

A RELEVÂNCIA DA CULTURA NO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS
THE RELEVANCE OF THE CULTURE IN THE CARE TO THE FAMILIES
LA IMPORTANCIA DE LA CULTURA EN EL CUIDADO A LAS FAMILIAS

*Althea Ratti**

*Maria Thereza Férrer Pereira***

*Maria de Lourdes Centa****

* Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal do Paraná; Residente em Saúde da Família da UFPR.

** Enfermeira graduada pela Universidade Tuiuti do Paraná; Residente em Saúde da Família da UFPR.

*** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem – UFSC. Professora Sênior e Coordenadora do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação da UFPR.

RESUMO. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a relevância da cultura no cuidado às famílias, pois conhecer seus valores, crenças, mitos, costumes e tradições, enfim a cultura do indivíduo e o seu contexto sociofamiliar são fundamentais para o desenvolvimento das práticas de saúde eficientes e de qualidade. Nele abordaremos a influência da cultura no comportamento, na interpretação do processo saúde-doença e nas práticas de assistência/cuidado próprios de cada família. Apontamos a necessidade de os profissionais de saúde considerarem a cultura no processo de assistir/cuidar, para que este seja congruente com as reais necessidades das famílias.

PALAVRAS-CHAVE: cultura; cuidadores; família; programa saúde da família.

ABSTRACT. This study it has as objective to reflect on the relevance of the culture in the care to families, therefore to know its values, beliefs, myths, customs and traditions, at last, the culture of the individual and its partner-familiar context are basic for the development of practical of health the efficient ones and quality. In it we will approach the influence of the culture in the behavior, the interpretation of the process health-illness and in the practical ones of care proper of each family. It points with respect to the necessity of the health professionals to consider the culture in process of care, so that this is congruente with reals necessities of the families.

KEYWORDS: culture; caregivers; family; family health program.

RESUMEN. Este estudio que tiene como objetivo a reflejar en la importancia de la cultura en el cuidado a familias, por lo tanto saber sus valores, creencias, mitos, costumbres y tradiciones, en el último, la cultura del individuo y su contexto sociofamiliar son básicos para el desarrollo de práctico de la salud y la calidad eficientes. En él nos acercaremos la influencia de la cultura en el comportamiento, la interpretación del proceso salud-enfermedad y en las prácticas de cuidado apropiado de cada familia. Señala con respecto a la necesidad de los profesionales de salud para considerar la cultura en el proceso de cuidado, de modo que éste sea congruente con las reales necesidades de las familias.

PALABRAS-CLAVE: cultura; cuidadores; familia; programa salud de la familia.

Recebido em: 07/05/2004

Aceito em: 14/10/2004

Maria de Lourdes Centa

Rua Pe. Camargo, 280 - 8º andar - Alto da Glória

80060-240 - Curitiba - PR

E-mail: mcenta@brturbo.com.br

INTRODUÇÃO

A família é a intermediária entre o indivíduo e a sociedade, pois é nela que se aprende a perceber o mundo e situar-se nele, passando constantemente por processos de negociações. Ela não é, portanto, algo natural, biológico, mas sim uma instituição social, que se constitui de maneiras diversas em ocasiões e tempos distintos, para responder às necessidades sociais.

A tradição cultural é transmitida pela família através de seus ritos e mitos, com seus significados e significantes, construindo sua história particular, marcando os vínculos afetivos e sociais, estruturando o universo psicológico de seus membros.

Sendo a família um emaranhado de relações, os profissionais que atuam com famílias devem conhecer tal universo e saber lidar com ele. Neste processo, deve-se ter em mente que suas ações devem envolver não só o indivíduo, mas também sua rede de relações. Isso contraria a formação dos profissionais de saúde, pois eles tendem a agir a partir de uma noção individualizada e objetivada do corpo e da doença, com base no modelo biomédico.

A tendência atual das políticas sociais em geral e das políticas de saúde é focar a família, e não o indivíduo isoladamente como unidade de atendimento. Neste contexto, consolida-se no Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), como tentativa de reorganizar o Sistema Único de Saúde, reafirmando seus princípios e diretrizes, a partir de uma prática diferenciada, que privilegia a atenção coletiva.

