

**ENFERMEIRAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: VISÃO SOBRE A FAMÍLIA***NURSES FROM THE PUBLIC HEALTH SYSTEM: A VISION ABOUT THE FAMILY**ENFERMERAS DE LAS UNIDADES PRIMARIAS DE SALUD: PUNTO DE VISTA SOBRE LA FAMILIA*VÂNIA MORENO<sup>1</sup>

*Este estudo de caso, de natureza qualitativa, teve como objetivo apreender como as enfermeiras que atuam nas unidades básicas de saúde se relacionam com as famílias, quais os conhecimentos que obtiveram na graduação e suas contribuições para os profissionais a serem formados. A análise dos dados permitiu inferir que as entrevistadas obtiveram poucos conhecimentos a respeito da família enquanto unidade de cuidado e, em sua prática cotidiana o enfoque ainda é biologicista, voltado para os sintomas apresentados pelo usuário cuja família é tida como informante e responsável pelo tratamento. Com relação à formação dos novos profissionais, é importante incorporar a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, mas a família deve ser entendida como participante do tratamento tendo um acolhimento frente às suas necessidades nos serviços de saúde.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem em saúde comunitária; Família; Atenção primária à saúde.

*The objective of this qualitative study was to understand how nurses from the public health system get along with the families, what they learned as undergraduates and their contributions to the future professionals. Data analysis allowed us to infer that the nurses interviewed gained little understanding about the family as a care unit and, in their daily work. The focus is still biologicist, focusing on the patient's symptoms and whose family is understood as an informer and responsible for the treatment. As far as the education to new professionals is concerned, it is important to incorporate, interdisciplinarity and teamwork. However, the family should be understood as a participant in treatment with an acceptance in relation to their needs in health services.*

**KEYWORDS:** Nursing community health; Family; Primary health care.

*Este estudio de caso, de naturaleza cualitativa, tuvo por objetivo percibir cómo las enfermeras que actúan en unidades de servicio primario se relacionan con las familias, qué nivel de conocimientos obtuvieron en el curso de graduación y sus contribuciones en relación a los futuros profesionales pronto a titularse. El análisis de los datos permitió concluir que las entrevistadas obtuvieron pocos conocimientos con respecto a la familia como unidad de cuidado y, en su práctica diaria el enfoque todavía es biomédico, que prioriza los síntomas presentados por el usuario, cuya familia es vista como informante y responsable por el tratamiento. Con respecto a la formación de los nuevos profesionales es importante incorporar la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo pero la familia debe ser entendida como participante del tratamiento, siendo merecedora de amparo frente a sus necesidades en los servicios de salud.*

**PALABRA CLAVE:** Enfermería en la salud comunitaria; Familia; Atención primaria de salud.

1. Enfermeira. Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – SP. Endereço para correspondência: Rua Miguel Catarino, 481 – Jardim Panorama. 18608-210 Botucatu – SP. Endereço eletrônico: btmoreno@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

A rede de unidades básicas de saúde passa a compor o projeto de organização assistencial no Estado de São Paulo na década de 20 do século passado, tendo como objetivo a educação sanitária. O modelo proposto buscava promover a saúde e prevenir a doença em contraponto à assistência médica que deveria ser voltada para a cura das doenças<sup>1</sup>.

Em 1942, as unidades básicas de saúde assumem um caráter inovador quando organizam ações no âmbito preventivo e também curativo tendo como foco certas doenças infecciosas.

Nesse período, a rede de unidades básicas acompanhou as mudanças ocorridas no eixo político e econômico do país que tiveram forte influência do modelo médico sanitário americano<sup>1</sup>.

Em 1972, com a III Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, houve uma redefinição do papel da rede básica que assume uma característica de estender sua cobertura a toda a população que se encontrava excluída de atendimento nos serviços de saúde, permanecendo as ações de promoção e prevenção que constituem a porta de entrada para os serviços de saúde e incorporam a assistência médica para privilegiar a área materno-infantil e doenças infecciosas.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, indica que a unidade básica é parte integrante do sistema de saúde que tem como objetivo a atenção básica que deve ser pautada por tecnologias e métodos práticos comprovados cientificamente e aceitos por indivíduo, família e comunidade visando ao desenvolvimento social e econômico da comunidade onde se insere este serviço<sup>2</sup>.

