfatizada nos dias atuais por meio de inúmeros estudos, argumentam que o trabalho com famílias “[...] tornou-se imprescindível na concepção dos princípios do SUS, fazendo-se necessário compreender a complexidade, a multidimensionalidade e a multidiversidade da família enquanto sistema de cuidados entre seus membros”.

Destaca-se que a família vem sendo o principal destinatário das políticas públicas e que essas vêm se modificando para ampará-la no exercício das suas funções. Sobre isso, Cronemberger e Teixeira, (2011, p. 2), posicionam que “o reconhecimento legal da importância da família e a expectativa desta prover a proteção social de seus membros vão gerar a implantação de vários programas que apostam na centralidade das ações na família”. Ao mesmo tempo, as autoras reafirmam que “o reconhecimento legal e a implementação destes não significam rupturas com práticas assistencialistas, que ao longo de décadas, penalizaram e responsabilizaram a família pelos problemas vivenciados (p. 2).

Carvalho (2003, p. 26) posiciona que tanto o Estado quanto à família desenvolvem papel imprescindível na sociedade. Essa autora ressalta também que os indivíduos necessitam de serviços a serem oferecidos pelo Estado, assim como dependem da família (independente do arranjo adotado), “por sua condição de provedora de afeto, socialização, apoio mútuo e proteção”. Nesse sentido, pode-se dizer que “família e políticas públicas têm funções correlatas e imprescindíveis ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos”.

Ressalta ainda, tamanho é o reconhecimento da família, que o Estado e as políticas públicas com o passar do tempo deixaram de lado alternativas institucionalizadoras - asilos, orfanatos, manicômios, internatos, que por muito tempo foram espaços de recolhimento de idosos, crianças, adolescentes, jovens e adultos, doentes, dependentes ou abandonados. Isso cedeu espaço ao reconhecimento da família, território ou comunidade como unidades de proteção social, sendo que as políticas públicas de saúde e assistência social são as que mais se destacam nesse sentido. Isso porque, têm sido introduzidas diferentes formas de atendimento ancorado na família. “Fala-se hoje menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde; e em programa de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência, etc” (CARVALHO, 2003, p. 27).

Nessa direção, Cronemberger e Teixeira (2011, p. 9) reiteram que, “a política social deve oferecer apoio à família, e não pressioná-la a assumir responsabilidades das quais não tem como arcar. A família não pode se constituir em uma estratégia do Estado na transferência de responsabilidades”.

Reconhecer apenas que a família se organiza de modo diferente não é o suficiente para fortalecê-la em seu papel de cuidado e proteção. Associa-se a necessidade de aperfeiçoar as ações ofertadas pelas políticas públicas de modo que promovam desenvolvimento afirmativo e qualitativo de suas funções. Justifica-se esse aperfeiçoamento considerando que a família,

[...] continua sendo um forte agente de proteção social de seus membros, independente das mudanças substantivas que ocorreram na sua dinâmica, composição e arranjos. Porém, não podemos exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio. Há aqui uma mão dupla a ser garantida, e um papel essencial da Assistência

Social pela via do Cras. (CARVALHO, 2011, p. 145).

Tanto na política pública de saúde quanto de assistência social, a família se constitui foco de ações, em especial da atenção básica, por meio de programas, projetos e serviços estratégicos. Ou seja, “a família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social, com medidas de apoio familiar em quase todas as agendas governamentais”. (VARGAS; VICCARI; BELLINI, 2010, p. 28-29).

Nesse sentido, Machado (2012) chama a atenção de que a família vem sendo redescoberta sim. Contudo, ainda vem sendo culpabilizada, pois à medida que não dá conta do que lhe é atribuído socialmente sofre penalizações. Adverte que o Estado ainda desenvolve ações minimalistas ante as suas responsabilidades, não podendo dizer que sejam políticas para a família, mas de certa forma, lhe conferem certo suporte. Esse autor cita três áreas principais de intervenção pública que tem como foco a família, a saber: (1) regulação do comportamento das famílias, estipulando em leis as responsabilidades de pais com seus filhos e dos filhos com seus pais, comportamento sexual à contracepção e ao aborto, as regras para o casamento e para o divórcio, entre outras; (2) garantia de renda, seja a obrigação da pensão alimentícia, licenças e benefícios aos pais quando no nascimento dos filhos, entre outras; (3) provisão de serviços as famílias, seja com creches, subsídios para o pagamento de aluguel ou para aquisição da casa própria, entre outros serviços sociais ou comunitários.

Os artigos A22, A29, A30, A44 e A54 trazem questões relacionadas à atuação [ainda frágil] voltada à emancipação e cidadania das famílias, como um desafio presente no trabalho das equipes profissionais.

Tanto na política de saúde como na de assistência social, coloca-se como um imperativo atuar de modo a elevar processos que ampliem as parcerias com a comunidade, produzam sujeitos sociais autônomos, adensem as metodologias proativas e com intervenção estratégica no território, na busca da efetivação dos direitos e melhoria da qualidade de vida de indivíduos e famílias.

Abirão e Souza, (2013, p. 742) em seu artigo A22, referem que no campo da atenção básica a ESF apresenta o “desafio de trabalhar em parceria com a comunidade, uma vez que é preciso romper com a lógica medicalizante e curativa”. Nesse sentido, conforme o artigo A44,

[...] torna-se imprescindível continuar a luta por uma atuação que produza um modo diferente de se 'fazer saúde', com possibilidade de se criarem novos processos de produção de 'sujeitos sociais', comprometidos com outras perspectivas, nova relação trabalhadores/usuários de serviços de saúde e produção de sujeitos políticos. (CAVALCANTE; SILVA, 2011, p. 2219).

Conforme Trzinski et al. (2010, p. 302), em seu artigo A30, ainda há dificuldade de atuar de forma proativa nas ações da proteção social básica, uma vez que a atuação da equipe se limita às situações de violação de direitos e não há por parte dos usuários a distinção entre direitos e ajuda. Elas apontam como um dos grandes desafios a ser superado pelos Cras, “o que vai depender muito das metodologias adotadas pela equipe nas ações socioeducativas, em ações constantes e com uma linguagem simples e clara” (p. 302). Em relação a isso, Corbo, Morosni e Pontes (2007, p. 143) destacam que “os serviços socioassistenciais permanecem 'atolados' no atendimento direto às famílias que a eles recorrem. Acabam, por isso mesmo, não produzindo uma intervenção estratégica no território”.

Além dos desafios até aqui registrados, também está o de superar a dependência ou a subordinação dos sujeitos, o que para o artigo A29 de Carlotto e Mariano (2008, p. 166) é “um desafio posto se, de fato, pretende contribuir para a construção de sujeitos autônomos, como dizem seus documentos oficiais” [os da assistência social].

Albiero, Silva e Figueiredo (2011, p. 10) criticam em seu artigo A54, que as políticas públicas setoriais “existentes são paliativas e assistencialistas que não proporcionam a emancipação cidadã”. Torna-se imprescindível que gestores e executores das políticas setoriais, em especial da saúde e da assistência social “avaliem constantemente se as ações em curso estão trazendo algum impacto para a superação das vulnerabilidades sociais e em prol do processo de emancipação e de cidadania daqueles indivíduos e famílias”. (GUEIROS, 2010, p. 131).

4 O TRABALHO COM FAMÍLIAS NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICAS

Como já destacado nos capítulos anteriores, as políticas de saúde e de assistência social têm direcionado ações estratégicas de atenção e proteção social básicas por meio de estratégias, programas e serviços com ênfase na família. Dos 56 artigos selecionados na revisão integrativa, a síntese obtida revela que o trabalho com famílias é desenvolvido por meio de diferenciadas metodologias²² utilizadas pelas equipes para a organização do seu processo de trabalho: territorialização; trabalho interdisciplinar e intersetorial; reuniões de equipe; e, educação permanente. Revela ainda as diferentes técnicas²³ operacionais que são utilizadas no desenvolvimento do trabalho com famílias: acolhida e escuta qualificada; fichas técnicas e sistemas de informação; genograma e ecomapa; busca ativa, classificação, avaliação de famílias e escalas de risco; visita domiciliar; e, trabalho com grupos.

4.1 Metodologias utilizadas na organização do processo de trabalho

4.1.1 Territorialização

O reconhecimento do território como organizador dos processos de trabalho e de criação de vínculo e maior proximidade com a realidade dos sujeitos é identificado tanto na política de saúde quanto na assistência social. A presença dos profissionais no território permite identificar quais são as demandas, para melhor compreender e atendê-las de forma mais integral, possibilitando maior efetividade nas ações propostas.

O artigo A55 de Stechi (2013) traz reflexões sobre o Programa Bolsa Família a partir do território, apresentando o conceito de território adotado pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), ao considerar que

²² O termo metodologias é entendido como um conjunto de processos que orientam e regem a organização do trabalho dos profissionais na atenção e proteção social básicas no âmbito das políticas de saúde e de assistência social.

²³ O termo técnicas é entendido como um conjunto de ferramentas e instrumentos práticos para a execução do trabalho.

[...] o território não é somente uma porção específica de terra, mas uma localidade marcada pelas pessoas que ali vivem. É nos espaços coletivos que se expressam: a solidariedade; a extensão das relações familiares, para além da consanguinidade; o fortalecimento da cumplicidade e da vizinhança; e o desenvolvimento do sentimento de pertença e identidade.[...] abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em uma determinada localidade. (STECHI, 2013, p. 174-175).

Cronemberger e Teixeira (2011, p. 5) ao referirem sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), destacam que ao ter incorporado os princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade e participação social) e ao se aproximar dos pressupostos da atenção primária em saúde (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), essa estratégia é capaz de estabelecer a aproximação com o território. A gestão do Sistema Único de Assistência Social (Suas) que tem como eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar e a territorialização, da mesma forma é capaz de estabelecer tal aproximação, uma vez que orienta-se pela “primazia à atenção às famílias e seus membros, a partir do seu território de vivência, com prioridades àquelas com registro de fragilidades, vulnerabilidades e presença de vitimização entre seus membros” (BRASIL, 2005, p. 28).

Da mesma forma, na saúde o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, conforme a Pnab (BRASIL, 2012), leva em consideração o território em suas especificidades tanto no planejamento quanto na implementação das atividades. Nesse sentido, podem ser destacadas algumas das características que compõe esse processo:

I - Definição do território de atuação e da população sob responsabilidade das UBS e das equipes; II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população[...]; [...] V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; VI - Realizar atenção à saúde à Unidade Básica de saúde, no domicílio, em

locais do território e em outros espaços que comportem ação planejada; [...] X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; [...] XII – Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde [...] e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção [...]. (BRASIL, 2012, p. 41-42).

A Pnab (BRASIL, 2012, p. 43) define, ainda, que dentre as atribuições comuns aos profissionais, está a de “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”. Nessa perspectiva, Stechi (2013), em seu artigo A55, ressalta que o Paif, como um serviço da proteção social básica na política de assistência social, tem papel fundamental na compreensão dos territórios, de suas potencialidades e vulnerabilidades, levando em conta que

[...] as normativas apontam o diagnóstico territorial como fundamental para uma leitura crítica da situação vivenciada. A escuta qualificada, no atendimento às famílias e aos grupos sociais residentes no local, possibilita a implementação de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Logo, é a partir da análise crítica dos aspectos da realidade social evidenciados no território que se planeja o trabalho social a ser desenvolvido com as famílias. (STECHEI, 2013, p. 178).

Cruz et al. (2009, p. 172), em seu artigo A7, afirmam que essa atuação no território chamada de territorialização é um processo que “está na base da construção do vínculo com a comunidade, para a mudança do modelo de atenção e para o estabelecimento de corresponsabilidade entre a equipe de saúde e o usuário/família/comunidade para transformar a realidade local”.

4.1.2 Trabalho interdisciplinar e intersetorial

Na busca de qualificar o trabalho com famílias no âmbito do Sistema Único de Saúde e no Sistema Único de Assistência Social, com destaque à atenção e à proteção social básicas, tem sido requisitada a atuação de profissionais de diversas áreas. Assim, são formadas equipes multiprofissionais com vistas a dar respostas às demandas apresentadas pelas famílias, que, muitas vezes por serem complexas, exigem que a intervenção se constitua interdisciplinar e intersetorial.

Nessa perspectiva, Cronemberger e Teixeira (2011, p. 8) entendem o trabalho social com famílias “de forma multidimensional, compreendendo os problemas sociais e de saúde como resultado de elementos macrossociais, e não como responsabilidade exclusiva dos sujeitos”, visando promover o seu protagonismo.

Dos 56 artigos selecionados na revisão integrativa, destacam-se os artigos A53, A13, A19, A32, que tratam da importância desse modo de atuar envolvendo profissionais e usuários dos serviços ofertados. Barbosa e Brisola (2013, p. 198), em seu artigo A53, citam que [...] o trabalho interdisciplinar é fundamental,

[...] na medida em que a PNAS objetiva “prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou especial para as famílias, indivíduos e grupos que delas necessitarem”, de forma a assegurar que as ações tenham centralidade na família e que garantam a convivência familiar e comunitária.

