

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE

PUBLIC POLICIES FOR FAMILY IN THE CONTEXT OF HEALTH

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA FAMILIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD

Mariana de Almeida Moraes Gibaut¹
Fernanda Carneiro Mussi²

Objetivou-se refletir sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) no contexto da saúde da família, na qual a família é objeto precípua de atenção, devendo ser entendida a partir do ambiente onde vive, de forma integral e articulada. Preconiza atendimento com qualidade, articulando tecnologia e acolhimento, gestão participativa, visita aberta, direito ao acompanhante, acolhimento à família cuidadora e a corresponsabilização para com os cuidados de seus membros. Contudo, as práticas em saúde ainda são predominantemente direcionadas ao indivíduo, de caráter prescritivo, isoladas em núcleos de competência, frágeis no compartilhamento entre os próprios profissionais e entre estes e os usuários e suas famílias. O acolhimento ainda é restrito à organização da demanda e triagem e a garantia de acompanhantes é deficiente. Desse modo, torna-se difícil a corresponsabilização da família pelos cuidados em saúde. Este é um desafio à efetivação da PNH no cotidiano da prática dos trabalhadores, para que a família seja protegida.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas de saúde. Humanização da assistência. Família. Enfermagem.

The objective was to reflect on the National Humanization Policy (NHP) within the context of family healthcare, in which the family is the primary purpose of attention and should be construed in accordance to their environment, in an integral and articulated manner. It calls for healthcare with quality, articulating technology and receptivity, participative management, open visits, the right to a companion, reception to the family and co-responsibility of the family with the care towards their family members. Nevertheless, health practices are still predominantly guided towards the individual; of a prescriptive character, isolated core of competency, frail in the sharing among the professionals themselves, or among these and the users and their families. Reception is still restricted to an organization of demand and selection and the guarantee of companions is deficient. In this manner, the joint accountability of the family for the healthcare is difficult. Making effective the NHP in the everyday practice of workers in order to protect the family is a challenge.

KEY WORDS: Health public policy. Humanization of assistance. Family. Nursing.

Se objetivó reflexionar sobre la Política Nacional de Humanización (PNH) en el contexto de la salud de la familia, en la cual la familia es objeto principal de atención debiendo ser atendida a partir del ambiente donde vive, de forma integral y articulada. Se preconiza atendimento con calidad, articulando tecnología y acogida a la familia cuidadora y la corresponsabilidad de la misma para con los cuidados de sus miembros. Sin embargo, las prácticas en salud aún son predominantemente direccionadas al individuo, de carácter prescriptivo, aisladas en núcleos de competencia, frágiles en el compartir entre los propios profesionales y entre estos con los usuarios y sus familias. El acogimiento es aún restricto a la organización de la demanda y clasificación y la garantía de acompañante

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). mary_mlr@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFBA. femussi@uol.com.br

es deficiente. De esta manera, se torna difícil la corresponsabilidad de la familia por los cuidados en salud. Es un desafío la efectividad de la PNH en el cotidiano de la práctica de los trabajadores para que la familia sea protegida.

PALABRAS-CLAVE: Políticas públicas de salud. Humanización de la atención. Familia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Como requisito de avaliação da disciplina Políticas de Saúde, ministrada no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, os discentes deveriam confeccionar um ensaio acerca da(s) política(s) volta-da(s) para o sujeito da sua dissertação ou tese.

Entendendo a importância de se conhecer as dificuldades, sofrimento e necessidades vividas por familiares que possuem um de seus membros em situação de tratamento e/ou internação, para orientar as práticas de cuidar em enfermagem, privilegiamos familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva (UTI) como sujeitos da dissertação de mestrado. A ameaça provocada pela doença, tratamento e/ou hospitalização de um membro da família pode levar os familiares a um estado de fragilidade, insegurança e medo (LOURENÇO; NEVES, 2008). Diante disso, a família tem sido defendida como sujeito da atenção à saúde, como preconizam as políticas e os discursos de humanização, bem como tem sido objeto de investigação e de cuidado em enfermagem (ANGELO et al., 2009).

Reconhecendo que as políticas públicas de saúde orientam práticas profissionais, é de fato fundamental refletir acerca daquelas voltadas para esses sujeitos, constituindo-se, portanto, em objetivo deste ensaio, refletir sobre a Política Nacional de humanização no contexto de saúde da família.

