

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo
‘centralidade na família’ no PSF de Manaus”*

por

Nair Chase da Silva

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Rio de Janeiro, junho de 2010.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Nair Chase da
Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo
'centralidade na família' no PSF de Manaus. / Nair Chase da Silva. Rio
de Janeiro : s.n., 2010.
xix, 310 f., il., tab.

Orientador: Giovanella, Lígia
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Programa Saúde da Família.
3. Prática Profissional. 4. Auxiliares de Saúde Comunitária. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098113

Esta tese, intitulada

***“Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo
‘centralidade na família’ no PSF de Manaus”***

apresentada por

Nair Chase da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Izabel Jatobá de Souza
Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna
Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Garnelo Pereira
Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça
Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 24 de junho de 2010.

Este trabalho é dedicado aos meus pais (*in memoriam*). Pena que eles não estão aqui para compartilhar comigo a vitória para a qual me prepararam.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, como todas as coisas na vida, é uma produção coletiva na qual alguns participaram de forma mais próxima, outros um pouco mais à distância, uns de forma mais visível, outros no anonimato, mas certamente ele jamais teria sido escrito se não houvesse a participação de todos. Grande parte dele foi produzido em um momento difícil da minha vida, e também por isso muitos amigos estiveram ao meu lado compartilhando a dor e me encorajando a concluir um projeto que eu havia começado anteriormente. É neste sentido que vão meus agradecimentos.

A Deus, pelo presente da vida e por esta vitória entre as muitas que Ele me tem dado.

À minha família, pelo apoio contínuo e encorajador, alguns de seus membros distantes geograficamente, mas muito presentes na vida familiar o que me torna uma adepta da concepção de família para além da coabitação.

À professora Lígia Giovanella pela orientação da tese, pela sensibilidade e compreensão das adversidades do percurso. É necessário dizer que a conclusão desta tese tem em grande medida sua contribuição, mais do que se constitui o trabalho do orientador.

À Evelyne Mainbourg, que em meio aos seus afazeres dispôs-se novamente a comigo contribuir. Nesta pesquisa, ela compartilhou tanto o trabalho de campo quanto as reflexões sobre o tema.

À Denise Gutierrez, pelas conversas sobre a família, indicações de fóruns e autores sobre o tema que tanto me ajudaram a refletir sobre o enfoque da família nas ações de saúde.

A minha família cristã, numerosa para citar cada um de seus membros, dispersa fisicamente, mas única no fundamento, que por mim intercede e pela qual tenho profunda estima.

Ao professor Sérgio Rego, que como presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, tranqüilizou-me quando o momento era de turbulência.

Aos professores e colegas de doutorado, com os quais dividi momentos agradáveis de descontração e sobretudo de crescimento intelectual, momentos difíceis de serem esquecidos.

Aos colegas da Escola de Enfermagem de Manaus, alguns dos quais me acompanham desde o dia em que ali cheguei ainda como acadêmica, Socorro Pinto, Inocência, Mário Moura e Help. Companheiros solidários na alegria e nas vicissitudes.

Aos colegas do DEMIS, que de forma compreensiva permitiram minha ausência do departamento pelo tempo necessário à produção da tese.

À amiga Maria Jacirema com quem dividi vez por outra minhas reflexões sobre a tese contribuindo ainda em sua fase embrionária.

À família Barros (Edson/Cristina e descendentes), pela presença e solicitude em todos os momentos.

Ao Cláudio, pelo propósito de sempre ajudar, criando situações físicas favoráveis para o trabalho: um cafezinho, uma boa cadeira, boa mesa..., indo além de suas atribuições no NUPES. Ao Lincoln pela ajuda na produção física da tese e pelo convívio descontraído. Ficou mais leve encarar o desafio.

Ao Dario Assis que esteve tão perto mesmo estando distante geograficamente (Salvador/BA), atendendo de forma solícita minhas demandas.

À banca de defesa da tese: professoras Mônica Senna e Maria Helena Mendonça, que participaram desde o momento de qualificação do projeto até o momento da defesa da tese, contribuindo sobremaneira nesta construção; professora Ana Izabel Jatobá, sempre solícita em me aproximar do tema de estudo, tanto por meio do GAPEFAM, quanto numa atuação individual; Luiza Garnelo que na condição de coordenadora local do curso de doutorado, esmerou-se para que todos nós, alunos, lográssemos êxito e de quem particularmente obtive importante contribuição no estudo.