Na Pnab (BRASIL, 2012, p. 45) está estabelecida como uma das atribuições dos membros da equipe de atenção básica “realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando técnicas e profissionais de diferentes formações.” Nessa lógica, Fantini (2005, p. 278) defende em seu artigo A13

A necessidade da associação, utilização e apropriação de diferentes áreas do conhecimento, a fim de responder às mais diversas exigências do novo modelo e da nova proposta assistencial, que atende às expectativas mundiais quanto ao conceito de saúde e quanto ao contexto social que estamos vivenciando.

Gonçalves (2011), ao tratar da inserção do serviço social na Estratégia Saúde da Família, em seu artigo A19, reitera a necessidade de equipes multiprofissionais que conheçam as famílias e trabalhem com elas na perspectiva da emancipação dos sujeitos e da garantia de direitos.

A atenção básica da saúde necessita conhecer as famílias, buscar trabalhar os direitos sociais e assegurar que elas acessem esses direitos e exerçam a sua cidadania, porque para ter saúde integral e poder promover ações de prevenção se faz necessário trabalhar o indivíduo na sua integralidade. Para isso este programa intitulado ESF necessita atuar em seus territórios com uma equipe multiprofissional que trabalhe esta totalidade. (GONÇALVES, 2011, p. 177-178).

Godinho (2012), ao trazer uma reflexão sobre o trabalho com famílias na política de assistência social, no artigo A32, ressalta a importância da equipe interdisciplinar dada a complexidade das relações estabelecidas nas famílias. Mas principalmente para realizar o diagnóstico do território de atuação, uma vez que,

O trabalho social desenvolvido nos CRAS, pautase na análise de conjuntura e diagnóstico da realidade: suas vulnerabilidades, suas possibilidades e potencialidades, redes e relações institucionais e pessoais que configurem interferência na dinâmica local, enfim, um mapeamento de todo o território e das potencialidades dos sujeitos. (GODINHO, 2012, p. 19).

Sobre a atuação interdisciplinar na política de assistência social, o documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (Cfess), denominado “parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos na política de assistência social” define que os “assistentes sociais e psicólogos têm uma função estratégica na análise crítica da realidade, no sentido de fomentar o debate sobre o reconhecimento e defesa do papel da assistência social e das políticas sociais na garantia dos direitos e melhorias de condição de vida” (CONSELHO, 2007, p. 40). Além disso, o documento elaborado pelo Ministério do

Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) “Orientações técnicas sobre o Cras” indica que: “o trabalho interdisciplinar exige que a equipe multiprofissional supere a abordagem tecnicista, segundo a qual o trabalho de profissionais de diferentes áreas é focado como uma atribuição específica e independente” (BRASIL, 2009, p. 65). Nessa lógica, o enfoque interdisciplinar

[...] é adotado como processo de trabalho no âmbito do SUAS, a partir da compreensão de que o principal objeto da política de assistência social – as vulnerabilidades e riscos sociais – não são fatos homogêneos e simples, mas complexos e multifacetados, que exigem respostas diversificadas alcançadas por meio de ações contextualizadas e para as quais concorrem contribuições construídas coletivamente e não apenas por intermédio do desenvolvimento individualizado de técnicos com diferentes formações. (BRASIL, 2009, p. 64).

Em síntese, nessas políticas públicas de atenção básica, o trabalho interdisciplinar está cada vez mais requerido, considerando que a interdisciplinaridade se constitui como “um processo dinâmico, consciente e ativo de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetos e instrumentos de conhecimentos distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes” (BRASIL, 2009, p. 65). Na esteira do trabalho interdisciplinar, a intersetorialidade se posiciona como estratégia na busca de romper com práticas fragmentadas e sobrepostas, tradicionais no âmbito das políticas públicas.

A intersetorialidade se refere à articulação entre setores e saberes, para responder, de forma integrada, a um objetivo comum. É uma maneira nova de trabalhar e governar e de construir políticas públicas [...] para produzir efeitos mais significativos na vida da população, respondendo com efetividade a problemas sociais complexos. (BRASIL, 2009, p. 26).

A PNAS, o Suas, a NOB/Suas e a Pnab preveem em seus princípios e diretrizes, sobre as práticas intersetoriais. No Suas, a intersetorialidade é definida como um dos princípios organizativos e

prevê a integração e articulação com as demais políticas e órgãos setoriais. De acordo com a NOB/Suas /2012, promover a articulação intersetorial do Suas com as demais políticas públicas e o sistema de garantia de direitos, é uma das responsabilidades comuns da união, estados e municípios.

A intersetorialidade requer a abertura para o diálogo, por parte dos gestores e de políticas públicas e, para isso, é necessário que construam formas de trabalhar conjuntamente, visando proporcionar melhoria na qualidade de vida das famílias e ampliar o acesso a serviços das diferentes políticas setoriais (BRASIL, 2009).

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2014) sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) - ferramentas da gestão e para o trabalho cotidiano, indica que

A atuação intersetorial é uma das diretrizes de trabalho utilizadas em muitas situações na atenção básica. É entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores reconhecendo que a produção de saúde tem relação com outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes, etc. é necessária para o desenvolvimento de ações com foco na promoção e na prevenção à saúde, na busca da integralidade da atenção ao usuário. (BRASIL, 2014, p. 95).

O Nasf como parte da atenção básica atua “a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único de Assistência Social (Suas), redes sociais e comunitárias” (BRASIL, 2014, p. 18). Entre as atribuições dos membros das equipes de atenção básica na Pnab (BRASIL, 2012, p.45) está a de “identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais”.

Senna (2013, p. 245), em seu artigo A23, refere que, principalmente nas políticas dirigidas às famílias, “é recorrente a visão de que o planejamento das políticas sociais com base na intersetorialidade pode favorecer a otimização de recursos e tornar sua alocação mais eficaz, posto que os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais situados num dado território geográfico”. Refere também que a “ênfase no desenvolvimento de ações intersetoriais, relaciona-se ao conjunto de estratégias voltadas à superação da histórica

fragmentação da intervenção do Estado e maximização da efetividade das ações desenvolvidas” (p. 250).

Nesse sentido, Vargas, Vicalli e Belini (2010, p. 30) em seu artigo A26, argumentam que “a família para ser o enfoque central das intervenções nas situações de saúde, precisa de políticas sociais integradas para garantir a proteção social através do enfrentamento da questão social.”

Um dos princípios da ESF orienta “buscar a integração com instituições e organizações sociais” (CORBO; MOROSNI; PONTES, 2007, p. 89). As autoras destacam que a responsabilidade em propor ações intersetoriais e estabelecer parcerias é de todos os profissionais da ESF, não se restringindo aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), afirmando que

A responsabilidade por conhecer a comunidade, identificar grupos, famílias e indivíduos em situação de risco, assim como desenvolver uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, promover ações de mobilização e participação da comunidade, identificando parceiros para ações intersetoriais são atribuições comuns de todos os profissionais da equipe. Da mesma forma, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização pelo cuidado da população adscrita são requisitos do processo de trabalho de todos os profissionais que compõem a ESF. (CORBO; MOROSNI; PONTES, 2007, p. 97).

Machado (2012) defende que para efetivar uma ação qualificada junto à família no sentido de fortalecê-la e elevar a sua condição de parceira nas ações, torna-se necessário que as equipes dos Cras, das ESFs e dos e Nasf atuem na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, pois tais equipes se inserem num mesmo território e atendem a mesma população.

Os serviços públicos básicos estão combinando diversas modalidades de atendimento ancoradas na família e na comunidade. É na política de saúde que essa perspectiva mais avançou: foram colocados em funcionamento programas de saúde da família; foram introduzidas a participação do médico de família, do cuidador domiciliar e dos

agentes comunitários de saúde. (CARVALHO, 2011, p. 145).

Para isso, o artigo A28, destaca que é preciso “levar as famílias a refletirem sobre sua realidade, conhecer serviços e recursos do território, mobilizar-se e incluir-se em processos organizativos, coletivos, na busca de garantia dos seus direitos” (TEIXEIRA, 2010, p. 16). Para realizar uma atuação interdisciplinar e intersetorial, envolvendo as famílias como sujeitos, é necessário selar um “pacto social”. Pacto esse, que conforme A3 requer esforços dos diferentes atores para promover mudanças e o estabelecimento de vínculos de confiança entre famílias e equipes de trabalho (BITTENCOURT; SANROMAM, 2012, p. 180).

No campo das políticas públicas a intersectorialidade e o trabalho interdisciplinar historicamente são requeridos como alternativas estratégicas fundamentais para uma maior efetividade no desenvolvimento das ações, envolvendo setores e profissionais. Os artigos A53, A47, A49 e A23 indicam alguns desafios a serem enfrentados nessa perspectiva.

Em seu artigo A53, Barbosa e Brisola (2013, p. 207) referem que a intersetorialidade vista como uma alternativa estratégica pode desencadear práticas que configurem um trabalho intersetorial, desde que se estabeleça “um diálogo entre os diferentes atores envolvidos em políticas complementares”. E, mais, que “a prática intersetorial implica ver o cidadão de forma integrada”, para isso é necessário “coletivizar toda a etapa da política pública” do planejamento até o final do processo. Para tal torna-se fundamental compreender a ação específica de cada profissional e “a transversalidade dos problemas, definindo de forma compartilhada o objetivo em comum” (p. 207).

Sobre a interdisciplinaridade essas autoras referem: “leva todo especialista a reconhecer os limites de seu saber para acolher as contribuições das outras disciplinas” (p. 205). Trata-se, portanto, de um posicionamento aberto a ser assumido por cada profissional que, diante do complexo trabalho com indivíduos e famílias, reconheça que outros profissionais possam contribuir para trabalhar com determinadas situações apresentadas.

Diante da complexidade que é o trabalho com famílias na atenção básica, seja na política de saúde ou de assistência social, Corbo, Morosni e Pontes (2007, p. 140) pontuam que “não bastam mais políticas desenhadas e movidas setorialmente”. Em se tratando da política de assistência social, o desafio, segundo elas, está em “afirmar-

se em sua setorialidade sem perder a capacidade de abraçar, produzir e implementar novos arranjos conjugados intersetorialmente”.

No artigo A47 Lisboa et al. (2011, p. 758) indicam que “verificam-se avanços tímidos na prática efetiva do trabalho técnico e, ao mesmo tempo, interdisciplinar com resultados satisfatórios”. Nessa mesma direção, Pretto, Langaro e Santos (2009, p. 404) complementam que “esse é o grande desafio das profissões [...], para o qual seria necessário criar instrumentos de comunicação e de diálogo entre as disciplinas, ampliando as possibilidades de compreensão [...]”.

Nesse sentido, em seu artigo A23, Senna destaca que, do ponto de vista da construção da intersetorialidade, é preciso considerar “os desafios relacionados às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, a disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e a complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória”. (SENNA, 2013, p. 250).

4.1.3 Reuniões de equipe

As reuniões de equipe, como ferramenta importante para desenvolver o trabalho com famílias, são destacadas por Guanaes e Mattos (2011), no artigo A6, ao indicarem que na experiência da Estratégia Saúde da Família (a partir das visitas domiciliares e demais contatos com a comunidade e famílias), os ACSs apresentam demandas para a equipe, que se reúne para decidir qual a melhor forma de assistência para responder à demanda apresentada. Geralmente,

[...] a proposta de discussão de alguma família parte do Agente Comunitário de Saúde ou de algum profissional que encontrou dificuldades no trabalho com a família ou com algum de seus membros. O objetivo da reunião é levantar possíveis ações para o desenvolvimento do caso e solução do problema em questão. (GUANAES; MATTOS, 2011, p. 1011).

O Caderno de Orientações Técnicas sobre o Paif refere que as reuniões de equipe devem ser organizadas na medida em que possibilitem um momento para o planejamento das ações da equipe, de estudos e discussão sobre o que fazer como fazer, e também de entender

as situações vivenciadas pelas famílias atendidas e acompanhadas. Além disso, deve ser um espaço para definição de estratégias referentes às demandas do território do Cras (BRASIL, 2012e). E, a Política Nacional de Atenção Básica refere que as reuniões de equipe se colocam como uma importante prática para o planejamento de ações que respondam às necessidades da comunidade, ao destacar como uma das atribuições de todos os profissionais “realizar reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis” (BRASIL, 2012, p. 45). O Caderno de Atenção Básica de número 39 - que trata dos Nasf e das ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano - sugere que seus profissionais organizem o próprio trabalho, mas que tenham tempo para “planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir do rol de demandas que se apresentam” (BRASIL, 2014, p. 22).

Em se tratando da Estratégia Saúde da Família e de seu objeto, a própria família, as experiências brasileiras são ainda incipientes e precisam ser construídas e reconstruídas no cotidiano de trabalho, considerando

[...] que o diálogo entre diferentes equipes, equipes e dirigentes e equipes e população poderia contribuir para o delineamento mais claro das competências, desempenhos e habilidades profissionais necessárias às novas práticas, com ganhos recíprocos para todos os envolvidos e comprometidos com a produção de uma atenção básica mais efetiva e cidadã. (ATHAYDE; GIL, 2005, p. 21).

Para Silva, Silva e Bousso (2011), A9, o trabalho com famílias demanda um resgate de conhecimentos e práticas, além disso, o “desenvolvimento da habilidade do trabalho em equipe sendo que a falta de consenso sobre as práticas com família pode trazer grandes dificuldades para o planejamento e para a implantação da assistência” (p. 1253).

