

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

VINÍCIUS DE OLIVEIRA MUNIZ

**ABORDAGEM FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE SEUS
INSTRUMENTOS EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE CAPIXABA**

RIO DE JANEIRO
2012

VINÍCIUS DE OLIVEIRA MUNIZ

**ABORDAGEM FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE SEUS
INSTRUMENTOS EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE CAPIXABA**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família
Orientadora Prof^a Dr^a Luciana Maria Borges da
Matta Souza

RIO DE JANEIRO
2012

VINÍCIUS DE OLIVEIRA MUNIZ

**ABORDAGEM FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE SEUS
INSTRUMENTOS EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE CAPIXABA**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como
requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde
da Família

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Maria Borges da Matta Souza

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Prof^o. Dr^o. Carlos Henrique Assunção Paiva

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Prof^a. Dr^a. Elaine Franco Araújo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

*Aos meus pais,
José Muniz e Penha de Oliveira Muniz,
à minha irmã,
Fernanda de Oliveira Muniz Suzuki,
tudo em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza pela generosidade, paciência, apoio e encorajamento durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos professores do Mestrado em Saúde da Família pelos conhecimentos transmitidos, que me proporcionaram maior crescimento profissional e maior entendimento da cidadania.

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Águia Branca/ES que participaram desta pesquisa, oferecendo seu tempo e sua enorme boa vontade no momento das entrevistas.

Aos amigos, em destaque à Priscila Queiroz que colaborou com pontos fundamentais durante a finalização desta pesquisa através de sua competência, generosidade e paciência.

Família é a união de laços de sangue, amizade e amor – é a alegria compartilhada na concretização de nossos sonhos, nossos sucessos e nossas vitórias.

(LAÉRCIO BECKHAUSER, 2012)

RESUMO

Os instrumentos de abordagem familiar são capazes de estreitar os relacionamentos entre profissionais na Atenção Básica e as famílias. Podemos citar como exemplos a Visita Domiciliar, o Prontuário de Família, o Ciclo de Vida das Famílias, o Ecomapa e o Genograma, porém seu uso ainda é restrito nas Equipes de Saúde da Família. Este estudo teve como objetivo analisar as formas de Abordagem Familiar realizadas pelas Equipes de Saúde da Família do município de Águia Branca/ES. Porém, o conhecimento sobre como utilizar esses instrumentos ainda é uma dificuldade bastante representativa na Estratégia Saúde da Família. Foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa que buscou identificar os mecanismos de abordagem familiar por meio da Teoria das Representações Sociais. Envolveu 14 profissionais que atuam em duas Equipes de Saúde da Família, representando uma margem percentual de 40% do valor total dos profissionais, que foram entrevistados com a utilização de um roteiro temático não estruturado. A análise e interpretação dos dados foi feita através da Análise de Conteúdo, que categorizou o material em seis eixos temáticos: 1) Conhecimento sobre instrumentos de abordagem familiar; 2) Importância da abordagem familiar; 3) Diferentes formas identificadas de abordagem familiar; 4) Visita domiciliar enquanto processo de trabalho; 5) Apoio ao indivíduo ou apoio ao núcleo familiar?; 6) Dificuldades na abordagem familiar. **Resultados:** A visita domiciliar foi o instrumento de maior utilização pelos entrevistados e o conhecimento sobre outras ferramentas de abordagem familiar foi bastante restrito. Por não possuírem sistematização na utilização de ferramentas de abordagem familiar o acompanhamento de caráter individual é o predominante. A falta de apoio da gestão, os obstáculos políticos, as dificuldades em recursos humanos e as barreiras em implantar algum tipo de instrumento nas atividades diárias foram relatados em diversas falas no momento das entrevistas.

Palavras-chave: Família. Abordagem Familiar. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The family approach's instruments are able to narrow the relationships between primary healthcare's professionals and families. We can cite as examples the home visit, the family health record, the family cycle life, the genogram and the ecomap. However, the knowledge about how to use these instruments still is default and very representative in the family health program. The objective of this research was to analyze the forms of family approach's strategies realized by Family Health Teams from ÁguiaBranca/ES city. Exploratory and qualitative research sought to identify family approach's mechanisms by theory of social representations. Realized in ÁguiaBranca/ES involved 14 primary health care's professionals working in two family health teams representing a margin percentage of 40% of the total value of professional. We used a thematic guide semi-structured. The data analysis and interpretation were done through the Content Analysis approach and six thematic axes could be defined: 1) knowledge about family approach's instruments; 2) The family approach's importance; 3) Different forms identified about family approach; 4) Home visit while work process; 5) Individual support or family support?; 6) Family approach's difficulties. Results: the home visit was the instrument of a higher prevalence among the respondents. The perception of the use of other types Family approach's tools was so limited, as most said do not know these instruments. By have not a systematization of family approach's tools use, the individual character accompaniment is still predominant. The lack of management support, the political obstacles, the difficulties in human resources and barriers in to implant some instrument in the daily activities, had been reported in several speeches at the time of the interviews. The results of this research subsidize motivations in to standardize the family approach's tools in an attempt to systematize informations and to reflect in a health care to the population.

Keywords: Family. Family Approach. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa conceitual - Instrumentos capazes de realizar uma Abordagem Familiar Sistematizada.....	35
---	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro Temático de Entrevista não-estruturada

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Mapa dos territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família no município de Águia Branca/ES

ANEXO 2 – Roteiro para realização da Visita Domiciliar de forma sistematizada

ANEXO 3 – Ciclo de Vida das Famílias

ANEXO 4 – Genograma Familiar

ANEXO 5 – Ecomapa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AF – Abordagem Familiar
APS – Atenção Primária à Saúde
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CVF – Ciclo de Vida das Famílias
DAB – Departamento de Atenção Básica
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG's – Organizações Não-Governamentais
OPA – Organização Pan-Americana
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PLE – Programa de Larga Escala
PSF – Programa Saúde da Família
PF – Prontuário Familiar
RH – Recursos Humanos
SF – Saúde da Família
SGTES – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCD – Tripla Carga de Doenças
USF – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	JUSTIFICATIVA	17
2	PROBLEMAS E OBJETIVOS.....	19
2.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÃO NORTEADORA.....	19
2.2	OBJETIVOS.....	20
2.2.1	Objetivo geral	20
2.2.2	Objetivos específicos	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	FAMÍLIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PROTEÇÃO SOCIAL	21
3.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	25
3.3	A ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	28
3.4	DIFICULDADES NA ADAPTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM NOVAS ESTRATÉGIAS DE TRABALHO.....	35
4	PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	41
4.1	NATUREZA DO ESTUDO	41
4.2	TIPO DO ESTUDO	42
4.3	CENÁRIO DA PESQUISA: ÁGUIA BRANCA/ES.....	43
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	43
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.6	ANÁLISE.....	45
4.7	IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	46
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48

5.1	ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	49
5.1.1	Participantes	49
5.1.2	Eixos temáticos de análise	50
5.1.3	Análise segundo os eixos temáticos	51
5.1.3.1	Conhecimento sobre instrumentos de abordagem familiar.....	51
5.1.3.2	Importância da abordagem familiar.....	53
5.1.3.3	Diferentes formas identificadas de abordagem familiar	60
5.1.3.4	Visita domiciliar enquanto processo de trabalho.....	66
5.1.3.5	Apoio ao indivíduo ou apoio ao núcleo familiar?	71
5.1.3.6	Dificuldades na abordagem familiar.....	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	88
	ANEXOS.....	91

1. INTRODUÇÃO

Durante minha atuação como enfermeiro na Secretaria Municipal de Saúde de Águia Branca/ES tive um grande contato com as Equipes de Saúde da Família (EqSF) que atuavam nas áreas programáticas da cidade e, certo dia, a coordenação de saúde realizou uma capacitação para todos nós. Um dos objetivos do curso era criar e padronizar um instrumento para realizar a Abordagem Familiar (AF) pelos profissionais. A partir daí surge o interesse em estudar de forma mais aprofundada essa questão.

Este estudo, então, emergiu a partir da minha vivência como enfermeiro dentro da realidade existente no município de Águia Branca/ES onde, na prática das EqSF, segundo diagnóstico situacional elaborado (ÁGUIA BRANCA, 2010), o uso de uma ferramenta padronizada para a realização de uma AF ampliada é inexistente. A partir desse diagnóstico surgiu a motivação em identificar se as EqSF do meu município conheciam ferramentas de AF, suas importâncias e, mais do que tudo, se eles realmente não utilizavam essas ferramentas; o que implica numa atuação pouco focalizada no grupo familiar e centralizada no indivíduo.

O conceito de família sofre diversas mutações ao passar dos anos, mudanças estas influenciadas por novos conhecimentos em que é possível identificar diversas formas de estrutura familiar, sua constituição e seus respectivos valores. Isso pode ser justificado por existir vários modelos do que vem a ser uma família, tendo em vista a finalidade no momento (MELLO et al, 2005).

Uma família tradicional pode ser definida, então, como um grupo unido por laços matrimoniais, sangue ou adoção, vivendo em um mesmo ambiente com funções próprias criando, assim, uma cultura comum (NERY, 1998).

WRIGHT et al (1996) considera que família pode ser definida como um grupo de indivíduos interligados por grandes vínculos sentimentais, com o sentido de posse e a participação na vida um do outro sem necessariamente basear-se somente na estrutura familiar nuclear tradicional. Mello et al (2005, p. 80) complementa ao dizer que “*conhecer a estrutura da família, sua composição, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, os problemas de saúde, as situações de risco, os padrões de vulnerabilidade, é vital para o planejamento do cuidado*”.

Seguindo a lógica deste, cabe ao município que adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) como política de Atenção Básica à Saúde (ABS), ter a responsabilidade em manter uma vigilância no sentido de monitorar as famílias e os principais fatores que poderiam

desencadear algum tipo de agravo. Neste momento ressaltar a vigilância à saúde é necessário, pois ela é a grande responsável em desenvolver ações de prevenção e controle de doenças (BEZERRA, 2009).

O Pacto pela Vida, documento redigido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) formado pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde em 2006, possui diretrizes operacionais que preconizam a partir de uma unidade de princípios, ações capazes de promover atenção integral à saúde da população. Em seu contexto aborda atribuições dos gestores municipais e dentre elas destaca o seu papel em relação à vigilância à saúde que se baseia em *“assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas”* (2006, p. 42).

O tema abordado neste estudo desperta um grande interesse na área da saúde pública onde, em 1994, surgiu a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo MS, conhecido atualmente como ESF, que tem como base de trabalho os grupos familiares (BRASIL, 1994). O objetivo era de reorientar os serviços de ABS, cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promover assistência integral para toda a família (MELLO et al, 2005).

O PSF focaliza uma assistência baseada em cuidados familiares, onde os profissionais que compõe as equipes devem ter uma visão integral de todos os componentes de uma família em seu ambiente físico e social (MELLO et al, 2005).

Para obter diversas formas de abordagem familiar é considerada a hipótese da utilização de instrumentos, como por exemplo, o genograma, que dá origem à construção de inúmeras informações essenciais acerca dos membros que compõe um respectivo núcleo familiar. O uso de estratégias para AF pode ser de suma relevância visto que os profissionais que compõe uma EqSF dedicam-se em registrar sistematicamente informações que podem ser modificadas diariamente devido às diferentes dinâmicas de cada grupo familiar. Ou seja, essas estratégias têm intenções de servir como alças e suportes ao que se deseja obter de informações sobre as famílias assistidas (WRIGTH, 2002).

Estas estratégias podem ser usadas como mecanismos de informação sobre núcleos familiares, contendo os padrões de relacionamentos, conflitos, doenças, estruturas de núcleos, moradias, condições ambientais e financeiras. Tais dados, na maioria das vezes, coletados e sistematizados através da realização da Visita Domiciliar (VD) – uma prática que estabelece

certa intimidade com as famílias e, quando realizada de forma adequada, contribui estrategicamente na aquisição dos dados (WRIGTH, 2002).

Através dos estudos já existentes, o genograma e outros instrumentos são considerados de extrema importância no monitoramento e atualização das atividades exercidas rotineiramente pelos profissionais da Saúde da Família (SF). Entretanto, seu conhecimento sobre ele muitas vezes é restrito ou inexistente, dada a ausência de atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) ou Continuada, dificultando bastante o trabalho cotidiano na ABS (GIL, 2005).

Neste sentido, podemos considerar que os instrumentos que serão abordados neste trabalho são cientificamente conhecidos e validados pela literatura tornando o estudo relevante e factível ao aprofundamento da temática em questão.

O objetivo principal deste estudo será identificar as estratégias de AF realizadas pelas EqSF do município de Águia Branca, como mecanismo facilitador do acompanhamento das famílias pelos profissionais atuantes na ESF.

Acredita-se, entretanto, que por falta de apoio político e técnico às EqSF, os mesmos não são utilizados por esses profissionais, motivo este que se torna interessante aprofundar sobre o tema e conhecer, a real atividade dos trabalhadores da SF em Águia Branca/ES em relação à utilização dos instrumentos de AF.

1.1 JUSTIFICATIVA

A utilização de ferramentas para a AF nos serviços da SF durante o seu processo de trabalho tem sido eficaz para a compreensão da dinâmica das famílias, devido à possibilidade que os mesmos tem de trazer queixas utilizadas pelos profissionais dentro das ESF facilitando o conhecimento e controle de situações de riscos das famílias assistidas (ATHAYDE & GIL, 2005).

A utilização de instrumentos para a realização da AF pelos profissionais da ESF é essencial para tornar o atendimento integral e contínuo abrangendo assim, todo o núcleo familiar. Porém, através de uma visão do senso comum pode-se observar que a existência dessas ferramentas nas atividades desenvolvidas pelas EqSF é escassa. Negar a relevância desses instrumentos é negar a própria capacidade de desenvolver atividades onde serão abordadas as famílias como um todo, oferecendo serviços de Promoção e Educação em Saúde para a população, incentivando sempre o autocuidado e não somente focalizando o tratamento e reabilitação dos indivíduos.

Sem AF que permite identificar as necessidades dos núcleos familiares sob nossa responsabilidade, os mesmos certamente serão prejudicados pela não existência das ações em Saúde de forma sistemática abrangendo então, todo o grupo. Diante deste motivo, tive o desejo em estudar em prol do meu ambiente de trabalho original, na intenção de diagnosticar problemas de relevância considerável como, por exemplo, a falta da utilização de instrumentos ou até mesmo a não realização da AF na ESF.

De acordo com um Diagnóstico Situacional publicado em um dos encontros da oficina do Plano Diretor em 2010 (ÁGUIA BRANCA, 2010), uma capacitação que tem como finalidade sistematizar todas as informações colhidas das famílias pelos profissionais na ABS, foi observado que as EqSF fazem somente atendimentos individuais sem considerar o contexto familiar dos usuários assistidos, pois o próprio documento descrevia este item com base nas experiências vivenciadas das atividades no cotidiano de trabalho desses profissionais.

Por esta razão, houve um interesse da minha parte, até porque atuo na rede municipal de saúde do município, em refletir sobre as minhas práticas diárias juntamente com os profissionais que atuam na SF, que é comprovar cientificamente se tais profissionais não utilizam espécie alguma de instrumentos. Caso contrário, abandonar a visão empírica do diagnóstico apresentado na oficina do Plano Diretor.

Através disto, torna-se comprometedor a identificação de estratégias de AF realizadas pelas equipes, uma vez que este é um município pequeno onde mais de 95% da população é usuária dos serviços da rede municipal de saúde.

Assim sendo, acreditamos que o conhecimento sobre as famílias ajudará aos profissionais de saúde no melhor desenvolvimento das suas funções e para qualificar o atendimento da população atendida.

Espera-se que o estudo traga contribuições para a área da saúde coletiva, em especial para a ESF, pois irá ressaltar a importância da adoção de algumas ferramentas nas atividades diárias executadas pelos profissionais de saúde, como mecanismo de otimização das ações e maior resolutividade das necessidades de saúde das famílias sob nossa responsabilidade.

2. PROBLEMA E OBJETIVOS

2.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÃO NORTEADORA

Percebi, com a minha experiência como enfermeiro no sistema de ABS do Município de Águia Branca/ES, que a utilização de ferramentas para a realização da AF se dava de forma não sistemática dentro da lógica dos serviços prestados pelas EqSF do município.

Tal circunstância pode gerar um atendimento dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) do município predominantemente de forma individual, fugindo da proposta essencial da estratégia, a qual direciona a assistência às famílias com todos os seus integrantes.

Dados empíricos falam que tais equipes são desprovidas de instrumentos como, por exemplo, o Prontuário da Família, o Genograma, o Ecomapa, entre outros e vale ressaltar que nada se tem de científico para comprovar a veracidade desses dados, apenas um diagnóstico feito em uma oficina pelos gestores do município (ÁGUIA BRANCA, 2010). Pode-se supor que motivos como a falta de sensibilização dos profissionais sobre sua importância contribui para a ausência de estratégias para a AF.

Refletindo sobre as possibilidades destas equipes em adotar instrumentos para uma AF sistemática, me veio uma grande indagação:

As EqSF do município de Águia Branca/ES adotam em seu processo de trabalho a AF? Caso negativo, por que não as utilizam?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo geral

- Analisar as formas de Abordagem Familiar realizadas pelas Equipes de Saúde da Família do município de Águia Branca/ES.

2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar os instrumentos de Abordagem Familiar utilizados nas Equipes de Saúde da Família do município em estudo.
- Descrever a percepção dos profissionais em relação ao uso de instrumentos de Abordagem Familiar;
- Pesquisar as dificuldades referidas pelos profissionais na utilização das ferramentas de Abordagem Familiar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FAMÍLIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PROTEÇÃO SOCIAL

Durante as últimas décadas, tem-se ouvido falar muito em diversas mudanças em relação ao que vem a ser uma família. Diante disto, seria desnecessário basear-se somente no conceito básico como se família fosse apenas uma unidade nuclear tradicional (CUSINATO, 1996). Uma família de caráter nuclear tradicional seria aquela composta por pai, mãe e filhos que vivem no mesmo ambiente e compartilham de forma íntegra suas atividades diárias (HODKIN, 1996).

No decorrer da evolução histórica, a família permanece como matriz do processo civilizatório, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas. A educação bem-sucedida da criança na família é que vai servir de apoio à sua criatividade e ao seu comportamento produtivo quando for adulto. A família tem sido, é, e será a influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas (PETRINI, 2003).

Seguindo o raciocínio da definição acima, Philippe Aries (2011) ressalva que a família moderna representa uma necessidade em fornecer intimidade e identidade aos membros que constituem um núcleo familiar a fim de se unirem pelos sentimentos, costumes e o gênero de vida de cada componente em uma dinâmica familiar.

Petzold (1996, p. 25) afirma, entretanto, que *“não é mais possível usar o conceito tradicional de família em pesquisa científica”*. Portanto, este conceito vem sofrendo várias modificações devido às diversas visões do que seja uma família e aos membros que, respectivamente as compõem, pois vem a cada momento, sendo inovados e transformados (PETZOLD, 1996).

Uma definição sobre família, de grande importância neste momento, pode ser destacada dentro dos estudos de Friedman, Bowden e Jones (2003, p. 51) que a nominam como:

“Um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que pode ou não estar relacionada a linhas de sangue ou legais, mas que funciona de modo a se considerarem família”.

Neste sentido, WRIGHT et al (1996) considera que a família pode ser definida como um grupo de indivíduos interligados por grandes vínculos sentimentais, com o sentido de posse e a participação na vida um do outro. Observa-se que o conceito se transformou em algo muito mais amplo e muito mais abrangente estruturalmente distinguido, porém com várias barreiras a serem vencidas no convívio com a sociedade.

Nada melhor do que o acontecimento tão contemporâneo para justificar esta visão de família. Digo da aprovação pelo presidente do Supremo Tribunal Federal (STF) Cezar Peluzo, que juntamente com mais nove votos a favor conseguiu em decisão unânime, a equiparação da união homossexual à heterossexual, onde a decisão tem efeito de alcançar toda sociedade (BRASIL, 2011).

Peluzo afirmou ainda que a Constituição não exclui outras modalidades de entidade familiar, mas reconhece que há lacuna normativa a ser preenchida e que o artigo 1.723 do Código Civil de 2002 estabelece a união estável heterossexual como entidade familiar. Portanto, o que o STF fez foi estender este reconhecimento a casais gays, permitindo a união estável entre pessoas do mesmo sexo, refletindo-se então, em um núcleo familiar, indiscutivelmente, comprovado (BRASIL, 2011).

O estabelecimento de vínculos é próprio do ser humano e a família, como grupo primário, é o *locus* para a concretização desta experiência. A confiança que o indivíduo tem de que pode viver bem entre os outros lhe é transmitida pela sua aceitação dentro do grupo familiar. O sentir-se parte de um grupo, no caso a família, possibilita-lhe no decorrer de sua vida pertencer a outros grupos (GOMES & PEREIRA, 2005).

Portanto, o mundo familiar se espelha numa brilhante variedade de formatos e organizações como crenças, valores e atividades desenvolvidas na tentativa de solucionar os vai-e-vem que a própria vida traz. Desconsiderar isto é desconsiderar a própria pretensão de inserir as essenciais multiplicidades de manifestações sob os problemas e abandonando, então, as formas de emocionarem, interpretarem e comunicarem-se uns com os outros (SZYMANSKI, 2005).