Descrito no projeto de dissertação, temos como objeto de estudo o “Nível de conforto de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)”. Mas, de qual concepção de família devemos partir? Um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação afetiva e um sentimento de pertença a determinado grupo (GALERA; LUIS, 2002)? Não só aquelas pessoas unidas por laço consanguíneo (CASANOVA;

LOPES, 2009)? Família patriarcal, valorizando-se o pai como provedor, a mãe como educadora e dona de casa e o filho como fruto do casal (COSTA, 2006)? Um grupo que historicamente desempenhou funções de reprodução biológica, reprodução social e construção de identidade (SINGLY, 2002³ apud ITABORAÍ, 2005)? Um sistema que tende ao equilíbrio e que o adoecimento de um dos seus membros pode desestabilizar todo o conjunto? Não apenas! Pensamos que devemos entender a família como uma instância coletiva, constituída por sujeitos de direitos, um espaço a ser cuidado, um espaço de mudanças já perceptíveis no convívio e no confronto entre gênero e gerações (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2009); alvo de ação e meta de resultados para a inclusão social, garantia de saúde e desenvolvimento humano (SOUZA, J.; SOUZA, T., 2011); que vem se transformando substancialmente, apresentando novos arranjos familiares, com grande número de lares monoparentais chefiados por mulheres, com redes sociofamiliares frágeis (GELINSK, 2010); ou ainda, uma vez que a noção de escolha faz da afeição o principal elemento constituinte da relação familiar, permite-se reconhecer como formas familiares legítimas antigos objetos de estigma, como o descasamento, os filhos adotivos e os parceiros do mesmo sexo (ITABORAÍ, 2005).

Ainda assim, os familiares, sujeitos do estudo, são peculiares; são familiares de pessoas internadas em UTI. E o que essas pessoas, nessa situação específica, trazem de diferencial no que já foi dito? Não há como negar que familiares que possuem um membro hospitalizado na UTI podem encontrar-se em uma condição de fragilidade biológica, psíquica e social, uma vez que a

³ SINGLY, François de. *Le soi, le couple et la famille*. Paris: Nathan, 2002.

doença e a internação constituem-se em eventos que produzem sofrimento, alteração de papéis e hábitos da vida cotidiana, bem como a incerteza de recuperação do parente (FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012). Além da vulnerabilidade intrínseca à hospitalização, na busca da caracterização desses familiares, não podemos desconsiderar a predominância feminina. A sobrecarga das mulheres, no que se diz respeito ao cuidado à família é conhecida. Itaboraí (2005) destaca que a absorção de responsabilidades pelo bem-estar individual da família não é equanimemente distribuída dentro do grupo familiar, mas tende a sobrecarregar as mulheres, para quem se conjuga mais facilmente o verbo cuidar: cuidar de crianças, idosos, doentes etc. Os resultados preliminares da caracterização da amostra da referida dissertação confirmam o citado, pois, dos 250 familiares entrevistados, 189 (75,6%) eram mulheres.

Diante do exposto, constituem sujeitos da pesquisa familiares, em sua grande maioria mulheres, em situação de vulnerabilidade, seja por questões de gênero, seja pela hospitalização de um membro da família, pertencentes a um grupo social dinâmico, que não pode mais se basear no estereótipo de família convencional, biparental, mas sim nas transformações existentes na família pós-moderna, que vão desde a monoparentalidade, com chefia feminina, até os diversos vínculos afetivos, considerados como vínculos familiares.

Uma vez esclarecidos os sujeitos de interesse, cabe agora refletir sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) no contexto de atenção à saúde da família. Em 2000, cria-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe um conjunto de ações com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde prestados nos hospitais públicos. Seu objetivo fundamental é “[...] aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p. 7).

Abrangendo toda a rede de atenção à saúde, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) estabelece a Política Nacional de Humanização da Atenção.

De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004). A PNH ainda preconiza a gestão participativa, a visita aberta e o direito ao acompanhante, acolhimento à família cuidadora, entre outros, como exemplos de iniciativas que têm potência para melhorar os serviços e o sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Pensando mais precisamente nos sujeitos de estudo, a PNH inclui a necessidade de informá-los sobre a real necessidade de saúde do seu membro, dos profissionais estarem prontos para acompanhá-los nos momentos necessários, acolhê-los com palavras de apoio e ações humanizadoras, auxiliá-los para se tornarem protagonistas do tratamento oferecido, permitir que se aproximem do seu membro, seja por flexibilização de visitas, seja pela possibilidade de acompanhamento, entre outras ações (BRASIL, 2007). No entanto, observamos em nosso cotidiano profissional, bem como constatamos em estudos, que práticas em saúde resumem-se a um suposto acolhimento, preso na organização da demanda e triagem nas emergências e unidades básicas de saúde e a garantia, ainda que deficiente, de acompanhante para a mulher no momento do parto (SOUZA et al., 2008).