As orientações técnicas do MDS (BRASIL, 2009) ao Centro de Referência da Assistência Social recomendam a realização de reuniões de equipe semanalmente, principalmente entre coordenação e equipe técnica, pois devem possibilitar o planejamento das atividades e

intervenções, a garantia da troca de experiência e possibilidade de trocas interdisciplinares.

4.1.4 Educação permanente

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vem sendo estabelecida desde 2004. A Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, de 2003. Posteriormente a Portaria n. 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. E, a Portaria n. 278, de 27 de fevereiro de 2014, que [novamente] instituiu diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde.

Athayde e Gil (2005, p. 19), em seu artigo A3, ao referirem sobre a educação permanente compreendem que: “parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços”. Nessa lógica, exige-se

[...] que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objeto a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (ATHAYDE; GIL, p. 19-20).

Silva, Silva e Bousso (2011) destacam no artigo A9 que o investimento na educação permanente significa um constante processo de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, “centrado nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, transformando o processo de trabalho e orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde” (p. 4). Para a Pnab (BRASIL, 2012) a educação permanente exige de todos os profissionais uma postura voltada a novos aprendizados, a busca de atualização de conhecimentos e práticas, devendo ser “constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado gestão e participação popular” (BRASIL, 2012, p. 38). Tem como pressuposto o planejamento, sendo que

[...] a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e /ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012, p. 39).

A educação permanente segundo a Pnab visa qualificar as equipes e por consequência os serviços. Além disso, define que cada equipe deve, a partir de sua realidade, identificar e propor aos órgãos competentes o desenvolvimento de ações de educação permanente, que podem ser cursos de curta ou longa duração, de acordo com a necessidade do grupo. Essas ações devem apoiar o movimento de cada equipe na implantação e implementação de programas e serviços a serem asseguradas pelas diferentes esferas de governo (BRASIL, 2012).

Marcon et al. (2005), em seu artigo A2, destacam que a temática família deve ser incluída de forma transversal durante toda a formação dos profissionais de saúde para: viabilizar novas práticas; aprimorar a utilização de ferramentas que facilitam o trabalho; mobilizar recursos da própria comunidade como coadjuvantes no cuidado cotidiano e, valorizar as experiências e vivências do trabalho com as famílias.

A Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2013) contribui para a “desprecarização das condições de trabalho e para a valorização dos trabalhadores, como forma de promover a profissionalização do sistema e a melhoria

contínua da qualidade da oferta e do provimento dos serviços e benefícios socioassistenciais” (BRASIL, 2013, p. 14). A Pnep/Suas está direcionada aos trabalhadores do Suas, governamentais e não governamentais, de ensino fundamental, médio e superior, assim como aos gestores e agentes de controle social. Seu objetivo geral busca “institucionalizar no âmbito do Suas, a perspectiva político pedagógica e a cultura da educação permanente, estabelecendo suas diretrizes e princípios e definindo os meios, mecanismos instrumentos e arranjos institucionais necessários à sua operacionalização e efetivação” (BRASIL, 2013, p. 11). Visando sua operacionalização foi formada a Rede Nacional de Capacitação e Educação Permanente do Suas, com a participação de instituições públicas e privadas, técnicas e demais escolas de governos ou institutos federais. Contribuem por meio de elaboração de diagnóstico de necessidades de qualificação; planejamento de formação e capacitação; observatório de práticas; pesquisas; oferta e execução no nível de parcerias ou relação contratual com órgão gestores dos três níveis de governo (BRASIL, 2013).

Os artigos A1, A6, A8, A32 e A41 reforçam sobre a necessidade de investir na educação permanente para qualificar a organização do processo de trabalho das equipes profissionais e, conseqüentemente, dos serviços ofertados.

Tanto a política de saúde quanto a da assistência social têm estabelecida para si uma política de educação permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – estabelecida pela Portaria n. 278 de 27 de fevereiro de 2014, institui diretrizes para sua implementação no âmbito do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2013), são de fundamental importância na busca de qualificar profissionais e serviços ofertados à sociedade.

Oliveira e Marcon (2007) em seu artigo A1, identificam uma situação relacionada à concepção de educação em saúde como ainda tradicional, em que o repasse do saber acontece verticalmente junto a um usuário passivo que deve modificar seu comportamento de acordo com o que é recomendado, ao considerar que, “há um certo despreparo do enfermeiro para assistir a família, visto que a utilização de estratégias como a VD [visita domiciliar], a educação em saúde e o acolhimento ainda são marcados pelo modelo tradicional, curativo e individual da assistência”(p.72).

Investir na educação permanente para Godinho (2012) exige oportunizar espaços que abordem a postura profissional, ao argumentar que para “desenvolver a escuta qualificada, a percepção dos

preconceitos, a condução do mundo valorativo, é necessário referencial teórico claro e uma formação específica por capacitação continuada dos técnicos e gestores que são atores de políticas públicas” (p. 26).

Um dos desafios na atenção à saúde, conforme trata o artigo A41 tem sido qualificar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) “para identificar, planejar, implementar e avaliar estratégias de intervenção sob a perspectiva ampliada da determinação social e dos diversos condicionantes do processo saúde-doença, especialmente nas famílias mais vulneráveis sob seus cuidados” (AMENDOLA et al., 2011, p. 1737).

A dificuldade de superar “velhas práticas” e de substituí-las ou complementá-las com novas estratégias e ferramentas para qualificar o trabalho com as famílias, apresenta-se como uma tarefa complexa aos profissionais de ambas as políticas. Guanaes e Mattos (2011, p. 1008) destacam no artigo A6 que isso “traz novos desafios relativos tanto à necessidade de superação do enfoque tecnicista que muitas vezes sustenta o seu uso pelos profissionais de saúde, como de superação do modelo sistêmico/mecanicista que atravessa algumas [...] propostas.”

A construção de novas práticas está diretamente relacionada ao processo de educação permanente que deve qualificar as práticas dos profissionais, tendo em vista suas dificuldades. Destarte, a necessidade de “realização de um esforço, que deve partir inicialmente dos trabalhadores e gestores da saúde, no intuito de viabilizar uma nova forma de organizar os serviços de saúde, estruturada a partir de um processo efetivo de educação permanente” (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011, p. 270).

4.2 Técnicas operacionais utilizadas no desenvolvimento do trabalho

4.2.1 Acolhida e escuta qualificada

Como técnica operacional no desenvolvimento do trabalho com famílias, a acolhida e a escuta qualificada permite a aproximação, o vínculo e o conhecimento sobre a realidade das famílias. Oliveira e Marcon (2007, p. 2), em seu artigo A1, destacam que “para conhecer a família é preciso, além de saber ouvir, ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e conhecer o que está implícito.” Além disso, para melhorar a interação com a família recomendam que os profissionais façam uso de

[...] estratégias como as visitas domiciliares, a educação em saúde (como prática de fortalecimento, participação e autonomia de indivíduos) e o acolhimento (escuta, compromisso, atenção, respeito), além do que, deve fazer uso de alguns instrumentos que permitam o reconhecimento das características da família como um todo, tais como o genograma e o ecomapa, dentre outros. (p. 3).

Reforçando o que Oliveira e Marcon (2007) registram, Cruz et al. (2009, p. 17) em seu artigo A7 descrevem que “o vínculo estabelecido através da parceria entre a equipe/família permitirá uma ação mais eficiente, aumentando a satisfação da comunidade com o serviço ofertado e do profissional com o resultado obtido”. Ainda Silva, Silva e Bousso (2011, p. 1252), em seu artigo A9, indicam ser uma das atribuições das equipes na ESF, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase em suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Nessa direção, Lisboa et al. (2011, p. 758) ressaltam que a “escuta da dinâmica familiar” permite conhecer a história de vida dos membros e colaborar para que o tratamento e a promoção possa alcançar todos os envolvidos (A47). A respeito no artigo A5, Mello et al. (2005, p. 80) avaliam ser necessário

Conhecer a estrutura da família, sua composição, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, os problemas de saúde, as situações de risco, os padrões de vulnerabilidade, é vital para o planejamento do cuidado à saúde da família. Essas informações são obtidas mediante vários instrumentos de levantamento de dados para a estruturação e organização da assistência à saúde da população.

Ditterich, Gabardo e Moysés (2009, p. 517), em seu artigo A4, destacam a compreensão como ponto de partida para o trabalho com famílias: o próprio modelo de organização familiar; crenças, valores e procedimentos adotados na vida familiar. Sobre tudo, é fundamental estabelecer vínculos com as famílias, a partir da acolhida e da escuta qualificada. Ainda destaca o artigo A8, há que se compreender indivíduos e famílias como sujeitos complexos, percebê-los e abordá-los

“inseridos em um contexto com determinada especificidade, a qual é apenas mais um dos aspectos” que os constituem (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011, p. 6).

No âmbito da política de assistência social, o Suas define que os serviços socioassistenciais são organizados de acordo com algumas referências e dentro da proteção social básica são destacadas três seguranças que devem ser garantidas: (1) segurança de sobrevivência; (2) segurança de convívio; (3) e, segurança de acolhida. Destacando aqui a segurança de acolhida, conforme a PNAS (BRASIL, 2005), operacionaliza-se por meio de

[...] ações, cuidados, serviços e projetos operados em rede como unidade de porta de entrada destinada a proteger e recuperar as situações de abandono e isolamento de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, restaurando a autonomia, capacidade de convívio e protagonismo mediante a oferta de condições materiais de abrigo, repouso, alimentação, higienização, vestuário e aquisições pessoais desenvolvidas através de acesso às ações socioeducativas. (BRASIL, 2005, p. 40).

No Paif, compreende-se a acolhida como o contato qualificado ou contato inicial da família ou indivíduo com o serviço, que consiste no “processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como da oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial, em especial do Cras e demais políticas setoriais” (BRASIL, 2012e, p. 17). Nessa lógica, a acolhida é essencial nas atividades do Paif, por facilitar o início do vínculo entre serviço e família e a compreensão do seu universo, vulnerabilidades, necessidades apresentadas e identificação de seus recursos e potencialidades (BRASIL, 2012e). Para tanto é preciso estabelecer um

[...] diálogo franco, uma escuta sem julgamento ou preconceitos, que permita à família falar de sua intimidade com segurança, e a capacidade de percepção de quem acolhe, são condições básicas para o saber profissional seja colocado à disposição da família, auxiliando-a na construção do conhecimento sobre sua realidade e,

consequentemente, no seu fortalecimento. (BRASIL, 2012e, p. 17).

A acolhida, na proteção social básica no âmbito da assistência social, remete

[...] ao direito de indivíduos e famílias a atendimento em ambiente salubre, acolhedor e privativo; escuta profissional apta a acolher demandas, interesses, necessidades e possibilidades, bem como à disponibilização de informações sobre direitos, serviços socioassistenciais e setoriais, e meios de acessá-los”. (BRASIL, 2012d, p. 63).

E, a acolhida e a escuta qualificada, como uma das atribuições de todos os membros da equipe de atenção básica na saúde, registrada na Pnab (BRASIL, 2012, p. 44), destaca-se como sendo:

Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

Em síntese, tanto a acolhida quanto a escuta qualificada configuram uma técnica operacional no trabalho com famílias de fundamental importância, uma vez que possibilita maior aproximação, fortalecimento das relações de confiança e vínculos e maior conhecimento das necessidades e potenciais que se apresentam ao contexto familiar.

4.2.2 Fichas técnicas e sistemas de informação

A utilização de fichas técnicas, prontuários e sistemas de informação, no âmbito das políticas de saúde e assistência social têm sido preservada e ampliada de modo que os sistemas informatizados têm

apoiado as equipes de trabalho em cadastros, na obtenção e sistematização de informações referente as características e demandas envolvendo indivíduos, famílias, comunidades e território. Esses sistemas de cadastro de informações são fortes aliados no trabalho com famílias, pois permitem conhecer a realidade na qual se está atuando.

Na visão de Bittencourt e Sanroman (2012, p. 178), em seu artigo A34, é importante “construir ferramentas e instrumentos para monitoramento e avaliação das ações, que permitam atualizar mensalmente o número de atendimentos, bem como a listagem das famílias atendidas para produtos únicos ou contínuos e passíveis de sistematização.”

Sobre a utilização de fichas técnicas na política de saúde, Menezes et al. (2012, p. 191) no artigo A17, relatam a experiência do uso da ficha A²⁴ na classificação do risco familiar

Essa ficha é um instrumento de cadastro familiar, utilizado pelo ACS em sua primeira visita à família, que possibilita a identificação de sentinelas de risco, as quais são determinantes para a classificação do risco específico, ajudando a equipe de saúde a traçar ações estratégicas de prevenção de doenças e agravos em uma comunidade, assim como, promover ações curativas e reabilitadoras.

Na política de assistência social, as famílias atendidas nos Cras são cadastradas no Cadastro Único (CadÚnico), o qual permite caracterizar o perfil socioeconômico das famílias, bem como identificar questões inerentes à realidade vivenciada. Visa a construção de programas, projetos e serviços de proteção social, por se tratar de um instrumento de busca ativa no território.

Com a finalidade de monitorar anualmente o Sistema Único de Assistência Social, o Censo Cras é a base pela qual a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) desenvolvem o monitoramento e avaliação de cada Cras no país, a partir de indicadores previamente estabelecidos

²⁴ Trata-se de uma ficha constitutiva do Sistema de Informação da Atenção Básica, (Siab), que contém dados sociodemográficos de identificação da família.