Foucault (1994) ressalva em sua obra “*O Nascimento da Clínica*” que família é a forma mais original e natural de enfrentar a doença, pois é capaz de fornecer ao membro que se encontra enfermo uma atenção diferenciada de cuidado, em um formato bastante afetivo e com grande interesse em curar o indivíduo de jeito rápido, através da cumplicidade indiscutível durante todo o seu processo de reabilitação. O mesmo autor afirma que o meio social e a convivência natural com a família é o meio mais propício para alcançar a tão esperada reparação da doença.

No século XX, dentro do cenário das Políticas Públicas Brasileiras, o Estado era o protagonista em oferecer o desenvolvimento da promoção das pessoas em cidadãos com liberdade e autonomia e destaque na função de facilitador na distribuição de bem-estar social garantindo emprego e fortalecendo a inclusão social dos indivíduos (CARVALHO 2005).

No final do século, em meados da década de 90, torna-se meio que abstrata a participação do Estado em todas essas propostas de trabalho, devido alguns fatores externos da época, interligados à reforma do Estado e influenciados por: novas e maciças compressões políticas e econômicas globais; novas demandas da sociedade dita complexa; deficiências públicas; atualizações informacionais, déficit nas relações de trabalho; desemprego e um considerável aumento na pobreza; sem falar da desigualdade social cada vez mais visível, necessitando de novos arranjos na gestão das políticas sociais da época. Diante de todos estes agravos na sociedade, a família começa a ter grande importância no palco da política social, devido à proteção executada por meio da solidariedade neste final de século, pois a família dentro deste contexto se destacava por oferecer possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter empregos, moradia e saúde para seus entes ou pessoas bem próximas do núcleo familiar (idem).

A constituição brasileira prevê uma intensa participação do governo na esfera social como, por exemplo, a criação do SUS em detrimento ao modelo até então existente de caráter neoliberal devido a assistência ser restrita aos contribuintes do Estado. Porém, no caso brasileiro, a crise do Estado tem algumas especificidades já que o movimento neoliberal propôs explicitamente para o Brasil o fim da saúde como direito, e de seu caráter público, universal e igualitário. Uma entrevista dada por George Alleyne, então diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) em 1998, propunha exatamente essa questão de substituir o modelo existente de saúde pública. George Alleny esclarecia que a necessidade seria suprir com apenas um pacote básico de vacinas, ABS e saneamento, finalizando a gratuidade dos demais serviços. A sugestão, entretanto, não foi acatada pelo governo brasileiro que por sua vez reforçou ainda mais a importância do SUS como política social e manteve o caráter assistencialista da saúde dentro do contexto neoliberal (GOUVEIA & PALMA, 1999).

Um dos passos para assegurar a proteção social e a inclusão eram os serviços coletivos que passam a ser modalidades ancoradas de suporte para a família e para a comunidade. Isso gerou um movimento no sentido de oferecer serviços de saúde à domicílio, abrangendo atividades como internação domiciliar, médico da família, cuidados domiciliares e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), promovendo juntos uma melhoria da qualidade de vida da comunidade. Neste momento, diante destas políticas sociais, falam-se muito em Organizações Não Governamentais (ONGs), que eram prestadoras de serviços sociais e priorizavam a parceria entre família e comunidade nos projetos de serviços públicos como escolas, unidades básicas de saúde, hospitais e abrigos; na intenção de fazer com que cada família conseguisse se colocar da posição participativa frente as ações e projetos desenvolvidos por estes

estabelecimentos, ganhando assim a família um importante papel na política social por prestar duas funções ao mesmo tempo: beneficiária e prestadora de serviços no processo de inclusão social (idem).

Desta forma, bem no final do século XX, o mesmo autor ressalta que a família preserva ainda o seu espaço privilegiado por oferecer proteção e por fazer parte dos relacionamentos de energização existencial dos indivíduos, porém ainda prevalecendo a crise do Estado e todas as deficiências acima citadas. Portanto, não se pode negar que o Estado possui responsabilidades perante a sociedade. Sua função prevalece em oferecer atenção básica de proteção, desenvolvimento e inclusão social de todas as pessoas, dando sempre prioridade aos grupos com maior vulnerabilidade. Dito isto, é necessário deixar bem explanado que toda esta participação da família e da comunidade não teve objetivo de censurar as atividades do Estado e sim, servir apenas como coadjuvante durante todo o processo das políticas públicas em saúde (idem).

É perceptível que toda essa crise se deu pela inexistência das políticas públicas direcionadas à sociedade e que esta sofreu as consequências diretamente, por possuir hospitais sem condições de atendimento, escolas públicas com funcionamento precário, com professores desvalorizados financeiramente e claro, inúmeras famílias desassistidas com alto índice de vulnerabilidade como péssimas condições de moradia, falta de saneamento básico, ou seja, sem condições de vida humana decente. Todos esses problemas acabam não só destruindo uma família, mas sim, toda a sociedade (GOMES E PEREIRA, 2005).

A grande verdade é a necessidade de apoio às famílias por meio da criação de políticas públicas bem elaboradas e planejadas com o enfoque nestes grupos caracterizados por expressiva vulnerabilidade. A partir do momento em que o Estado reconheceu tais problemas tornou-se prioridade a criação de ações com o objetivo de desenvolvimento humano, incluindo a diminuição da pobreza, o acesso à educação, saúde, alimentação e moradia e, obviamente, a proteção integral da criança e do adolescente (idem).

Nesse contexto, cresce a importância da família e dos entornos sociais imediatos, notadamente para todos os que carecem de bens essenciais de sobrevivência e bem-estar, necessários não apenas à subsistência, mas também à criação de uma identidade e à alimentação de uma interioridade, ou seja, uma realidade existente no momento, embora ninguém consiga fazer coisas muito concretas para mudá-la. Essa importância cresce entre as pessoas com maior índice de pobreza, para as quais não se dá um lugar na sociedade e que não conseguem encontrá-lo por si mesmas. É a família, sobretudo, que pode transmitir-lhes,

entre outros aspectos, um patrimônio de defesas internas relacionado com a criação da proteção de cada membro familiar entre eles mesmos (CARVALHO E ALMEIDA, 2003).

O estudo realizado por Gomes e Pereira (2005) mostrou que alguns princípios são necessários e precisam estar presentes no momento de incentivar ou até mesmo propor políticas públicas voltadas à família e todo o seu contexto familiar, como:

- Bloquear o pensamento da família sonhada e focar a realidade que se encontra. Claro que pode ser uma fonte de afetos, carinhos, mas também de conflitos, diversos problemas e o mais preocupante, sem condições básicas de vida;
- Participar da dinâmica familiar em constante movimento, seu grau de vulnerabilidade, fragilidades e focalizar tais problemas;
- Trabalhar com a escuta ativa, ou seja, ouvir com muita atenção os problemas que mais afligem as famílias;
- Não praticar em nenhum momento a fragmentação e sim, priorizar todo o conjunto dos membros que estão precisando de cuidados;
- Concentrar totalmente as políticas públicas na família e ter a percepção de que ela é a grande potencializadora das ações;
- O estado não pode substituir a família, no entanto ela deve ser ajudada;

A observação de mudanças das políticas públicas voltadas à melhoria das ações aos diferentes contextos familiares foi possível a partir da redução da crise do Estado brasileiro, com a expansão de programas governamentais voltados à saúde e ao bem-estar social que foi iniciada ao longo da década de 90, logo após a criação do SUS em 1988.

Em 1991, o MS cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estratégia potencializadora do atendimento ao indivíduo com valorização de seu contexto familiar. Isso culmina, em 1994, com a criação do PSF, que será discutido mais profundamente no próximo item (BRASIL, 1994).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional de Alma-Ata promovida no Cazaquistão pela UNICEF e com participação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu a ABS, a partir daquele momento, como a política de maior responsabilidade em resolver e solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, por meio de ações de promoção e educação em saúde, preventivas, curativas e de reabilitação (WHO, 1978).

No Brasil, em consonância com os movimentos ocorridos no mundo e reformas na saúde do país, ocorre a criação do SUS através da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que dispõe que saúde é um direito de todos e dever do estado fundamentado nas seguintes diretrizes: universalidade, integralidade, descentralização, atendimento integral e participação popular para o controle social no contexto saúde (BRASIL, 1990).

Esta Lei foi reformulada através do Decreto nº 7.508, de junho de 2011 trazendo mais transparências nas ações do SUS, maior segurança e controle social perante a sociedade. Essa reformulação tem como objetivo: facilitar a compreensão dos gestores e sobre a organização constitucional e legal do SUS e aos cidadãos, o direito integral à saúde (BRASIL, 2011, p. 3).

Logo após a criação da Lei 8.080, foram surgindo estratégias na finalidade de transformar em prática o que já existia na teoria no que tange a ABS definida pelo MS como (BRASIL, 2011):

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (p. 2).

O PACS implantado inicialmente em 1991, no estado do Ceará, região nordeste do Brasil, trouxe como resultados imediatos uma considerável diminuição da mortalidade infantil; aumento ao acesso da população nas unidades; incremento da cobertura vacinal das crianças; maior incentivo ao aleitamento materno; redução da desnutrição infantil e o acompanhamento das gestantes, incentivando-as a realizar o pré-natal. Tal política foi considerada uma das principais, senão a mais importante estratégia voltada à assistência básica à saúde, neste período, servindo com um elo entre a população e as unidades de saúde, deste modo promovendo o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção às doenças e tentando despertar a participação social dos indivíduos (BRASIL, 1991).

Logo após o PACS, em 1994 o MS implantou o PSF, conhecido nos dias atuais como ESF e considerado como uma política para a reorientação do modelo assistencial da ABS, onde em seu corpo de trabalho estão equipes multiprofissionais, incluindo obviamente os ACS, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em territórios geograficamente delimitados. Estas equipes atuam em promoção da saúde,

prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde do indivíduo e de seus respectivos entes familiares (BRASIL, 1994).

Uma EqSF mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e no máximo doze ACS. A EqSF ampliada conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por quatro mil pessoas e em todos os ACS, um total de 750 pessoas, priorizando sempre que possível, uma cobertura de 100% da população de responsabilidade (BRASIL, 2011).

Esta proposta tem como princípio norteador, atuar com o indivíduo dentro do seu contexto familiar, desenvolvendo ações voltadas à promoção e educação em saúde e prevenção de agravos em pessoas já portadoras de doenças crônicas ou as que já possuem fatores de riscos pra desencadear algum tipo de doença de caráter degenerativo, criando, dessa forma, um acompanhamento e monitoramento das famílias adstritas em seus respectivos territórios (BRASIL, 1994).

Com o grande objetivo de substituir toda a rede assistencial da ABS, a ESF se destaca no que diz respeito à prestação dos serviços em saúde de forma integral para todo o núcleo familiar e a comunidade sob sua responsabilidade, respeitando seu processo de territorialização e a hierarquização da assistência, abrangendo aspectos emocionais, econômicos, sociais e é claro, através da construção do vínculo para subsidiar a continuidade do cuidado destas famílias (COSTA et al, 2008).

Tal modelo de reorientação da ABS vem sendo implantado e executado em todo o país, sendo considerado um avanço muito representativo do SUS nas últimas décadas, por isso torna-se cada vez mais necessário superar a imensa fragmentação existente nas ações promovidas dentro das ESF, considerando claro o trabalho da gestão responsável em elaborar o modelo de saúde local (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar neste momento, os diferentes cenários brasileiros onde essas equipes atuam: as diversidades regionais; marcante descontrole sócio-econômico; alta necessidade de saúde da população carente e o desafio de lidar com a complexa rede de assistência que reflete em uma considerável lacuna no modelam de saúde. Este modelo possui como brechas: falhas no cuidado; financiamento insuficiente e fragmentado; baixa eficácia no emprego de recursos; diminuição da capacidade do sistema de promover integralidade da atenção à saúde; configuração ineficaz do cuidado em saúde evidenciado pelo descontrole do declínio dos problemas agudos e da inclinação das condições crônicas; precariedade no número de

profissionais com certo alinhamento nas políticas públicas e por fim, na redução de ações oferecidos de vigilância em saúde na rotina das EqSF e atuação intersetorial (BRASIL, 2010). Além de todos esses problemas, a situação pode ser ainda mais agravada devido à persistência da alta prevalência de doenças e agravos denominada Tripla Carga de Doenças (TCD), onde se destacam (BRASIL, 2010):

- A persistência das doenças Infecto-Parasitárias e a desnutrição característica de países subdesenvolvidos;
- Mortalidade Materna e Infantil por causas consideradas evitáveis;
- Doenças Crônicas e seus fatores de risco como o sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade; e a Mortalidade por Causas Externas como violência e acidentes de trânsito.

Tal contexto, de certa forma, pode ser superado a partir de uma forte tomada de decisões dos gestores da saúde pública, pois são os atores principais do processo instituidor e organizador do SUS. Esta tomada de decisão depende de aspectos técnicos, éticos e culturais e, principalmente, da garantia do investimento e recursos necessários a estas mudanças pelo pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão em saúde coletiva (BRASIL, 2010).

A grande mudança de todo o modelo de reorientação da rede básica se baseia na produção de impactos positivos em todos os indicadores de saúde descritos acima (BRASIL, 2010), pois como preconiza o Pacto pela Vida: há necessidade de compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006).

Atualmente existem 32.081 EqSF implantadas em 5.288 municípios, o que representa uma alta adesão à proposta de reorganização da ABS no Brasil. (BRASIL, 2011).

3.3 A ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Partindo-se do princípio que a ESF tem como lógica o fortalecimento da saúde das famílias, dos membros que a compõe e da comunidade de um modo geral, ela deve dominar instrumentos capazes de facilitar seu processo de trabalho no momento da AF (DITTERICH, 2009).

As ferramentas de trabalho utilizadas com as famílias são tecnologias baseadas no relacionamento entre o profissional e a comunidade, procedentes da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações entre os mesmos, promovendo a compreensão em

profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e com a comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007).

Para a utilização dessas ferramentas é necessário um ponto de partida que seria de certa forma o processo de trabalho com a família, deste modo, dentro do processo, pode-se incluir a compreensão por parte dos profissionais em relação à organização da estrutura familiar e das enfermidades precedentes de décadas passadas (GOMES, 1994).

O uso de ferramentas para a AF é de extrema importância como dispositivo, no que se refere às tecnologias leves para a assistência dentro da SF. Pode-se conceituar tecnologias leves neste momento como um processo que se refere às pontes capazes de propiciar as relações de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos e de autonomização. Sua adequada utilização estabelece um elo entre os profissionais da ESF e a comunidade permitindo, assim, controle sobre grande parte dos acontecimentos, o que facilita a elaboração de estratégias em saúde voltadas ao controle de doenças e agravos nas famílias assistidas pelos profissionais, além de proporcionar a construção de intervenções direcionadas aos problemas de relacionamento e vida afetiva de seus membros (DITTERICH, 2009).

Neste sentido, dentre as ferramentas utilizadas para a AF, destacaremos algumas opções de instrumentos. Observamos em artigos analisados que a Visita Domiciliar (VD), o Prontuário da Família (PF), o Ciclo de Vida das Famílias (CVF), o genograma e o ecomapa são as ferramentas mais adequadas para a AF no âmbito da ABS.

A primeira forma mais original de realizar a AF preconizada pela ESF é a VD, pois proporciona um maior cuidado domiciliar, de modo integral e particularizado para cada núcleo (PEREIRA, 2009).

A VD pode ser definida como uma tecnologia intercambiável, ou seja, momento de descobertas e trocas de informações, no que tange o cuidado à saúde das famílias (SAKATA et al, 2007). É uma ferramenta de intervenção fundamental utilizado pelas EqSF na intenção de inserir e conhecer a realidade de vida da população. Ela favorece o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes, na dinâmica das relações familiares (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Quando realizada de forma sistematizada, a VD se torna capaz de proporcionar um maior cuidado domiciliar, de modo integral e individualizado. O MS estabelece que todos os profissionais que fazem parte da EqSF devem posicionar-se nesta atividade, de acordo com seu perfil e área de atuação, com atitudes de respeito e valorização aos aspectos culturais e as demais características de cada núcleo familiar (PEREIRA, 2009).

A VD propicia a junção de três tecnologias leves que podem ser desenvolvidas de imediato. São elas: a observação, que inclui a cautela em relação aos detalhes de toda a narrativa durante a visita; a entrevista, que implica o diálogo, focando sempre o objetivo da conversa e não a tornando empírica; e o relato oral ou história, momento em que os membros familiares tem a oportunidade de expressar, claro que dentro dos limites, o motivo que levam ao sentido de suas vidas (LOPES et al, 2008).

Segundo Mello et al (2005) é uma atividade que propicia a criação de vínculos entre profissionais e a família, sendo o momento exato e mais estratégico de abordar todos os membros que compõe aquela residência, considerando os fatores sócio-político-culturais de cada núcleo familiar. Durante a VD é possível colher informações através de entrevistas em forma de bate papo, que contribuirão diretamente na construção do genograma e de várias outras ferramentas, propiciando munções referentes à dinâmica daquele grupo familiar (ANEXO 2).

A criação de vínculo desencadeada pela VD é capaz de proporcionar um processo de comunicação sem bloqueios, que subsidiará a garantia e a intensidade das informações colhidas e de interesse dos profissionais. Não podemos esquecer que quando se fala em AF, qualquer instrumento a ser utilizado deve ser constantemente atualizado devido às mudanças da dinâmica familiar (PEREIRA, 2008).

Considerado instrumento oficial pelo MS, o Prontuário da Família (PF) é a segunda ferramenta a se destacar e que se tornou indispensável devido à grande expansão da ESF no Brasil, onde juntamente com sua criação, se deu a formulação de indicadores de qualidade para a realização do monitoramento da AF (PEREIRA et al, 2008).

A partir desta criação, Pereira et al (2008) destaca que com a utilização do PF torna-se possível a construção de um processo de tomada de decisões no que tange ao cuidado de alta qualidade aos núcleos familiares. Sua utilização é de extrema importância, já que proporciona vantagens como a facilidade do acompanhamento pelos profissionais de todo os entes familiares, além de propiciar a realização de ações em saúde e também armazenar informações fundamentais que auxiliarão na continuidade do cuidado familiar.

A Secretaria do Estado da Saúde do Ceará (2005) define o PF como um instrumento de conexão de todas as informações colhidas dos indivíduos que fazem parte de uma determinada comunidade onde acontece atuação de ESF, no contexto da ABS. A utilização deste permite um progresso no que tange à assistência de alta qualidade e ao acompanhamento das famílias, onde a EqSF deve anotar e descrever, sempre que necessário, todas as atividades realizadas nas práticas cotidianas.

Neste sentido, esta ferramenta é capaz de fornecer aos profissionais um leque de informações relacionadas aos núcleos familiares, facilitando assim, todo o processo de assistência que vai desde o histórico/anamnese até a evolução da enfermidade diagnosticada pelos médicos, dentistas e enfermeiros do PSF, entretanto, é necessária a sua utilização sistemática (PEREIRA et al, 2008).

O terceiro instrumento é o Ciclo de Vida das Famílias (CVF) (ANEXO 3), definido por Mc Whinney et al (1994, p. 74) como uma “*ferramenta que divide a história da família em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios*”. Segundo McGoldrick e Gerson (1995) é uma análise complexa, pois se trata de uma espécie de espiral dos acontecimentos evolutivos do ser humano. Quando se tem uma compreensão profunda desses ciclos é possível que as EqSF tenham certo controle em relação aos agravos que ocorrem na comunidade e elaborar planos de ações específicos para cada problema identificado no respectivo momento do ciclo de vida em que a família se encontra (OLIVEIRA et al, 1999).

Tal ferramenta destaca a grande importância de acompanhar as famílias em todas as fases de suas vidas, pois cada fase necessita de intervenções associadas ao contexto em que a família está vivendo no momento, como por exemplo, uma família que está em fase de recém-casados; neste caso a ESF poderá estabelecer alguns tópicos de prevenção de agravos, tais como: reunir os recentes casais para discutir a importância da comunicação entre eles; fornecer informações sobre o planejamento familiar, entre outras temáticas importantes e essenciais neste ciclo de vida. É válido ressaltar que tais processos serão consolidados e seus objetivos alcançados somente se realizados sem nenhum tipo de fragmentação no momento de implantação das ações em saúde e nos momentos específicos do ciclo de vida (SILVEIRA FILHO, 2006).

Oliveira et al (1999) afirma que esta ferramenta pode ser aplicada dentro das atividades das equipes que resolvem elaborar suas ações por ciclos de vida, ou seja, o processo de trabalho será a junção dos indivíduos que se encaixam nas respectivas fases já estabelecidas por este instrumento e então, serão realizadas atividades de acordo com as peculiaridades de cada momento da vida do indivíduo.

O Genograma (ANEXO 4) é o quarto instrumento de AF a ser descrito. Foi elaborado na América do Norte, com o intuito de obter melhor compreensão das famílias. No início, era utilizado de forma despadronizada, com simbologias diferenciadas umas das outras, o que dificultava seu entendimento. Durante a década de 80, o genograma foi padronizado por

McGoldrik e Gerson, tornando seu uso mais unificado e uniformizado (WENDT & CREPALD, 2008).