Além disso, comportamentos adotados pelas pessoas do sistema de atendimento hospitalar nas interações com seus familiares constituem-se em obstáculos para o acolhimento quando os desqualificam como seres humanos. Como exemplo, citamos os boletins de informações genéricos sobre o estado do seu membro emitidos em “chavões” – grave, estável, regular – ou o uso de linguagem por demais científica no oferecimento de informações intensifica a angústia e a impotência dos familiares e negam a possibilidade de conscientemente participarem do processo de tomada de decisão sobre o cuidado e tratamento de seu membro. O acesso do familiar ao seu membro esbarra também na burocracia/rotina soberana aos seus sentimentos, necessidades e desejos. Seus membros sofrem e morrem

sozinhos porque, diante da dor e da solidão, as pessoas significativas a eles são substituídas pela hora do banho, pelo regulamento de visita, pela limpeza da unidade, pelos humores profissionais (MUSSI, 1999).

Segundo dados do site do MS, o usuário e sua rede sociofamiliar devem corresponsabilizar-se pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. Identifica-se a centralidade da família nas políticas sociais e a corresponsabilização para com os cuidados e proteção aos seus membros, embora possa não estar suficientemente instrumentalizada para assumir essa responsabilidade. Como cita Carvalho e Almeida (2003), evidencia-se a necessidade de retomar a família como prioridade política institucional (Estado), enfatizando a sua proteção, promoção e centralidade nas políticas públicas sociais, em especial aquelas destinadas à saúde. Também se torna clara a necessidade de o Estado partilhar com a família as responsabilidades de políticas públicas e reprodução sociais de seus cidadãos. Contudo, as responsabilidades parecem passar do Estado à família, levando-a a enfrentá-las no âmbito do cuidado à saúde de seus membros, para o qual não tem tido suporte. Visualizamos, portanto, a família em um contexto que, ao mesmo tempo em que lhe traz vulnerabilidade, lhe transfere encargos (GELINSKI, 2010).

No Caderno Humaniza SUS de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2011), surge um serviço de apoio para ajudar a família a entender as suas responsabilidades e ser cuidada. Neste documento, o hospital aparece como parte de uma rede que precisa assumir a ideia-princípio de que todo cidadão tem o direito a uma equipe que cuide dele no tempo, o que possibilitaria a ampliação da responsabilidade microssanitária de equipes de saúde de atenção primária, a exemplo das Equipes de Saúde da Família (ESF). Para a PNH, é com essas equipes que usuários, famílias e comunidades contratam responsabilidades compartilhadas pelo cuidado, reguladas e sustentadas pela produção de vínculos terapêuticos. Essa política transfere, essencialmente, a responsabilidade do compartilhamento de

cuidado, da criação de vínculo e da corresponsabilização de ações para a Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

Em 1994, como uma estratégia governamental de reorientação do modelo assistencial, foi criado pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF), programa que, a partir de 1997, passaria a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia trouxe a perspectiva de que a família passasse a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997), de forma integral e articulada (BRASIL, 2000). Contudo, o que se vê nas práticas cotidianas dos profissionais de Unidades de Saúde da Família (USF) são ações direcionadas ao membro da família, que se constitui no usuário do serviço, de caráter prescritivo, isoladas em núcleos de competência, sem compartilhamento entre os próprios profissionais, e entre estes e os usuários e suas famílias, aprisionando o processo de trabalho nas estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado (FRANCO; MERHY, 2003).

Voltando à pergunta posta acima, no caderno de atenção básica sobre a implantação da USF (BRASIL, 2000), encontramos menção a uma nova visão da atuação da família e da comunidade, que vem se estruturando internacionalmente e é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, sendo preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. Com isso, o modelo da ESF coloca as famílias no centro da agenda das políticas em saúde e, para isso, pressupõe o estabelecimento de laços de compromisso e de corresponsabilidade nas ações em saúde (GELINSKI, 2010).