São características da atenção básica: a acessibilidade da população através da porta de entrada que garanta o atendimento; continuidade do cuidado através do estabelecimento do vínculo e da utilização regular do serviço pela população adstrita; integralidade da oferta de serviços que permita a responsabilização pelos problemas de saúde da comunidade e sua integração com os níveis secundários e terciários e a coordenação e integração do serviço que envolva o enfoque familiar, a orientação à comunidade e a formação profissional<sup>3</sup>.

No sistema de saúde brasileiro, as unidades básicas eram as únicas responsáveis pela atenção básica, mas, a

partir da década de 90, o Ministério da Saúde propõe uma (re) orientação do modelo de Atenção à Saúde com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde, implantando a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Passados mais de dez anos da implantação da Estratégia de Saúde da Família, em estudo realizado no Estado de São Paulo, pôde-se verificar a coexistência das unidades básicas e de saúde da família, fato decorrente da dificuldade dos municípios em sua organização técnico-política, e devido basicamente à ausência de profissionais capacitados para as necessidades exigidas para a implantação deste novo modelo de atenção<sup>4</sup>. E, segundo dados do Ministério da Saúde, em 46,2% dos municípios brasileiros o modelo de atenção é o da Saúde da Família<sup>5</sup>.

Em 2005, a Organização Pan-americana renova a necessidade da atenção primária e enfoca a participação das pessoas em âmbito individual ou familiar a tornarem-se parceiros ativos no planejamento, tomada de decisão e intervenção em relação a sua saúde e propõe que as informações sejam acessíveis, facilitando à comunidade participar das determinações referentes ao planejamento das ações<sup>6</sup>.

Partindo do enfoque familiar como uma dimensão da atenção básica, vemos que a família constitui parte integrante do cuidado ao usuário e deve participar de forma efetiva. Inserir o sistema familiar nessa proposta tem sido uma das dificuldades enfrentadas, à medida que ainda os serviços estão alicerçados no paradigma biologicista onde o foco do atendimento é individual, baseado em sintomas cujas atividades estão inseridas dentro das ações programáticas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Apreender o que os enfermeiros tiveram de conhecimento sobre a família em sua formação acadêmica, como visualizam a mesma na condição de agente de cuidados, facilidades e dificuldades no relacionamento e quais as contribuições do profissional de enfermagem frente à formação do aluno foram objetivos desta pesquisa.

## PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Para embasar este estudo utilizaram-se dois referenciais: a família entendida como sistema de saúde para seus membros e o acolhimento.

A família é um sistema que promove a saúde entre seus membros, através de valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam suas ações em busca da prevenção da doença. Participa do cuidado à saúde, responsabilizando-se pelo estado de bem-estar de seus integrantes, interagindo com os serviços de saúde, com o devido respeito aos conhecimentos científicos dos profissionais, bem como articulando os saberes populares do cuidado e tomando decisão sobre a melhor forma de tratamento. Sofre a influência de seu contexto social e influencia a sociedade em que vive<sup>7</sup>.

O acolhimento não é apenas uma atividade de recepção, mas uma atividade assistencial que busca reconhecer as necessidades de saúde dos usuários e possibilita a forma de atendê-la, quer seja pelo próprio serviço ou por meio de encaminhamento à rede assistencial<sup>8</sup>.

O acolhimento tem como objetivo a acessibilidade dos usuários ao serviço, a humanização do atendimento e deve atuar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho da unidade<sup>9</sup>.

## METODOLOGIA

Optou-se por realizar um estudo de caso por entender que possibilita uma análise em profundidade do tema a ser estudado, que considera a unidade social como um todo, ou seja, um indivíduo, a família ou a comunidade buscando entendê-los a partir de suas vivências<sup>10</sup>, principalmente quando o fenômeno estudado e o contexto não estão claramente definidos<sup>11</sup>.

O estudo de caso é chamado de uma estratégia de investigação, pois é uma forma de organizar os dados, mas mantendo o caráter único de um tema social que está sendo investigado<sup>11</sup>.

Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, e foram sujeitos desta pesquisa sete enfermeiros que trabalham no serviço municipal, sendo cinco nas unidades básicas de saúde e dois no Centro de Saúde Escola, unidade da Faculdade de Medicina integrada ao município. Foram entrevistados todos os enfermeiros que estavam em atividade no período da coleta de dados e aceitaram participar do estudo.

A entrevista elencava os seguintes dados: idade, sexo, situação profissional: a instituição que trabalha e o tempo,

formação profissional: escola em que se formou e o tempo de formada, e referentes à pós-graduação. Dados relativos à investigação propriamente dita: Conhecimentos adquiridos durante sua formação acadêmica e pós-graduação sobre o cuidado à família, o papel desta no cuidado ao usuário. Facilidades e dificuldades na interação com as famílias. Ações de enfermagem desenvolvidas junto à família, considerações sobre a formação do profissional e sua interação com os familiares nos vários cenários da assistência.

Para a análise dos dados, foram realizadas leituras sucessivas do material coletado, o que proporcionou ao investigador eleger os elementos ou aspectos comuns ou que se relacionam entre si e agrupar idéias ou expressões em torno de um conceito abrangente<sup>12</sup>, permitindo construir as seguintes categorias: a graduação em enfermagem e a especialização e os conhecimentos sobre família; o cotidiano dos serviços e a família; os enfermeiros da prática e a contribuição para o ensino da enfermagem – incluindo a família.

As entrevistas foram realizadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina-Unesp.

Os entrevistados foram informados a respeito da pesquisa para então consentir em participar do mesmo.

## DISCUSSÃO

Os enfermeiros entrevistados são do gênero feminino que se graduaram em enfermagem num período que varia de cinco a vinte anos. Quanto ao tempo que estão trabalhando na rede básica, metade atua há mais de 10 anos e metade há menos de 10 anos. Seis enfermeiros cursaram especialização em áreas ligadas ao gerenciamento dos serviços de saúde, administração ou saúde pública; um enfermeiro optou por um curso de Hematologia como especialização.

Apresentamos as categorias empíricas que se derivaram das falas dos enfermeiros e buscamos sua articulação com os dados da literatura.

### **A graduação em Enfermagem e especialização e os conhecimentos sobre família**

Com relação aos conhecimentos obtidos durante a graduação, pode-se observar que os enfermeiros que se for-

maram há mais de 10 anos apresentaram, em suas falas, a formação voltada para a dicotomia administrar/assistir e a importância da atenção integral:

Então a gente era formada para uma das duas coisas, ou você prestava cuidado ao doente ou você fazia administração. Na época, eu particularmente acho que meu curso foi voltado para a parte administrativa, na época o mercado pedia enfermeiros que fizessem administração. (E2)

Se a opção realizada fosse por administração, havia um mínimo contato com o paciente e com sua família.

É importante ressaltar que a formação acadêmica sempre esteve atrelada às necessidades do mercado de trabalho. Dessa forma, é importante lembrar que a organização do trabalho em enfermagem se deu em três direções: organização do cuidado ao doente através da sistematização das técnicas de enfermagem; a segunda, através da organização de ambiente terapêutico e a terceira, através do treinamento dos agentes de enfermagem, utilizando técnicas e mecanismos disciplinadores<sup>(13)</sup>.

Dois enfermeiros afirmam que:

Bem, faz quase 20 anos, a lembrança é bem curta. (...) de abordagem integral, eu lembro que a gente fazia muita visita domiciliar, se valorizava muito o domicílio, a família, o cuidado integral das pessoas, eu tenho essa lembrança dessa valorização. (E1)

Na minha formação acadêmica eu acredito que não tinha maturidade suficiente para estar apurando, (...) por parte de todos os docentes da universidade, que eu considero que valoriza muito a família, o conteúdo da pessoa na sociedade, a inserção do profissional na sociedade. (E4)

Havia uma preocupação em ensinar os conteúdos voltados para os princípios da atenção básica, mas o aluno pouco valorizava essas ações, porque o mercado de trabalho ainda buscava enfermeiros administradores.