(BRASIL, 2009)²⁵. Torna-se importante que a equipe se aproprie dos resultados e informações sistematizadas,

[...] fazendo disto objeto de trabalho, de discussão e de aprimoramento da gestão, planejamento e melhoria dos serviços prestados. O grande desafio é, portanto, utilizar a informação de forma a possibilitar a gestão da informação, contribuindo para a consolidação do SUAS e a qualificação dos seus quadros técnicos. (BRASIL, 2009, p. 44).

Esses sistemas de informação contribuem para a coleta e sistematização de dados, voltadas ao monitoramento, avaliação e, conseqüentemente, ao aprimoramento das ações, desde que se mantenha uma gestão qualificada por parte das equipes de trabalho.

4.2.3 Genograma e ecomapa

Uma ferramenta que vem sendo destacada em alguns dos artigos selecionados na revisão integrativa são o genograma e o ecomapa. Tem sido utilizada pelas equipes que trabalham na política de saúde, permitindo o conhecimento dos profissionais sobre a realidade das famílias.

Athayde e Gil (2005, p. 20), no artigo “possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina” (A3), relatam que o “genograma apresenta-se como uma ferramenta disponível e de fácil aceitação e manuseio e que pode contribuir para imprimir a abordagem familiar no cotidiano de trabalho dos médicos”. Em outro artigo intitulado “genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia Saúde da Família” (A5), Mello et al. (2005, p. 79) destacam que “conhecer a estrutura da família, sua composição, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, os problemas de saúde, as situações de risco, os padrões de vulnerabilidade, é vital para o planejamento do cuidado à saúde da família”.

O genograma e o ecomapa são fortes aliados dos profissionais para conhecer a família, pois permitem maior aproximação e só podem

²⁵ Para maior esclarecimento, consultar “Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social - CRAS”, Brasília -2009, Reimpresso em 2012, item 4.4, p. 44.

ser desenvolvidos com o envolvimento e participação efetiva da família. O genograma se refere à árvore familiar - estrutura familiar interna relatando a história de sua origem, as particularidades dos seus membros, os acontecimentos significativos de suas histórias e as condições de saúde da família (MELLO et al., 2005). Schwartz et al. (2009, p. 119), em seu artigo A18, complementam sobre o uso e o esboço do genograma que

[...] tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. Este instrumento desencadeia informações úteis tanto para a família como para os profissionais da saúde. Ao se realizar o genograma, é importante incluir pelo menos três gerações, pois isto propicia a coleta de informações ricas sobre relacionamentos ao longo do tempo, incluindo dados de saúde, doença, ocupação, religião, etnia e migração.

Por sua vez, Ditterich et al. (2009, p. 95) em seu artigo A20, relatam que o genograma como uma ferramenta “mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares”. Caracteriza-se por “identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer”

Athayde e Gil (2005, p. 17-18) ilustram a experiência do município de Londrina/PR, em que os médicos participaram de um curso para introduzir em suas práticas na Estratégia Saúde da Família, o genograma como ferramenta. Avaliam que, a família ao ser reconhecida pelos profissionais de saúde em sua totalidade, provoca-os “a buscarem alternativas diferentes das habituais para a realização do trabalho cotidiano, podendo remetê-los a rever seus hábitos e atitudes em relação à forma como prestam os cuidados em saúde” (A3).

Relacionado ao ecomapa, Schwartz et al. (2009, p. 119), em seu A18, ressaltam que essa ferramenta permite “uma visão geral da família, retratando relações importantes de educação ou relações conflituosas e de opressão entre a família e o mundo”. Ainda, trata-se de uma ferramenta imprescindível para que os profissionais compreendam a situação da família no que se refere aos recursos de cuidado e apoio, por demonstrar “o fluxo ou a falta de recursos e as privações e tem como objetivo representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos”.

O ecomapa fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo. Esse instrumento conecta as circunstâncias ao meio ambiente e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários. (MELLO et al., 2005, p. 83).

O ecomapa representa as “interações entre os membros da família e os recursos comunitários”: serviços de saúde; grupos de convívio social (igreja; associação de pais, etc.); escola e serviços de educação; relações pessoais significativas (família, amigos, vizinhos, etc.). Na organização do ecomapa, os membros da família são colocados no centro de um círculo e a rede social da família é apresentada por círculos externos. Essa rede é desenhada pelas ligações entre os diferentes círculos “por linhas e setas, permitindo avaliar a força e a qualidade das relações e se são de suporte ou não em relação à família”. Ao indicar o tipo de conexão estabelecida pelos indivíduos e a família é possível identificar: linhas contínuas que representam ligações fortes; linhas pontilhadas que expressam ligações frágeis; linhas tortuosas que demonstram aspectos estressantes. E, por fim, as setas que significam a energia e o fluxo de recursos. (BRASIL, 2014, p. 77-78).

O ecomapa como instrumento de avaliação familiar, torna-se útil para mapear redes, apoios e ligações da família com a comunidade. Associa-se ao genograma, “tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde”. “Enquanto o genograma identifica as relações dentro do sistema multigeracional familiar, o ecomapa representa as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento” (BRASIL, 2014, p. 77). O genograma e ecomapa vêm sendo utilizados no cotidiano de trabalho dos profissionais de modo expoente na área da saúde, permitindo retratar a “constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família” (BRASIL, 2014, p. 77).

4.2.4 Busca ativa, classificação, avaliação de famílias e escalas de risco

Constata-se que na política de assistência social a busca ativa, especificamente na proteção social básica, é uma das formas de acesso

ao Cras e ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif). Outras formas de acesso se dão pela procura espontânea; pelo encaminhamento da rede socioassistencial; e, encaminhamento das demais políticas públicas (BRASIL, 2012d).

A busca ativa se caracteriza como uma procura intencional realizada pela equipe do Centro de Referência de Assistência Social.

Tem como objetivo identificar as situações de vulnerabilidade e risco social, ampliar o conhecimento e a compreensão da realidade social, para além dos estudos e estatísticas. Contribui para o conhecimento da dinâmica do cotidiano das populações (a realidade vivida pela família, sua cultura e valores, as relações que estabelece no território e fora dele); os apoios e recursos existentes, seus vínculos sociais. (BRASIL, 2012d, p. 67).

Essa prática deve ser priorizada pela equipe de referência, uma vez que promove a inclusão e o acesso das famílias ao Paif (e demais serviços) e que subsidia a elaboração de diagnóstico das vulnerabilidades, riscos e potencialidades sociais o que oportuniza um melhor conhecimento do território de abrangência do Cras.

Na política de saúde, a busca ativa é entendida, segundo A46, como “ferramenta específica da vigilância epidemiológica, a partir da qual as equipes de saúde se deslocam até o território com o propósito de detectar agravos e intervir sobre eles, é um modo de ampliar o alcance das ações de saúde” (DOMENE; MEDEIROS; MARTINS, 2011, p. 71). A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) destaca como uma das atribuições dos membros das equipes de atenção básica: “realizar busca ativa e notificar doenças e agravos e situações de notificação compulsória e de outros agravos e situação de importância local” (BRASIL, 2012, p. 44).

Os artigos A4, A14, A17, A21 e A26 discutem sobre a classificação de risco das famílias. Todos esses artigos referem o trabalho das equipes de saúde, as quais utilizam essa ferramenta como um critério para definir quais famílias deverão ter atendimento ou acompanhamento prioritário.

Ditterich, Gabardo e Moysés (2009), em seu artigo A4²⁶, consideram ferramentas e modelos de avaliação o ciclo de vida, o *Firo* e o *Pratice*, que se assemelham ao genograma e ecomapa e são complementares na aplicação das escalas de risco, visando a classificação e elegibilidade de prioridades nas práticas de saúde e no planejamento de estratégias de intervenção.

O ciclo de vida é uma ferramenta que divide a história da família em “estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios”. Sua compreensão e modo como “interferem no processo saúde-doença, possibilita à equipe de saúde prever quando e como as doenças podem ocorrer” (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009, p. 519). Leva em consideração uma série de eventos que ocorrem com o grupo familiar e que provocam mudanças e alterações nas formas de organização, uma vez que “é um fenômeno complexo, [...] uma espiral da evolução familiar, na medida em que as gerações avançam no tempo em seu desenvolvimento que vai do nascimento à morte” (p. 519).

O modelo *Firo* é baseado em Orientações Fundamentais nas Relações interpessoais, do original em inglês *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (Firo). As proposições desse modelo no estudo das famílias, são aplicáveis em quatro situações:

1. quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto;
2. quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade;
3. quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família;
4. quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade.

²⁶ Este artigo é um relato de experiência e as ferramentas que são apresentadas são resultado de uma capacitação desenvolvida com profissionais da ESF por uma universidade Canadense. Essa capacitação buscou instrumentalizá-los para o uso dessas ferramentas, os profissionais que participaram são médicos, enfermeiros e odontólogos.

(DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009, p. 521).

Esse modelo pode ser útil em casos de hospitalização de um dos membros da família, pelo fato de implicar em possíveis alterações de papéis e crises familiares resultantes. Ainda, para entender como uma família está lidando com as alterações inerentes ao ciclo de vida e aos ritos de passagem, por exemplo.

O *Practice*, como um modelo, opera por momentos de entrevista familiar e representa o acróstico das palavras do original em inglês: *problem* (Problema apresentado) - auxilia a equipe a compreender o significado do problema; *roles* (papéis e estrutura) - aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como evoluem a partir dos posicionamentos; *affect* (afeto) - reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como interferem no problema apresentado; *communication* (comunicação) - ajuda observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família; *time in life* (tempo no ciclo de vida) - correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do ciclo de vida; *illness* (doenças na família passada e presentes) - resgata a morbidade familiar e valoriza as atitudes e os cuidados frente às situações vividas; - *coping with stress* (lidando com o estresse) - identifica fontes de recursos internos à própria família a serem mobilizados para o enfrentamento do problema; e, *environment/ecology* (meio ambiente ou ecologia) - tipo de sustentação e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar os problemas. Esse modelo “facilita o desenvolvimento da avaliação familiar”, fornecendo as informações sobre que intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico”, podendo ser usado para itens de ordem médico, comportamental e de relacionamentos (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009, p. 522).

Souza et al. (2013, p. 51), em seu artigo A14, apresentam outra ferramenta: a Escala de Risco de Coelho (ERC), criada em princípio para “organizar as famílias da área de abrangência de uma equipe da ESF, de forma a classificar àquelas de maior risco biológicos ou sociais para que os profissionais, principalmente o médico, pudessem priorizá-las para suas visitas domiciliares”.

Para os autores, trata-se de uma ferramenta que

[...] classifica as famílias de acordo com critérios biológicos e sociais, de ordem transitória ou

permanente, em que um ou mais membros possam ser afetados. Para isso, são colhidos os dados descritos na ficha de cadastro das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), preenchidas pelo ACS, denominadas de ficha A. (SOUZA et al., 2013, p. 51).

A classificação do risco familiar, segundo a ERC, vem sendo utilizada pelas equipes da ESF, principalmente pelos profissionais da área de enfermagem, na seleção de famílias que requerem o olhar diferenciado das suas condições de vida e na organização e execução do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (SOUZA et al., 2013). Para as autoras, é de fundamental importância que as anotações e atualizações da ficha A sejam preenchidas com dados completos, independente da escala que for utilizada.

No artigo A21, Nascimento et al. (2010, p. 2466), indica que a Escala de Coelho “desponta como uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF.” Isso porque, a Escala de Coelho se ocupa dos dados da ficha A, que explicitam sobre a situação familiar, a exemplo: menores de seis meses; maior de 70 anos; acamado; violência; analfabetismo; deficiência física; deficiência mental; uso de drogas lícitas ou ilícitas etc. A pontuação desses dados gera a identificação do grau de risco da família, permitindo às equipes de atenção básica organizarem as visitas domiciliares às famílias que apresentam maior risco (NASCIMENTO et al., 2010).

Sobre a classificação de risco familiar, segundo a Escala Coelho e Savassi, Menezes et al. (2012), no artigo A17, evidenciam que se organiza a partir de “critérios” ou indicadores ou ainda “sentinelas”, pela definição de pontuação em cada critério. As autoras destacam que de acordo com cada realidade é possível adaptar os indicadores e a pontuação para que estejam adequados às particularidades da comunidade e das famílias. Nesse sentido, cabe aos profissionais avaliar se adaptam a escala ou se a utilizam tal como está descrita em documentos específicos. Sobre o significado da “classificação do risco familiar, ressaltam que “permite o delineamento de ações de saúde por meio de um planejamento que identifique os reais problemas da população, o que resultará na priorização dos atendimentos às famílias vulneráveis” (MENEZES et al., 2012, p. 194).

Na política de assistência social, a prioridade no atendimento das famílias se dá a partir do reconhecimento das situações de risco e vulnerabilidade das famílias, por meio da vigilância socioassistencial como uma das funções da política de assistência social (prevista nos artigos 87 a 94, da NOB/SUAS de 2012). Permite a sistematização de informações territorializadas de “situações de vulnerabilidade e risco que incidem sobre famílias e indivíduos e dos eventos de violação de direitos em determinado território” (BRASIL, 2012f, p. 26). Permite ainda, aos trabalhadores do Suas maior conhecimento sobre os índices de vulnerabilidade do território, o que permite que definam os casos mais urgentes que demandam intervenção e acompanhamento prioritário.