Dessa forma, o PSF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, entendida a partir do ambiente em que está inserida. Para tanto, os profissionais necessitam de maior compreensão do processo saúde-doença e de intervenções que extrapolem suas práticas curativas.

Esses profissionais devem estar aptos a atender às novas demandas da assistência, interagindo e formando um vínculo maior com as famílias e sua

rede de relações, o que vai proporcionar-lhes maior conhecimento de suas crenças, valores, costumes, cultura, relacionamentos e papéis. Desta forma, o presente artigo busca refletir sobre a relação existente entre cultura e família na prática do cuidado.

CULTURA E FAMÍLIA

Uma das primeiras preocupações dos estudiosos com relação à cultura refere-se à sua origem, ou seja, como o homem adquiriu esse processo extra-somático que o diferenciou de todos os animais? Dentre estes estudiosos encontram-se alguns antropólogos, que acreditam que o cérebro sofreu modificação pelo processo evolutivo e o homem foi capaz de produzir cultura. O desenvolvimento do cérebro é consequência da vida arborícola, que possibilitou ao homem a utilização das mãos e posição ereta, abrindo para estes um mundo tridimensional. O fato de poder segurar e examinar objetos, conferindo-lhes significado próprio, permitiu ao primata uma nova percepção do mundo ¹.

Claude-Lévi-Strauss, o mais destacado antropólogo francês, considera que a cultura surgiu no momento em que o homem convencionou a primeira regra. Para ele, esta seria a proibição do incesto, padrão de comportamento comum a todas as sociedades humanas ².

Leslie White, antropólogo norte-americano contemporâneo, considera que a passagem do estado animal para o humano ocorreu quando o cérebro do homem foi capaz de gerar símbolos. Todas as civilizações se espalharam e se perpetuaram somente pelo uso de símbolos e estes devem ter uma forma física, porquanto, do contrário, não podem penetrar em nossa experiência. Para perceber o significado de um símbolo é necessário conhecer a cultura que o criou ³.

A primeira definição de cultura, formulada do ponto de vista antropológico, pertence a E. Tylor, que, em 1871, definiu cultura como “todo comportamento aprendido, tudo aquilo que independe de uma transmissão genética” ^{1:28}.

De acordo com Laraia:

O homem é resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquiridos pelas numerosas gerações que o antecederam. A manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e as invenções. Estas não são o produto da ação isolada, mas o resultado do esforço de toda a comunidade ^{1:46}.

A palavra família tem origem latina, significa servo ou escravo, sugerindo que, primitivamente, se considerava a família como o conjunto de escravos ou criados de uma mesma pessoa. Essa raiz etimológica alude à natureza possessiva das relações familiares entre os povos primitivos, em que a mulher devia obedecer a seu marido como amo e senhor, os filhos pertenciam a seus pais, a quem deviam suas vidas e, conseqüentemente, os pais se julgavam com direito absoluto sobre eles. Dessa forma, a noção de posse e poder estão intrinsecamente vinculadas à origem e evolução do grupo familiar ⁴.

A família é “uma instituição mediadora entre o indivíduo e a sociedade, submetida às condições econômicas, sociais, culturais e demográficas, mas que também tem, por sua vez, a capacidade de influir na sociedade” ^{5:1}.

A história da família que, no início da década de setenta, se apresentava com contornos mal definidos, chegou aos anos noventa renovada, movimentando-se de uma visão limitada da família como unidade estática no tempo, para ser analisada como processo, ao longo da vida inteira de seus membros. Passou do estudo das discretas estruturas domésticas para a investigação das relações da família nuclear com o grupo de parentesco mais vasto e do estudo da família como unidade doméstica distinta para o exame da interação familiar com o mundo da religião, do trabalho, da educação, das instituições sociais e com os processos de industrialização, migração e urbanização. Pesquisas na área têm provocado revelações surpreendentes sobre o passado da sociedade brasileira ⁵.

O estudo da família brasileira está vinculado a dois posicionamentos específicos: o primeiro, que se projeta a partir do modelo de família patriarcal como sendo a única forma de organização familiar da época; e o segundo, no qual este modelo é revisto.