A enfermagem começa a compor o cenário dos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo a partir de

1969 com a reforma administrativa que irá perdurar até 1973. Nesta predominava a programação em saúde que tinha como base a epidemiologia, para orientar o modelo sanitário, buscar atender patologias específicas como a tuberculose e a hanseníase ou grupos populacionais específicos como gestantes e crianças, articulando assim ações médicas e de saúde coletiva<sup>14</sup>.

A programação em saúde fazia referência à família nas ações coletivas através da educação em saúde, ou seja, as atividades grupais por patologia ou por grupos específicos, porém tinha pouco alcance na forma de organização das unidades de saúde, pois sua lógica pautava-se na consulta médica.

Os enfermeiros que se formaram na década de 90 do século passado apontam que os conhecimentos sobre família estavam incorporados à disciplina de Relacionamento Terapêutico na parte teórica e, durante a parte prática, oportunizaram momentos para conhecer a família, principalmente quando o usuário se encontrava em uma situação de dependência de cuidados:

E eu acho que uma coisa que a gente vê bastante, sobre família é na aula de relacionamento enfermeiro-paciente, a gente não vê que tem que cuidar da pessoa que está doente ou a pessoa que está procurando o serviço, mas que tem que tratar a família. (E6)

Especificamente família, a gente tem um pouco no relacionamento enfermeiro-paciente, que a gente aprende não só cuidar do paciente, se bem que tem as outras disciplinas sempre que basicamente assim, paciente um pouco mais dependentes, aí que envolveria a família, porque uma patologia básica, assim a gente nem pensa mesmo no familiar, a não ser que você perceba que ele é dependente, mesmo que seja uma patologia básica. (E5)

O processo interpessoal é um referencial teórico que permite ao enfermeiro assistir as pessoas, sejam elas, indivíduos, famílias ou grupos que necessitam de ajuda para superar uma experiência de sofrimento<sup>15</sup>.

Com relação aos conhecimentos sobre a família que adquiriram durante a graduação, os enfermeiros relatam

que trouxeram pouco impacto no trabalho em saúde, devido à pouca maturidade para absorver as experiências didáticas e transportá-las para a prática.

O ensino de enfermagem está pautado em disciplinas, o que compartimentaliza o conhecimento e dificulta que os saberes interdisciplinares transitem entre elas. A formação na graduação não favorece ao discente conhecer a família com suas dificuldades e potencialidades para solucionar as situações que vivenciam quando um familiar está adoecido<sup>7</sup>.

Nos cursos de especialização, não ocorreu nenhuma disciplina que envolvesse a família.

### O cotidiano dos serviços e a família

Com relação ao papel da família no cotidiano dos serviços, os enfermeiros referem que há necessidade da família estar incluída para receber orientação sobre os cuidados fornecidos aos seus familiares, principalmente aqueles destituídos de alfabetização, com dificuldade de entender a orientação fornecida pela enfermagem, facilitando assim seu trabalho.

Com certeza. O que a gente vê assim... algumas atividades que você propõe, você quer que o paciente faça se tiver a colaboração da família, torna-se dispensável algumas coisas que a gente faz, você pode estar treinando a família, orientando a família, ou mesmo o paciente, você tira algumas coisas da parte da enfermagem. (E2)

Nesses casos que eu te falei sim é fundamental, quando você tem um paciente analfabeto ou se você vê que é muito simplezinho, tem alguns que falam não sei ler, você tem alguém para cuidar de você? Ah! não tenho (...) a gente tem que usar de algumas artimanhas, muitas vezes você tem que fazer visita domiciliar para acompanhar o paciente, para a gente isso dificulta, então eu acho que, tendo a família, alguém responsável ou pela criança, que tem que ter, ou pelo idoso seria fundamental. (E5)

Dessa forma, vemos os enfermeiros ainda munidos de um arsenal de orientações para serem transmitidas para

as famílias como se elas não tivessem sua própria forma de resolver os problemas. Orientar foi uma atividade atribuída à enfermeira que atua em saúde pública.