O Art. 88 estabelece que a “Vigilância Socioassistencial deve manter estreita relação com as áreas diretamente responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais à população nas Proteções Sociais Básica e Especial”. E, o Art. 89, dispõe que a Vigilância Socioassistencial deve “analisar as informações relativas às demandas quanto às: incidências de riscos e vulnerabilidades e às necessidades de proteção da população, no que concerne à assistência social; e características e distribuição da oferta da rede socioassistencial instalada, vistas na perspectiva do território, considerando a integração entre a demanda e a oferta”²⁷. (BRASIL, 2012f, p. 26-27).

4.2.5 Visita domiciliar

A visita domiciliar se destaca como uma forma de aproximação com a família, para o estabelecimento de vínculos, para orientação, acompanhamento e acolhimento nos programas e serviços de ambas as políticas. Na política de saúde é comum utilizar o termo visita domiciliária quando se refere à visita domiciliar.

Nascimento et al. (2010, p. 2470) em seu artigo A21, refere que “a visita domiciliar deve servir com a finalidade de prevenir qualquer agravo”. Goulart et al. (2010) complementam a ideia de Nascimento quando argumentam no artigo A48, que deve ser seguido um protocolo

²⁷ Os demais Artigos que dispõem sobre a Vigilância Socioassistencial podem ser consultados na Resolução n. 33, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

de visita domiciliar com questionamentos previamente elaborados para guiar uma conversa na busca de

[...] dados relacionados ao número de residentes, faixa etária, aspectos gerais de saúde e doença e, quando pertinente, indicações para retomada de acompanhamento na unidade de saúde da região, bem como reforço de informações e orientações sobre importância de manutenção do esquema vacinal, orientações para estímulo da comunicação oral em crianças e idosos com e sem queixas fonoaudiológicas, entre outros. (GOULART et al., 2010, p. 843).

Nessa lógica, Mello et al. (2005), artigo A5, referem que a visita domiciliar propicia maior proximidade com as famílias e indivíduos, podendo ser o momento de aplicar outras ferramentas do trabalho com famílias.

Pode-se utilizar o acolhimento, a entrevista e a observação sistematizada. Todos esses instrumentos utilizados no processo de trabalho das equipes dão suporte para a construção de outros instrumentos, os quais possibilitam a visualização do processo da dinâmica familiar e da relação da família com a comunidade. Entre esses outros instrumentos, destaca-se o genograma e o ecomapa, que são úteis para delinear as estruturas externas e internas da família. (p. 81).

Os ACSs são os que mais se utilizam da visita domiciliar para conhecer melhor o território e a realidade das famílias sob sua responsabilidade. Eles se caracterizam como a linha de contato entre famílias e unidade de saúde, famílias e profissionais e serviços de saúde. A Pnab (BRASIL, 2012) destaca como uma das atribuições específicas do ACS o desenvolvimento de visitas domiciliares.

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes,

mantendo como referência a média de uma visita/família/mês. (BRASIL, 2012, p. 49).

Destaca ainda sobre a importância de “realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros)” (BRASIL, 2012, p. 43).

Costa et al. (2013, p. 2151-2152), em seu artigo A38, tratam da importante função desempenhada pelos ACSs, ressaltando sobre a importância do cadastro efetuado no momento da visita - o qual possibilita o real conhecimento das famílias atendidas, o levantamento dos principais problemas de saúde e o atendimento das demandas das famílias e da comunidade. Elas destacam a visita domiciliar como “um instrumento ideal para a educação em saúde [...] que se dá no contexto de vida de cada um e da família, pois cada domicílio apresenta uma realidade, que permite a troca de informações”.

A prática da visita domiciliária é ressaltada pelos profissionais da ESF, como uma estratégia, “tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, com vistas não só à prevenção da saúde e à recuperação e reabilitação de doenças, mas também à promoção da saúde” (GAIVA; SIQUEIRA, 2011, p. 797). Em seu artigo A14, Souza et al. (2013, p. 54) indicam que “a visita domiciliar deve ir além de grupos prioritários, pois pode ser estratégia para a formação de vínculo dos profissionais com a família, além de possibilitar a integralidade da assistência.” E, Menezes et al. (2012, p. 190-191) considera que a visita domiciliar se constitui uma “oportunidade ímpar, na qual se estabelece o vínculo entre profissionais, pacientes e seus familiares através da escuta e do acolhimento, favorecendo a produção de saúde para os indivíduos” (A17). A Portaria n. 2527, de outubro de 2011, define a Atenção Domiciliar como uma modalidade de atenção à saúde

[...] substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada a Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012c, p. 10).

Para reforçar a atenção no domicílio, o Ministério da Saúde institui o “Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar”²⁸. Atenção Domiciliar demarcada pela Portaria acima referida apresenta elementos considerados importantes.

Modalidade de atenção 'substitutiva ou complementar': pode tanto substituir o cuidado prestado pela Rede de Atenção à Saúde, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde e do próprio hospital [...]; **Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde:** traz um escopo amplo de objetos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, [...] utilizando, para isso, estratégias para educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares; **Continuidade do cuidado:** [...] possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente ao potencializar a construção de 'pontes' entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio; **Integrada às Redes de Atenção à Saúde:** [...] potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde; [...]. (BRASIL 2012c, p. 10-11).

Na política de assistência social a visita domiciliar é uma prática utilizada para uma maior proximidade com a família ou para situações específicas, como realização de estudo social²⁹ e encaminhamentos para serviços etc. Nas orientações do Paif estão definidas ações coletivas de trabalho com grupos e também ações particularizadas no Cras e no domicílio (esta última realizada a partir da visita domiciliar). “O atendimento domiciliar deve ser utilizado como estratégia de

²⁸ Consultar Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1, 2012.

²⁹ Conforme as Orientações Técnicas sobre o PAIF elaboradas pelo MDS, Estudo Social é a “análise tecnicamente qualificada sobre a situação de vulnerabilidade social vivenciada pela família, que explicita a necessidade de inserção da família no atendimento ou acompanhamento familiar” (BRASIL, 2012, p. 66).

aprofundamento de intervenções que não são possíveis em coletividade, de vinculação da família ao Serviço e para mobilizar as redes sociais de apoio à família” (BRASIL, 2012e, p. 43).

O Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas, previsto no documento Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais de 2009, tem por finalidade

[...] a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência, pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento. (BRASIL, 2009c, p. 16).

Como essencial a esse serviço, a visita domiciliar se coloca apoiadora de outras ações, como: a acolhida; os encaminhamentos; e as orientações. Essas ações visam elevar a função protetiva da família, o desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social, a inserção na rede de serviços socioassistenciais e demais políticas, a elaboração de instrumento técnico de acompanhamento e desenvolvimento dos usuários, a documentação pessoal e a mobilização para a cidadania (BRASIL, 2009).

A importância dessa técnica operacional no desenvolvimento do trabalho com famílias, reforça o movimento de “parceria” na relação família e Estado - a família como foco da atenção passa a ser apoiada no desempenho da sua função protetiva e de cuidados de seus membros, seja por meio de visita de rotina ou pela oferta de serviços no domicílio, em que profissionais dos Cras e das equipes da ESF e do Nasc se fazem presentes para atender as demandas familiares.

4.2.6 Trabalho com grupos

As ações de atenção e proteção social básicas no âmbito das políticas públicas da saúde e assistência social têm focado a família como unidade relacional e de práticas envolvendo seus membros. O trabalho com o grupo familiar se dá principalmente pela via do Serviço

de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos na assistência social e pela via do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa direção, o trabalho grupal ganha espaço e se estabelece, num crescente, como técnica operacional para atender a família em seu domicílio.

Os serviços operacionalizados nos Cras junto das famílias e indivíduos, segundo A53, “visam à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário, evitando a focalização e o trabalho por segmentos. Tais ações são desenvolvidas com o membro da família, com o grupo familiar ou com grupos de famílias” (BARBOSA; BRISOLA, 2013, p. 200).

Rosa (2006), em seu artigo A39, destaca que o processo grupal é fundamental, fazendo-se necessário extrapolar o trabalho de grupo para avançar na direção das ações mais coletivas. A respeito, Machado et al. (2012, p. 3131) reforçam ser necessário dialogar com a população, “gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais”.

Conforme o artigo A28, tanto o trabalho socioeducativo com famílias ou grupos de famílias, bem como os demais procedimentos técnicos, como a escuta e a acolhida, os encaminhamentos e acompanhamentos,

[...] devem buscar a inserção desses sujeitos no circuito do território e da rede de segurança social e articular o individual e o familiar no contexto social, levando esses sujeitos a ultrapassar o imediatismo de suas concepções, mas tendo como princípio que subjetividades transformadas só provocam mudanças com ações coletivas, com acesso a serviços, benefícios, ou seja, com condições objetivas. (TEIXEIRA, 2010, p. 296).

Os serviços desenvolvidos nos Cras, no âmbito da proteção social básica, devem se vincular ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (Paif), com vistas a garantir o “trabalho social com famílias dos usuários desses serviços, permitindo identificar suas necessidades e potencialidades dentro da perspectiva familiar e

rompendo com o atendimento segmentado e descontextualizado das situações de vulnerabilidade social vivenciada” (BRASIL, 2009, p. 6).

O trabalho desenvolvido no Paif pode ser realizado por meio de oficinas com famílias, encaminhamentos e orientações, ações comunitárias. Entretanto, não acontece somente com grupos de famílias, pode ser individualizado por meio de ações particularizadas para atendimento e acompanhamento familiar que demandam maior atenção. O documento Orientações Técnicas sobre o Paif³⁰, destaca a realização de oficinas com famílias que “consistem na realização de encontros previamente organizados, com objetivos de curto prazo a serem atingidos com um conjunto de famílias, por meio de seus responsáveis ou outros representantes” (BRASIL, 2012e, p. 23).

Essas oficinas com famílias permitem uma reflexão ampliada sobre os problemas vivenciados por elas: o problema encontrado por uma família, pode ser o mesmo que está sendo enfrentado por outras. Nesse sentido é importante

[...] contextualizar situações de vulnerabilidade e risco e assegurar a reflexão sobre direitos sociais, proporcionando uma nova compreensão e interação com a realidade vivida, negando a condição de passividade, além de favorecer processos de mudança e de desenvolvimento do protagonismo e da autonomia, prevenindo a ocorrência de situações de risco social. (BRASIL, 2012e, p. 24).

Junto ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o trabalho com grupos é desenvolvido na perspectiva do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Esse serviço é desenvolvido a partir de faixas etárias ou ciclos de vida, sendo de 0 até 6 anos, de 6 a 14 anos e de 15 a 17 anos e idosos. Ocupa-se do trabalho com grupos para desencadear ações intergeracionais e a heterogeneidade na composição dos grupos por sexo, presença de pessoas com deficiência, etnia, raça, entre outros. Nessa lógica, as atividades do Paif e do SCFV de caráter continuado são complementares e buscam fortalecer a função protetiva das famílias e prevenir situações de risco

³⁰ Orientações técnicas sobre o Paif - Volume 2, Trabalho social com famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).

social. Ainda, dado o caráter preventivo e proativo, as atividades devem se pautar “[...] na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social” (BRASIL, 2009, p. 9).

Gueiros (2010, p. 130), artigo A54, ao indicar que o trabalho seja desenvolvido conjuntamente com as famílias, relacionando demandas ou necessidades por elas apresentadas, defende ser “importante que se realizem, além de sua inclusão em políticas de proteção social, diferentes modalidades de atendimento, algumas de caráter individualizado e outras de caráter coletivo”. Ela chama a atenção dos profissionais sobre esse atendimento, que tanto pode ser processado com ações coletivas ou de acompanhamento mais individualizado, ao argumentar que

A atenção individualizada visa abordar as questões que são singulares àquela família, sobretudo as relativas às vicissitudes de seu percurso de vida, ao convívio de seus vários membros e ao processo socioeducacional de crianças e adolescentes. Os procedimentos de caráter coletivo envolvem diversas famílias e têm o objetivo de trabalhar as particularidades daquele conjunto de sujeitos e de estimular a articulação entre eles, inclusive em prol da reivindicação de seus direitos sociais. (GUEIROS, 2010, p. 130).

Nesse sentido, o trabalho com grupos deve abarcar atividades de interesse da família como também atividades estratégicas que permitam melhor interação com a comunidade, território e serviços oferecidos. As atividades recreativas e culturais consideradas estratégicas (e, geralmente bem aceitas pelas famílias) devem possibilitar reflexões sobre problemáticas ou situações presentes na realidade vivenciada como também perspectivas de serem transformadas (GUEIROS, 2010).

Na política da saúde, a prática de trabalho com grupos (mesmo difundida) ainda é um desafio, especialmente no âmbito dos Núcleos de Apoio a Saúde da família (Nasf), ao considerar o objetivo de “possibilitar maior ampliação do cuidado, do suporte ao cuidado e da intervenção sobre problemas e necessidades de âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2014, p. 21). O trabalho realizado pela equipe multiprofissional do Nasf busca prevenir doenças e promover a educação e a promoção da saúde, dá suporte às Equipes de Saúde da

Família, na direção de intervir de forma mais planejada nas demandas apresentadas pelas famílias ou comunidades em seus territórios.