“O modelo de família patriarcal pode ser descrito como um extenso grupo composto pelo núcleo conjugal e sua prole legítima, incluindo parentes, afilhados, agregados, escravos e até mesmo concubinas e bastardos; todos abrigados sob o mesmo domínio, na casa-grande ou na senzala, sob a autoridade do patriarca, dono das riquezas, da terra, dos escravos e do mando político. Caracterizar-se-ia por alguns traços como: baixa mobilidade social e geográfica, alta taxa de fertilidade e manutenção dos laços de parentesco com colaterais e ascendentes, tratando-se de um grupo multifuncional” ^{5:3-4}.

O fortalecimento da família patriarcal se explica pela própria estrutura colonial, já que o governo português não conseguia fazer-se representar em toda a colônia; o proprietário das terras tomou as rédeas do poder local. O poderio patriarcal foi gestado na ausência do Estado forte, e seu declínio se verificaria, quando este Estado assumisse seus papéis ⁵.

Gilberto Freire é o grande teórico da família brasileira, com diversas publicações entre os anos 1930-1950, ao lado de Oliveira Vianna (1883-1951) e Antonio Cândido (1918). Estes autores partem do pressuposto de que a família patriarcal rural e extensa do século XIX e anteriores se transformou em família nuclear, quando transplantada para o ambiente urbano e moderno no século XX ⁶.

Côrrea afirma que o poder absoluto da família patriarcal obscureceu outras formas de organizações familiares existentes em todo o território nacional, organizações que refletiam as possibilidades de sobrevivência de uma população numerosa numa sociedade muito desigual. “A família patriarcal pode ter existido e seu papel ter sido extremamente importante; apenas não existiu sozinha, nem comandou do alto da varanda da casa grande o processo de formação da sociedade brasileira” ^{6:25}.

A partir da chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, teve início a vida social na colônia, que incluiu o estabelecimento de oportunidade de estudos

e outras formas de ascensão social. Os filhos tornam-se menos dependentes do poder patriarcal, com a possibilidade de carreiras autônomas ou políticas. A condição urbano/rural e a conseqüente industrialização foram fundamentais na transição da família patriarcal rural para nuclear industrial e urbana ⁵.

A família nuclear caracterizava-se pela perda da importância do parentesco extenso, independência econômica dos filhos (acarretando conseqüente diminuição da autoridade paterna), aumento da participação da mulher no sistema produtivo, natalidade planejada e reduzida. As funções da família moderna se restringiriam à socialização da criança e estabilização das personalidades adultas ⁵.

Mantém-se, no entanto, neste novo modelo a moral patriarcal como medida: o tabu da virgindade para as mulheres e o da virilidade para os homens e a dupla estrutura familiar, herança de uma sociedade escravista, ou seja, uma legal, representada pelo núcleo conjugal e seus filhos, e outra assentada sobre a violação dos direitos dos menos afortunados ⁵.

O meio urbano e industrial pode ter reforçado os laços de parentesco como forma eficaz de defender os interesses dos membros familiares e providenciar proteção mútua, ao contrário da idéia de que a industrialização e urbanização teriam desenraizado os indivíduos de suas redes familiares, levando a um aumento do individualismo ⁵.

Atualmente, no Brasil, existem diversos modelos de organização familiar. "Assim, não se pode falar de família, mas de famílias, para que se possa contemplar a diversidade de relações que convivem na sociedade brasileira" ^{7:358}.

O conceito de família nuclear e a instituição casamento intimamente ligada à família passaram por transformações, observadas no final da década de 60, pelo crescimento de separações e divórcios, diminuição da força da religião, que não estava mais conseguindo segurar casamentos com relações insatisfatórias. A igualdade passa a ser um pressuposto de muitas relações matrimoniais ⁸.

A partir daí, surgem inúmeras organizações familiares alternativas: casamentos sucessivos com

parceiros distintos e filhos de diferentes uniões; casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos de parceiros isolados, cada um vivendo com uma das famílias de origem; as chamadas produções independentes tornam-se mais freqüentes; e ultimamente, mães solteiras ou já separadas compartilham a criação de seus filhos ⁸.