A atividade de orientação quando pressupõe que existe um profissional que é detentor de um saber e os usuários que não sabem a forma correta de cuidar, afasta o outro à medida que desconhece sua realidade e não respeita as potencialidades advindas da vida familiar dentro de um sistema de saúde<sup>7</sup>.

Sobre a dinâmica familiar se detecta que:

Acho primordial, o cliente que vem aqui, por algum motivo, tem que ver o que está causando esse motivo, é a família, qual a influência, e também uma coisa que a gente vê aqui relacionado com criança, muitas das doenças das crianças não são relacionadas às bactérias, vírus, de nada. É relacionado à família, o estado da família é tão ruim que a criança adocece. Relacionamento dos pais, briga, agressão física, que aqui a gente tem bastante agressão física, violência sexual contra a criança ou a mulher. (E6)

O posicionamento desse enfermeiro nos permite inferir que está aberto a conhecer os fatores que estão envolvidos no processo de adoecimento desprendido da visão biologicista de causa-efeito.

O acolhimento-diálogo permite ao profissional que, ao conversar com o usuário, teça uma rede para compreender como a família convive e busca não só os fatores biomédicos ligados à doença, mas também as questões sociais e culturais para ampliar seu espaço de conhecimento e não reduzir o papel da família junto ao serviço de saúde apenas como um receptor de informação sobre determinada patologia.

No trabalho cotidiano, a facilidade do trabalho com as famílias reside no fato de colaborar, aceitar as orientações e tornar-se parceira no tratamento:

Facilidade.... parte de você orientar, de você anotar, de escrever, passar alguma orientação. Essa é uma facilidade que a gente tem, de estar assim, da forma de resolução mesmo, do problema, do paciente em questão. Na parte de orientação facilita muito. (E5)

A gente conseguiu resolver muitas coisas com o apoio das famílias das pessoas, eu acho isso importante. Porque a gente tem uma angústia muito grande de estar com o problema na pele até parece que é irresolúvel, que não tem jeito, não tem saída, e a hora que você vai para a rede das pessoas, você vai encontrando saída, eu acho isso uma facilidade do trabalho, é uma parceria mesmo, é importante, fundamental. (E1)

Percebem-se nas falas destes dois enfermeiros formas distintas de visualizarem a família. O enfermeiro (E5) ainda coloca a família como receptora de informação. Já o enfermeiro (E1) tem a postura de compartilhar, respeitar a família e aceitá-la como parceira. E ainda enfatiza que no acolhimento dialogado podemos reconhecer o outro, descobrir a insuficiência de cada um e buscar sentido para a situação propiciando a construção de saberes<sup>8</sup>.

Quando os enfermeiros conseguem perceber que a família tem sua própria intencionalidade e recursos para a resolução dos problemas e que podem ser utilizados dentro da unidade básica à medida que ela se sinta parceira do processo em curso, então visualiza uma outra relação.

Por outro lado, as dificuldades apontadas pelos enfermeiros são: a falta de adesão e disponibilidade, a forma de adentrar a casa da família, não encontrar a resposta que o profissional está esperando.

Nem sempre se encontra a resposta que você gostaria de encontrar nas pessoas, as pessoas têm seus compromissos, sua maneira de ver o mundo, ver as coisas, o vínculo pessoal não é aquilo que você espera. A família dá uma outra resposta que não é aquilo que você espera. Porque tem toda uma dinâmica familiar aí, é que a gente desconhece. (E1)

Eu acho que na maioria das vezes, é falta de valorização da própria família de se envolver no cuidado daquela pessoa, quando é um dependente, e da criança muitas vezes assim, às vezes nós nos preocupamos mais com aquele paciente do que a própria família. Essa é uma dificuldade muito grande, a falta de adesão à família, a falta de valorização de uma pessoa. (E4)

Essas duas falas demonstram novamente a dificuldade de o enfermeiro dialogar com a família, entender suas necessidades e demandas e não impor a orientação como única forma de lidar com a situação.