A responsabilização pela produção do cuidado é um dos instrumentos e dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) para a mudança do modelo assistencial (NASCIMENTO et al., 2010), em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser compartilhadas pelas famílias

e pelas equipes de saúde da família. Todavia, enquanto os trabalhadores em saúde têm as suas funções estabelecidas, parece não haver o mesmo nível de clareza quanto aos encargos das famílias nas corresponsabilidades pelos cuidados em saúde conforme explicitam as questões trazidas por Gelinski (2011): Será que as famílias sabem mesmo o que é serem corresponsáveis pelos cuidados? Será que elas estão cientes dos direitos e das obrigações que têm no novo formato da atenção básica? Os profissionais de saúde repassam essas informações aos usuários? E mais, será que elas possuem os recursos (sociais, emocionais e técnicos) para dar conta da sua parte na corresponsabilidade?

É necessário considerar também que, enquanto as práticas de cuidar em saúde retratarem um modelo em que o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos, consultas e exames, associados à crescente medicamentação da sociedade e, secundariamente, existir o compromisso com as necessidades dos usuários (MERHY, 1998), será difícil alcançar a corresponsabilização da produção do cuidado.

Essa corresponsabilização que a ESF atribui às famílias fez autores questionarem se esse novo modo de intervenção irá fortalecer ou resguardar as famílias ou, se, ao invés disso, será uma estratégia para vigiá-las, sobrecarregá-las ou responsabilizá-las (CAMPOS; MATTA, 2007). Entendemos que não é possível pensar no repasse da responsabilidade dos resultados das políticas e programas e da proteção social dos seus membros para as famílias sem instrumentalizá-las para tal.

Mioto, M. J. Silva e S. Silva (2007, p. 2) descrevem a acentuação de um processo progressivo de penalização das famílias, diante das políticas públicas:

As políticas públicas nos diferentes países, particularmente nos países pobres orientadas pelas normativas de organismos internacionais, passaram a ter como critérios orientadores a focalização, a privatização e a participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais. Tais critérios têm implicado na acentuação de um processo progressivo de penalização das famílias. Essa penalização ganha visibilidade de inúmeras formas, tanto no

plano da formulação das políticas sociais como na gestão dessas políticas. Por exemplo, ao focalizar, o Estado orienta os gastos públicos para os grupos mais vulneráveis e descuida da prestação de serviços universais. Esse descuido redundará numa rede de serviços públicos insuficientes para a cobertura das demandas e necessidades das famílias, tanto daquelas que são reconhecidas pobres, excluídas e vulneráveis e, portanto, merecedoras da atenção pública, como de um grande contingente de famílias que, embora não preencham esses requisitos para acessar determinadas políticas ou programas estatais, não dispõem dos recursos para a compra de serviços no mercado, ficando cada vez mais expostas aos riscos, à deterioração de suas condições de vida e à diminuição de sua capacidade protetiva. Além disso, os serviços públicos disponíveis para a população, geralmente de má qualidade, são orientados a valorizar a família como fonte de recursos. Assim, na atualidade a família passou a ser considerada um foco de atenção fundamental para a efetivação de políticas sociais.

Podemos perceber, portanto, que o Estado, seja por força econômica ou por influência de organismos internacionais, caminha cada vez mais no sentido de reduzir a dependência dos usuários aos serviços públicos e aumentar a participação social na execução de programas e serviços sociais e a responsabilização das famílias nos cuidados aos seus membros e na resolução dos seus problemas e necessidades.

Além das deficiências expostas na operacionalização da política citada, devemos salientar ainda que o modelo de família que, na maioria dos casos, orienta as políticas de saúde, está baseado no casal heterossexual, legalmente casado, com filhos, vivendo em um mesmo espaço. Entretanto, como já mencionado, a vida familiar modificou-se para todos os segmentos da população brasileira. As famílias tornam-se cada vez mais heterogêneas. Portanto, é imprescindível que, ao se considerar a centralidade das famílias como fator de proteção social e a corresponsabilização destas para com as políticas públicas e reprodução social de seus cidadãos, atente-se para seu caráter participante nos processos de mudança, bem como às suas transformações internas (GELINSK, 2010).