Vale ressaltar, entretanto, que apesar da heterogeneidade familiar existente no decorrer da evolução histórica, "a família permanece como matriz do processo civilizatório, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas" ^{7:358}.

A família encontra novas formas de estruturação que, de alguma maneira, a reconstituem, sendo reconhecida como estrutura básica permanente da experiência humana. Apesar da variedade de formas que assume ao longo do tempo, a família é identificada como fundamento da sociedade ⁷.

A pesquisadora Maria Ângela D'Incao define a família como "uma instituição social que convive com as mudanças e constantes transformações sociais" ^{9:42}. Para esta autora isto não significa que a família colonial tenha sido substituída totalmente pela família contemporânea, pois ela não tem somente uma função social de preservação do econômico, convivendo com valores demarcados não somente pelo presente. Ela sofre mutação, estabelece o seu modo de ser e estar no mundo, escrevendo sua história. Estas instituições e sociedades mudam e transformam-se, apresentando pontos comuns e divergentes sem, no entanto, estarem desconectados dos movimentos da época, valores, mitos, ritos, hábitos e costumes que compõem seu modo de viver e sua história. A família individual e coletiva, portanto, possui pontos comuns e divergentes, o que a faz relativizar a diferença dos aspectos sociais e culturais do viver em família.

Nesse sentido, a família muda e se adapta aos movimentos históricos, pois faz parte de sua função dar proteção psicológica e social a seus membros, e transmitir sua cultura. Em todas as culturas, a família tem a responsabilidade de dar a seus membros o registro de individualidade. A vivência do homem

tem dois elementos básicos: um, de pertencer à cultura; e outro, ser apartado desta. A família muda, à medida que muda a sociedade¹⁰.

A família é, portanto, “uma construção social que varia segundo as épocas, permanecendo, no entanto, aquilo que se chama de sentimento de família, que se forma a partir de um emaranhado de emoções e ações pessoais, familiares e culturais, compondo o universo do mundo familiar. Esse universo do mundo familiar é único para cada família, mas circula na sociedade nas interações com o meio social em que vivem”^{7:358}.

A família propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. É em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e morais, que se constroem as marcas entre as gerações e são observados os valores culturais⁷.

Madeleine Leininger foi precursora na inclusão do componente cultura no cuidado. Enquanto trabalhava como enfermeira clínica especialista em crianças perturbadas e seus pais, observou diferenças de comportamento recorrentes e concluiu que eles tinham base cultural. Identificou a falta de conhecimento sobre a cultura das crianças como o elo que faltava na Enfermagem, para o entendimento das variações de cuidado.

Retirou da Antropologia o componente cultura e da Enfermagem o componente cuidado, elaborando em 1991, a teoria denominada pela própria autora de Teoria do Cuidado Cultural¹¹.

Alguns anos depois, ela observou que as culturas têm tanto práticas específicas a uma cultura, quanto padrões prevalentes que são comuns culturalmente e acrescenta à sua teoria os conceitos de diversidade e universalidade. Ou seja, a saúde “é vista universalmente nas culturas, porém definida em cada uma delas de maneira que reflete as crenças, os valores e as práticas daquela determinada cultura. Assim, a saúde é tanto universal quanto diversificada”^{11:187}. A partir de então sua teoria passa a ser denominada de Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural.

Dessa forma, entende-se que o cuidado e, também, a saúde, estão presentes nas diversas culturas (Universalidade). Entretanto o cuidado é realizado de maneiras distintas, de acordo com as crenças, valores, significados e mitos existentes nas comunidades (Diversidade)¹¹.

O cuidado cultural é o meio holístico mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do atendimento de Enfermagem, visando orientar suas práticas de cuidados¹¹. Acreditamos, portanto, que o cuidado cultural pode e deve ser utilizado pelos profissionais de saúde que atuam com famílias em seu cotidiano, pois ele permite conhecer as famílias e melhor atender suas reais necessidades.

Assim, o profissional de saúde deve estar disposto a adentrar nesse universo desconhecido para a maioria, a fim de prestar um cuidado congruente, proporcionando assistência e apoio que se ajustem aos valores, crenças e modos de vida de um indivíduo ou família, satisfazendo suas reais necessidades, levando a um atendimento eficiente, significativo e de qualidade.