Nos anos 90 seu uso se tornou mais amplo, generalizado e padronizado pelos profissionais da área da saúde, pois começaram a perceber e a sentir necessidade de adquirirem informações acerca das gerações passadas das famílias, fatores biopsicossociais e condições de vida. Esses dados facilitam a identificação de fatores de risco para alguns tipos de doenças que podem vir a acontecer, o que permite a intervenção precoce voltada à prevenção de doenças que atingiram pessoas que fizeram parte no passado dessas famílias (MACHADO et al, 2005). Mendel teve grande participação na criação do genograma, pois como era um estudioso da área da genética, teve a idéia de descrever as linhas de transmissão familiar de algumas patologias ocorridas em gerações distintas, criando uma conexão em relação às possíveis doenças que poderiam vir à tona do mesmo modo, em membros que vivem atualmente em núcleos familiares (idem).

Na ESF, o genograma familiar, conhecido como genetograma, heredograma e/ou familiograma é uma das ferramentas utilizadas para a realização da AF, sendo caracterizado por uma representação gráfica dos componentes da família em suas diferentes realidades, sendo considerado um dos instrumentos que traduz de forma expressiva e somatória, a história de vida das famílias e de seus respectivos antepassados (WENDT & CREPALD, 2008).

Tem como principais características a identificação da estrutura familiar e seus padrões de relacionamento um com o outro, mostra os conflitos desencadeadores do processo de adoecimento e, conseqüentemente, doenças que poderiam ocorrer em algum membro da família (WAGNER et al, 2004).

Wendt&Crepald (2008, p. 304) complementam que, além das características citadas acima, o genograma é capaz, ainda, de trazer informações a respeito de “*mitos e crenças, aspectos genéticos, médicos, sociais, comportamentais e culturais da família*”.

Geralmente, estas informações são colhidas por meio de diferentes tipos de entrevistas, o que as torna um procedimento de grande significância na interação entre os profissionais e as famílias, propiciando assim uma retrospectiva dos membros que fizeram parte dos contextos familiares em outros momentos da vida (WENDT & CREPALD, 2008).

A construção do genograma com base nos símbolos facilita a identificação dos problemas de saúde e dos relacionamentos existentes em cada núcleo familiar naquele momento. Essas informações podem ser colhidas e esquematizadas pelo gráfico, através de rápida consulta e por VD, identificando a composição familiar e as etapas do CVF que devem

ser monitoradas diretamente pelos profissionais que acompanham e trabalham com famílias (idem).

A partir das informações colhidas, o gráfico é colocado de forma ideal no prontuário familiar, que é arquivado dentro USF. Nele deverá conter um breve índice dos principais problemas identificados, ações realizadas e as que serão executadas futuramente além da listagem de medicamentos utilizados pelos membros da família, lembrando a importância de realizar uma atualização constante sempre que houver novos acontecimentos naquele núcleo (WAGNER et al, 2004).

Seu uso facilita um entendimento com maior clareza sobre o padrão e estrutura familiar da população que irá ser atendida pelas equipes da SF, executando todas as atividades pertinentes aos cargos de suas responsabilidades e suprimindo a necessidade de cada familiar (idem).

O quinto e último instrumento de AF a ser apontado é o Ecomapa (ANEXO 5), que em 1975 Ann Hartman – uma educadora que focalizava seu trabalho no bem-estar infantil e na saúde mental – idealizou o instrumento na intenção de oferecer suporte aos profissionais atuantes do serviço público de saúde dos EUA durante o desenvolvimento de trabalhos entre as famílias assistidas (AGOSTINHO, 2007).

Pereira et al (2009) relata o ecomapa como uma espécie de diagrama que representa a relação entre as famílias e a comunidade em que elas vivem visualizando também as redes de apoio disponíveis para a sua utilização quando necessitarem. Trata-se de um instrumento que requer atualizações constantes, pois as informações que o compõem seguem a dinâmica familiar e da sociedade onde está inserida.

Sua importância e necessidade de uso podem ser observadas quando a família possui pouca interação com sua vizinhança. Torna-se então, interessante e necessário um maior investimento em intervenções que vão propiciar a aproximação e manter uma consolidação das relações entre os entes familiares em questão e sua respectiva comunidade (idem).

Agostinho (2007) diz ainda que todos os profissionais técnicos atuantes na ABS podem realizar a construção desta ferramenta, onde são abordados fatores interligados ao ambiente em que as famílias vivem como, por exemplo, a rede da vizinhança e a relação da família com as mesmas; a estrutura física que a família reside; as atividades desenvolvidas para a comunidade tais como: atendimento médico, consultas de enfermagem, atendimento psiquiátrico, identificação de violência doméstica e abordagem da saúde mental de forma geral; liderança comunitária e reconhecimento das condições de trabalho.

Diferente do genograma, o ecomapa identifica as relações e ligações dos membros familiares com o ambiente em que os mesmos vivem, demonstrando através de gráficos, símbolos e esquemas que apresentam todo o contexto familiar em questão, o equilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis para a família, além de representar o contexto familiar no seu meio e a qualidade das relações com esse mesmo espaço físico (idem).

Aqui o núcleo familiar é representado no formato de um círculo central, e a sua respectiva rede social será simbolizada em círculos externos conectados por linhas que demonstraram o grau de vínculo e aproximação desses contextos entre família e ambiente, podendo apresentar contatos com grupos variados. Um único gráfico é capaz de trazer como essa família se relaciona com pessoas, instituições e grupos (PEREIRA et al, 2009).

Enfim, este instrumento é de extrema importância para demonstrar a situação de relacionamentos e a convivência dos entes familiares entre eles mesmos e a relação destes com o meio externo em que rodeiam seus espaços habitacionais (idem).

A literatura traz uma grande variedade de instrumentos capazes de facilitar o processo de AF, porém poucas estratégias de AF são utilizadas no cotidiano das EqSF. Relata ainda que o uso de tais ferramentas é mais voltado ao mundo acadêmico, devido à necessidade de uma atenção redobrada para que as chances de coletar informações erradas evitem uma construção com dados não fidedignos desta ferramenta. Portanto, é importante que os profissionais tenham certos cuidados no momento da construção dos mesmos permitindo a elaboração e execução dos cuidados necessários de maneira íntegra e coerente, dedicando-se também aos processos de mudanças que cada família possa passar a qualquer momento da vida (idem).

Diante das inúmeras formas de realizar um trabalho de forma sistematizada às famílias dentro da realidade da política de SF procuramos sintetizar o uso das ferramentas de AF através de um mapa conceitual que segue abaixo. Nele é possível observar e entender o que esses instrumentos representam para os profissionais que atuam na ESF. O uso concomitante destes pode criar uma teia de alternativas para o acompanhamento e manutenção das dinâmicas familiares de forma sistematizada. Evidentemente, a realidade de cada local tem a necessidade em optar pela ferramenta de melhor encaixe em evidenciar possibilidades em realizar ações integrais em saúde (OLIVEIRA & MARCON, 2007).

No mapa desenhado abaixo, procuramos representar a família como eixo central, pois é ela a grande essência do trabalho na ESF (MENDOZA-SASSI et al, 2011). As setas ligam o conceito família a algumas estratégias que devem ser seguidas no cotidiano de trabalho pelas EqSF e que poderão gerar a tão esperada AF. Essa por sua vez está ligada ao uso de

ferramentas que auxiliarão a sua própria realização. A VD está em destaque, pois a partir de sua execução sistematizada, os profissionais de saúde terão dados e informações capazes de produzir e utilizar outros instrumentos na AF.

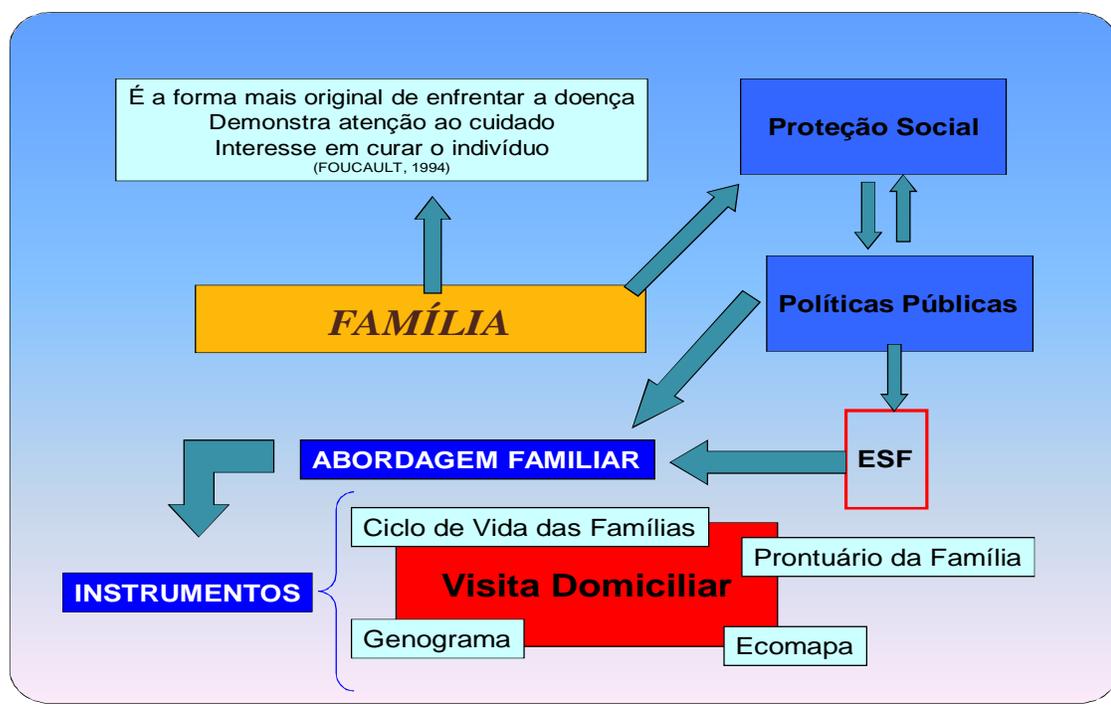


Figura 1 - Mapa Conceitual – Instrumentos capazes de realizar uma Abordagem Familiar Sistematizada

3.4 DIFICULDADES NA ADAPTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM NOVAS ESTRATÉGIAS DE TRABALHO

Merhy (2005) demonstra em seus estudos a dificuldade encontrada em manter em efetivo funcionamento as atividades gerenciais e administrativas voltadas a diminuir a precariedade no que tange o processo de trabalho em saúde. Segundo o autor, em relação ao despreparo dos profissionais, é possível uma mudança de perfil, a partir do momento em que são promovidas capacitações focando naquilo que se encontra em déficit. Portanto, quando se fala em Recursos Humanos (RH) e sua dificuldade na adaptação dos profissionais ao ambiente de trabalho, abre-se um leque de ensejos e situações que explicam o motivo pelo qual pode ocorrer essa situação.

Muito se ouve falar da predominância da formação de profissionais voltada ao modelo biomédico, que saem dos cursos de graduação despreparados para exercerem atividades, com

um olhar integral, à saúde da população, pois se focalizam apenas na cura e reabilitação dos indivíduos, esquecendo-se de desenvolver ações voltadas à promoção e prevenção em saúde.

Neste sentido, o MS vem trabalhando na intenção de enfrentar esse tipo de situação com a criação da agenda contemporânea de RH onde possui cinco eixos temáticos que são eles: a valorização do profissional de saúde; a preparação de recursos humanos; as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; a organização dos trabalhadores e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema. A relevância do trabalho realizado com base nesses eixos visa diminuir diversos problemas relacionados ao perfil profissional. Através de parcerias com o Ministério da Educação (MEC) promoveu mudança das Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde e vem trabalhando através da formulação de políticas de Educação Permanente e Continuada (PIRES-ALVES & PAIVA, 2010).

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), responsável pela proposição incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde, em todo o território nacional, define gestão do trabalho como um processo de trabalho que inclui trocas de criatividade, co-participação e co-responsabilidade, de enriquecimento e comprometimento mútuos. A gestão do trabalho possui ferramentas específicas capazes de fornecer suporte nas falhas da formação profissional do pessoal da área da saúde e outros problemas existentes na ABS. Torna-se efetiva devido ao monitoramento que é capaz de realizar durante o processo de trabalho dos profissionais e por atuar dentro do campo de RH (BRASIL, 2003).

Tal política vem sendo difundida desde 2003 através da Secretária da Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES) dentro do MS, do Degerts e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e seus resultados transparecidos de forma positiva e eficaz no que tange a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais da ESF (idem).

Nos dias atuais, a ferramenta de gestão do trabalho tem permitido aos gestores municipais juntamente com os profissionais atuantes na ESF, uma reflexão em relação às práticas diárias levando em conta a aplicabilidade tanto do modelo analítico proposto, quanto dos conhecimentos produzidos acerca das facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento dessa ferramenta em grande parte dos municípios brasileiros na intenção de intervir sobre a formação e qualificação dos trabalhadores em atividade (PINTO & TEIXEIRA, 2011).

Todo esse movimento tem origem em alguns pontos frágeis para o estabelecimento da política de ABS em nosso país, pontos esses que devem ser analisados pelos gestores dos

diversos níveis de atenção: o alto índice de profissionais especializados; certas situações geográficas que necessitam de profissionais em municípios interioranos e a ausência de um elo aderente e funcionante entre a formação profissional e as políticas de saúde pública, gerando uma considerável dificuldade no momento de contratações, no que tange à qualidade e poder de resolutividade dos profissionais atuantes nas EqSF (GIL, 2005).

Nogueira et al (2004), pesquisador do Observatório de RH em Saúde da Universidade de Brasília, relata em sua obra *“Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública”* o estudo realizado pela OPS com o MS sobre o perfil dos profissionais que atuam na saúde pública. 76% dos médicos possuem no mínimo três vínculos empregatícios e, em relação aos médicos e enfermeiros da SF a situação é ainda mais crítica, pois dados demonstraram uma grande carência na qualificação desses profissionais, por apontar que 70% não possui nenhuma formação em cursos de especializações voltados à saúde coletiva.

Neste sentido, torna-se de extrema importância investir cada vez mais no campo de RH, na tentativa de suprir essas lacunas presentes no mercado de trabalho e oferecer cursos de especialização e capacitação para os profissionais atuantes nas ESF. Certamente, isto contribuirá no processo de trabalho das equipes para obterem mais ferramentas e estratégias com poderes altamente resolutivos aos problemas vivenciados nas práticas cotidianas e na abordagem do núcleo familiar (idem).

Mesmo com toda essa proposta em oferecer especializações e capacitações aos profissionais da ABS, o perfil dos mesmos ainda continua o mesmo, ou seja, quatro anos após essa proposta, Ferreira et al (2007) descreve que a concepção entre os gestores e profissionais da ABS persiste ainda no atendimento individual e curativo, hospitalocêntrico com a utilização de tecnologias sofisticadas, não atingindo, então, as demandas e as principais necessidades da população.

Dentro do contexto de políticas existentes no trabalho de modificação e melhoria dos perfis profissionais que atuam na ESF é válido lembrar que uma EqSF possui também profissionais não portadores de título de graduação, no caso dos auxiliares e técnicos de enfermagem e claro, dos ACS. Desta forma, destacar o Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de nível médio e elementar na área da saúde (PLE) é imprescindível, pois ele visa qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde entre esses profissionais. O PLE foi criado por Izabel dos Santos em 1981, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam a extensão de cobertura de todos os profissionais que atuam na área da ABS e tem como objetivo considerar a prática profissional como algo fundamental no

caso de futuras mudanças, tais como experiências vivenciadas pelos trabalhadores em suas atividades diárias, possibilitando uma visão crítica sobre o trabalho e sobre o mundo e uma contínua reflexão sobre as possibilidades de reorganização de seu próprio trabalho (BASSINELLO & BAGNATO, 2009).

Por outro lado, a mudança nas estruturas curriculares dos profissionais da área da saúde também é fundamental, pois focaliza de forma mais intensa o planejamento, promoção de saúde e a prevenção de doenças através de tecnologias e métodos no processo de ensino-aprendizagem capazes de ir além do espaço acadêmico e atender as necessidades da população que necessita de assistência em saúde coletiva (FERREIRA et al, 2007).

Contudo, Fernandes et al (2010) diz que para essa transformação do perfil dos profissionais atuantes na ABS ocorra, é necessário criar um elo entre a universidade e o SUS onde pode ser observada uma produção de conhecimento e de prestação de serviços aos usuários da ABS, possibilitando assim visualizar se realmente ocorrem mudanças por meio de investimentos educacionais perante aos profissionais da saúde pública no Brasil. Uma das principais e essenciais ferramentas de RH é a Educação Permanente em Saúde (EPS) que, com o intuito de descentralizar e disseminar capacidades pedagógicas no SUS foi aprovada enquanto política em 2003, pela plenária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e apresentada pelo Deges do MS, trazendo em seu contexto a formulação de Pólos que trabalhavam em conjunto nos diversos níveis de gestão governamental, para obter uma intercomunicação entre as instâncias locais e interinstitucionais (BRASIL, 2004).

Atualmente os Pólos não existem mais, pois não alcançaram os resultados esperados e a estratégia atual ocorre através da construção do elo entre universidades e o SUS, no sentido de modificar a formação profissional através da estrutura curricular. As estratégias responsáveis por estas mudanças são denominadas: PRÓ-SAÚDE, VERSUS e Mudanças das Diretrizes Curriculares dos cursos da Área da Saúde, existentes desde início do século XXI por meio da parceria do MS e MEC (CANÔNICO & BRÊTAS, 2008).

A portaria 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, elaborada pelo MS, instituiu a Política Nacional de EPS dentro dos serviços do SUS. A intenção foi desenvolver certas normatizações em relação à formação de RH para os profissionais da área da saúde, incentivar e realizar o desenvolvimento científico e tecnológico no ambiente de trabalho desses indivíduos, capacitando e facilitando o desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 2004).

No mesmo documento surgiu a definição ampla e objetiva sobre o que vem a ser Educação Permanente da seguinte forma:

“Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (p. 2).

Portanto, a EPS pode ser vista como uma política de saúde que tem como finalidade transformar o ambiente de trabalho, onde este possa se tornar um local de atuação mais crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e criar uma prática com maior competência. Com isso, seria capaz de ocorrer oportunidades para a construção de uma espécie de rede-escola dentro dos diversos níveis de atendimento do SUS (CECCIM, 2005).

Certas características são fundamentais para a colocação da EPS dentro dos serviços de saúde, sendo estas, de extrema importância para o acontecimento da EPS, onde podem ser destacados os seguintes fatores (CECCIM, 2005):

“trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social, compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si e dos coletivos; a implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas, no ensino e na produção de conhecimento” (p. 977).

Na intenção de promover a interação dessa política com ações de Educação em Saúde, os serviços oferecidos pelas ESF devem estar sempre à disposição em aprender, trabalhar e desenvolver atividades em equipe. É impossível desvincular educação em saúde e o trabalho em saúde, pois um é capaz de produzir o outro com bases pedagógicas transcritas na legislação, tendo como fator determinante o interesse da equipe que compõe a gestão dos serviços de saúde em nível municipal que atuam na assistência do indivíduo e da família (MERHY, 2005).

O funcionamento da EPS nas ESF permite a obtenção de uma gama de subsídios que servem para o monitoramento e controle de agravos persistentes e comuns dentre a comunidade que fazem parte do território atuante. Com a execução de atividades voltadas à elaboração de problematizações é possível implicá-las com um caráter situacional das aprendizagens nos próprios cenários e trabalho na atenção básica, em todas as suas delimitações; articulando sempre que possível às ações necessárias a serem desenvolvidas pelos profissionais da SF e, conseqüentemente, controlando os riscos de adoecimento que cada família pode vir a ter nos determinados momentos de suas vidas (CECCIM, 2005).

Pensando nisto, as ferramentas de AF se não utilizadas de forma crítica, proverão uma condição estática, pois o processo de trabalho da ESF não acompanhará as modificações no

âmbito familiar. Em virtude disto, a política de EPS é uma estratégia de constantes atualizações ao longo do tempo uma vez que, o genograma e outros modelos de trabalho são considerados ferramentas importantes nas práticas em saúde (MACHADO et al, 2005).

Diante destas constantes atualizações da EPS, torna-se vigente uma nova política em EPS, ou seja, em 2007 ocorreu um grande movimento, que foi a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (3ª Conageles). Seus resultados fazem parte do conteúdo exposto na Portaria GM nº 1.996 de 20 de Agosto de 2007, propiciando então, a substituição dos Polos de EPS pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (Cies) que se envolvem diretamente com os Colegiados de Gestão Regional em Saúde (NICOLETTO et al, 2009).

Esta mudança teve como objetivo reformar a designação da regionalização e a hierarquização do SUS, tornando o SUS uma rede única, sistêmica, integral, descentralizada e com participação ativa da sociedade nas decisões políticas. Com todas estas mudanças é possível criar perspectivas positivas no que tange ao avanço das políticas educacionais na área da saúde, fortalecendo, assim, toda a rede assistencial do SUS (idem).

4. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Este trabalho foi de natureza exploratória, com enfoque qualitativo, pois permitiu uma abordagem pertinente na medida em que trabalhou no campo das significações (MINAYO, 2006).

Minayo (2006) diz que a abordagem qualitativa preocupa-se com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Este tipo de estudo aprofunda-se em diversos significados das ações e do convívio humano, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas, além de promover uma aproximação do pesquisador com o fenômeno estudado, compreendendo a realidade até então subjetiva.

A pesquisa exploratória tem função de proporcionar maior familiaridade com o problema, na intenção de torná-lo mais explícito para constituir hipóteses. Tais pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2002).

A realização de tais estudos dentro da saúde coletiva depende do comportamento das pessoas a que se destinam; torna-se de extrema importância conhecer previamente as maneiras de agir, sentir e pensar do público-alvo e o contexto onde os mesmos se inserem (TEMPORINI, 1991).

A pesquisa almejou esclarecer de que forma os profissionais de saúde que atuam nas USF do município de Águia Branca/ES realizam a AF, quais seus conhecimentos sobre os instrumentos que facilitam a realização da mesma e que questões influenciam a implantação e a execução dessa prática. Tais conhecimentos não podem ser quantificados na medida em que representam a realidade específica destes profissionais, porém sem o compromisso de demonstrar a totalidade da realidade dos profissionais de saúde em geral, mas uma parte da mesma (VÍCTORA, 2000).

O objetivo geral do estudo foi analisar as formas de AF realizadas pelas EqSF do município de Águia Branca/ES para entender as necessidades específicas e métodos adotados pelos profissionais em relação às famílias assistidas e que mecanismos podem utilizar a fim de aprimorarem suas atividades cotidianas. Para entender esse processo, o estudo necessitou analisar as diferentes percepções desses profissionais através de entrevistas não estruturadas e a investigação se deu no campo da interpretação qualitativa desses significados juntamente às representações na prática desses atores (MINAYO, 2006).

4.2 TIPO DO ESTUDO

Utilizei como princípio metodológico a Teoria das Representações Sociais, entendendo-as como “categorias do pensamento, de ação ou sentimento, que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (Minayo, 2006). Essas representações manifestam-se em condutas e chegam a ser institucionalizadas, podendo e devendo ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e comportamentos sociais, através da linguagem do senso comum (idem).

Alexandre (2004) nos diz que:

“Não é todo conhecimento que pode ser considerado representação social, mas somente aquele que faz parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade” (p. 127).

Fleury (1994,) assegura que:

“Representação Social é uma organização composta de uma multiplicidade de impressões recobertas pelo nosso sistema cognitivo e simbólico. Ela abrange imagens, crenças, opiniões, significados e/ou informações provenientes de origem muito diversa, que foram absorvidas no decorrer de nossas vidas e referentes a um determinado objeto da realidade social” (p. 132).

Elas nos permitem ver, por meio de que noções e valores como as pessoas dão sentido as suas experiências vividas e de entender como se cria uma realidade social compartilhada de forma coletiva (ADAM & HERZLICH, 1994).

As falas foram traduzidas através da Análise de Conteúdo, definida como técnica de análise que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2004).

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes nas entrevistas, utilizamos a modalidade de análise temática, abordando determinados temas que denotam valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso dos entrevistados (MINAYO, 2006).

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA: ÁGUIA BRANCA/ES

A pesquisa foi realizada com 14 (quatorze) profissionais de saúde, que atuam em duas EqSF do município de Águia Branca/ES, onde uma das unidades está localizada no próprio município e a outra na zona rural, no Distrito de Águas Claras.

Águia Branca é um município localizado no estado do Espírito Santo, distante da capital (Vitória) em 220 quilômetros. Faz parte da região Noroeste do Estado sendo este um município predominantemente rural. Possui uma população de 9.250 habitantes, entre os quais, segundo a Oficina do Plano Diretor (2010), apenas 4,8% são usuários de planos de saúde.

O município em seu total possui três EqSF (ANEXO 1), uma na zona urbana e as outras duas na zona rural, uma na comunidade de São Pedro e a outra no Distrito de Águas Claras. Porém, participaram da pesquisa duas EqSF, a que se localiza na sede e a de Águas Claras.

As unidades e seus respectivos profissionais possuem algumas características diferenciadas. A estrutura física situada no centro do município possui uma equipe que realiza a cobertura de dois territórios distintos um do outro, totalizando cerca de 5 mil pessoas cadastradas, enquanto a USF localizada no Distrito de Águas Claras tem sua equipe individual e possui, aproximadamente, 2.125 pessoas cadastradas.

Todas as duas equipes possuem ACS totalizando dezoito agentes, a equipe do centro é composta por dois médicos, um enfermeiro, um dentista, um técnico de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e doze ACS. A equipe de Águas Claras é composta por: um médico, um enfermeiro, um técnica de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e seis ACS. A EqSF do centro possui apenas um enfermeiro para atender os dois territórios devido a problemas de contratação de recursos humanos.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 14 (quatorze) profissionais que fazem parte da ESF do município de Águia Branca/ES, incluindo médico, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e ACS que foram selecionados de forma aleatória.

A seleção destes sujeitos foi justificada através de estudos realizados como os de Mello (2005) e demonstram que todos os profissionais atuantes na ESF podem e devem colher informações sistematizadas, acessar os instrumentos de AF e ratificar os mesmos através da

realização de VD e de novas informações colhidas uma vez ao mês ou de acordo com a necessidade e realidade de cada local (GIL, 2002).

Neste momento é importante descrever que a população estudada deve possibilitar a recorrência dos dados informados. Deve possibilitar também ao pesquisador o aparecimento das singularidades que subsidiarão as questões iniciais do estudo (MINAYO, 2006).

A seleção dos participantes e coleta de dados foram realizadas da seguinte forma:

- a) Selecionei os 14 participantes aleatoriamente, através de uma listagem composta por 37 (trinta e sete) profissionais que atuavam na ESF de Águia Branca/ES no ano de 2010 e 2011. Em relação aos ACS, realizei um sorteio.
- b) Logo após, fui à campo realizar as entrevistas com os 14 profissionais selecionados anteriormente. Utilizei um roteiro temático não estruturado, que eu mesmo elaborei de acordo com os objetivos da pesquisa.
- c) Em seguida, parti para o momento das transcrições das falas e ao plano inicial de análise na intenção de começar a interpretar as falas e criar os eixos temáticos.

Em relação aos critérios de inclusão e exclusão, inicialmente seriam incluídos no estudo profissionais com pelo menos um ano de experiência no PSF, porém os mesmos não foram aplicados dentro a pesquisa, por algumas peculiaridades que surgiram no decorrer da coleta de dados. O processo demissional de alguns profissionais, o surgimento de um processo seletivo para contratação dos profissionais para a rede de saúde e a negação de alguns trabalhadores da ESF de Águia Branca em participar da pesquisa justificaram a impossibilidade de utilizar tais critérios.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

De um modo geral, pesquisas de cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e podendo variar de acordo com o que se deseja obter. Portanto, definir o uso de entrevistas em pesquisas qualitativas deverá seguir alguns critérios, como por exemplo, a seleção dos sujeitos que vão compor o universo de investigação, que neste momento, é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado (DUARTE, 2002).

Minayo (2006) relata que:

“A entrevista como fonte de informação fornece dados que se referem ao indivíduo entrevistado que tratam de reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”. Ela constitui uma representação da realidade:

idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir e de atuar” (p. 262).

De acordo com este conceito, o instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um roteiro temático não estruturado (APÊNDICE A) com questões abertas em busca de informações relativas ao objetivo do estudo.

Este roteiro foi criado para detectar se há conhecimento sobre o grupo acerca da elaboração e do uso de ferramentas para a AF, percepções e experiências que já tiveram em relação ao uso de tais instrumentos.

Foram registrados dados sobre cada participante, tais como categoria profissional e sexo. As respostas do grupo foram gravadas em aparelho digital dentro de cada USF e, posteriormente, foram transcritas e analisadas. O tempo de duração das entrevistas foi muito relativo em relação à categoria profissional com uma média de 25 minutos cada.

Realizado teste piloto com uma profissional que atua na ESF de um município vizinho na intenção de testar a qualidade do Roteiro Temático Semi-estruturado pré-estabelecido.

4.6 ANÁLISE

A fase de análise de dados é pensada como a fase final do estudo. Em muitas situações o pesquisador verifica ter em mãos dados suficientes para alcançar seus objetivos, necessitando voltar à fase da coleta de dados para recuperar o que fez falta no momento da análise (GOMES, 2004).

Caso contrário ao que foi transcrito acima, ou seja, quando não há falta de dados, Gomes (2004) relata que o pesquisador é capaz de considerar que realmente se encontra na fase inicial da análise dos mesmos. Com isso, a capacidade de analisar e interpretar podem ser eficazes, olhando atentamente e sistematicamente todos os dados da pesquisa.

Segundo Bardin (2004) o conjunto de técnicas de análise das comunicações visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.

Posto isto e dando continuidade ao plano de análise de dados, qualquer tipo de comunicação que transportará significações de um emissor para um receptor, controlado ou não por este, deverá ser escrito e decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo, por meio da criação de categorias. Portanto, a técnica de análise de conteúdo será útil neste estudo,

agrupando-se em diferentes categorias o conteúdo das falas transcritas das gravações (BARDIN, 2004).

Realizei a análise do conteúdo considerando as etapas que Bardin (2004) propôs em sua literatura por ordem cronológica. Iniciei com uma exaustiva análise das entrevistas conhecida como leitura flutuante, na intenção de organizar todo o material a ser analisado e torná-lo operacional e sistematizar as idéias iniciais através deste primeiro contato com as falas. Logo após segui ao segundo passo, que consiste em delimitar todo o conteúdo a ser analisado, constituindo-se um *corpus*, considerado aqui o conjunto dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos. Em seguida houve um preparo formal dos documentos a serem analisados, constituindo-se novos documentos com todas as respostas de cada uma das perguntas. Dando continuidade, consegui determinar quais eram os temas encontrados nas falas determinando os seus indicadores através de recortes de textos sobre todo o documento adquirido nas entrevistas.

Após todo esse processo de pré-análise parti então para a exploração do material propriamente dito. Essa fase é traduzida pelas unidades de registro e das unidades de contexto; definição dos sistemas de categorias e dos sistemas de codificação, além da identificação das unidades de registro em todo o material (*idem*).

Para finalizar minha análise de conteúdo realizei o tratamento dos resultados, a inferência e, claro, a interpretação. Este momento final da análise permitiu que todo o conteúdo trabalhado anteriormente se constituísse em análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas (*idem*).

4.7 IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

O tratamento do material transcrito das entrevistas realizadas com os participantes do estudo foi organizado durante as etapas da análise. Foi possível criar e agrupar as categorias temáticas de análise, de acordo com as semelhanças e diferenças de sentido de todas as falas. Esse conteúdo se deu pelo roteiro temático criado com base nos objetivos do trabalho.

A partir dos recortes e agrupamentos expressados, identificou-se algumas categorias capazes de representar questões prioritárias de toda a fundamentação teórica. São elas:

- I. Desconhecimento de instrumentos de AF
- II. Percepção dos profissionais em abordar famílias
- III. Diferenças em abordar famílias
- IV. Despadronização no modo de realizar abordagem familiar

- V. Atendimento individual
- VI. Dificuldades no trabalho

Trabalhamos, na interpretação final do estudo, com a tentativa de aprofundar o máximo possível os significados das falas. Relacionamos as estruturas semânticas (significantes) com as sociológicas (significados), possibilitando a inferência de todo o conteúdo transcrito e dialogamos com os autores utilizados em nosso referencial teórico (BARDIN, 2004, p. 127).

Buscamos assim, identificar quais métodos de trabalho são utilizados pelas EqSF de Água Branca/ES no momento de abordar as famílias, percepções sobre a utilização de instrumentos e os fatores que retardam e prejudicam o processo de registros e acompanhamento familiar.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá/RJ – UNESA, credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o protocolo nº 0073.0.308.000-11 e parecer 074 aprovado em 20/09/2011. Vale ressaltar que baseado na Resolução 196/96 – que preconiza o anonimato de todos os participantes – os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como apresentado na introdução do trabalho, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar se as EqSF do município de Águia Branca/ES realizam estratégias de AF através de algum tipo de instrumento. Durante a coleta de dados, conforme detalhado na metodologia, foram realizadas entrevistas não estruturadas, seguindo um roteiro temático elaborado a partir da revisão bibliográfica para alcançar os objetivos do estudo, em que todo o conteúdo gravado foi transcrito e analisado na intenção de criar categorias e eixos temáticos centrais da pesquisa.

A intenção de transcrever as falas e analisá-las logo após foi de dar sentido às mesmas de acordo como sua presença, frequência, semelhanças, contrastes e comparações; assim surge, então, o agrupamento das categorias em eixos temáticos.

Participaram da pesquisa 14 indivíduos (dois do sexo masculino e doze do sexo feminino), (um médico, duas enfermeiros, dois dentistas, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitários de saúde) que fazem parte da ESF do município de Águia Branca/ES. O município possui um total de 37 (trinta e sete) profissionais que se dividem em três EqSF e são responsáveis por uma população de aproximadamente 9.250 habitantes. Portanto, os 14 profissionais que participaram da pesquisa representam uma margem percentual de 40% do valor total dos profissionais.

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

5.1.1 Participantes

Dos profissionais que atuam na ESF do município de Águia Branca, 14 aceitaram participar das entrevistas. Para manter o anonimato no intuito de preservar de cada participante, foram identificados pela inicial das respectivas classes de trabalho e por um numeral de acordo com a cronologia das entrevistas.

Sujeito	Sexo	Categoria Profissional
M1	M	Médico
E1	F	Enfermeira
E2	F	Enfermeira
O1	F	Odontóloga
O2	F	Odontóloga
ACD1	F	Auxiliar de Consultório Dentário
TE1	M	Técnico de Enfermagem
TE2	F	Técnico de Enfermagem
AE1	F	Auxiliar de Enfermagem
ACS1	F	Agente Comunitário de Saúde
ACS2	F	Agente Comunitário de Saúde
ACS3	F	Agente Comunitário de Saúde
ACS4	F	Agente Comunitário de Saúde
ACS5	F	Agente Comunitário de Saúde

5.1.2 Eixos temáticos de análise

Com a criação das categorias anteriormente estabelecidas, formuladas a partir da análise do conteúdo das falas dos participantes, as mesmas foram agora reagrupadas e ajustadas dentro de seis eixos temáticos, sendo eles:

A. Conhecimento sobre instrumentos de abordagem familiar

Esse eixo temático corresponde a categoria I – Desconhecimento de instrumentos de AF e visa identificar a presença de conhecimento e de práticas de AF entre os profissionais da ABS. Moimazetal (2011) relata que as atuais estruturas familiares exigem uma capacitação maior das EqSFem relação aos aspectos físicos, culturais, biológicos e sociais do âmbito familiar. Isso pode ser possível com o uso das ferramentas nas abordagens coletivas no campo da saúde pública.

B. Importância da abordagem familiar

Esse eixo temático pertinente à categoria II - Percepção dos profissionais em abordar família, explana que a grande importância de realizar a abordagem familiar é a capacidade de facilitar a elaboração de intervenções dentro os núcleos familiares pelos profissionais da EqSF. Quando ela é realizada, propicia uma organização das informações das famílias e tais informações podem ser visualizadas com maior facilidade (ROCHA et al, 2002). Foram utilizados estudos de Cohen (2004), Lara et al. (2009), Cardoso & Nascimento (2010), Cardoso et al (2011) e Monteiro (2010) onde relatam que a importância da AF torna-se mais factível em relação às ações propostas dentro as práticas das EqSF, quando os trabalhadores reconhecem, verdadeiramente, a necessidade de originar uma estratégia para abordar as famílias assistidas. Por isso, o ambiente onde as pessoas vivem é considerado um fator determinante da saúde e serve também como ferramenta na construção e desenvolvimento da SF.

C. Diferentes formas identificadas de abordagem familiar

Esse eixo temático refere-se à grande diversidade encontrada nas falas dos entrevistados e inclui nas categorias III–Diferenças em abordar famílias e IV – Despadronização no modo de realizar abordagem familiar. A padronização de um instrumento no município de Águia Branca/ES é inexistente. Oliveira e Marcon (2007) relatam que a padronização é necessária para manter sintonia entre as famílias e as EqSF.

D. Visita domiciliar enquanto processo de trabalho

Por ter sido a ferramenta de maior relevância entre os entrevistados, a visita domiciliar merece uma extensão de maior profundidade dentro desse eixo temático que está correlacionado com a categoria II – Percepção dos profissionais em abordar família e a categoria VI – Dificuldades no trabalho. Dentre os autores que abordam a VD como ferramenta de trabalho, Mandúet al (2008) diz que a opção pela VD enquanto processo de trabalho é justificada pela família ser o eixo central em suas atividades. Conhecer os diferentes contextos socioculturais de vida, como unidade central de atenção e priorizar suas maiores necessidades é o que torna o trabalho resolutivo. Centrar na educação e promoção de saúde e na prevenção de agravos, retirando cada vez mais o foco das ações de tratamento e reabilitação das doenças, ainda continua sendo um grande desafio para a APS.

E. Apoio ao indivíduo ou apoio ao núcleo familiar?

Esse eixo está interligado à categoria V - Atendimento individual, pois identifica a necessidade de priorizar ações educativas e de promoção à saúde para todo o contexto familiar não se baseia somente no tratamento e a reabilitação do indivíduo e sim na atenção integral a todos os atores que constituem um núcleo familiar (MELLO et al, 2005).

F. Dificuldades na abordagem familiar

O último eixo temático do estudo que acompanha a categoria VI – Dificuldades no trabalho, instiga o surgimento de algumas particularidades em meio ao processo de desenvolvimento das atividades que inibe o fortalecimento da mesma e acaba sendo prejudicial para a própria comunidade, que seria o grande alvo do trabalho multiprofissional (XIMENES NETO & SAMPAIO, 2008).

5.1.3 Análise segundo os eixos temáticos

Houve uma grande diversidade de informações sobre o uso de instrumentos de AF pelos entrevistados. A grande parte não soube associar que tais ferramentas dependem de uma sistematização de informações acerca dos núcleos familiares. Desse modo, sua utilização precisa ser padronizada entre os profissionais que atuam na ESF e o incentivo dos sujeitos ser mais trabalhado pela gestão municipal.

5.1.3.1 Conhecimento sobre instrumentos de abordagem familiar

A ESF trabalha com famílias, seus integrantes e a comunidade onde estão inseridas e, para isso, necessita da utilização de algumas ferramentas especiais que permitem atividades bastante diferenciadas de saúde (SILVEIRA FILHO, 2007). Observamos nas entrevistas o desconhecimento sobre a existência e, conseqüentemente, utilização de ferramentas de abordagem familiar nas equipes do município de Águia Branca/ES.

De fato, os depoimentos dos entrevistados indicam uma falta de conhecimento bem representativa que cria limitações no momento de abordar o núcleo familiar. Quando perguntados sobre quais instrumentos de AF eles conheciam, alguns mostraram ignorar a existência dos mesmos, como se segue nas falas abaixo.

“Não, não sei não.” (O1)

“Muito pouco.” (TE1)

“Não. Que eu me lembre não.” (ACS1)

“Telefone pro vizinho, encontro com algum parente...” (AE1)

“[...] um panfleto, um folder com uma linguagem bem simplificada.” (O2)

“No momento não estou lembrando.” (ACS3)

“Não. Desconheço [...] Não, porque eu sou agente de saúde há pouco tempo, tem uns cinco anos só e não tenho muito contato com os agentes de outro município.” (ACS2)

“O primeiro momento é a conversa, né!” (ACS4)

Com base nisto, torna-se necessária uma preparação maior sobre o uso dos instrumentos de AF. As falas acima comprovam que os profissionais possuem um *déficit* no conhecimento sobre essas ferramentas de AF e alguns fogem do que realmente vem a ser um instrumento, que é a sistematização das informações do núcleo familiar. Tal despreparo por alguns membros das EqSF em lidar com ferramentas que facilitam contato e o entendimento das famílias se direciona em criar novos afazeres e novas práticas que irão ser refletidas em tecnologias de trabalhos capazes de produzir a saúde de uma população sem, necessariamente, sistematizar os dados coletados, o que comprometerá a tomada de decisões a serem tomadas no cotidiano.

Vanderlei & Almeida (2007) reforçam ainda que o uso destas ferramentas, seja qual for, só será possível por meio de uma conquista da equipe ou pela própria política da instituição

no caso aqui, municipal, onde cada profissional terá que usar de todo o seu potencial para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários.

Mesmo quando inquiridos sobre um instrumento específico, como o genograma, não obtivemos respostas que demonstrassem conhecimento sobre o assunto.

“Genograma eu já ouvi falar [...] na faculdade cheguei a fazer o Genograma eu lembro que era muito complicado de você montar o Genograma, era muito difícil, mas eu me lembro de ter feito, mas falar pra você que eu vou pegar aqui agora pra fazer aí fica difícil”. (E1)

Pereira et al (2009) relata que a utilização do genograma é difícil de ser encontrada nas práticas diárias de uma ESF. Discute que, apesar de tantas funções e potencialidades, como por exemplo, conhecer gerações passadas na intenção de identificar doenças de carga genética e elaborar intervenções para prevenir que ocorram novamente os mesmos agravos - seu uso ainda encontra-se voltado ao mundo acadêmico e esquecido logo após a formação.