Às famílias, que me permitiram conhecer melhor a Estratégia e as expectativas que têm dos serviços de saúde, mas não somente a estas, também àquelas referidas na literatura, por meio das quais também aprendi. Não poderia me esquecer daquelas com quem convivo e observo, porque em algum momento da tese, estas foram trazidas à minha lembrança, a fim de facilitar o exercício de “pensar família”.

À professora Ingrid Elsen, por quem tenho profundo respeito. Em suas obras iniciei minhas leituras sobre família e posteriormente tive o prazer de conversar pessoalmente. Na sua pessoa agradeço a todos os autores citados ou não nesta tese.

Agradecimentos Institucionais:

À Universidade Federal do Amazonas/Escola de Enfermagem de Manaus, que me possibilitou realizar com tranquilidade este curso.

À Fundação Oswaldo Cruz, que por intermédio de suas unidades Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, tem se empenhado em promover a qualificação de profissionais no campo da saúde, dentre os quais me sinto contemplada.

À Secretaria de Saúde de Manaus, a qual me ofereceu, por intermédio de seus servidores, o apoio suficiente para a realização deste trabalho.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família, quais sejam: enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e aos coordenadores dos Distritos Sanitários e dos cursos de capacitação em Saúde da Família, que diligentemente me atenderam e permitiram minha inserção em seu dia a dia de trabalho. Obrigado por dialogarem comigo sobre sua prática profissional, possibilitando-me a análise de questões objeto deste estudo.

RESUMO

A família como foco da atenção é um dos atributos da Atenção Primária em Saúde sendo necessário conhecê-la em sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades individuais e de grupo em interação. Reconhece-se o contexto familiar como o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde este adoecimento adquire maior relevância. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados, devendo ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas interrelações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados, podendo tornar-se uma parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros. A Estratégia Saúde da Família tem como proposta estabelecer esta parceria com a família tornando-a mais autônoma, mais independente, contribuindo assim para a construção de sua cidadania. A pesquisa teve como objetivo analisar o atributo centralidade da família no PSF, buscando examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de saúde dos profissionais, e como as famílias percebem estas práticas no PSF de Manaus. Para o desenvolvimento do estudo optou-se pela pesquisa qualitativa. Neste estudo foram informantes as famílias e os profissionais que atuam na Estratégia. Como técnica de levantamento de dados foram realizados grupos focais com enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem; entrevistas semi estruturadas com famílias cadastradas e com coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e Cursos de Especialização em Saúde da Família; e observação das práticas dos profissionais das equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e nos domicílios das famílias cadastradas. O trabalho de campo foi realizado no período de dezembro de 2008 a abril de 2009. A análise de dados confrontada com a literatura permitiu identificar que as concepções de família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas corroboram a literatura quando evidencia que o entendimento sobre o que é família é diverso, a depender dos referenciais de quem o manifesta. Deste modo emergiram concepções de família como: família para além da consangüinidade, família como espaço de relações, família como um campo complexo e família como aqueles com quem se pode contar. Como tipologias de família emergiram: família nuclear, família monoparental chefiada por mulher, família trigeracional, família transitória e família satélite. O conhecimento dos profissionais sobre as famílias cadastradas mostrou-se referido às famílias como coletividade, indicando mais um conhecimento sobre a comunidade do que propriamente um conhecimento sobre as famílias. A concepção das famílias cadastradas sobre a abordagem da família pela ESF mostrou o ACS como o membro da equipe que mais lhe conhece. A análise das práticas de saúde dos profissionais das ESF direcionadas às famílias mostrou que a abordagem familiar se fez presente em poucas ações tais como: reunião com a família e visita domiciliar realizadas por ACS, e, atividades desenvolvidas por enfermeiros e médicos na intermediação de conflitos familiares, com repercussões tanto no contexto familiar quanto social. A análise da documentação da família mostrou que os registros sobre o núcleo familiar se dão de forma incompleta e insuficiente, sem interlocução entre os membros da família. O prontuário familiar encontra-se fragmentado com as fichas de Assistência Médico Sanitária dos integrantes da família separadas por programas prioritários e a ficha de cadastro das famílias com dados sócio-econômicos sob a guarda do ACS dificultando sua consulta por parte dos demais membros das ESF. A visita domiciliar é por sua vez uma prática mais direcionada aos indivíduos do que às famílias. Seus objetivos foram referidos como: uma atividade administrativa de coleta de dados, uma atividade