É importante ainda destacar que o processo de concentração de renda, o aumento da pobreza, o acirramento das desigualdades sociais, o crescimento do número de lares monoparentais femininos e os papéis desempenhados pelos

membros da família, em que se sabe que a incumbência de arcar com os cuidados dentro do núcleo familiar ainda é da mulher, cada vez mais inserida no mercado de trabalho e assumindo mais funções, aumentam a situação de vulnerabilidade das famílias (GELINSK, 2010). Em tal situação, a família precisa de mais amparo, devendo crescer o papel do Estado como parceiro por meio de políticas sociais, e não de atribuição de mais encargos.

Concluimos este ensaio, portanto, depreendendo que a PNH não se traduz em ações para atender as necessidades dos familiares. Mantém-se baseada em estereótipos de família que já não correspondem à grande parte da realidade brasileira (GELINSKI, 2010), não reconhecendo a chefia de mulheres sobrecarregadas de funções familiares e trabalhistas e transferindo-lhes responsabilidades do Estado, sem garantir a instrumentalização para o cumprimento das funções para as quais são convocadas.

Entendemos que, para que esta política possa se efetivar no cotidiano de práticas dos trabalhadores, como traz a própria Cartilha da PNH, deve haver a pactuação entre os diferentes níveis de gestão do SUS e as distintas instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde, assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede, resgatando os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, construindo redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas, valorizando a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas. Além disso, é importante o compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente; a ampliação do diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população e entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa; e reforço do conceito de clínica

ampliada, do compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Talvez assim os trabalhadores estejam mais preparados para instrumentalizar e proteger a família, efetivando uma corresponsabilização sem sobrecargas e livre de culpabilizações pelos insucessos das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

- ÂNGELO, Margareth et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. *Rev. esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1337-1341, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2001.
- _____. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília, 2000.
- _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, 2004.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2. ed. Brasília, 2007.
- _____. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caderno Humaniza SUS: atenção hospitalar*. Brasília, 2011.
- CAMPOS, Mônica Regina de M.; MATA, Gustavo C. A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, Maria Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 107-150.
- CARVALHO, Inaiá Maria M. de; ALMEIDA, Paulo H. de. Família e proteção social. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.
- CASANOVA, Edna G.; LOPES, Gerturdes T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 6, p. 831-836, nov./dez. 2009.

COSTA, Edinilma Á.C. O sentido de família na contemporaneidade e as políticas públicas. 2006. 39 f. Monografia (Especialização em Gestão Solidária para as Organizações Sociais) – Libertas Consultoria e Treinamento, Recife, 2006.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, Emerson E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREITAS, Katia S.; MUSSI, Fernanda C.; MENEZES, Igor G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Rev. Esc. Anna Nery*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 704-711, out./dez. 2012.

GALERA, Sueli Aparecida F.; LUIS, Margarita Antonia V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002.

GELINSKI, Carmen Rosário O.G. Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via estratégia saúde da família. 2010. 272 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. *Política e Sociedade*, Florianópolis, v. 10, n. 19, p. 97-114, 2011.

HAMMERSCHMIDT, Karina S.A.; SANTOS, Silvana S.C. Família: redes, laços e políticas públicas. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1203-1208, 2009.

ITABORAÍ, Nathalie R. A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. Trabalho apresentado no Seminário as Famílias e as Políticas Públicas no Brasil, Belo Horizonte, 21-22 nov. 2005. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/>

outros/FamPolPublicas/NathalieItaborai.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2013.

LOURENÇO, Eliane da Conceição; NEVES, Eloita P. As necessidades de cuidado e conforto de visitantes em UTI oncológica: uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. *Rev. bras. cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 213-220, 2008.

MERHY, Emerson Elias. *A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas*. Campinas, 1998. Mimeografado.

MIOTO, Regina Célia T.; SILVA, Maria Jacinta da; SILVA, Selma Maria M. Políticas públicas e família: estratégias para enfrentamento da questão social. Trabalho apresentado na III Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, MA, 28-30 ago. 2007.

MUSSI, Fernanda C. Confortamos? lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. *Rev. esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 33, n. 11, p. 113-122, jun. 1999.

NASCIMENTO, Maria Ângela A. et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: ASSIS, Marluce Maria A. et al. (Org.). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: Edufba, 2010. Capítulo 6.

SOUZA, Elizabeth Cristina F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, Juliana C.; SOUZA, Telma Regina de P. *A centralidade da família nas políticas públicas sociais no Brasil: o caso da saúde*. Trabalho apresentado na 9ª Mostra Acadêmica Unimep, Piracicaba, 8-10 nov. 2011.

Submetido: 6/11/2013

Aceito: 17/12/2013