A fala de cada entrevistado tem grande peso, pois Águia Branca é um município muito pequeno e a quantidade de profissionais atuantes na ESF também. Quando perguntei a um dos entrevistados se tinha alguma dúvida de como usar o seu instrumento de AF.

“Não. Nenhuma dúvida.” (ACSI)

Em algumas entrevistas, durante a busca sobre conhecimentos de ferramentas para realizar a AF, os entrevistados ressaltaram a visita domiciliar.

“Eu acho que a visita domiciliar é importantíssima!” (M1)

“O que eu já ouvir falar em questão de abordagem familiar é a visita sendo feita periódica com o ACS.” (O2)

A política de atenção primária à saúde preconiza a prática da visita domiciliar como uma das principais atividades no cotidiano das EqSF. Todos os profissionais que compõem a equipe devem realizar esta prática, pois além de ser considerada uma das principais ferramentas de abordagem familiar, vai proporcionar aos trabalhadores o conhecimento da realidade de cada família e a criação de vínculo com a mesma (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

5.1.3.2 Importância da abordagem familiar

a) Reconhecimento das famílias através de suas particularidades

O conhecimento de como funciona a dinâmica de cada núcleo familiar é essencial no momento de desenvolver o trabalho na ESF e manter o acompanhamento das famílias em uma determinada área de nossa responsabilidade. Isso vai refletir diretamente na valorização

gerada pelo conhecimento do espaço físico e social da população atendida (LARA et al, 2009).

As falas dos entrevistados deixam claro que respeitar a dinâmica de cada família e saber fazer uma AF seguindo essa individualidade é muito importante.

“Eu acho mais importante é o acolhimento, fazer o acolhimento dessa família, por exemplo, tem que ser bem feito. A família tem que ser respeitada na sua individualidade, cada um é cada um e o tratamento não pode ser igual de uma família pra outra porque existe a particularidade, isso tem que existir e existe.” (E1)

“Fui fazer um curativo do diabético e percebi como eles vivem, então, preciso explicar de forma diferente pra cada família.” (TE2)

“Quando tem alguém doente toda a família precisa ser tratada porque gera um estresse na família toda.” (ACS3).

“Então, a partir daquele momento que eu chego e pergunto algumas coisas pra família, começo a compreender qual a real situação daquela família [...] você tem que saber o histórico daquela família [...] ter uma melhor percepção de como você vai trabalhar com aquela família [...] é difícil, complicado, mas você tem que ter sabedoria pra chegar e conversar com cada família.” (ACS4)

As ferramentas de AF que foram descritas ao longo deste trabalho como o ciclo de vida das famílias, o genograma, o ecomapa, o prontuário da família e a VD têm a capacidade de fornecer aos profissionais da ESF informações seguras para auxiliar as famílias. As ESF possuem a potencialidade em dimensionar as mais diversas interações familiares, sendo elas: afetividade, intimidade, estrutura, problemas, doenças e compartilhamento de atividades. Através das falas dos entrevistados é relevante expor que o conhecimento das famílias pelas ferramentas de AF subsidia uma lógica maior dos acontecimentos, além de trazer mais consciência aos profissionais dos reais desafios que devem enfrentar na realidade de uma ESF (CARDOSO & NASCIMENTO, 2010).

As sociedades contemporâneas são extremamente diferenciadas, possuem inúmeros perfis e obtêm limitadas condições de estabilidade nos seus procedimentos de socialização devido à diversificação dos seus núcleos familiares. Sabe-se que grande parte das famílias atualmente não possui estrutura nuclear tradicional. Isso se observa quando se compara um perfil familiar do início do século XX com grupos familiares contemporâneos. As culturas familiares, em especial as de classes com maior vulnerabilidade, tem sido frequentemente apontadas como as grandes vilãs da dificuldade de desenvolver ações que viabilizam o processo de trabalho pelas EqSF pelo simples motivo de causar impacto por suas diferenciações, ocasionando uma maior cautela na elaboração de cuidados (CARDOSO et al, 2011).

Estas diferenças culturais permanecem entre os núcleos familiares e caso precise ser mudado o estilo de vida, os entrevistados falam que é possível trabalhar na tentativa de mudanças, porém quase impossível transformar certos hábitos culturais. Os entrevistados relataram que com um trabalho árduo de médio em longo prazo você pode, talvez, começar a sentir algumas transformações positivas.

“Eu costumo dizer que é de cultura [...] então essa coisa de respeitar o público, o que pra gente às vezes está tudo errado, você consegue chegar numa família e mudar a estrutura de um jeito bruto” (ACS3)

O entendimento de que realmente existe uma diversidade cultural no acompanhamento do cotidiano das famílias e das equipes sugere necessidade de intervenção educativa que valorize a experiência dos grupos de famílias e promova sua participação na construção do conhecimento coletivo, pois nada melhor para a EqSF que reconhecer tais diferenças na intenção de facilitar suas ações (LASMAR, 2010).

Em diversas falas dos entrevistados, observou-se que o processo de trabalho depende da compreensão da família e de sua permissão para a continuidade do cuidado, destacando especialmente a sua interação com a EqSF. Portanto, é importante instrumentalizar os profissionais de saúde para que sejam capazes de trabalhar com os mais diversos contextos sociais e com a diferenciação cultural que cada núcleo familiar possui (FALCETO, 2000).

“Alguma coisa que você percebe que é cultura, na maneira de ser, o fato da criança está ali descalça, sem roupa [...] nada mais é que uma cultura, porque são felizes [...] a gente não consegue mudar isso da noite pro dia [...] é um trabalho de formiguinha” (ACS3).

O fato de ser de extrema necessidade refletir sobre a relevância da cultura no cuidado às famílias, conhecer os valores, crenças, mitos, costumes e tradições, enfim, a cultura do indivíduo e o seu contexto familiar são fundamentais para o desenvolvimento das práticas com qualidade na ESF. Quando o trabalho está voltado ao conhecer e interpretar tais fatores ele propicia observar influências da cultura no comportamento, na interpretação do processo saúde-doença e na escolha do instrumento de AF. Portanto, a necessidade de os profissionais de saúde considerarem a cultura no processo de assistir/cuidar é essencial para que seja congruente com as reais necessidades das famílias e obtenha sucesso no registro dos dados e informações (FACCHINI et al, 2006).

As atividades junto às famílias que as ESF desenvolvem, constituem-se em ambientes coletivos de interação entre trabalhador e objeto da ação, assegurados pela Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, a qual favorece o desenvolvimento de ações focalizadas em

grupos de risco, com o objetivo de intervir na prevenção do surgimento de doenças e agravos comunitários locais (BRASIL, 2006).

Uma das entrevistadas relatou exatamente o reflexo de todo um planejamento pré-estabelecido pelas políticas públicas de saúde.

“As famílias se sentem importantes ao saber que a Secretaria de Saúde se preocupa com cada uma em sua individualidade” (ACS3)

O Manual de Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária (2010) definiu que a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) é uma avaliação das necessidades de cada pessoa levando em conta a atenção integral que é o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso dos instrumentos de AF.

b) Abordagem familiar capaz de identificar situações de risco das famílias

A ABS caracteriza-se por ser uma atenção de alta resolutividade, capaz de identificar situações de risco, necessidades e demandas de saúde através da utilização e articulação das diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo. Isso se dá, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos familiares (BRASIL, 2011).

A portaria Nº 1.654 de 19 de Julho de 2011 que aborda a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) traz algumas definições em relação à identificação das situações de risco no trabalho da ESF. Relata assumir alguns compromissos que envolvem melhores resultados em alguns indicadores de saúde e padrões de qualidade e que tais indicadores estão relacionados às principais necessidades de saúde de uma determinada população, sendo elas: pré-natal em dia; atendimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; atendimento odontológico, entre outras ações.

Os entrevistados deram muita ênfase no trabalho a partir da identificação de maiores riscos às famílias adstritas em seus respectivos territórios.

“A gente vai na área e faz a VD pra família que está precisando naquela área, as mais carentes.” (M1)

“Ver o que ela mais necessita né [...] então eu sempre passo pra dentista as pessoas com maior dificuldade.” (ACS1)

“A gente foca mais a família que tá com problemas [...] nós conhecemos quase todas as famílias, sabe qual é o problema dela se é social, se é doença mental se é uma patologia...” (E2)

“Mas essa primeira atenção (VD) de que algo está entrando nessa família pra estar levando informação, que eu acho que tem como detectar o problema.” (ACS3)

“Se for uma família constituída de homem mulher e três filhos, e cada filho é de um pai, então você já sabe que aquela família vai ser um pouco mais complicada pela situação.” (ACS4)

O conceito de orientação comunitária neste momento é interessante, pois se caracteriza pela definição de oferta dos serviços pelas EqSF para suprir as principais necessidades em saúde da população adstrita, a partir de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, ou seja, a visita domiciliar, pois através desta, estabelecem relações com a população, realizando o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços prestados (BRASIL, 2010).

“Acompanhar a família, saber como a família está e se estão com problemas, porque não é só vir aqui tratar, é importante saber pra mim se eles estão higienizando, se eles estão cuidando dos dentes senão não adianta nada eu tá aqui tratando, tratando... e aí vão pra casa e tchau! Não escovam os dentes, acordam, almoçam jantam e nada, não escovam os dentes, ficam comendo doces essas coisas, então a gente tem que tá sempre procurando, conversando” (O1)

A portaria GM/MS Nº 2.488 (BRASIL, 2011) deixa claro algumas atribuições do cirurgião-dentista que atua nas EqSF. Relata que o profissional deve realizar uma atenção à saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, aos indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe e com resolubilidade.

Uma das entrevistadas relatou que conhecer só o indivíduo e não o seu núcleo familiar impede o sucesso nos resultados das ações.

“Se eu pegar você isolado e não a sua família eu às vezes não vou saber o seu real problema.” (ACS4)

Lidar com a família na intenção de resolver algum problema da pessoa expressa uma estratégia de trabalho, que será determinante para identificar as desigualdades sociais na busca de compreender a complexidade do processo saúde-doença daquele núcleo familiar. Diante disto, os resultados de estudos sobre o envolvimento da família no problema do indivíduo abrem possibilidades de manusear informações necessárias na adoção de intervenções que visam a expansão da equidade em saúde (SILVA & MASCARENHAS, 2004).

c) Desenvolvimento da autonomia do núcleo familiar

A autonomia do núcleo familiar é considerada um processo em que ações intersetoriais entre a saúde coletiva e a educação estabelecem um desenvolvimento de inclusão social dos indivíduos, dentro das ações em saúde (BAPTISTA et al, 2008).

A família é a grande precursora em ofertar apoio físico, emocional, social e psicológico ao membro que está passando por algum problema. Portanto, para que isso se torne factível, ela precisa de alguns suportes institucionais com profissionais que irão fornecer certa preparação para enfrentar as situações de maior necessidade (MERHY & FRANCO, 2003).

Alguns entrevistados relataram nas falas abaixo como trabalham em despertar a autonomia familiar em suas práticas diárias.

“Eu entendo que a abordagem é um processo que começa com os pais e vai passando pros filhos, cuidando da família no geral; até mesmo tem famílias que os filhos cuidam dos pais idosos, que estão acamados aí acabam que eles mesmos tem que trazer os pais pra ESF.” (TE1)

“Eu trabalho todos os dias aqui atendo as famílias, mãe, pai, filhos... eu atendo e, é muito legal eu vejo que a família toda já está sendo conscientizada sobre orientação de higienização e de cárie.” (O1)

“Então o que você falou por mais que eu esqueça, o outro vai estar lembrando e vai ter uma ação mais efetiva, vai ter uma comunicação e outra, um vai incentivar porque o mais velho vê o mais novo escovando e incentiva.” (O2)

“A gente faz questão que a família desse diabético participe porque é ela que cuida, é ela que tem que entrar na dieta também, então, a gente trabalha mais ou menos assim, realmente com a família, não trabalha só com aquele paciente.” (E2)

“Quando a mãe adere às idéias que você tem sobre alimentação, de amamentação e depois ensina a criança a se alimentar corretamente [...] evita muitos transtornos.” (ACS3)

O trabalho de uma equipe multiprofissional é a peça chave para desenvolver e garantir a autonomia dos núcleos familiares. O apoio à comunidade, para que ela própria possa vencer as dificuldades do dia a dia é indispensável na inicialização do processo de autonomia. Durante todo o apoio dado pela equipe, fica mais fácil de enfrentar os problemas de cada grupo familiar sob nossa responsabilidade e claro, explicar sempre que a grande essência desta atividade é explorar a capacidade que eles possuem de resolver seus próprios problemas (WIMMER & FIGUEIREDO, 2006).

Levar conhecimento sempre que possível para o núcleo familiar a que se pertence, como é o caso da capilarização do cuidado, é de suma importância no ambiente em que o

desenvolvimento da autonomia é estabelecido, pois as duas sempre caminham juntas. A capilarização tem seu papel primordial em relação ao trabalho de acompanhar famílias e será detalhada a seguir.

d) Capilarização do cuidado

A capilarização do cuidado é caracterizada pelo desenvolvimento de ações presentes no núcleo familiar envolvendo todos os seus componentes. Tem a intenção de auxiliar um ao outro nos aspectos ligados ao desenvolvimento, saúde e bem-estar de toda a família, além de inúmeras atribuições como: presença, proteção, inclusão, orientação e formação (OLIVEIRA & MARCON, 2007).

Pires & Silva (2001) relatam que a capilarização do cuidado é um processo que depende das pessoas que formam o núcleo familiar em despertar interesse em adquirir novas funções sobre os familiares. A capilarização é essencial para que as famílias mantenham as intervenções elaboradas pelos profissionais de saúde. É capaz de interferir na vida social das pessoas, inclusive nos membros que necessitam de um cuidado maior pelos seus familiares mais próximos.

Estudos revelam que a importância do SUS junto à sociedade civil em estabelecer o planejamento de algumas políticas públicas propicia a formulação de responsabilidade perante todo o núcleo familiar envolvido no cuidado de seus membros (MOIMAZ, 2005).

Alguns dos entrevistados relataram em suas falas algumas concepções que vão ao encontro do que vem a ser o processo de capilarização do cuidado.

“Cada pessoa, em termo de resultado familiar, eu acho melhor; porque a família está toda unida e um vai passando pro outro sabe?” (O1)

“Com essa abordagem que a gente está fazendo no encontro das gestantes eu não to conseguindo trazer só a gestante, porque vem o marido, a mãe, vem pai, avó, vem tia, todo mundo vem a esse encontro então a gente acaba palpitando a família toda com informações que são importantes pra gestante [...]; muito mais fácil você trabalhar com a família toda.” (E1)

“Eu acho que o tratamento de alguém, pra tratar uma doença especificamente, depende da colaboração do toda família e pra se evitar a doença também precisa da colaboração de toda família.” (M1).

“Chegar lá eles me falam ‘ah, fulano está comendo aquilo que não pode’ aí você pega e orienta a família toda.” (TE2).

“[...] Por exemplo, escovar os dentes e passar o fio dental, se você trabalhar isso em família, um vai incentivar o outro e um vai estar lembrando o outro.” (O2).

“A gente tem que trabalhar toda a família porque de repente tem um indivíduo que está com uma situação mais agravante, mas tem aquele que está ali convivendo com a situação [...] o trabalho é com todos” (ACS2)

“O que importa é o processo. Vamos dizer, se tem uma gestante todo mundo fica gestante junto, né?” (ACS3).

Em relação às falas acima, a consideração que as EqSF tem em atrair todo o núcleo familiar para as ações é destacada, uma vez que a preocupação em despertar essa capilarização entre os componentes da família é feita, mesmo que de forma involuntária e inconsciente. Entretanto, a equipe entende que o convívio entre os familiares é capaz de melhorar a rede social e manter certo equilíbrio em relação à saúde dos indivíduos (GOLDSTEIN, 1995).

5.1.3.3 Diferentes formas identificadas de abordagem familiar

A existência de inúmeras formas de realizar a AF pode ser encontrada dentre as mais diversas literaturas. Sua utilização pelos profissionais da ESF é essencial para tornar o atendimento integral e contínuo, abrangendo assim todo o núcleo familiar. Porém, seu uso deve ser feito de forma sistematizada e padronizada, por todos os profissionais que atuam em suas áreas programáticas (ATHAYDE & GIL, 2005).

Oliveira e Marcon (2007) chamam a nossa atenção quando falam que a utilização de instrumentos padronizados para abordar famílias entre profissionais é de extrema necessidade para realizar o nosso trabalho em sintonia com a equipe. Isso facilita a organização das informações criando habilidades em construir intervenções às famílias.

A diversidade em utilizar instrumentos de AF também é uma realidade entre os profissionais que atuam na ESF do município de Águia Branca, pois foram identificadas diversas formas pessoais e não institucionais, do acompanhamento tanto indivíduo quanto da família. As falas abaixo demonstram que realmente não existe instrumento de AF padrão no processo de trabalho dessas equipes.

“Eu uso o prontuário.” (M1)

“Minha agenda pessoal.” (ACS2)

“Tem alguns agentes que acompanham talvez em um caderninho, mas sempre trabalhei com fichas.” (ACS3)

“Tenho um caderno de uso pessoal.” (ACS4)

“Mas pra gente facilitar isso (abordagem familiar), nós criamos esse papel mais detalhado [...], é um rascunho no caso, né, que anoto todo o mês.” (ACS5)

Observa-se também que muitos profissionais confundem instrumentos de AF com fichas cadastrais. A fala que segue relatou o uso da Ficha A como instrumento.

“A gente trabalha com a ficha A que é o cadastro da família [...]. Sim, é uma ficha pra cada idade das crianças. Pra gestante vou trazer essa ficha pra cá pra poder cadastrar no sistema, aí o bebê nasceu vou lá faço a ficha do bebê trago pra cadastrar, pego a ficha dele coloco no SISVAM, coloco o nome dele na ficha A da família que é mais ou menos da família e é isso aí.” (ACS1)

A ficha A é um documento que registra as famílias que residem nos mais diversos territórios. Ela contém informações essenciais que irão alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Por mais que seja um documento capaz de monitorar as atividades, não é considerada uma ferramenta de AF como mencionou a fala. Portanto, o mais importante que um preenchimento de papel é a proximidade com os núcleos familiares (ADDUM et al.; 2011).

Outros utilizam as fichas específicas direcionadas para o acompanhamento de situações de saúde.

“[...] Aí, tipo assim, eu tenho as fichas do hipertenso eu vou lá e coloco PA. Se chegou família nova dai vou cadastrar a ficha da criança eu vou lá anoto o peso, a data de nascimento...” (ACS1)

“As fichas de acompanhamento, a gente trabalha com elas de janeiro a dezembro, anotando a data da visita, a pressão, os medicamentos, visitas às gestantes e a data da minha visita e da visita dela ao médico.” (ACS3)

A separação das temáticas abaixo se deu pelo motivo da grande variação de formas de abordar famílias relatadas pelos entrevistados, com o desenvolvimento na maior parte das vezes de estratégias próprias não sistematizadas.

a) Reuniões com a equipe

Um dos instrumentos de abordagem familiar relatado foi a reunião com profissionais que compõem a EqSF. O enfermeiro programa um encontro com todos os componentes da equipe para ter conhecimento, cada vez mais, acerca do território de atuação. Pedrosa & Teles (2001) relatam que o ato de abordar famílias precisa de um trabalho em equipe, na intenção de seguir o princípio da integralidade das ações em saúde. A reunião com a equipe facilita a identificação das principais necessidades dos núcleos familiares e tem a possibilidade de sistematizar a abordagem familiar (SCHRAIBER et al., 1999).

Dois dos entrevistados disseram que realizam reuniões com sua equipe, principalmente para discutir as dinâmicas familiares com os ACS.

“Tenho o hábito também de realizar reuniões com os meus agentes comunitários, pois através desses encontros eu consigo conhecer mais aprofundado as famílias, quem mora com quem, quem vive com quem, quais doenças, descubro também problemas que eu não sabia.” (E2)

“Geralmente, no final do mês, a gente discute o que aconteceu.” (ACS5)

b) Atividade junto às escolas

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto Presidencial Nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, tem o perfil de uma política intersetorial entre o MS e o Ministério da Educação (MEC), na intenção de promover uma atenção integral que inclui a promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas EqSF e a de educação de forma integrada.

Alguns dos entrevistados relatam ir (ou pelo menos tem o desejo de fazer isso) às escolas que se localizam no território de sua responsabilidade para realizar atividades de educação e promoção da saúde em conjunto com as famílias.

“Pensei em talvez começar me unindo com as escolas aqui, montando oficinas com palestras dos mais variados temas e pedir que a família também participasse.” (E2).