Esse enfermeiro diz:

Eu acho que as dificuldades, eu vou falar mais dos casos que eu lembro. As dificuldades é assim não entender o que está acontecendo, não entender que a participação da família é importante, então assim porque ta falando comigo? Porque eu sou importante nesse cuidado? Então, as dificuldades... é você na verdade, você tem que trabalhar desde o começo com essa família. Porque o mesmo trabalho que você fez com o paciente é o mesmo trabalho com a família. (E7)

Esse depoimento nos lembra que é importante incluir o membro que procura a unidade e os demais familiares juntos no processo, participando e compartilhando do cuidado.

E lembra que também pode ocorrer do profissional excluir o usuário para atender os familiares:

Então, nas consultas em geral com os idosos a gente tem essa preocupação. Mas eu volto a falar que você tem que tomar cuidado também porque senão você envolve tanto a família que deixa de ver o lado do paciente. Então tem que ser uma coisa bem dosada, eu acho. (E7)

Nesse caso, a família começa a participar do tratamento e exclui o usuário das tomadas de decisão a respeito de sua vida. Quando um membro adoece e passa a frequentar uma unidade de serviço não deixa de pertencer a sua família de origem, porém, muitas vezes, por inabilidade do profissional que desconhece que a família precisa ser vista como uma unidade de cuidado.

O sistema familiar sofre influência quando ocorre qualquer mudança entre seus membros, que terão de aceitar que o paciente pode mudar com o tempo, considerar que nem todos os membros da família atingirão o máximo de saúde simultaneamente, focalizar as forças sadias dos

membros do grupo familiar visando à promoção de apoio mútuo e o crescimento dentro do possível. Deve-se considerar o contexto cultural em que a família está inserida e facilitar as relações com a comunidade<sup>16</sup>.

Um enfermeiro relata sua dificuldade de se relacionar com as famílias:

Eu acho assim, que esse trabalho com família, talvez você pensasse nisso, ele não pode ser solitário, só uma enfermeira não dá conta, porque todas as experiências as mais difíceis que eu tive que eu precisei trabalhar com a família, eu trabalhei junto com outros profissionais, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogo em geral quando você vai pedir apoio da família, porque a situação não é das mais fáceis, é grave, só a gente, enfermeiro, dentro de nossa capacitação a gente não dá conta. E esse envolvimento da família é importante que seja multiprofissional. Trabalhar com a equipe multiprofissional. (E1)

A família deve ter uma abordagem que envolva os profissionais da equipe de saúde; ela não tem que ser um objeto de cuidado apenas da enfermagem, porém, a equipe de saúde deve ser capacitada para trabalhar com a família tendo como pressuposto a interdisciplinaridade dos saberes, os conhecimentos adquiridos através da capacitação e o acolhimento.

O acolhimento é uma tecnologia necessária para a reorganização dos serviços em busca da humanização e envolve projetos de intervenção. Criar esse espaço se torna essencial para que o trabalhador de saúde utilize sua principal tecnologia que é o saber, mas sua relação com o usuário e família deve permitir que estes se tornem portadores de direitos, aliviando o sofrimento ou buscando a produção da saúde<sup>17</sup>.

O cotidiano dos serviços de saúde é dinâmico e, muitas vezes, a família já adentrou a unidade, mas ainda não foi visualizada:

Às vezes a gente fala: tem que trazer a família, mas às vezes ela já está aqui dentro. Já está inserida, sem a gente perceber, sem a gente ver como é importante isso. (E7)

A questão pontuada é que os familiares estão divididos nas unidades de saúde ainda em ações programáticas impossibilitando que o profissional tenha uma visão da família.

Com relação às atividades específicas desenvolvidas pelos enfermeiros, junto às famílias, realizam aquelas de programas preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde de quais sejam: atendimento ao recém-nascido de risco e programa de curativos para úlcera de estase, através de visitas domiciliares.

No Centro de Saúde Escola, duas atividades envolvem a família: o programa de hanseníase através do controle dos comunicantes e o programa de idosos onde está incluído um grupo para cuidadores.

### **Os enfermeiros da prática e a contribuição para o ensino da enfermagem – incluindo a família**

Ao contribuir para a formação dos novos enfermeiros, esse profissional aponta que, durante a formação, o conteúdo sobre família está vinculado à parte teórica:

Se nos outros cursos a gente conseguisse, na carga horária, o mínimo possível, conseguisse interagir com a família, porque na teoria a gente tem, a gente não tem na prática. Isso eu sinto falta, aí você acaba aprendendo na raça quando você tem que trabalhar. (E5)

Esse depoimento indica a necessidade do estudo das relações familiares ser contemplado por todas as disciplinas para fornecer uma visão dos vários enfrentamentos das famílias quando se convive em um sistema de saúde.