“Profissionais das mais diversas áreas têm focalizado a família como objeto de estudo a partir da constatação de que ela desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros, devendo ser compreendida historicamente, e de acordo com as suas especificidades”^{8:57}.

O contexto mais próximo de um indivíduo é sua família. Dessa forma, o profissional de saúde deve ter em mente que é praticamente impossível assistir/cuidar do indivíduo, doente ou sadio, de forma integral, quando não se considera pelo menos o seu contexto sociocultural mais próximo, que é a família a que ele pertence. Deve-se levar em conta, também, que as famílias costumam ter significados próprios e práticas singulares de cuidar, originadas do seu contexto sociocultural.

É relevante considerar que existe diferença entre cuidar de um indivíduo e cuidar da família propriamente dita, porquanto, para assistir/cuidar de família é necessário conhecer como ela cuida de

seus doentes, identificar suas dificuldades e suas forças, e utilizar uma metodologia de trabalho específica. Neste caso, a assistência possui características próprias, pois o assistir/cuidar precisa atender ao universo de relações familiares e à interação familiar, assim como utilizar instrumentos de coleta de dados que possuam caráter mais amplo, a fim de permitir reconhecer as características da família¹².

“A família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde-doença, através do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros”^{8:57}.

Vários estudos têm demonstrado que a família pode ser entendida tanto como fonte de saúde, como de doença para seus membros. Ela, além de ser agente de cuidado de seus membros, também deve ser considerada como objeto de cuidado dos profissionais de saúde¹².

A importância de se inserir a família como objeto de trabalho deve-se ao fato de que esta serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornecendo proteção psicossocial a seus membros, além de se constituir em importante veículo de transmissão de cultura, no qual se incluem os cuidados com a saúde^{12:22}.

A saúde dos indivíduos possui estreita ligação com as crenças, valores, relações, direitos e deveres do sistema familiar, pois a cultura, a estrutura social e o ambiente físico influenciam os indivíduos que percebem e vivenciam o processo saúde-doença e as necessidades de cuidado, e isto, por sua vez, determina a forma como as famílias cuidam de seus membros.

Em estudo envolvendo famílias, realizado por Elsen, o cuidado informal, ou seja, aquele prestado pela própria família, envolve ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças, incluindo as de reabilitações, e se baseiam nos conhecimentos adquiridos a partir de sua cultura e das interações com os profissionais de saúde. O resultado da

experiência vivenciada em cada episódio de doença é acrescentado ao referencial da família que, assim, vai expandindo-se e sendo transmitido ao longo de sua trajetória de vida¹².

A família não pode mais ser vista como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. A rede de relações em que a família se insere, aliada ao amplo acesso aos diversos meios de comunicação, decorrentes do crescimento tecnológico na era da globalização da economia capitalista, interferem na dinâmica e estrutura familiar, levando a modificações na compreensão do processo saúde-doença.

Ao se reconhecer que a família assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça, também, a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em consideração suas opiniões e, mais que isto, incentivar sua participação em todo o processo de assistir/cuidar. Isto deve ocorrer de forma que cada contato da família com os profissionais de saúde resulte em subsídios, que devem ser utilizados pela família na ampliação de conhecimentos e práticas sobre o processo do assistir/cuidar de seus membros¹².

O cuidar da família, como unidade básica de saúde, portanto, exige conhecer como essa família cuida, identificando suas necessidades, forças, e potencialidades, pois só assim o profissional, com seu saber técnico, científico e humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros.

As famílias costumam ter significações de saúde e doença e práticas próprias de cuidar, originadas de seu contexto sociocultural. Por este motivo, a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes, se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com que está atuando; isto, por sua vez, só será possível através do conhecimento da cultura do outro^{12:22}.

Entretanto a capacidade de compartilhar responsabilidades é caminho muito difícil para o profissional de saúde, que está acostumado a tomar sozinho todas as decisões relativas ao processo saúde-

doença. Ele tende ao Etnocentrismo, ou seja, olha para o outro, a partir das próprias referências. “Cada pessoa tem sua própria representação de família, da família real e da família sonhada, da sua família e da do outro, representação esta ligada a concepções e opiniões, sentimentos e emoções, expectativas correspondidas ou não correspondidas”^{7:358}.