“[...] ir nas escolas incentivar os filhos.” (TE2).

c) Abordagem a partir do afeto

A afetividade é essencial no momento de conhecer as mais diversas dinâmicas familiares, pois para que a família dê o retorno, ela precisa primeiramente se sentir segura com a equipe dentro de sua casa. Para que isso aconteça, os profissionais tendem a desenvolver relações de afeto com os membros familiares. É necessário um preparo psicológico para enfrentar as mais variadas situações; ter equilíbrio com as diferenças; se preocupar em satisfazer as famílias; transmitir segurança e confiança através da amizade. Todo esse processo pode gerar uma conquista e cativação das famílias (BRASIL, 2001).

Alguns entrevistados relataram que o processo de desenvolvimento da afetividade durante a abordagem familiar é necessário para alcançar o sucesso de suas ações.

“Pra te falar a verdade o meu instrumento hoje é amizade. Eu tento ser amiga ao máximo pra poder fazer esse acompanhamento. Eu tenho liberdade pra chegar, poder conversar com a pessoa, pra abordar certos assuntos, porque eu só conseguiria abordar se eu tivesse uma relação mais íntima com esse paciente, então eu utilizo a amizade pra conseguir trazer esse paciente pra fazer acompanhamento [...] o que a gente pode fazer a gente faz, é tentar cativar essa família, conquistar essa família pra que ela crie o hábito da prevenção e não de curativos.” (E1).

“Primeira coisa: você tem que se preparar muito bem psicologicamente porque como a gente já falou cada família tem um hábito, um costume diferente, eles são educados de formas diferentes, então o agente de saúde tem que ter muito equilíbrio, muito controle sobre a abordagem da família de forma que você deixe a família satisfeita [...] a gente tem que passar muita segurança pras famílias, a família tem que confiar na gente, entendeu? Porque se a família não confia em você ela pode estar com problema seríssimo de saúde e ela não vai te passar.” (ACS2).

Dentro da lógica da ESF, trabalhar na produção da afetividade é necessário para capturar as informações relevantes de cada grupo familiar. As falas dos entrevistados nos mostram que durante suas atividades a transmissão da confiança através da amizade é feita. Permitir escutar, de forma adequada e humanizada, cada indivíduo que compõem as famílias, inclusive solidarizando-se com o sofrimento é um momento de fragilização desses profissionais, possibilitando a construção de relações de confiança e apoio entre seus funcionários e usuários (SILVA & MASCARENHAS, 2004).

Entretanto, a afetividade somente, sem um instrumento de coleta de dados sistematizado, torna esta abordagem humana, mas nem sempre resolutiva para os problemas da família e da comunidade.

d) Atendimento ambulatorial coletivo

Diante das práticas realizadas pela ESF, o MS preconiza uma nova organização para realizar o trabalho em saúde visando um atendimento coletivo e abandonando, de certa forma, a prioridade do atendimento individual da pessoa doente (ROSA & LABATE, 2005).

O atendimento coletivo tem por objetivo modificar o modelo de assistência, diminuir a centralização dos atendimentos médico e aumentar a acessibilidade das famílias perante toda a EqSF. Um desafio é priorizar as consultas coletivas e não as individuais dentro da realidade das ESF. Essa mudança pode provocar resultados positivos no trabalho dos profissionais da atenção básica, em destaque no momento do acolhimento das famílias (MERHY et al., 2005) . No momento em que cheguei à ESF para realizar as entrevistas, pude presenciar todo um núcleo familiar sendo atendido em um mesmo momento por um integrante da EqSF.

“Aquele senhor que acabou de sair veio com a esposa e duas filhinhas. Quer dizer, atendi todo mundo, todo mundo conscientizado sobre higienização, todo mundo foi embora com as escovinhas, todo mundo tratando e eu vejo que esta tendo resultado, então to achando muito legal.” (O1)

Vale ressaltar pontos importantes em relação ao atendimento coletivo nas ESF, como por exemplo, o trabalho de coletividade não é considerado uma triagem, pois vai além de uma classificação de risco; não é a sala de espera, pois o atendimento vai além de aspectos

relativos à educação em saúde. Portanto, o atendimento coletivo pode ser considerado uma estratégia onde há um atendimento em grupo, circulando informações e concretizando ações, na intenção de integrar os profissionais e os membros que compõem uma família (CAVALCANTE FILHO et al, 2009).

e) Prontuário familiar

O prontuário da família é considerado uma ferramenta de caráter decisivo para a melhoria da qualidade assistencial na ESF. Com a sua utilização é capaz de unir informações de toda a estrutura familiar em um único documento precisando seguir, apenas os critérios pré-estabelecidos para a sua confecção. O prontuário da família, quando usado de forma sistematizada, é capaz de promover a continuidade do cuidado das famílias pelas EqSF (MASSAD et al., 2003).

As falas abaixo relatam que dados e informações foram colhidos para a confecção dos prontuários das famílias, mas sua utilização cotidiana não é uma realidade.

“Inclusive os prontuários das minhas famílias eu fiz, eu tenho todos os prontuários das famílias prontos e seria o ideal, porque você trabalhar com o prontuário da família seria muito mais fácil que trabalhar com o prontuário individual. É muito mais fácil trabalhar” (E1)

“Desde quando o PSF existe que nós fizemos todas as fichas de todas as famílias pra que tivessem esse prontuário da família, não sei se era só um envelope que você coloca [...] eu, como agente de saúde, sei que fiz a ficha de acompanhamento de todos os moradores da minha área [...] foi um material que marcamos cada família.” (ACS3)

O uso do prontuário da família pelas EqSF serve como um instrumento de abordagem familiar, além de proporcionar um melhor relacionamento com a população. Simboliza uma boa articulação das USF com seus usuários e maior valorização e reconhecimento desses profissionais. Neste sentido, a não utilização deste vai prevalecer até que as tecnologias de suporte sejam disponibilizadas pela gestão municipal na intenção de manipular tal instrumento (NEGREIROS & NETO, 2005).

f) Visita domiciliar

A VD pode ser definida como uma tecnologia leve e de troca de informações entre pessoas, no que tange o cuidado à saúde das famílias. É uma ferramenta de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde na intenção de inserir e conhecer a realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (SAKATA et al, 2007).

Muito mais que um instrumento de AF, a VD é considerada uma tecnologia dos profissionais que atuam na saúde coletiva. Ela potencializa a operacionalização da ESF e propicia a elaboração de intervenções no processo saúde-doença da família (EGRY & FONSECA, 2000).

Os entrevistados relataram em suas falas a importância de realizar a VD, pois ela propicia uma aproximação com as famílias e o real entendimento daquela dinâmica familiar.

“Aí eu abordo essa família de que forma (na visita domiciliar)? Pergunto se alguém adoeceu naquele mês, como estão passando, se estão tossindo mais de quatro semanas, se tem pressão alta, se há diabéticos e se está controlada a diabetes, qual o remédio de pressão que aquele paciente toma... eu acho, a importância disso é que é prevenção de doenças não é?” (AC1)

“Eu acho que isso é a estratégia (a VD) [...], você trabalhar com a atenção primária em saúde. Você está tentando minimizar os fatores externos, não deixando que isso se torne uma doença futura.” (M1)

“A gente faz VD também [...] ir até a família é mais fácil do que ela vir até a gente.” (ACD1)

“[...] ir na casa da pessoa fazer uma VD.” (TE2)

“Eu acho assim, no primeiro momento (visita domiciliar) é a conversa, você explica seu trabalho e realiza os procedimentos.” (ACS4)

De acordo com as falas acima, a VD precisa ser bem-sucedida e o ideal que ela alcance o seu objetivo. O planejamento para realizá-la é necessário para que os profissionais da equipe aproveitem melhor o tempo das famílias que vão visitar. Entender a finalidade de fazer VD pelos profissionais e pela própria família visitada é de suma importância para que se entenda o verdadeiro significado dessa atividade (LIMA et al, 2010).

Pelo motivo da VD ser considerada uma ferramenta que já existe há um bom tempo dentro das atividades de saúde pública brasileira, atualmente ela possui inúmeras finalidades e se tornou bastante complexa após o surgimento da ESF, priorizando todo o contexto familiar e não o doente de forma individual (REINALDO & ROCHA, 2002).

Além disso, torna-se necessário que toda a equipe profissional respeite as diferenças entre os núcleos familiares. Deve-se adotar uma postura de escuta, tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores de cada um.

A VD foi o instrumento de maior conhecimento e utilização pelos entrevistados, e por isso requer um detalhamento com maior profundidade a seguir.

5.1.3.4 Visita domiciliar enquanto processo de trabalho

a) Papel da visita domiciliar

O papel da VD é evidenciado pela monitorização das situações de saúde das famílias. Está voltado para a melhoria dos indicadores básicos de saúde por meio dos cuidados prestados em domicílio, seguindo os programas criados pelo MS em uma área delimitada, com um número definido de famílias para prestar assistência seguindo as diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade (TEIXEIRA, 2009).

Os profissionais entrevistados consideram a VD uma ferramenta essencial do seu processo de trabalho. Sua realização de forma sistematizada subsidiará um componente facilitador no momento de identificar as principais necessidades e desenvolver uma atenção no domicílio, com oportunidade de ver de perto a situação de moradia e entender claramente como a dinâmica do grupo se estabelece (PIETROLUONGO & RESENDE, 2007).

A fala abaixo comprova a grande importância de realizar a VD.

“[...] porque é um meio de você estar buscando na família o problema deles e estar trazendo pra cá, pra poder ajudar.” (AC1)

Com a identificação de problemas até então desconhecidos pelo profissional da EqSF, este torna-se capaz de desenvolver ações protetoras de saúde, informar aos outros profissionais da equipe e, quando necessário, realizar encaminhamento de tais problemas para o atendimento programado na ESF ou ambulatórios de especialidades.

As falas abaixo deixam claro qual é o papel da visita domiciliar:

“A visita domiciliar é muito importante porque a gente consegue encontrar muita coisa na visita, muita coisa que o paciente não fala pra gente quando vem aqui no consultório[...] é muito mais satisfatório pra mim fazer a visita domiciliar do que ficar presa dentro de um consultório atendendo um atrás do outro, atrás do outro, atrás do outro [...]. Eu prefiro fazer o atendimento na casa da pessoa, trabalhar com prevenção, saber o cuidado lá na casa, saber o acompanhamento na casa, fazer todo esse trabalho na comunidade, nas casas das pessoas, do que simplesmente sentada na cadeira atrás de uma mesa e atender o paciente aqui. Então a visita domiciliar pra mim é muito mais importante que a Unidade, é muito mais importante que a Unidade em si.” (E1)

“Você vai conhecer a família, você vai conhecer seu paciente e da próxima vez que o paciente vier até você, você já sabe o que está acontecendo, o que aconteceu e o que você pode estar fazendo pra melhorar sua ação.” (TE1)

“A própria realidade de você ir até o domicílio, entender como funciona e escrever no prontuário da pessoa. Eu acho que isso é uma ferramenta interessante para acompanhar as famílias e ter certo controle sobre elas.” (E2)

“E aí a gente chega à casa, pergunta se está tudo bem, a pessoa diz que não está sentindo nada, mas quando você vai verificar a pressão acontece, às vezes, da gente encaminhar duas pessoas pro PSF em um mesmo dia.” (ACS3)

As falas acima revelam que ao realizar a VD os profissionais conseguem unir a observação da realidade ali presenciada, a entrevista obtida pelo diálogo e o relato oral – que é o momento em que as pessoas desabafam, como dão sentido às suas expectativas de vida. Munidos com essas tecnologias leves, a EqSF favorece o descobrimento das verdadeiras necessidades dos núcleos familiares e possibilitam um melhor funcionamento da ESF em relação à alta demanda, evidenciada diariamente nas mais diversas regiões do Brasil (AMARO, 2003).

Por outro lado, os profissionais de saúde ainda trazem o ranço, algumas vezes, do pensamento higienista, percebendo seu papel como o de polícia, no sentido de *controlar* a vida daquele núcleo familiar.

b) Visão centrada na doença

Após dezoito anos do surgimento da ESF ainda é comum observar a valorização de aspectos biológicos relativos às doenças e centrada nas práticas médicas. Essa visão é caracterizada por uma racionalidade linear e mecanicista por focar o agravo das pessoas assistidas junto ao ato de medicalizar as mesmas. O ato do profissional da SF em estreitar seus olhos para a parte biológica do processo é fruto de um longo caminho histórico que se inicia junto às dicotomias que abarcam toda uma rede de assistência à saúde da população e priorizam o lucro comercial, deixando, então, a saúde das pessoas em segundo plano (FERRI et al, 2007).

Grande é a expansão no campo das intervenções na ABS e preocupante é se tal visão se torne algo único e prioritário. A resolução de problemas e comportamentos humanos, na maioria das vezes, foge muito de serem encontradas com o ato de medicar (idem, p. 517).

Em relação à formação dos profissionais de saúde, o perfil voltado ao biológico dos indivíduos, seguido de tratamento e reabilitação é um reflexo da matriz curricular dos cursos da área da saúde. Isso implica na formação de profissionais despreparados em criar espaços públicos de negociação, de desenvolver o trabalho em equipe e de respeitar a integridade de todos (FERNANDES et al, 2010).

Atualmente, o MS juntamente com as políticas de RH vem lutando por mudanças na formação destes profissionais com a criação de um elo entre a universidade e o SUS. Essa junção irá possibilitar a modificação desses perfis, onde uma produção de conhecimento e de

prestação de serviços aos usuários da atenção básica em saúde vai identificar se há mudanças. Isso será feito por meio de investimentos educacionais direcionados aos profissionais da saúde no Brasil. (idem).

“Eu chego na casa da família, dou bom dia, pergunto se posso entrar, aí começo a perguntar se alguém adoeceu naquele mês [...] aí eu abordo essa família de que forma? Pergunto se alguém adoeceu naquele mês, como estão passando, se estão tossindo mais de quatro semanas, se tem pressão alta, se há diabéticos se está controlada a diabetes, qual o remédio de pressão que aquele paciente toma eu acho a importância disso é que a prevenção de doenças não é?” (ACS1)

*“Pra você entender a família você precisa saber desde como que está a relação dela **até o ponto final que o médico visa que é a doença** [...] você pode ver diretamente como é a relação, como é a casa da pessoa, como está a moradia, saber se está ventilando, se está tendo muita infecção respiratória, escabiose, promovendo a higiene pessoal daquela pessoa.” (M1)*

*“Na verdade eu focava mais a ferida da pessoa, né. Perguntava quem fazia o curativo dele, porque eu encontrava um curativo muito sujo [...] **a gente trabalha mais aqui com o problema.**” (AE1)*

“[...] então naquele núcleo você vai tentar observar se tem algum tipo de alteração [...] e as doenças mais comuns como DM e HAS, eu acho que é o básico.” (O2)

“E às vezes numa família ninguém tem problema de hipertensão, mas mesmo assim eu já trabalho nisso.” (ACS2)

“Tenho sua pressão todo mês, suas consultas, seus medicamentos.” (ACS3)

“Se tiver uma criança que está febril você vai verificar e encaminhar [...] casos de diarreia a gente explica como prepara o soro [...]; cada pessoa da família que adoeceu naquele mês, eu anoto.” (ACS4)

“Tudo eu anoto, se não eu não vou lembrar, se teve febre, diarreia, ganhou peso, tudo eu anoto.” (ACS5)

Diante das falas acima, é perceptível que a grande preocupação dos profissionais entrevistados no momento de realização da VD é saber se algum membro da família adoeceu naquele mês. Questões vinculadas a problemas sociais, econômicos, violência e de estrutura ambiental foram muito pouco citados como de relevância para o profissional.

Neste momento é importante lembrar que o trabalho com a família é a grande dimensão da ABS, pois já é comprovado que a integração da família com o doente é de grande eficácia para a sua reabilitação. A dificuldade em inserir a família no processo saúde-doença do indivíduo continua sendo um desafio para a ESF, pois como foi relatado, o cuidado é ainda alicerçado no paradigma biológico onde o foco do atendimento é individual, baseado nos

sinais e sintomas em que a inserção de atividades está incluída dentro das estratégias programáticas pactuadas pelo MS (MORENO, 2008).

c) Modo de realizar a visita domiciliar

Para que a visita domiciliar se torne a principal ferramenta de abordagem familiar em uma ESF, a sistematização da mesma é essencial para alcançar resultados positivos das ações em saúde. O ato de visitar as famílias em domicílio necessita de uma espécie de diário de campo e que pode ser ajustado de acordo com as particularidades de cada grupo familiar (AMARO, 2003). Este diário tem um esboço a ser seguido que já existe há um bom tempo, como descrito no (ANEXO 2) (QUEIROZ & EGRY, 1983).

As falas abaixo trazem que, quando os profissionais realizam as visitas, sempre levam algum instrumento para descrever as informações alcançadas durante a ação. Porém, não necessariamente, seguem as etapas do diário de campo.

“Tem uma folha que a gente trabalhava muito, tinha um roteiro que vinha com o questionário de perguntas de como o agente chega na casa pra estar abordando a família.” (AC1)

“Eu vou pra visita o paciente tem um prontuário, então todas as vezes que eu vou pra uma visita domiciliar eu anoto. Tudo é anotado, tudo, tudo.” (E1)

De acordo com as falas acima, os principais itens abordados durante uma visita domiciliar são baseados no objetivo do processo de trabalho atual do profissional, ou seja, a busca de informações voltadas às ações que são de competência de cada integrante da equipe.

Contudo, existem itens básicos como o número de membros que vivem no mesmo espaço físico, histórico pessoal, histórico familiar, história da doença atual, avaliação de situação de alguma enfermidade, aspectos trabalhista, sociais, estilo de vida ou relacionamentos interpessoais que devem ser seguidos por todos. Quando todos ficam cientes da realidade de cada família torna-se muito mais fácil o trabalho em equipe. As informações colhidas pelos profissionais no momento da visita domiciliar servirão para obter um sentido de continuidade e historicidade das famílias, além de subsidiar a elaboração de outros instrumentos para realizar a abordagem familiar. (ALBUQUERQUE & BOSI, 2009).

d) Olhar ampliado

Durante a realização da VD, os profissionais precisam ir além de suas capacidades, ou seja, necessitam de munir-se com todo o conhecimento técnico e mesclá-lo com a afetividade, no sentido de obter uma visão ampliada da situação que encontram as famílias assistidas no

seu dia a dia. Em algumas situações identificadas durante a VD, a visão ampliada será capaz também de acionar, quando possível, o trabalho intersetorial, em casos que fogem um pouco da área da saúde. Embora as falas mostrem o domínio das ações direcionadas à doença, observamos mesmo assim que os profissionais de saúde acreditam ser necessária ter um olhar ampliado durante o processo de trabalho na VD. Através do discurso, subentende-se que a assistência social precisa estar presente no cotidiano das EqSF na intenção de fornecer apoio as mesmas e às famílias com problemas sociais. Este trabalho multiprofissional possibilita dividir com a equipe o tempo e a responsabilidade de cuidar, apoiar as dificuldades e oferecer suporte às famílias necessitadas (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Quando se fala em olhar ampliado, supõe-se que os profissionais que atuam na SF não realizam VD somente com uma visão voltada aos agravos. Portanto, neste momento é imprescindível contrapor os dois tipos de visões (MENDES & OLIVEIRA, 2007). Durante a VD seria interessante manter a visão biomédica ou trocá-la por uma visão ampliada?

A resposta é simples, porém na prática muito ainda precisa ser caminhado. Os autores acima relatam que romper com o paradigma biomédico requer uma vigilância voltada para modificar aos poucos a visão dos profissionais e que a riqueza desta atividade só poderá ser conquistada se os mesmos conseguirem enxergar toda a rede em que o indivíduo está inserido e não somente olhar o mesmo de forma separada do restante de seu contexto familiar e social (p. 255).

As falas abaixo trazem a tona essa discussão.

“Através da visita domiciliar a gente conseguiu identificar o problema social onde foi passado pra assistente social pra estar corrigindo isso daí, e Graças a Deus hoje eles tem lugar pra morar, pra trabalhar tudo direitinho. O filho teve tratamento [...], mas o problema social a gente conseguiu estar resolvendo [...]; necessidades que foram identificadas através de uma visita domiciliar [...] que a assistente social também não tinha conhecimento [...] A gente não consegue só resolver problema de saúde, a gente acaba auxiliando os outros programas.” (E1)

“Pode com certeza, porque é o todo. Eu olho do pequenininho ao idoso” (ACS1)

“[...] 30 a 40 fichas que atendo por dia são problemas emocionais [...] Identificar e trabalhar essa parte emocional é muito importante.” (M1)

Além da compreensão das situações socioeconômicas e de moradia que vão refletir no processo de saúde-doença dos núcleos familiares, a parte emocional dos indivíduos também deve ser abordada na intenção de identificar agravos e encaminhar ao apoio psicossocial. O interessante seria que cada EqSF se empenhasse em minimizar os problemas identificados por meio de um trabalho, junto à rede de apoio disponível na maioria dos municípios, com a

intenção de continuar o processo de identificação de agravos, principalmente, durante a VD (FEUERWERKER, 2003).