O trabalho do Nasc se direciona às equipes de atenção básica e os usuários em seu contexto de vida, para “desenvolver ações voltadas às crianças, adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes, raças, gênero e etnias, com a clareza da missão especial desse tipo de equipe (não devendo se sobrepor às equipes de Atenção Básica nem se distanciando do cuidado dos usuários)” (BRASIL, 2014, p. 21). Ao tratar do trabalho com grupos, define-o como importante recurso no cuidado aos usuários da atenção básica, destacando diversas modalidades: “grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc” (BRASIL, 2014, p. 67)³¹. Ainda, o trabalho com os grupos, desenvolvido pelo Nasc se refere à educação em saúde e tem como objetivos o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização das famílias. Ademais, propicia socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos, a partir dos grupos de convivência, de mulheres, grupos operativos, terapêuticos e motivacionais (BRASIL, 2014). Essa direção de trabalho do Nasc, é reforçada pela Pnab (BRASIL, 2012, p. 44) ao destacar como atribuição de todos os membros da equipe de Atenção Básica, a de “praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade”.

Nesse sentido, Jaime et al. (2011, p. 812), em seu artigo A37 pontuam que “os Nasc devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família”. Já Ditterich, Gabardo e Moysés (2009, p. 516), enfatizam que “ao se focar a atuação na família, amplia-se a noção de atendimento integral à saúde, em que, a partir de um paciente, as ações são desdobradas para o grupo, com a organização de práticas preventivas coletivas e de promoção de saúde” (A4).

³¹ Vide. Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano. (Ministério da Saúde, cadernos de atenção básica, número 39), vol. 1. Brasília, 2014.

O trabalho com grupos no âmbito das políticas públicas da saúde e assistência social pode ser ilustrado ao destacar duas experiências: uma que relata a experiência de equipes de saúde na rede básica, artigo A16:

O Grupo com cuidadores e a oficina lúdica acontecem simultaneamente, com a presença das mini-equipes de trabalho em cada uma das três unidades básicas onde essa atividade tem sido desenvolvida desde 2006; os dias da semana, horários e espaços físicos são fixos de modo a favorecer vínculo e adesão. O contrato com os participantes é feito nos moldes de um convite à conversa, às brincadeiras entre as crianças, para “aprender coisas novas”, “trocar experiências” e buscar soluções para os impasses da vida em família e na comunidade. Enfatiza-se que a participação é voluntária e que seria interessante a continuidade ao longo de pelo menos um semestre, tanto para as crianças como para os familiares. Por ser um dispositivo aberto é acordado com os participantes, adultos e crianças, que sempre acolheremos os “novos que chegam”, introduzindo-os no espaço lúdico e nas “conversas”. (CAVINI et al., 2008, p. 148-149).

As autoras ressaltam que referente às temáticas discutidas, os temas não são definidos a priori, constituindo-se num espaço aberto, “construído a partir dos relatos e experiências compartilhadas, que carregam consigo afetos propulsores de questionamentos, dúvidas e reflexões” (p. 149).

Outra experiência relata a intervenção com a família na busca do fortalecimento dos vínculos familiares para o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, artigo A25::

A partir das constantes avaliações das intervenções, após um ano de trabalho, constatamos a necessidade e propusemos o trabalho em grupo com as famílias, no qual foram abordados temas relacionados à educação dos filhos, às relações familiares e comunitárias, temas esses elencados pelo grupo. (MITIKO; KURULI; 2012, p. 77).

Ao relatar essa experiência, as autoras destacam que durante os encontros as “[...] discussões estiveram sempre relacionadas ao cotidiano das respectivas famílias, buscando proporcionar a reflexão sobre as diferenças individuais, a importância do papel enquanto cuidadores e consequentemente de seus comportamentos [...]” (p. 77).

Em ambas as políticas públicas, o trabalho com grupos vem se instituindo de modo a considerar a família uma forte aliada nos processos de trabalho coletivo. Para tanto, os profissionais precisam perceber quais as ações que devem ser trabalhadas com abordagem individual ou coletiva. Isso requer o conhecimento da realidade das famílias, a realização da acolhida e escuta qualificada a fim de estabelecer confiança e vínculos entre equipes e usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tecer considerações finais acerca da temática estudada, retorna-se ao objetivo norteador desta pesquisa: analisar conceitos e metodologias de trabalho direcionados à família na atenção e proteção social básicas, no âmbito das políticas de saúde e assistência social, considerando aproximações, complementaridades e desafios na intervenção profissional. Desse modo fica possível organizar a síntese abaixo descrita, a partir do desenvolvimento deste estudo.

No tocante ao método de pesquisa revisão integrativa, associado ao levantamento bibliográfico e documental, esse foi estratégico no estudo pelo fato de encontrar publicações de referência sobre a temática estudada e também por explorar descrições e permitir aproximações de análises ao longo desta dissertação.

Quanto às aproximações e complementaridades, ficam evidentes desde a trajetória das políticas, a organização e desenvolvimento do trabalho com famílias, as concepções e até mesmo os desafios apresentados pelos profissionais. Ao discorrer sobre o papel da saúde e da assistência social como políticas públicas integrantes do sistema de Seguridade Social, o século XX foi um marco na conquista de direitos em nível mundial, traduzida em importantes declarações, com destaque a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual estimulou movimentos para ampliar a conquista de garantias de direitos em cada país, na relação sociedade e Estado.

No caso brasileiro, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, organiza-se o sistema de Seguridade Social, que se destina a “assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, ART. 194), conclamando a participação da comunidade em processos deliberativos, decisórios e de controle social na gestão das políticas públicas. Ao estabelecer a saúde e a assistência social como área de intervenção governamental, portanto de caráter público, garante acessos a direitos: na saúde, o acesso universal e igualitário e, na assistência social, a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social.

Ambas as políticas avançaram na organização de ações assistenciais com seus próprios sistemas (SUS e Suas) para assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a defesa e garantia de direitos e a prevenção de situações de risco, envolvendo indivíduos e famílias. Não resta dúvida de que a família como unidade de acolhida, de cuidados e proteção, coloca-se cada vez mais como espaço

privilegiado de intervenção dessas políticas públicas, ao estabelecerem estratégias, programas e serviços de atenção e proteção social básicas no trabalho a ela direcionado.

A efetividade das ações nessa modalidade assistencial tem sido problematizada e debatida por diferentes autores. De um lado, autores apontam ser um avanço no âmbito das políticas públicas, ao levar em consideração o território onde a família vive e ao buscar a superação do trabalho focalizado no indivíduo. E, de outro lado, criticam as ações de atenção básica como geradoras de práticas que podem culpabilizar as famílias, ao invés de trabalhar no sentido de apoiar para que juntamente com o Estado e a sociedade possam processar a acolhida, o cuidado e a proteção dos que dela fazem parte.

Para dissipar com essa culpabilização, que reduz o investimento de trabalho no potencial parceiro das famílias, permanece o desafio de romper com o modo conservador de concebê-la e abordá-la, bem como de assisti-la na sua integralidade. Na atenção e proteção social básicas há que se considerar que as referidas políticas públicas têm no seu horizonte uma atuação com capacidade de promoção e proteção de indivíduos e famílias.

Fica evidente nos "achados" da revisão integrativa que os artigos que tratam do trabalho com famílias, tanto na política de saúde quanto na de assistência social, reconhecem as novas formas de organização familiar (arranjos familiares), ao trazerem conceitos ampliados de família. Porém, ainda se espera que a família desempenhe as funções clássicas de cuidado e proteção de seus membros, ou seja, o conceito se amplia, mas a função e as responsabilidades são as mesmas construídas historicamente.

Um fato importante é o reconhecimento da família como um espaço estratégico de intervenção, o que supõe ter a família como parceira das políticas. Destacam a necessidade de superar o atendimento ao indivíduo e compreender a família em sua totalidade, reconhecendo as dificuldades ou desafios, mas também as potencialidades que se apresentam.

Outro desafio que permanece é o de atuar na perspectiva da emancipação e cidadania, com vistas a elevar os processos de produzir sujeitos sociais autônomos e instituir cada vez mais ações preventivas, protetivas e proativas, que fortalecem as famílias, garantam aos usuários das políticas a possibilidade de auto-cuidado e o acesso ao conhecimento dos direitos bem como de sua defesa. Assim, o termo cunhado nesta dissertação "atenção e proteção social básicas" que reúne as denominações de ambas as políticas públicas em pauta, expressa uma

intencionalidade assistencial e política tanto na organização e qualificação da oferta de ações, quanto no modo de abordar e organizar os processos de trabalho voltados aos usuários (indivíduos, famílias e população) em seu território.

A saúde por muito tempo conduziu suas ações sem levar em consideração a oferta de serviços públicos regionalizados com base num sistema único. E, a assistência social conduziu suas ações na contramão de assegurar direitos sociais. Isso mudou a partir do momento em que passam a integrar o sistema da Seguridade Social inserido na ordem social, que “tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais” (BRASIL, 1988, ART. 193). Uma vez inspirada pelo Sistema Único da Saúde, a assistência social organiza seu próprio Sistema Único de Assistência Social na busca de regular e organizar a oferta de ações socioassistenciais, visando sua implementação nos municípios brasileiros.

Relacionados à política de saúde e à assistência social, os artigos 198 e 204 da Constituição Federal de 1988, respectivamente apresentam diretrizes que convergem a um mesmo ponto. Destacam-se a descentralização político-administrativa - cabendo a coordenação à esfera federal e a coordenação e execução às esferas estadual e municipal e, a participação da comunidade/da população - cabendo a formulação das políticas e o controle das ações.

Nessa direção, retomam-se os desafios relacionados por Senna (2013) em seu artigo A23, ao apontar: às diversas lógicas organizacionais presentes nos setores; à disputa por recursos e status; e, à complexidade do processo de intermediação de interesses e influência decisória. O trabalho interdisciplinar e intersetorial está previsto em ambas as políticas, porém também é apontado como um grande desafio às equipes profissionais.

Esses desafios remetem à necessidade de ampliar a interlocução de diferentes atores e setores envolvidos em políticas públicas a fim de promover novos arranjos participativos, e, conseqüentemente, desencadear um trabalho intersetorial diante do complexo trabalho com indivíduos e famílias, entre políticas públicas que são complementares, no caso a saúde e a assistência social. Cabe destacar que ao tratar da interdisciplinaridade e intersetorialidade, nos “achados” da revisão integrativa, são defendidos pelos autores como importantes, para romper o trabalho setorializado e focalizado. Mesmo previstos nos documentos que normatizam e orientam as políticas, programas e serviços, bem como as profissões, principalmente a intersetorialidade não é descrita pelos profissionais como uma prática cotidiana.

Da mesma forma a educação permanente, prevista em ambas as políticas públicas, é reconhecida pelos autores como um avanço, na medida em que prevê ações de capacitação e formação aos profissionais. Mas também é definida como desafio, quando estes reforçam a complexidade do trabalho com famílias, tanto no que se refere ao processo de trabalho, quanto no que se refere ao uso de técnicas operacionais para o desenvolvimento do trabalho.

Nesse sentido, discutir sobre as concepções e metodologias de trabalho com famílias, no que se refere à atenção e proteção social básicas, no âmbito da política de saúde e assistência social, revelou-se um árduo trabalho, que merece continuidade e aprofundamento, tendo em vista a complexidade de ambas as políticas e do desafiador trabalho com famílias. Mas também permitiu revelar que as políticas de saúde e assistência social são de fato complementares e que apresentam muitas aproximações, em termos de concepção, organização e práticas, revelando-se ainda que muitos são os desafios postos aos profissionais, e que a família precisa ser fortalecida e reconhecida como parceira do estado e da sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRHÃO, Ana Lúcia; SOUZA, Rodolpho Fernandes. O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – aspectos da prática promocional em saúde. **Revista Rene**, v. 14, n. 4, p. 740-747, 2013. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1000>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

AFONSO, Maria Lucia Miranda; HENNON, Charles B.; PETERSON, Tina L. Carico and Gary W. Uma abordagem metodológica para trabalhar com famílias no SUAS: uma leitura crítica através das lentes da cidadania. **Psicologia & Sociedade**, n. 25(esp.), p. 80-90. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

ALBIERO, Célia Maria Grandini; SILVA, Maria Helena Cariaga; FIGUEIREDO, Janaíze de Jesus Silva. Perfil das Famílias em Situação de Vulnerabilidade Social de Miracema – TOCANTINS. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 4., Tocantins, 2011. **Anais eletrônicos...** Tocantins: UFT, 2011. Disponível em:

<http://eventos.uft.edu.br/files/imports/v_cient/documentos/cc2ea236ad29da4ce62697f4cb02ab00/82.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

ALMEIDA, Adriana Alves dos Reis; BRANDÃO, Thiago Bazi. **Os desafios da atuação do assistente social com família no campo socioassistencial**. Brasília: UCB, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/3346/1/Adriana%20Alves%20dos%20Reis%20Almeida.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

AMENDOLA, Fernanda et al. Validade aparente de um índice de vulnerabilidade das famílias a incapacidade e dependência. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v.45(Esp. 2), p. 1736-42. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/17.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

ARIÈS, Philippe. **A história social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

ATHAYDE, Elisabete Soares; GIL, Célia Regina Rodrigues. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p.13-22, jun. 2005. Disponível em:<

<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n2/genograma.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BARBOSA, Juliana Alves; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Interdisciplinaridade: a percepção dos Trabalhadores sociais dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). **Publicatio - UEPG Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes**. Ponta Grossa, v. 21, n. 2, p. 197-209, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/viewFile/4873/3779>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BITTENCOURT, Rosely Aparecida; SANROMAN, Maria de Lourdes Corres Perez. Família Curitibana: uma metodologia do trabalho com famílias. **Serviço Social Revista**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 162-187, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/11053>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília: GESST/SER/UnB, 2001.

BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese**. São Paulo: Atlas, 2004.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Senado Federal [Brasília], [1988]. Disponível em: <http://senado.gov.br/legislação/cont/con1988_05.10.1988/CON1988.shtm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente**, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços**

correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde.

Brasília, 1990b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 1990c. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993. **Aprova a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).** Presidência da República.

Brasília, 1993. Disponível em:

<<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Presidência da República. Brasília, 2003. Disponível em:

<<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L10741.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília, 2012.

_____. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.** Ministério da Saúde. Brasília, 2012b. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 18 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Caderno de Atenção Domiciliar. v. 1, Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio a Saúde da família: Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano**. (Cadernos de Atenção Básica n. 39) v. 1. Brasília, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Brasília, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Educação Permanente do SUAS**. Brasília: 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Capacitação para Implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Programa Bolsa Família (PBF)**. Rio de Janeiro: IBAM/Unicarioca; Brasília: MDS, 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações técnicas Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília: 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Capacitação de conselheiros de assistência social: guia de estudos**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/biblioteca/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-de-informacao-sagi/guiase-manuais/capacitacao-de-conselheiros-de-assistencia-social-guia-de-estudos>>. Acesso em 11 mar. 2014.

_____. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/publicacoes-para-impressao-em-grafica/tipificacaonacional-de-servicos-socioassistenciais/arquivos/livro-tipificacao-nacionalinternet.pdf/download>>. Acesso em: 20 agos. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações técnicas sobre o PAIF. Vol. 1**. O Serviço de proteção e Atendimento Integral a Família, segundo a Tipificação nacional dos Serviços Socioassistenciais. 1. ed. Brasília, 2012d.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações técnicas sobre o**

PAIF. Vol. 2. Trabalho social com famílias o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Brasília, 2012e.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema único de assistência Social – NOB/SUAS.** Brasília: 2012f.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Presidência da República: Brasília, 2011.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2007. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Portaria n. 1.886, de 18 de Dezembro de 1997. **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Ministério da Saúde: Brasília, 1997. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Ministério da Saúde: Brasília, 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Portaria n. 278, de 27 de fevereiro de 2014. **Instituiu diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde.** Ministério da Saúde: Brasília, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em 21 abr. 2015.

- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTTA, Ana Elizabete (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, Marta Silva; MIOTO, Regina Célia T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. **Revista Ser Social**, Brasília: UNB, v. 1, n. 1, jan.-jun. 2003. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/281>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- CARLOTO, Cassia. Maria. Gênero, políticas públicas e centralidade na Família. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 86, p. 139-145, 2006.
- CARLOTO, Cássia Maria; MARIANO, Silvana. A Família e o Foco nas Mulheres na Política de Assistência social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 53-168, jul.-dez./2008. Disponível em: <<http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/377/334>>. Acesso em: 19 jul. 2014
- CARDOSO, Leticia Silveira, et al. Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem**, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_23.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller. **Família: Redes, Laços, e Políticas Públicas**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003. p. 267-274.
- _____. A Política de Assistência Social: novos desafios. In: **Política Pública em questão**. São Paulo: PUC – FUNDAP, 2011. p. 135-147. (Livro debates 2). Disponível em: <http://novo.fundap.sp.gov.br/arquivos/pdf/DEBATES%202_Politicass%20Publicas%20em%20Questao.pdf#page=135>. Acesso em: 19 jul. 2014.
- CAVALCANTE, Ana Célia; SILVA, Raimunda Magalhães. **Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a20.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- CAVINI, Priscilla Nogueira et al. Grupo de cuidadores e oficina lúdica como estratégia de atenção psicossocial à população infanto-juvenil:

relato de experiência de equipes de saúde na rede básica. **Psicologia Revista**. São Paulo, v. 17, n. 1-2, p. 141-160, 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18027>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

CORBO, Ana Maria De Andrea; MOROSNI, Marcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lucia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 69-106. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf#page=69>. Acesso em: 19 jul. 2014.

CÓRDOVA, Mara Fernanda; BONAMIGO, Irme Salette. Filhos afastados de suas famílias: ações e concepções dos profissionais. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n.1, p. 182-207, 2012.

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social** / Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Brasília, CFP/CEFESS, 2007.

CRONEMBERGER, Izabel Herika Gomes Matias; TEIXEIRA, Solange Maria. A centralidade da família nas políticas sociais de atenção básica: qual projeto e direção do trabalho social com famílias? In: **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz do Maranhão, 2011. **Anais eletrônicos....** São Luiz, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Famílias Vulneráveis como Expressão da Questão Social e à Luz da Política de Assistência Social. **INTERFACE**, Natal, v. 9, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/economiaufpi/article/view/1267>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CRUZ, Daniely Baumelda et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009. Disponível em:<

<http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/ARTIGOS/Daniely%20Baumel%20da%20Cruz%20et%20al.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos Humanos e Cidadania**. 2. ed. reform. São Paulo: Moderna, 2004.

DITTERICH, Rafael Gomes; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSÉS Samuel Jorge. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29620/0>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

DITTERICH, Rafael Gomes et al. O trabalho com família realizado por acadêmicos de odontologia na estratégia saúde da família em Curitiba-PR: um relato de experiência. **Revista APS**, v. 12, n. 1, p. 93-97, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/ARTIGOS/Rafael%20Gomes%20Ditterich%20et%20al.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

DOMENE, Semíramis Martins Álvares; MEDEIROS, Maria Angélica Tavares de; MARTINS, Paula Andrea; A dinâmica do aleitamento materno entre famílias em vulnerabilidade social: o que revela o sistema de busca ativa. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n1/v24n1a07.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

ESTEVA, Michelle Caroline et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 45, n. 3, p. 679-86. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

KLEBA, Maria Elizabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**. Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é Política Social**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

FANTINI, Karen Suyan Clezar. A família em fase de aquisição: repensando promoção e prevenção em saúde bucal. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 272-278, set./dez. 2005.

Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/viewArticle/8034>>.

Acesso em: 18 jul. 2014.

FARIAS FILHO, Milton C.; ARRUDA FILHO, Emílio J. M.

Planejamento da pesquisa científica. São Paulo: Atlas, 2013.

FERREIRA, Stela da Silva. NOB-RH Anotada e Comentada. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2011.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FIORI, José Luis. Estado de bem Estar Social: padrões e crises.

PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 129-147, 1997.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SIQUEIRA, Valeria de Carvalho Araújo. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado Saúde**. 2011, Disponível em:

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/1831>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2009.

GODINHO, Isabel Cavalcante. Uma reflexão sobre o trabalho com família na Política de Assistência Social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 18, n. 1, p. 9-30, jan.-jun. 2012. Disponível em:

<<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/703/62>>.

Acesso em: 20 jul. 2014.

GOLDANI, Ana Maria. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 1, p. 29-48, jan./jun. 2002.

GONÇALVES, Mariane Michele Leandro. A inserção do serviço social na estratégia de saúde da família – ESF. **Ágora: Revista de Divulgação Científica**, Mafra, v. 18, n. 1, 2011. Disponível em:<

<http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/243>>.

Acesso em: 18 jul. 2014.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de et al. Fonoaudiologia e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares. **Revista CEFAC**. v. 12, n. 5, p. 842-849, set./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n5/164-09.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

GUANAES, Carla; MATTOS, Augustus Tadeu Relo de. Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p.1005-1017, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/17.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

GUEIROS, Dalva. Azevedo. Matricialidade sociofamiliar: compromisso da política de assistência social e direito da família. **Revista Serviço Social e Saúde**. v. 5, n. 12, p. 73-97, dez. 2011.

_____. Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./jun. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/15.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

JAIME, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista Nutrição**. Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

JESUS, Andréa Cristina Santos de; AZEVÊDO, Judivanda Kênia Fernandes; SILVA, Lidiane Gislayne. A Participação da Família na Política Social Brasileira: construindo um campo de debates. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz do Maranhão, 2011. **Anais eletrônicos....** São Luiz, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_A_EIXO_2011/ESTADO_LUTAS_SOCIAIS_E_POLITICAS_PUBLICAS/A_PARTICIPACAO_DA_FAMILIA_NA_POLITICA_SOCIAL_B

RASILEIRA_CONSTRUINDO_UM_CAMPO_DE_DEBATES.pdf>.
Acesso em: 20 jul. 2014.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Gestão Intersectorial das Políticas Sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr., 2004.

LISBOA, Aline Vilhena et al. Escuta de Famílias em Domicílio: Ação do Psicólogo na Estratégia de Saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 31, n. 4, p. 748-761, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a07.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

MACHADO, André Sebastião Silva. A família, instrumento de proteção social redescoberta e culpabilização. In: Simpósio Mineiro de Assistente Social 2012, 2. **Anais eletrônico...** Bahia, 2012. Disponível em:
<<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/A%20FAM%C3%8DLIA,%20INSTRUMENTO%20DE%20PROTE%C3%87%C3%83O%20SOCIAL%20REDESCOBERTA%20E%20CULPABILIZA%C3%87%C3%83O.pdf>>.
Acesso em: 20 jul. 2014.

MACHADO, Márcia Maria Tavares et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a27.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MARCON, Sônia Silva et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 116-124, 2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MATTIONI, Fernanda Carlise; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SCHIMITH, Maria Denise. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a07v20n2>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MELLO, Débora F. de et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 79-89, abr. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010412822005000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MENDES, Katarina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez, 2008.

MENEZES, Adriana Henriques Ribeiro et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi - um relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 190-195, 2012. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18877>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, Mione Apolinario; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 43-60.

_____. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 55, p. 114-129, 1997.

_____. Família, trabalho com famílias e serviço social. **Serviço Social e Revista**, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010.

MITIKO, Dione Lolis; KURULI, Koga. Intervenção com a família para o fortalecimento dos vínculos familiares no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente. **Serviço Social Revista**. Londrina, v. 15, n. 1, p. 65-88, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/13751/12474>>. Acesso em: 19 fev. 2014.

NASCIMENTO, Fernanda Gomes do et.al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciência e**

saúde coletiva, v. 15, n. 5. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, mar. 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 15, n. 3, mai./jun, 2007b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a11.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al. A prática psicológica na proteção sócia básica do SUAS. **Psicologia & Sociedade**, v. 23(n. Spe.), p. 140-149, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a17v23nspe.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2014

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre Política Social como Política Pública e direito de Cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Faleiros de; LUNARDELO, Simone Renata. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 270-273, mai./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a04v59n3.pdf> >Acesso em: 23 jul. 2014.

PRETTO, Zuleica; LANGARO, Fabíola; SANTOS, Geórgia Bunn. Psicologia Clínica Existencialista na Atenção Básica à Saúde: um relato de atuação. **Psicologia ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p. 394-405, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a14.pdf> >. Acesso em: 23 jul. 2014.

ROSA, Elizabete Terezinha Silva. A centralidade da família na política de assistência social. In: **Congresso Internacional de Pedagogia**

Social, 1. Brasília: UCB, mar. 2006. Anais eletrônico... Brasília, 2006.

Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000009200600100011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SARTI, Cinthia. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **A família contemporânea em debate**. 6. ed. São Paulo: Educ/Cortez, 2005. p. 39-50.

SANT'ANA, Marília Mazzuco et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de Transtorno mental. **Texto Contexto**

Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-8, jan./mar. 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

SCHWARTZ, Eda et al. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, UFPel, v. 8, p. 117-124, 2009.

Disponível em:

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9727>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão. **O**

Social em Questão, ano XVII, n. 30, 2013. Disponível em:

<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_30_Senna_12.pdf>.

Acesso em: 19 jul. 2014.

SERAPIONI, Mauro. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10

(sup) p. 243-253, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szylyt. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; NOVAIS, Nauana Nascimento. Um Olhar Sobre o Estado da Arte e Suas Contribuições para a Compreensão-Planejamento de Cuidados à Família. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 59-76, jan. 2009. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2780>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

SILVAL, Nair Chase da; GIOVANELLALL, Ligia, Evelyne; MAINBOURG, Marie Therese. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**. UFA, v. 67, n. 2, p. 274-281, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

SISSON, Maristela Chitto et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistência. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/16.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SOUZA, Eni Carmo et al. Classificação de famílias segundo situações de risco. **Cogitare Enfermagem**. UEL, v. 18, n. 1, p. 50-56, jan./mar, 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/31302/20013>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

STECHEI, Tatiana de Oliveira. O Programa Bolsa Família a partir do território: o trabalho social com as famílias beneficiárias. **Serviço social Revista**. Londrina, v. 16, n. 1, p. 167-192, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/16179/14628>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SPOSATI, Aldaíza. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência de cidadania. **Serviço Social e Sociedade**, n. 55, p. 9-38, 1997.