Pelo conhecimento escasso em relação à família e tendo que aprender na prática, esta, no entanto, não se encontra inserida nas ações de promoção à saúde e de prevenção a doenças. As atividades com familiares dizem respeito à orientação para resultado eficaz no tratamento oferecido. Ainda não existe um olhar para o acolhimento dialogado com os membros da família visando ao ideário da atenção básica.

Por sua vez, o aluno, quando está em atividade em uma unidade básica, tem como parâmetro a família nuclear, sendo que hoje a mesma apresenta outras conformações; devido a isso é importante entender cada família com sua

dinâmica, necessidades próprias e alternativas para as soluções dos problemas:

(...) você questiona sobre a família e uma das coisas que o aluno responde muito é que ele vem de uma família desestruturada. Isso já virou um jargão, uma coisa, e daí você pergunta o que é esta desestrutura? Às vezes porque não é a família nuclear. Daí eu vejo que a formação está mais voltada para essa família nuclear do que para as outras famílias. Então eu acho que isso seria importante trabalhar mais com os alunos e que cada vez mais a gente vai ver outras formações. (E7)

Nessa fala, podemos perceber que o aluno continua tendo uma visão reducionista da família, ou seja, a família estruturada é a nuclear e o profissional aponta para a necessidade de integração entre unidades formadoras e os serviços de saúde.

Isso faz falta você fazer uma orientação na casa, fazer um cuidado. Mas eu acho que para o atendimento na família, precisa sair um pouco mais, e aí fazer a ponte que dá unidade básica, programa de saúde da família, montar uma equipe na UNESP, para você fazer o atendimento para a família. (E2)

Integrar a parte teórica com a prática possibilita ao aluno a percepção de outras conformações das famílias.

Essa dificuldade tem sido apontada como um dos desafios para os profissionais que atuam na atenção básica, ou seja, a capacitação em nível de graduação e pós-graduação não está alinhada às exigências da prática. Faltam apoio e supervisão adequados, o trabalho de equipe é pouco desenvolvido, há um número insuficiente de trabalhadores qualificados e pouca motivação para o trabalho<sup>6</sup>.

Os problemas de saúde das pessoas devem ser contextualizados nos sistemas familiares, entendendo sua rede social, onde vivem e as condições de trabalho. Isso implica conhecer a dinâmica familiar, como as pessoas enfrentam as questões de saúde, mas sempre respeitando sua bagagem cultural.<sup>(6)</sup>

Ao investigar sobre a família, pode-se perceber a necessidade de articular os saberes e práticas dos profissionais que atuam na atenção básica, os protagonistas da formação acadêmica (professores e alunos) e o gestor municipal, garantindo que a educação aconteça em cenários onde o cuidado ao usuário e sua família deve estar implantado. Tal fato permite uma troca constante de experiências. É necessário, pois, modificar o processo ensino-aprendizagem<sup>18</sup>.

Este deve acontecer em um cenário vivo, onde o usuário e sua família trazem suas necessidades e os profissionais do serviço, alunos e docentes, devem ter um conhecimento sobre as práticas curativas e de promoção de saúde, buscando informações que devem ser compartilhadas entre os agentes do cuidado e o usuário de forma a garantir sua escolha em relação ao tratamento e sua autonomia<sup>18</sup>.

O conhecimento deve romper os muros dos serviços e buscar articular-se com as redes sociais existentes, propiciando a apropriação e a problematização das políticas de saúde<sup>18</sup>.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica devem buscar o desenvolvimento de sua prática na capacitação para visualizar a importância da educação em saúde a fim de que seu trabalho tenha sentido através do envolvimento, compromisso, responsabilidade e participação do processo em curso.