A família assistida/ cuidada acaba sendo comparada com sua família, ou com a idealização de família do próprio profissional, impedindo-o de perceber que se trata de outras concepções de vida, valores e conseqüentemente, cultura¹³.

Quando o profissional de saúde não conhece, não compreende ou não aceita as diferenças culturais de um grupo, isto pode levar a um choque cultural, susceptível de gerar nos profissionais sentimentos de raiva, indignação, perplexidade e descaso, pois o diferente e o estranho provocam desconforto, devido às diferenças de valores, crenças e práticas culturais. Isto tudo poderia ser amenizado, se o profissional de saúde estiver preparado e disposto a reconhecer as diferentes manifestações culturais apresentadas pela clientela por ele atendida.

Por outro lado, as famílias se distanciam do profissional, quando ele tenta impor seus próprios valores, crenças e comportamentos. Este só poderá desenvolver ações congruentes, se tiver a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias ou grupos com que está interagindo; isto, por sua vez, só será possível através do conhecimento da cultura do outro.

A tendência atual das políticas de saúde, de focar a família, e não o indivíduo isoladamente, como unidade de cuidado, pôde ser observado em vários programas de assistência como: a desinternação ou desospitalização de doentes crônicos físicos ou mentais; redução do tempo de internação de pacientes com doenças graves; e ênfase no atendimento domiciliar, tanto no caso de doentes graves e crônicos, como no da assistência a idosos¹³.

Para Gomes e Pereira, alguns princípios precisam ser considerados ao se propor políticas de atendimento à família, tais como: romper a idéia

de família sonhada e focar a família real como alvo de atenção; olhar a família no seu movimento, sua vulnerabilidade e sua fragilidade; trabalhar ouvindo a família, reconhecendo sua heterogeneidade; não olhar a família de forma fragmentada, mas trabalhar com o conjunto de seus membros; reconhecer a família como potenciadora das ações e como sujeito capaz de maximizar recursos. Enfim, “não dá para falar de políticas públicas sem falar em parceria com a família”^{7:363}.

Nesse contexto, já saturado, do modelo biomédico, centrado no indivíduo, segmentado, hospitalocêntrico, é que surge no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual tem como princípios: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multiprofissional.

O PSF tem por objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência. A atenção está centrada na família, entendida a partir de seu ambiente físico e social.

Este programa, por extrapolar as características e competências do que costuma ser um programa, é considerado por muitos uma estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com início em 1994, teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Com os bons resultados apresentados pelo PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, buscou-se ampliação e maior resolutividade das ações na atenção primária e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de saúde da família¹⁴.

O PSF tem como unidade de atendimento a família em seu habitat e prevê ações que levem em conta a possibilidade de detectar no domicílio as necessidades de suporte e incrementar estratégias comunitárias. Com atenção contínua e ativa, desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de

forma integral e contínua, objetivando com isso melhorar a qualidade de vida dos indivíduos^{7:362}.

Neste programa, o domicílio tem-se constituído como espaço apropriado para a assistência profissional à família, pois é nesse ambiente que é possível melhor conhecê-la e compreendê-la, assim como suas necessidades. Nele, os membros familiares conseguem expressar mais facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença e até questionar as práticas que os profissionais de saúde utilizam e/ou defendem¹².

Assim, o profissional de saúde, além de conhecer a família, tem acesso a seu contexto sociocultural e com ele deve trabalhar. Isso possibilita a formação de vínculos com os pacientes, criando laços de co-responsabilidade e compartilhamento de ações, o que facilita a identificação e o atendimento dos reais problemas de saúde da família e, por extensão, da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de saúde deve reconhecer que não constrói o processo de assistir/cuidar individualmente, pois este, para ter resolutividade, eficiência e qualidade, deve atender às reais necessidades de seus clientes/pacientes. Portanto, ao focar o indivíduo como ser integral inserido em seu contexto, com necessidades diferenciadas e específicas, os profissionais de saúde devem interagir com outros profissionais de diferentes áreas, como Psicologia, Sociologia, Antropologia, para que juntos possam assistir/cuidar de famílias de forma holística, atendendo às suas necessidades e melhorando a sua qualidade de vida.