SZYMANSKI, Heloísa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo de mudança. **Serviço Social e sociedade**. ano XXIII, v. 23, n. 71, p. 9-25, 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família na política de assistência social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. **Revista Políticas Públicas**. São Luis, v. 13, n. 2, p. 255-264, jul./dez. 2009.

Disponível em: <

http://ww.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br%2Fsite%2Fdownload.php%3Fid_publicacao%3D212&ei=XaYpVeHVB8OWNu64gdgP&usg=AFQjCNH1wseTM-IQexwQEYsAYmmwdinQlw&cad=rja>. Acesso em: 23 jul. 2014.

_____. Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 286-297, ago./dez. 2010a. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7032/5781>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

_____. Trabalho social com famílias na Política de Assistência Social: elementos para sua reconstrução. **Serviço Social Revista**. Londrina, v. 13, n.1, p. 4-23, jul./dez. 2010b. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8425>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

TRZINSKI, Clarete et al. CRAS de Saltinho: rumo ao fortalecimento da rede de serviços socioassistenciais. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 298 - 308, ago./dez. 2010. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7670>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

VARGAS, Tatiane Moreira de; VICCARI, Eunice Maria; BELLINI, Maria Isabel Barros Bellini. O “isso” e o “aquilo” das políticas sociais brasileiras. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 15-41, jul./dez. 2010. Disponível em:

<<http://www.rle.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/672>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização das famílias na política de saúde. In **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999. Disponível em:

<http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n53.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul Enfermagem**. v. 25, n. 3, p. 346-51, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a05.pdf>>.

Acesso em: 22 jul. 2014.

XIMENES, Verônica Moraes; PAULA, Luana Rêgo Colares de;
BARROS, João Paulo Pereira. Psicologia Comunitária e Política de
Assistência Social: Diálogos Sobre Atuação em Comunidades.
Psicologia ciência e profissão, v. 29, n. 4, p. 686-699, 2009. Disponível
em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A. PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA

<p>PROTOCOLO- REVISÃO INTEGRATIVA³²</p>
<p>Unochapecó – Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais.</p> <p>I. RECURSOS HUMANOS: Pesquisador: Cristiane Mezzalira(1) Pesquisador orientador: Dunia Comerlatto (2)</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Revisão do protocolo: 2 - Busca e seleção dos estudos (resumos): 1 - Pré-análise crítica dos estudos (resumos) definição dos trabalhos completos: 1 - Busca dos estudos (trabalho completo): 1 - Leitura fluutuante e coleta de dados dos estudos selecionados (matriz específica): 1 - Revisão dos trabalhos completos e dados coletados (matriz): 1 e2 - Análise e síntese dos dados: 1 - Revisão da análise e síntese dos dados:1 e 2 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p>III. VALIDAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliador sobre o tema: Dunia Comerlato - Avaliador sobre o método empregado: Maria Elisabeth Kleba
<p>IV. PERGUNTA:</p> <p>Como os estudos sobre o trabalho com família na atenção básica no âmbito das políticas de Saúde e Assistência Social explicitam conceitos e metodologias de trabalho?</p>
<p>V. OBJETIVO:</p> <p>Analisar conceitos e metodologias de trabalho direcionados à família na atenção básica adotados no âmbito das políticas de saúde e assistência social, considerando as aproximações, complementaridades e desafios para a intervenção intersetorial.</p>

³² Protocolo baseado no modelo das autoras Fabiane Ferraz e Monica Lino.

VI. DESENHO DO ESTUDO: Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987) e dos ensinamentos de Mendes, Silveira e Galvão (2008). As etapas serão conduzidas a partir:

Identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa;

Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;

Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e seleção da amostra. Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel;

Avaliação dos estudos incluídos;

Discussão e Análise dos resultados;

Apresentação da Revisão no formato de artigo, além de compor a dissertação.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

a) trabalhos publicados no formato de artigos (científicos, relatos de experiência);

b) artigos que tratam exclusivamente de uma das políticas mencionadas;

c) idioma: português ou inglês;

d) período: 2004 a 2014;

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

a) quando as palavras-chave/descriptores não estarem explícitos no título ou no resumo do artigo;

b) artigos que foram publicados antes de 2004;

c) aqueles em que não foi possível acessar os textos completos;

d) artigos repetidos, que já surgiram em outra base de dados;

e) os que estiverem em outras línguas.

f) artigos em que apesar de constarem as palavras chaves ou descritores, o conteúdo não estiver relacionado ao objetivo da pesquisa;

g) os que tratem da família nas políticas de saúde e assistência social, porém, em outro nível de atenção, que não seja atenção básica/proteção social básica.

h) publicações que não sejam artigos;

X. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:

a) Palavras-chave e termos:

“Trabalho com famílias”; “assistência social”; “atenção básica”; saúde; “Proteção Social Básica”.

b) Bases de Dados:

- BVS: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <http://bvsalud.org> que congrega bases das “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO.

- Google Acadêmico: site - <http://scholar.google.com.br> trata-se de um repositório de materiais acadêmicos que possibilita a identificação das pesquisas mais importantes no mundo acadêmico. Possibilita a pesquisa de várias disciplinas e fontes, tais como: artigos revisados por especialistas, teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas.

- O Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes): site: www.periodicos.capes.gov.br , é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil produção científica internacional.

d) Busca de trabalhos publicados no período de: janeiro de 2004 a julho de 2014.

X. BUSCA, SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS:

- Busca livre na BVS – pesquisa.bvsalud.org item “pesquisa na bvs” usando o cruzamento do descritor e dos termos: “trabalho com famílias” AND “assistência social” AND “proteção social básica”, na sequência “trabalho com famílias” AND saúde AND “atenção básica”; Selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”, o último item significa que a busca foi realizada em todas as bases que compõem a BIREME.

- Busca no Google Acadêmico, site <http://scholar.google.com.br/>, a partir do cruzamento do descritor e dos termos:

“trabalho com famílias” AND “assistência social” AND “proteção social básica”, na sequência “trabalho com famílias” AND saúde AND “atenção básica”. Selecionando no item “pesquisa avançada do Google Acadêmico” o período: 2004 a 2014, e no item “preferências do Google Acadêmico” o idioma português, com pelo menos um resumo.

-Busca no Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes): site: www.periodicos.capes.gov.br

Utilizando as palavras: “trabalho com famílias” AND “assistência

social” AND “proteção social básica”, na sequência “trabalho com famílias” AND saúde AND “atenção básica”.

- A 1ª seleção dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

1) busca do quantitativo de trabalhos apresentados nos bancos de dados citados acima;

2) Seleção a partir dos títulos (os títulos que tiverem relação com a pesquisa serão relacionados numa planilha do Excel);

3) Leitura individual dos resumos de todos os trabalhos encontrados (os que forem selecionados nessa etapa serão sistematizados em uma nova planilha, todos os estudos que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão serão coletados no formato PDF e salvos em pasta específica do Microsoft Windows, denominando pelo título e número da ordem numérica em que constam na planilha);

- A 2ª seleção dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

1) os pesquisadores (orientador e estudante) farão uma leitura fluente dos artigos completos, que ocorrerá de modo independente (duplo cego) os trabalhos excluídos por ambos, serão retirados da análise, os trabalhos em que apenas 1 excluiu será analisado pelos autores em grupo que definirão a inclusão ou exclusão do estudo.

2) os trabalhos incluídos passarão por uma análise na qual serão extraídos os itens que alimentarão uma MATRIZ construída para organização e análise dos dados (Apêndice 2). Na matriz serão distribuídos os seguintes itens: ano de publicação; autores; sexo do autor; cidades do autor; profissão, vínculo; título; tipo de publicação; nome periódico; objetivo do estudo; metodologia; lugar (local), sujeitos do estudo, método de coleta de dados, análises dos dados, achados e conclusões;

XI. ANÁLISE DOS DADOS:

Para análise dos estudos após a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, serão retirados dos estudos selecionados, os “achados” da revisão integrativa, que vão ao encontro do objetivo do estudo.

Após a leitura na íntegra e seleção dos estudos, os achados são agrupados em documento do Microsoft Word. Para análise dos achados da revisão integrativa, utilizou-se a análise de conteúdo que na pesquisa documental e pesquisa bibliográfica busca descrever e interpretar o conteúdo/informação/dado. Temos como base os ensinamentos de Farias Filho e Arruda Filho (2013, p. 141-2-3) que defendem que para desenvolver a análise de conteúdo são necessários alguns procedimentos/fases: pré análise, recorte, análise e descrição de material e finalmente a *fase de interpretação do material* é o momento em que se faz conexões entre o que foi “recortado” nos documentos ou bibliografias e o que os autores discutem, uma espécie de matriz teórica ou categoria/conceito.

XII. DIVULGAÇÃO:

- Apresentação dos resultados para composição da dissertação de mestrado.
- Envio de resumo para apresentar em evento a ser definido.
- Envio de um manuscrito a um periódico da área da pesquisa a ser definido.

XIII. CRONOGRAMA:						
Período	2014			2015		
	Jul/ago/ set	Out/ nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Atividade						
Elaboração protocolo	X					
Validação do protocolo	X					
Busca e seleção dos estudos	X					
Coleta e organização dos dados (matriz)	X	X				
Análise dos dados coletados		X	X	X		
Síntese dos dados				X		
Estruturação dos resultados e conclusão da dissertação				X	X	
Defesa da dissertação						X
Entrega do trabalho final revisado após a defesa						X
Elaboração de trabalhos (resumo e artigo) para publicização dos resultados da dissertação						X

XIV. REFERÊNCIAS:
GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. Rev. Nurs Health, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.
MENDES , Katarina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto e Contexto enfermagem . Florianópolis, Out - Dez; 17(4): p. 758-64, 2008.

APÊNDICE C. ARTIGOS EXCLUÍDOS E JUSTIFICATIVAS

	Autor	Título	Motivo da Exclusão
01	LOPES, Mislaine Casagrande de Lima et al.	Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.
02	FILIZOLA, Carmen Lúcia Alves et al.	Compreendendo o alcoolismo na família	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.
03	VAITSMAN, Jeni et al.	Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.
04	LOPES, Christiani Bortoloto	Possibilidades e limites da prática profissional do assistente social no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS região oeste de Cascavel	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.
05	JESUS, Andréa Cristina Santos de. et al.	A participação da Família na política social brasileira: construindo um campo de debates	Repetido
06	MONTEIRO, Léa Melo Monteiro et al.	Análise socioeconômica dos arranjos familiares em um CRAS no município de Belém – PA: o papel do idoso no contexto familiar	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.

07	GODINHO, Isabel Cavalcante	Uma Reflexão Sobre o Trabalho com Famílias na Política de Assistência Social	Repetido
08	CARLOTO, Cássia; MARIANO, Silva.	A Família e o Foco nas Mulheres na Política de Assistência Social	Repetido
09	STAMM, Maristela Stamm et al.	Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio	Não esta dentro do recorte temporal (2004-14)
10	PEREIRA, Patrícia Jimenez et al.	Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família	Não aborda conceito de família e nem trabalho com famílias.
11	ANDRADE, Lucas Melo Biondi de	Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina	Não aborda conceito de família e nem trabalho com famílias.
12	RIBEIRO, Mariana de Oliveira Pasqualin, et al.	Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos	Não aborda conceito de família e nem trabalho com famílias.
13	Rosely Aparecida Bittencourt; Maria de Lourdes Corres Perez Sanroman	Família Curitibana: uma metodologia do trabalho com famílias	Repetido
14	Albiero, Célia Maria Grandini et al.	Perfil das famílias em situação de vulnerabilidade social de Miracema – TO	Repetido

15	TEIXEIRA, Solange Maria	Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza?	Repetido
16	NEGRI, Fabiana Luiza; LAJUS, Maria Luiza de Souza; NECKEL, Vanessa.	Expansão da Assistência Social e os desafios ao Serviço Social	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.
17	BARBOSA, Daguiomar de Oliveira; FREITAS, Rita de Cássia Santos	A invisibilidade dos homens na proteção social básica: um debate sobre gênero e masculinidades.	Não traz conceito de família e nem trabalho com famílias.
18	ROSA, Elizabete Terezinha Silva	A centralidade da família na política de assistência social	Anais de eventos
19	MACHADO, André Sebastião Silva	A família, instrumento de proteção social: redescoberta e culpabilização	Anais de eventos
20	ALBIERO, Célia Maria Grandini; SILVA, Maria Helena Cariaga; FIGUEIREDO, Janaíze de Jesus Silva	Perfil das famílias em situação de vulnerabilidade social de Miracema – Tocantins	Anais de eventos
21	JESUS, Andréa Cristina Santos de; AZEVÊDO, Judivanda Kênia Fernandes; SILVA	A participação da família na política social brasileira	Anais de eventos
22	CARVALHO, Maria do Carmo Brant	A Política de Assistência Social: novos desafios	Artigo de livro

23	CORBO, Ana Maria De Andrea; MOROSNI, Marcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lucia de Moura	Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde	Artigo de livro
24	TEIXEIRA, Solange Maria	A centralidade da família nas políticas sociais de atenção básica: qual projeto e direção do trabalho social com famílias?	Anais de eventos