5.1.3.5 Apoio ao indivíduo ou apoio ao núcleo familiar?

a) Características da atenção

Cavalcante & Vasconcelos (2009) afirmam que a universalidade pode ser alcançada através de uma escuta de qualidade de todas as pessoas que chegam à ESF. Dão ênfase ao atendimento coletivo, mas também ressaltam a necessidade de realizar algumas consultas individuais durante e após tal acolhimento. Explicam que às vezes alguns indivíduos estão com problemas que não querem partilhar com sua família e por respeito à pessoa, preferenciam o atendimento individual. Relatam ainda que, durante o processo de trabalho entre os dois tipos de atendimento, pode gerar uma perspectiva em resolver grande parte dos problemas identificados, propiciando a criação de vínculo com os usuários.

Alguns dos entrevistados relataram essa necessidade de trabalhar como coletivo e às vezes com o indivíduo.

“Tem pontos que é melhor você atender o indivíduo do que você atender a família toda, porque tem família que tem certa doença, então você vai tratar toda a família, tem família que só tem uma pessoa que tem uma doença, então você trata somente aquela pessoa, você vem e foca somente naquela pessoa.” (TE1)

“Às vezes você pega uma casa que tem um acamado, a nossa visita é muito mais importante pra família do que pro acamado.” (ACS3)

“Na verdade você tem que trazer toda a família.” (E1)

No entanto, por mais que a ESF preconize a abordagem dos núcleos familiares, a atenção à saúde é feita de forma individual na maior parte das vezes, e segmentada de acordo com o ciclo de vida ou patologia que o indivíduo apresente resquícios da lógica de formação que a grande maioria dos profissionais ainda tem até hoje do modelo programático vigente no MS (TAVARES et al, 2009).

“No meu caso aqui é mais a questão do Hipertensão que é o cartãozinho do hipertenso, que além de orientar eu acompanho o hipertenso, se ele está tomando regularmente a medicação, se a pressão dele está subindo, se estiver subindo o remédio não está fazendo efeito aí eu encaminho pro médico pra ele poder trocar o remédio. Tem uma parte para o controle do diabético, quem tem diabetes [...] Aqui eu faço curativos domiciliar, com pessoas acamadas que não tem como sair, de estar indo ao posto aí eu vou e faço os curativos, vou com o enfermeiro, o enfermeiro olha pra ver como está.” (TE1)

“Quando me pedem um preventivo eu anoto, quando me pedem uma consulta anoto. Aí vou lá na Unidade ou ligo marcando a consulta, venho aqui em cima e marco a consulta, entendeu? Trabalho com agenda.” (ACS2)

“São mais com os alunos, professores, diretores, coordenadores... A gente dá sempre escova para as crianças, toda vez que a gente vai a gente leva, vou sempre três vezes ao ano, no início do ano, no meio e no final eu sempre levo escova, pasta, flúor e lá a gente orienta, da uma "aulinha" falando sobre a higienização bucal e depois a gente leva as crianças pra escovar, aplicar o flúor” (O1)

“Eu trabalho com ficha da criança, pesagem, altura, ficha da gestante, hipertenso, diabético, tuberculose e hanseníase.” (ACS3)

Em relação às falas acima fica perceptível que a anotação individual ainda é priorizada nas ações da ESF. Quando questionados sobre a técnica de registro do atendimento das famílias ou do indivíduo, mesmo que a EqSF possua um prontuário familiar, a forma de anotação das ações é um procedimento feito, ainda, de forma individualizada (ROCHA, 2002).

Este contexto se contrapõe ao resultado do trabalho, pois observa-se que os atendimentos das EqSF de Água Branca são basicamente individuais. Por isso, a produção de cuidado no âmbito da ESF, ainda necessita de um perfil de profissionais que seja sensível ao aprofundamento teórico para aplicação ou utilização de ferramentas interativas, assim como o processo de promover significância do trabalho com as famílias (MATUMOTO et al, 2011).

5.1.3.6 Dificuldades na abordagem familiar

a) encontrar o paciente/família no domicílio

A literatura destaca que o fato de acontecer o desencontro dos profissionais de saúde com as famílias no momento da VD pode estar ligado aos horários restritos da visita, falha no planejamento do pessoal responsável em supervisionar a prática de visita e a não identificação dos horários preferenciais e compatíveis com todos os atores da ação. Uma realidade muito comum, inclusive no cenário onde desenvolvi o estudo, é a existência do atrito de horário entre a EqSF e os familiares, pois o horário das visitas geralmente é o horário comercial das famílias (GONZALES et al.; 2008).

A fala abaixo relata tal desencontro como uma grande dificuldade no processo de trabalho.

“Acho que não tem muita dificuldade, eu acho que às vezes essa forma de abordagem é não encontrar a pessoa, acho que é isso que dificulta porque aí eu não sei como é que ta.” (ACSI)

b) Falta de vínculo com as famílias

Uma das diretrizes fundamentais da ABS é adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e os núcleos familiares adscritos garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Este vínculo tem o objetivo de construir relações afetivas e de confiança entre as famílias e a EqSF, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011).

A falta de vínculo entre a comunidade e os profissionais que atuam na ESF potencializa a perda de referências e o aumento dos riscos de iatrogenia relacionada ao desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011).

Alguns entrevistados relataram que a falta de vínculo existe devido às famílias não aceitarem os profissionais dentro de suas casas.

“Tem muito paciente que não aceita a sua visita; eu já fiz visita domiciliar pra tentar trazer paciente pra unidade, pra tentar fazer acompanhamento que já melhoraram rapidamente na porta da casa.” (E1)

“Porque aqui mesmo a gente não aborda tudo porque é provisório [...]. A dificuldade é a família mesmo, o conceito delas em vir no ESF ver que aquilo ali é pra família, eles entendem que aqui é só pra vir consultar, olhar se está bem, eles acham que é tipo uma obrigação, eles não entendem que é um acompanhamento que vai ser bom pra eles, por mais que você explique eles acham que tem que vir aqui e olham o peso, olha como está a medicação.” (TE1)

Pode-se perceber que a principal habilidade que a EqSF deve desenvolver ao longo de suas atividades diárias é a comunicação eficiente e resolutiva com as famílias que resultará na confiança que a equipe receberá. Ela é conquistada através de uma maneira adequada de se aproximar dos núcleos familiares, facilitando a criação de vínculo e o desenvolvimento de ações integrais em saúde (PIETROLUONGO & RESENDE, 2007).

A criação de vínculo se torna mais fácil ainda quando tomamos alguns cuidados em relação ao ato de combinar o que será feito de ações com as famílias, o melhor horário a todos e no ato da VD, munirmo-nos com sensibilidade e capacidade de ouvir e compreender os principais problemas naquele momento.

c) Número excessivo de famílias

O MS redefine sua Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria GM/MS N° 2.488 de 21 de Outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS. A portaria preconiza que as equipes mínimas de saúde da família sejam compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e no máximo doze ACS onde cada agente deve ser responsável por 750 pessoas e ter cobertura de 100% do seu território.

Neste sentido, as EqSF devem ser responsáveis por no máximo quatro mil habitantes, respeitando os critérios de equidade para esta definição, que determinou que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias por território, menor deverá ser a quantidade de pessoas cobertas por equipe (BRASIL, 2011).

Durante as entrevistas, observamos que os ACS tem um número elevado de famílias para visitar em um mês.

“Tem famílias que to mais frequente, mas mesmo assim eu tenho aproximadamente quase duzentas famílias, então com vinte e poucos dias pra trabalhar, não tenho muito tempo pra ficar na casa de cada um, entendeu?” (ACS2)

Isso evidencia dificuldades encontradas pelos ACS em cobrir todas as famílias em seu período de trabalho o que não permite realizar todas as visitas necessárias, prejudicando as ações propostas pela legislação que respalda o funcionamento da ESF (BRASIL, 2006).

d) Déficit no apoio institucional

Quando questionados sobre motivos que pudessem dificultar o trabalho com as famílias e o uso de instrumentos de AF, os entrevistados relataram que questões políticas são os maiores problemas.

A dificuldade encontrada em relação ao apoio da gestão na realização de ações em saúde pode ser explicada pela falta de sinergismo entre as políticas de saúde com os serviços prestados à população. Essa ausência de parceria é capaz de gerar complicações aos profissionais da ponta e muito mais às famílias, refletindo no estado de saúde dos indivíduos (VIACAVA et al, 2004).

“Às vezes o lado político interfere muito nisso aí (no processo de trabalho).” (M1)

“[...] não adianta você ter profissionais capacitados, treinado, se o gestor não der o aval pra coisa acontecer [...], não depende só do profissional de ponta, depende mais do gestor que da gente.” (E1)

“Olha, primeiro lugar é política, isso atrapalha demais o nosso trabalho aqui na comunidade [...]. Não posso nem devo me expor demais em relação aos atritos políticos.” (E2)

Outro motivo identificado foi a dificuldade de relacionamento entre membros das equipes, seja por questões técnicas, seja por questões pessoais.

“Falta estruturas pessoais mesmo, as pessoas ao seu lado não te ajuda, a própria equipe não te ajuda.” (O2).

Por fim, outra grande dificuldade em dar continuidade às ações é a precariedade de contratação de profissionais, que gera insegurança e pouco estímulo aos projetos de médio e longo prazo.

“[...] mas nem sei se devo implantar isso aqui (oficina dos idosos) por causa desse processo seletivo que vai acontecer agora no final do ano.” (E2)

Se relembrar-nos das metas priorizadas por Alma-Ata em 1978 (WHO, 1978), fica fácil de entender que o estímulo financeiro e político são a base para desenvolver a saúde no Brasil. Os profissionais que atuam na ESF ficam a mercê de tais investimentos, pois necessitam da conscientização da gestão para realizar suas atividades com qualidade. Isso pode gerar uma deficiência nas ações e quem será mais prejudicado é a população (FACCHINI et al, 2008).

De acordo com a fala acima é possível perceber alguns aspectos que interferem nas condições de trabalho das EqSF. Tais aspectos são realidades de inúmeros municípios brasileiros e que, realmente, afetam o processo de trabalhos dos profissionais. A remuneração insuficiente que leva o trabalhador a procurar outro vínculo empregatício; a realidade de saúde local e a dúvida, todo ano, de ter ou não contrato renovado são os principais fatores prejudiciais no desenvolvimento de ações em saúde; há, ainda, a possibilidade de surgir imprevistos, como sugestões de vinculação trabalhista precária bem ao meio de um processo de trabalho.

e) Distância entre os domicílios

Segundo Oliveira & Marcon (2007), um fator que interfere na realização da VD é a distância entre a USF e os domicílios e que, na maioria das vezes, os profissionais necessitam de veículos que geralmente não estão disponíveis no momento. Neste sentido, as famílias só receberam visitas da EqSF quando o veículo estiver à disposição.

As falas abaixo relatam que por mais que os profissionais sintam a necessidade de realizar VD semanalmente, a ação não é executada pela questão de atuarem na zona rural e os

domicílios serem muito distantes um do outro, além de não ter veículo exclusivo para realizar o trabalho.

“A maior dificuldade que eu encontro aqui é a distância de uma área da outra” (M1)

“Por trabalhar em uma área rural, com microáreas muito distantes, então você não tem acesso ao núcleo familiar, falta meio de locomoção.” (O2)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse trabalho identificamos que, embora a ESF tenha como diretriz principal o cuidado da unidade familiar, muito dos profissionais que nela atuam no município deste estudo desconhecem mecanismos sistematizados e cientificamente validados de conseguir informações do núcleo familiar e, conseqüentemente, definir estratégias de intervenção em saúde.

Negar a relevância desses instrumentos é negar a própria capacidade de desenvolver atividades onde serão abordadas as famílias como um todo, oferecendo serviços de Promoção e Educação em Saúde para a população, incentivando sempre o autocuidado e não somente focalizando o tratamento e reabilitação dos indivíduos.

O uso do genograma ou do ecomapa não foi citado em nenhum momento pelos entrevistados. Por serem ferramentas mais específicas, tem por finalidade fornecer suporte na avaliação das ações e, quando produzidas e utilizadas sistematicamente, podem servir como formidáveis instrumentos de trabalho com as famílias.

De acordo com os resultados obtidos através da pesquisa bibliográfica e das falas dos entrevistados, a realização da VD é a ferramenta mais utilizada na AF pelos profissionais das EqSF, destacadamente os ACS. Algumas dificuldades identificadas em realizá-la a contento são: ausência de um roteiro pré-estabelecido; atividade realizada focada no indivíduo e pouco no núcleo familiar; ausência de técnica para a coleta de dados diminuindo a efetividade da mesma; a distância entre um domicílio e outro e a falta de meios de locomoção, o que impede que esses profissionais realizem a prática de forma integral.

Dada a dificuldade de deslocamento, os profissionais trabalham em identificar situações de risco entre as famílias, e a partir daí realizam a VD essencialmente para aqueles que são considerados grupos mais fragilizados. Geralmente essas prioridades são identificadas pelos ACS e passadas para o restante da equipe.

A construção de relações afetivas a partir da consolidação dos laços de amizade, confiança, segurança e carinho junto às famílias foi dita como ferramenta essencial durante o processo de trabalho com os as mesmas. Porém, a afetividade sozinha, desprovida de conhecimento técnico, não é capaz de suprir as principais necessidades da população.

O desejo de realizar a AF é patente no discurso dos profissionais de saúde, o que é visto através da criação de algumas estratégias não padronizadas de coleta de informações que servem para o acompanhamento das famílias sob sua responsabilidade como: caderno, agenda de uso pessoal e rascunhos. Porém, além dos profissionais não possuem um instrumento

mais específico para acompanhar as famílias, os dados registrados são de pouca qualidade. Eles anotam apenas acontecimentos relacionados ao indivíduo em particular e ficam restritos aos procedimentos realizados a domicílio ou na USF. Não podemos encontrar neles, por exemplo, um histórico familiar, por mais sucinto que seja.

O olhar centrado no indivíduo prejudica a compreensão das diferentes dinâmicas familiares, comprometendo as ações de saúde dando-lhe um caráter fragmentado e pouco resolutivo.

Desse modo, a utilização de um instrumento de AF precisa ser padronizada entre os profissionais que atuam na ESF e o incentivo da implantação dos mesmos deve estar a cargo da gestão municipal.

Da mesma forma, a produção de cuidado no âmbito da ESF em Águia Branca/ES, ainda necessita de um perfil de profissionais que seja sensível ao aprofundamento teórico para aplicação ou utilização de ferramentas interativas o trabalho com as famílias, no sentido de garantir ações voltadas ao suprimento de suas necessidades e de seus contextos sócio-econômicos.

Aos gestores municipais e aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, a sugestão que pode ser dada é que tomem a iniciativa de desenvolverem ações de Educação Permanente como parte do seu processo de trabalho em equipe para garantir qualidade na atenção à saúde das famílias e para garantir um plano terapêutico mais eficiente e mais eficaz para a comunidade como um todo. O apoio político à saúde local, na tentativa de executar ações que visem a melhoria das atividades diárias, é necessário para subsidiar a efetividade do trabalho com as famílias no âmbito da ESF.

A criação de um protocolo municipal sobre AF é de suma importância para nortear as ações das EqSF. Enfim, a gestão municipal de saúde tem o papel de organizar e executar as ações de atenção básica focando a sistematização do cuidado das famílias.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologie de la Maladie et de Médecine**. Paris: Nathan Université. 1994.
- ADDUM, F. M. *et al.* Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21 (3), p. 955-978, 2011.
- AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 23, p. 327-330, 2007. Disponível :<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001155345624718.pdf> Acesso: 26/04/2011.
- ÁGUIA BRANCA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Diagnóstico local do município de Águia Branca: Oficina plano diretor**. Águia Branca/ES: Secretaria Municipal de saúde de Águia Branca/ES. 2010.
- ALBUQUERQUE, A. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no município de fortaleza, ceara, Brasil. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 25, n. 5, p. 1103/1112, maio. 2009.
- ALEXANDRE, M. **Representação social: uma genealogia do conceito**. Ed: Comum, Rio de Janeiro, v. 10 (23), p. 122-138, jul./dez. 2004. AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE; 2003.
- ARIES, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 2011.
- ATHAYDE, E. S.; GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, PR, v.6 (2), p. 13-22, 2005.
- BAPTISTA, M. N. *et al.* Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.28 (2),p. 260-271, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BEZERRA, L. C. A. *et al.* A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25 (4), p. 827-839, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso: 6/05/2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. O manual do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. Disponível: www.saude.gov.br/dab/arquivos. Acesso: 3/5/2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 692/GM** de março de 1994. Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília, DF, 1994. Disponível: <http://www.mds.gov.br/portarias> Acesso: 4/5/2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf. Acesso: 15/10/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de educação permanente em saúde, Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso: 15/06/2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 198/GM** de 14 de fevereiro de 2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso: 22/08/2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 48/GM**, 28 de março de 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf Acesso: 22/08/2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. **Série pactos pela saúde.** Brasília, DF, n.1, 2006. Disponível: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf> Acesso: 12/03/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO. **Decreto nº 6.286**, 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/6286-\[2599-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/6286-[2599-120110-SES-MT].pdf). Acesso em: 22/10/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 4.279/GM**, 30 de dezembro de 2010. Disponível: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.htm>>. Acesso: 12 /05/ 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação da atenção primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Manual_PCATool_VF.pdf. Acesso em: 23/12/2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 4.279/GM**, 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.htm>>. Acesso em: 12 /07/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 1.654/GM**, 19 de julho de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 23/12/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA GM Nº 2.488/GM**, 21 de outubro de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso: 4/12/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PortariaGMnº 2.544/GM**, 27 de outubro de 2011. Brasília, DF 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt2544_27_10_2011.html. Acesso: 03/01/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 750/GM**, 10 de outubro de 2006. secretaria de atenção à saúde. República Federativa do Brasil. Brasília: MS. 2006. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/U_PT-SAS-750_101006.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto nº 7.508**, 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>. Acesso em: 22/11/2011

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Brasília, DF, 2011. disponível em: <http://mtv.uol.com.br/ultimas/maioria-dos-ministros-do-stf-aprova-uniao-gay-no-brasil>.

BURNS, C. M. Assessing staff nurses' styles of involvement with the families of their patients [tese]. Gainesville: University of Florida, 2002.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do programa vivência e estágios na realidade do sistema único de saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta paul. Enferm**, vol.21 (2), p. 256-261, 2008.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no programa saúde da família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (1), p. 1509-1520, 2010.

CARDOSO, L. S. *et al.* Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 19 (2), p. 396-402, 2011.

CARVALHO, I.M.M. de.; ALMEIDA, P.H. Família e Proteção Social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 17(2), p. 109-122, abr./jun. 2003.

CARVALHO, M. C. B. *et al.* **A família contemporânea em debate**. 6.ed.São Paulo: Cortez editora. 2005.

CAVALCANTE FILHO, J.B. et a Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu/SP, v.13 (31), p.315-28, out./dez. 2009.

CEARÁ. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Metodologia de melhoria da qualidade em APS – PROQUALIS**. 2. ed. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10 (4), p. 975-986, 2005.

COHEN, S. C.*etal.*Habitação saudável no programa saúde da família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 (3), p. 807-813, 2004.

COSTA, D. G. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62 (1), p. 113-118, jan./fev., 2008.

CUZINATO, M, (ORG.). Research on family resources and needs across the world. Milano: LED. 1996.

- DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba/PR. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18 (3), p. 515-524. 2009.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n.115, p. 139-154, 2002.
- EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf**, São Paulo, v. 34 (3), p. 233-9, set. 2000.
- FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11(3), p. 669-681, 2006.
- FACCHINI, L. A. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24 (1), p. 159-172, 2008.
- FALANTE, B. S. C.; BARREIRA, I. A. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. **Esc. Anna Nery: Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 2 (3), p. 73-85, Dez. 1998.
- FERNANDES, M. C. O. *et al.* Representação da participação do enfermeiro no processo educativo e nas relações humanas do trabalho. **RAS**, v. 12 (46), jan./mar. 2010.
- FERREIRA, R. C. *et al.* Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Marília/SP, v. 1 (31), p. 52-59, 2007.
- FERRI, S.M.N. *et al.* Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11 (23), p.515-29, set/dez. 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, v. 3 (1), p. 24-27, jan./dez. 2003.
- FLEURY, M. G. Há uma criança dentro da professora. In: OLIVEIRA, Z. M. R. (Org.) **Educação infantil: muitos olhares**. São Paulo: Cortez, 1994.
- FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V. R.; JONES, E. **Family nursing: research, theory and practice**. 5 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice House. 2003.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária. 1994.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, 15(4), p. 645-53, Out./-Dez. 2006.
- GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21 (2), p. 490-498, 2005.