A família deve ser considerada o fundamento do cuidado; portanto deve ser entendida como sujeito do processo saúde-doença, e como objeto de assistência/cuidado dos profissionais da saúde, pelo que eles devem envolver as famílias neste processo, considerando que elas possuem crenças, valores e princípios próprios. Quando as famílias não são consideradas pelos profissionais de saúde em sua

totalidade, ocorre distanciamento entre os desejos e anseios da comunidade ou dos membros da família e o que é oferecido como assistência/cuidado por estes profissionais.

O PSF propõe atuação direta neste segmento da sociedade, através de bom desempenho junto à comunidade, na identificação dos problemas locais de saúde e da caracterização individualizada de cada unidade familiar, dentro de sua simplicidade/complexidade. O conhecimento destes clientes/pacientes pela equipe de saúde da família permite a realização do planejamento estratégico. Este propicia um cuidado resolutivo e adequado às necessidades apresentadas, colaborando na intensificação do vínculo profissional – cliente/paciente e no resgate da cidadania.

A apropriação do território (territorialização) pela equipe multiprofissional permite que estes profissionais conheçam as características e necessidades singulares de cada família. A integralidade é atingida, quando se trabalha com uma equipe multiprofissional e quando esta considera não só a característica e especificidade de cada família, mas também o contexto em que se inserem. Assim, tornam-se mais visíveis as diferenças culturais existentes em cada família e na comunidade, possibilitando um cuidado congruente com as reais necessidades das famílias e de seus membros.

Desse modo, para a consecução dos resultados almejados, deve-se primar pelo fortalecimento do elo entre profissionais da equipe de saúde da família e os membros da família, num processo de co-responsabilidade e participação, cabendo à equipe multidisciplinar o respeito aos fatores intrínsecos da família, suas crenças e valores, além do entendimento de seus membros enquanto indivíduos.

Conhecer a família e sua cultura, em seu sentido mais amplo e real, firma-se então, como requisito básico para a atuação do profissional integrante de uma equipe de saúde da família, pois só assim o assistir/cuidar da família atinge seus objetivos e proporciona qualidade de vida e cidadania.

REFERÊNCIAS

- 1 Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 9ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1993. p.28; 46.
- 2 Lévi-Strauss C. O pensamento selvagem. São Paulo: Nacional; 1976.
- 3 White L. Homem e Sociedade 5ª ed. São Paulo: Nacional; 1970.
- 4 Osório LC. Origens da Família: a família como grupo primordial. In: Nerman P, David E, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.24-33.
- 5 Teruya MT. A historiografia da família brasileira: bases e perspectivas de análise. In: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais); 2000; Caxambu/ MG. Caxambu: ABEP; 2000. p.1-25.
- 6 Correa M. Repensando a família patriarcal brasileira. In: Almeida MSK, organizador. Colcha de retalhos. São Paulo: Brasiliense; 1982. p. 13 -38.
- 7 Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(2):357-63.
- 8 Simionato MAW, Oliveira RG. Funções e transformações da família ao longo da história. In: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia; 2003 nov. 12-14; Maringá. Maringá: ABPppr; 2003. p.57-66.
- 9 D'incao MA. Amor e família no Brasil. São Paulo: Contexto; 1989. O amor romântico e a família burguesa; p. 35-55.
- 10 Melo ZM. Família e Cultura: uma reflexão. Revista Symposium 2000; (2): 78-81.
- 11 George JB. Teorias do Cuidado: Os Fundamentos à Prática Profissional 4ª ed. São Paulo: Artmed; 2000. p.187.
- 12 Marcon SS, Elsen I. A Enfermagem com um novo olhar. A necessidade de enxergar as famílias. Fam Saúde Desenv 1999; 1(1/2):21-6.
- 13 Sarti CA. A família como ordem simbólica. Psicologia USP 2004; 15(3):11-28.
- 14 Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, colaboradores. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.28-49.