## CONCLUSÃO

Esta investigação buscou apreender como os enfermeiros que atuam em unidades básicas obtiveram conhecimentos sobre a família durante a formação acadêmica e na pós-graduação, como incluem a família na sua prática e como podem auxiliar na formação dos novos profissionais.

Os conhecimentos adquiridos restringiram-se a uma única disciplina teórica, sem articulação com as demais, porém, é esperado que seja uma temática transversal e interdisciplinar, pois a família é mais que a soma dos membros que a compõem, tem sua própria intencionalidade e traz consigo saberes que são influenciados por sua rede social.

Dessa forma, os enfermeiros aprenderam a lidar na prática com a família, que adentra ao serviço sem ser per-



cebida, visto que cada membro está inserido em um programa de atendimento, seguindo a lógica da consulta médica e dos grupos de orientação.

A interação enfermeiro-famíliares no cotidiano das unidades básicas ocorre através da orientação (individual ou grupal) que é atividade proposta pelo Ministério da Saúde e visa informar os membros da família para que auxiliem nos procedimentos a serem executados principalmente com idosos e com as crianças.

As facilidades e dificuldades são decorrentes de como os familiares seguem as orientações ou não aderem ao tratamento. Porém, encontramos depoimentos de profissionais que acolhem a família enquanto participante do cuidado e buscam respeitar sua racionalidade e necessidades próprias.

O acolhimento torna-se uma tecnologia apropriada para a reorganização dos serviços tendo como objetivo o acesso e a humanização. Ao ser inserida no processo, possibilita diálogo alicerçado em seus valores e crenças, construindo saberes junto à equipe de saúde da unidade. Ou seja, caminhos para a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

E, em relação à contribuição do enfermeiro para a formação dos novos profissionais, pode-se depreender que existe dificuldade na prática de compartilhar os saberes com os alunos, visto que tiveram pouco conhecimento durante a sua formação acadêmica e referem que é indispensável compor um cenário para aprender a atender a família, articulando academia com os serviços. O aluno também precisa ser atualizado sobre como as famílias são conformadas no mundo contemporâneo.

Esta investigação permitiu inferir que a família adentra as unidades básicas, porém, não é reconhecida como aliada na implantação de propostas que visem à promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Entender que a família pode ser considerada como uma síntese provisória para a reorganização dos serviços, permite ao profissional dialogar com os saberes que provêm de um determinado meio social e cultural em que a família se encontra inserida, descobrir as potencialidades existentes para a solução dos problemas e aprender a compartilhar os saberes, são caminhos para o acolhimento dialogado.

Permite-se, assim, organizar um serviço que esteja pautado no diálogo e respeito, facilitando o envolvimento e a responsabilidade de usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral em um processo em construção.

## REFERÊNCIAS

1. Nemes Filho A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.c276-86.
2. Organização Pan-Americana de Saúde [online]. Declaração de Alma-Ata. Alma Ata; 1978 [acesso 2007 jul 7]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletivo/uploadArq/Alma-ata.pdf>.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
4. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006; 11(3):633-41.
5. Ministério da Saúde(BR). Evolução da implantação das equipes de saúde da família e repasse de recursos financeiros (1998-2006). Brasília; 2007 [acesso 2007 jul 12]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.
6. Organização Pan-Americana de Saúde [online]. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Brasília, 2005 [acesso 2007 jul 12] Disponível em: [http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phe2ppapers\\_10-ago-05\\_por.pdf](http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phe2ppapers_10-ago-05_por.pdf).
7. Elsen I. O cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva, MRS, organizadoras. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.
8. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção de integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

9. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(2):331-40.
10. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record; 1997.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
12. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 67-80.
13. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p. 229-50.
14. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 48-65.
15. Travelbee J. *Intervención en enfermería psiquiátrica*. Carvajal: OPS/OMS; 1979.
16. Angelo M, Bousso RS. Fundamento da assistência à família em saúde [monografia da Internet]. 2001 [acesso 2004 dez 10 ]. Disponível em: [http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto3\\_1.asp](http://www.ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto3_1.asp).
17. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar; 1997. p. 197-228.
18. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Editora Fiocruz; 2007. p. 137-70.

**RECEBIDO:** 27/03/2007

**ACEITO:** 29/10/07