- GOLDEMBERG, R.; OTUTUMI, C. Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da Percepção Musical nos cursos de graduação em música do Brasil. *Anais do SIMCAM4 – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais* — maio 2008.
- GOLSTEIN, L. L. Stress e Coping na vida adulta e na velhice. **In:** NERI, A. L. (org.). **Psicologia do Desenvolvimento**, Campinas: Papyrus, 1995. p. 145-158.
- GOMES, H. S. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 4 (1), p. 34-9, jan./jun. 1994.
- GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9 (1), p. 147-154. 2004.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**., v.10(2), p. 357-363. 2005.
- GONZALES, R. I. C. et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **RevEscEnferm.**, São Paulo, v. 42 (4), p. 628-634, 2008.
- GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. Sus: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Rev. Estudos Avançados**, nº 13 (35), p. 139-146, 1999.
- HODKIN, B.; VACHERESSE, A.; BUFFETS, S. **Concept of family: methodological issues in assessing perceived family membership**. Milano: LED, p. 45-54. 1996.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10 (15), p. 124-136, jun. 2004.
- LARA, E. M. *et al.* Os profissionais das áreas especializadas de saúde e suas representações sociais em relação à saúde da família. **Ciênc. Cuid Saúde**, Maringá/PN, v. 8(4), p. 630-636, Out./Dez. 2009.
- LASMAR, M. M. O. **Publicidade na internet: promoção da saúde: percepção e prática de profissionais da estratégia saúde da família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde na comunidade) – Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde.../Total_Final.pdf. Acesso em: 22/11/2011.
- LIMA, A. N. de. et al. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19 (4), p. 889-897, 2010.
- LOPES, W. O. *et al.* Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 7 (2), p. 241-247. 2008.
- MACHADO, H.B. et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. **Fam. Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, PR, v.7(2), p. 149-157, maio/ago. 2005.
- MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto contexto – enferm**, Santa Catarina, v.17 (1), p. 131-140, 2008.
- MASSAD, E. et al. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003, p. 214.

- MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v.45 (3), p. 603-610, 2011.
- McGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar In: CARTER, B.;
- McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar:**uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 1995.
- McWHINNEY, I. R. **Manual de medicina familiar.** Lisboa: Inforsalus, 1994.
- MELLO, D. de F. et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v.15 (1), p. 78-91, 2005.
- MENDES, O. A.; OLIVEIRA, A. F. Visitas domiciliares pelas equipes saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Revis. bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 2 (8), jan./mar. 2007.
- MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 (4), p. 787-796, 2011.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, Rio de Janeiro, v.27 (65), Set./Dez. 2003.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** Campinas/SP, v. 9 (16), p. 172-174, 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2006. p. 182-199.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 (1), p. 965-972, 2011.
- MORENO, V. Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família. **Rev. RENE.**, Fortaleza/CE, v. 9 (1), p. 9-18, jan./mar.2008.
- MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Os dizeres da boca em curitiba:boca maldita, boqueirão, bocassaudáveis, Rio de Janeiro: CEBES, p. 155-60. 2002.
- NASCIMENTO, C. L.; ROCHA, M. M. S.; HYES, E. V. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudos de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 2, p. 280-6, abr/jun. 2005.
- NEGREIROS, M. M.; TAVARES-NETO, J. T. Proposta de prontuário para as equipes de saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora/MG, v.8 (2), p. 123-142, jul./dez. 2005.
- NERY, C. B. Atenção de enfermagem à mãe e à criança. Atenção integral à saúde da criança: um enfoque epidemiológico. Porto Alegre: **RM&L Gráfica**, p. 29-35. 1998.
- NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano et al. Pólos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface (Botucatu)**v. 13, n. 30, P. 209-219. 2009.

NOGUEIRA, R. P. et al. Mercado de trabalho e emprego em saúde: limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. **In:** BARROS, A. F. (org) et al. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília, DF, v. 2, p. 81-104, 2004.

OLIVEIRA, E. *et al.* Ferramenta de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em saúde da família: ciclo de vida das famílias. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, PR, v. 57 (1,2), p. 22-7, jun./ dez., 1999.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. esc. Enfermagem**, São Paulo, v. 41 (1), p. 65-72, 2007.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviços para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista Esc. de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-84. 2007.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.35 (3), p. 303-311, 2001.

PEREIRA, A. T. S. *et al.* O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (1), 2008.

PEREIRA, A. P. S.; TEIXEIRA, G. M.; BRESSAN, C. A. B.; MARTINI, J. G. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.62 (3), p. 407-416. 2009.

PETRINI JC. **Pós-modernidade e família**. 1ed. Bauru: Edusc, 2003.

PETZOLD, M. **The psychological definition of the family**. Milano: LED, p. 25-44, 1996.

PIETROLUONGO, A. P. C. da; RESENDE, T. I. M. de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicol. cienc. prof.**, v.27 (1), p. 22-31, 2007.

PINTO, I. C. M. de; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública.**, v.27 (9), p. 1777-1788, 2011.

PIRES, Z. R. S.; SILVA, M. J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3 (2), Jul./Dez. 2001.

PIRES-ALVES, F. et al. Trabalho e educação em saúde na agenda do sus, p. 311-337. **In:** Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história (Org.): PONTES, C. F.; PALLEIROS, I. **Fiocruz**, Agosto, 2010.

QUEIROZ, V.M.; EGRY, E. Y. Modelo de plano de visita domiciliária. **RevEscEnferm**, São Paulo, v. 17 (3), p. 205-11, 1983;

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4 (2), p. 36 – 41, 2002.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12 (4), p. 658-664, 2004.

ROCHA, S. M. M. *et al.* Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 10 (5), p. 709-714, 2002.

RODRIGUES, A. *et al.* Uso de distintos métodos de abordagem de famílias: un relato de la experiencia. **Enfermería Integral**, Espanha, septiembre. 2006.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o programa saúde da família. **RevBras Enfermagem**, São Paulo, v. 56 (3), p. 230-235, maio/junho, 2003.

SAKATA, K. N. *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **RevBrasEnferm**, São Paulo, v. 6, p. 659-64, 2007.

SCHRANK, G.; G, OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção de família. **Rev.Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42 (1), p. 127-34. 2008.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4(2), p. 221-242, 1999.

SILVA, J. A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. **In:** Pinheiro R, Mattos RA, (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, p. 241-57, 2004.

SILVEIRA FILHO, A. D. **Publicidade na internet:** o uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.csr.ufmg.br/csr/publicacoes/dissertacoes/capa.pdf>. Acesso em: 21/04/2011.

SILVEIRA FILHO, A. D. O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. **In:** ARCHANJO, D. R. *et al.* **Saúde da Família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, p. 101-23. 2007.

SOUZA, E. C. 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 (1) p. 100-110, 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: *Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura*. 2002.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. **In:** CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A Família contemporânea em debate**. 2. ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2005.

TAVARES, M. F. L. *etal.* Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25 (5), p. 1054-1062, 2009.

TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas/RS, v. 15(1), p. 165-178, jan.-jun./2009.

- TEMPORINI, E. R. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq. Bras. Oftal.**, v.54, p. 279-281, 1991.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu/SP, v.10 (20), p. 347-362, 2006.
- VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (2), p. 443-453, 2007.
- VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9(3) p. 711-724, 2004.
- VÍCTORA, C.G. *etal.* **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre/RS: TOMO Editorial, v.1, 2000.
- WAGNER, L. H. *etal.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento – genograma – uso em saúde da família. **Revista SEMG**, São Paulo, v. 62 (12), p. 169-175. 2004.
- WALTERS, I. P.R.A.C.T.I.C.E.: Ferramenta de acesso à família. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba, PR: SMS, p. 46-7. 1996.
- WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, RS, v.21 (2), p. 302-310. 2008.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978, Genebra, 1978.
- WILSON, L.; BADER, E. Ciclo de vida da família. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, p. 38-9. 1996.
- WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11 (1), p. 145-154, 2006.
- WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M. **Beliefs: the heart of healing in family and illness**. New York: Basic Books. 1996.
- WRIGHT, L. M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 1.ed. São Paulo: Roca. 2002.
- XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na estratégia saúde da família. **Rev. bras. Enferm.**, v.61 (1), p. 36-45, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO - ENTREVISTA

DATA ___/___/___

Categoria Profissional:

1. O que é Abordagem Familiar para você?

2. O que você acha de trabalhar com família e não com indivíduo?

3. Quais instrumentos de Abordagem Familiar você conhece?

4. Como você utiliza, em seu dia-a-dia, instrumentos de Abordagem Familiar?

5. Qual a importância desses instrumentos?

6. Quais as dificuldades você vê na utilização de instrumentos de Abordagem Familiar?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **ABORDAGEM FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE SEUS INSTRUMENTOS EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE CAPIXABA.**

Prezado (a) Senhor (a)

Estou realizando uma pesquisa que irá subsidiar minha Dissertação com a finalidade de concluir o curso de mestrado em Saúde da Família, sob a orientação da Professora e Doutora Luciana Borges. O objetivo dele é Analisar as estratégias de Abordagem Familiar realizadas pelas Equipes de Saúde da Família do município de Águia Branca/ES.

Para isto, gostaria de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para participar de uma entrevista e responder a um questionário.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Esclareço que você terá o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Informo ainda que a sua participação deverá ser voluntária e que para tal, não haverá ressarcimento.

Todo material proveniente da coleta de dados será destruído logo após o término da pesquisa.

Se você tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se a vontade para procurar o pesquisador Vinícius de Oliveira Muniz (27) 3745-1392 ou (27) 9897-5462 e o e-mail: viniciusomuniz22@gmail.com; a Professora Luciana Borges (21) 8800-2463 e o e-mail: luborges10@gmail.com; a Secretária Acadêmica Aline, do Mestrado da Universidade Estácio de Sá/RJ (21) 3231-6135 ou o Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá/RJ.

Eu, _____, declaro que concordo participar, voluntariamente, da Pesquisa “**ABORDAGEM FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE SEUS INSTRUMENTOS EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE CAPIXABA**”. Em desenvolvimento pelo mestrando Vinícius de Oliveira Muniz, sob a orientação da Professora e Doutora Luciana Maria Borges da Matta Souza.

Estou ciente de que os resultados são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa. Autorizo a divulgação do resultado em grupo e o resultado individual somente para minha pessoa.

Águia Branca/ES ____/____/____

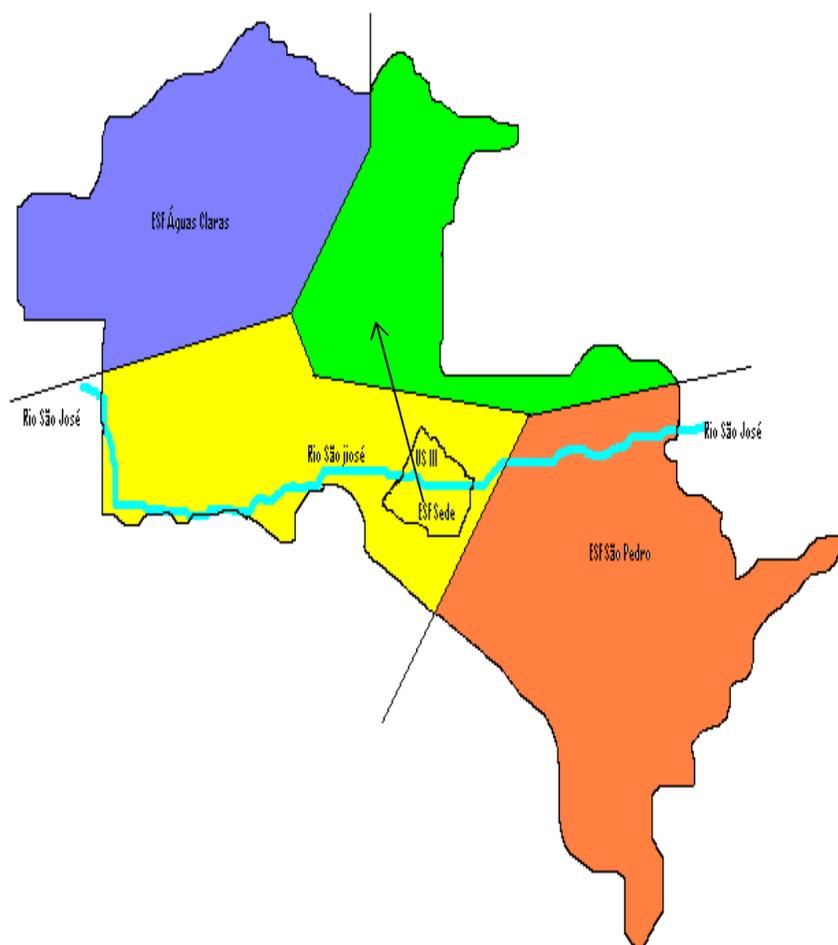
Assinatura

Testemunha _____

ANEXOS

ANEXO 1

MAPA DOS TERRITÓRIOS DE ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ÁGUA BRANCA/ES



ANEXO 2

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR DE FORMA SISTEMATIZADA

Fonte: (QUEIROZ & EGRY, 1983) Nota: Modificada

1 Dados de identificação

- Data
- Hora de início da visita
- Hora de término da visita
- Nome e registro do usuário ou família
- Endereço completo (incluir ponto de referência ou mapa indicativo)
- Descrição detalhada do motivo da visita

2 Planejamento da visita

- Objetivos
- Atividades a serem desenvolvidas

3 Descrição da visita (retrato dos sujeitos)

- Aparência física
- Maneira de vestir
- Etilo pessoal
- Estilo de falar e agir

(procurar aspectos particulares das pessoas que as diferenciem)

4 Descrição dos diálogos através das conversas e depoimentos

5 Descrição do espaço físico (pode ser desenhado)

6 Descrição dos acontecimentos particulares (listar quem esteve envolvido no acontecimento, de que maneira e qual a natureza da ação)

7 Descrição de atividades e de comportamentos

8 Comportamento do observador

- Ações e conversas com os sujeitos;
- Atenção ao seu comportamento e suposições que possa afetar os dados que são recolhidos e analisados.

ANEXO 3

FERRAMENTA CICLO DE VIDA DAS FAMÍLIAS

ESTÁGIOS

Fonte: Wilson & Bader (1996); Oliveira e col. (1999) Nota: Modificada

Estágio do ciclo de vida da família	Tarefas a serem cumpridas	Tópicos de prevenção
Iniciando a vida a dois	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório. • Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares. • Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez. • Desenvolver novas amizades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a importância da comunicação. • Fornecer informação sobre planejamento familiar.
Famílias com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança. • Estabelecer uma vida satisfatória a todos os membros. • Reorganizar a unidade familiar de dois para três ou mais membros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações. • Envolver o pai na gestação e no parto. • Discutir desenvolvimento infantil, papel de pais e relacionamento pais e filhos. • Encorajar um tempo para o casal. • Discutir rivalidade entre irmãos. • Discutir o sentimento de “afastamento” dos pais perante o nascimento dos filhos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Prover espaço adequado para a família que cresce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre o desenvolvimento de

<p>Famílias com crianças em idade escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentar os custos financeiros da vida familiar. • Assumir o papel maduro apropriado à família que cresce. • Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes, comunidade. • Facilitar a transição da casa para a escola. • Fazer face às crescentes demandas de tempo e dinheiro. • Manter uma relação de casal. 	<p>crianças em idade escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho. • Sugerir estratégias de manejo de tempo. • Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças.
<p>Famílias com adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrar liberdade com responsabilidade, à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade. • Estabelecer fundamentos para atividades dos pais após a saída dos filhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação com o adolescente que reflita aumento de autonomia. • Fornecer informação aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes. • Conversar com adolescentes sobre drogas e sexo. • Discutir com o adolescente o estabelecimento de relações ao longo da vida.

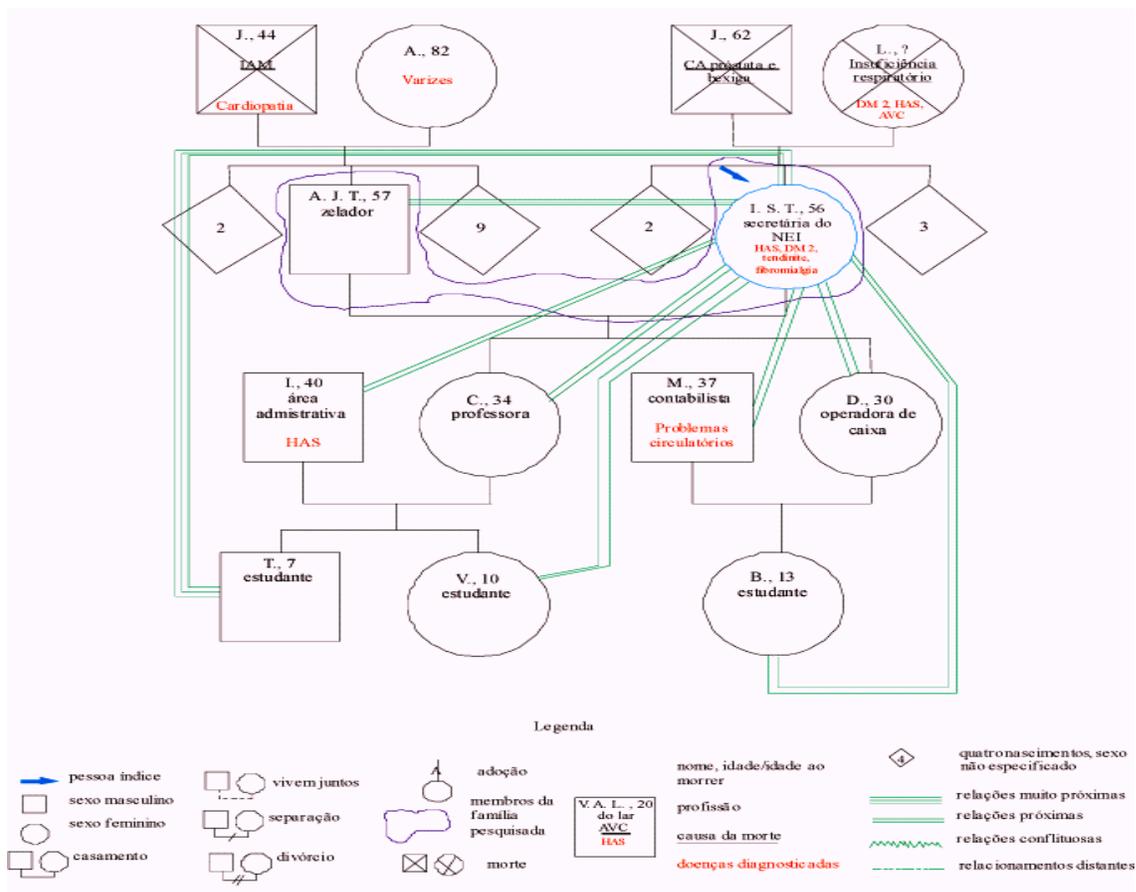
<p>Casais de meia-idade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prover conforto, saúde e bem-estar enquanto casal. • Planejar futuro financeiro. • Crescimento e significado do indivíduo e do casal. • Ser avós. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o casal a fazer planos para aposentadoria: atividades de lazer, finanças, moradia. • Explorar o papel de avós. • Discutir a sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento.
<p>Famílias envelhecendo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tópicos de moradia e de finanças. • Integridade do ego. • Saúde. • Ficar mais tempo juntos. • Enfrentando a vida sozinho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir tópicos de saúde, planejamento a longo prazo. • Revisar a vida como ferramenta para a saúde mental. • Encorajar interesses individuais e compartilhados. • Preparar para lidar com a perda do companheiro(a).

(Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>)

ANEXO 4

GENOGRAMA FAMILIAR

Fonte: Pereira e Col. (2009) Nota: Modificada

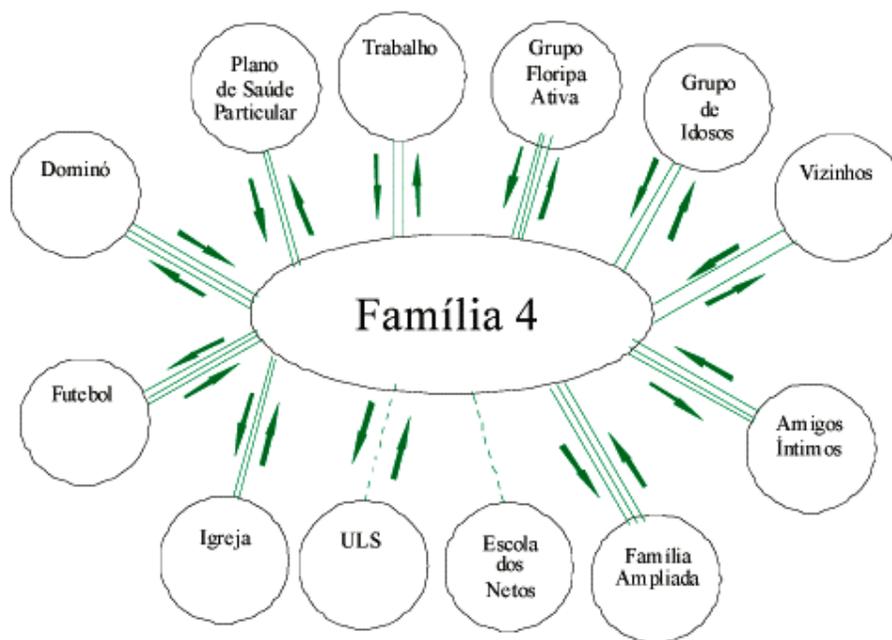


(Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300012&tlng=pt)

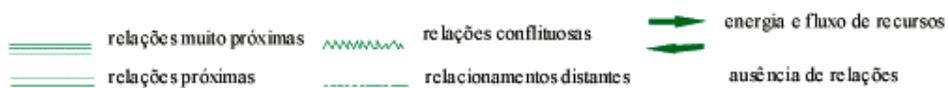
ANEXO 5

ECOMAPA

Fonte: Pereira e Col. (2009) Nota: Modificada



Legenda



(Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300012&tlng=pt)