assistencial, uma estratégia de informar tanto familiares quanto a equipe, uma forma de estabelecer vínculos, resgatar faltosos e agendar procedimentos na UBSF. A análise destas práticas indica que a abordagem familiar é referida recorrentemente aos indivíduos inscritos nos programas do MS e/ou portadores de limitações físicas que os impeçam de locomoverem-se até às UBSF. Do mesmo modo, as famílias não perceberam receber atenção focada na família, reconhecem a atuação ainda referida ao plano individual do membro da família. A abordagem da família na capacitação dos profissionais das ESF está aquém da proposta do Programa, os conteúdos ministrados sobre abordagem familiar são insuficientes, tanto temáticos como de carga horária. A análise da abordagem da família nas atribuições dos profissionais contida em documentos oficiais aponta o ACS como o maior responsável pelos vínculos com a família devendo munir tanto a ESF quanto as famílias de informações de seu interesse. No entanto, a observação do cotidiano das práticas dos profissionais das ESF indicou baixa utilização pelas ESF das informações trazidas do contexto familiar pelo ACS. Em síntese, a análise da centralidade na família do PSF de Manaus mostrou que a abordagem tem se dado de forma hegemônica sobre o indivíduo, e de forma incipiente sobre a família. Para que as equipes efetivem o atributo da APS centralidade na família são necessárias medidas dos gestores federal, estadual e municipal para uma formação específica e disponibilização de ferramentas e recursos que possibilitem a abordagem familiar.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Programa Saúde da Família; Centralidade na família; Práticas assistenciais; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

One feature of Primary Health Care is its focus on the family: understanding family dynamics and providing care to meet the needs of its members, both individually and as an interacting group. The family is recognised as the prime context for identifying and explaining its members' illness and where such illness is most important. These characteristics make the family a unit of care which health workers should understand in terms of its dynamics, at the same time as it is a care-giving unit which can become health services' partner in caring for its members. The purpose of Brazil's Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*) is to establish that partnership with the family in such a way as to make it more autonomous and more independent, thus contributing to building citizenship. The purpose of the present study was to analyse “centrality of the family” as an attribute of the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*), examining how health workers contemplate the family context in practice and how family members perceive the practices of the Family Health Strategy in Manaus. It is qualitative study. The study informants were the families and the health professionals working in the Family Health Teams (*Equipe Saúde da Família – ESF*). The data collection techniques were: focal groups with nurses, doctors, community health workers (CHWs) and nursing auxiliaries; semi-structured interviews of families registered with the Strategy; and observation of the routines of health workers at the family health clinics and at the homes of registered families. Analysis of the data, confronted with the literature, revealed that the conceptions of “family” held by the SF health workers and the registered families corroborate the literature when it shows that the understanding of what family is diverse, depending on the references of whom expresses it. Accordingly, the conceptions of the family that emerged included: family beyond consanguinity, family as a space of relations, family as a complex field and family as the people you can rely on. The typologies of family that emerged were: nuclear family, single-parent family headed by a women, three-generational family, transitory family and satellite family. The Strategy health workers' knowledge of the registered families proved to relate to the families as collectivity, indicating more knowledge about the community than properly knowledge about the families. The registered families held a perception of the SF family approach that depicted the CHWs as the team members that knew them best. The analysis of the ESF health workers' dealings with the families showed that the family approach was present in few activities, such as CHWs' home visits and meetings with the family and nurses' and doctors' activities in intermediating family conflicts, which had repercussions in both the family and social contexts. Analysis of family documentation revealed that record-keeping with regard to the family unit is incomplete and insufficient, with no dialogue among family members. Family health records are fragmented, with individual family members' Medical Care records separated by priority health programme and the family's registration card with social-economical data being held by the CHW, making it more difficult for other ESF workers to consult. Home visits are, in turn, a practice directed more to individuals than to the families. Their purposes were described as: an administrative data-gathering activity, a care activity, a strategy for informing both the family members and the team, and a way of forging links, following up non-attendance and scheduling procedures at the family health clinic. Analysis of these practices indicated that the family approach is recurrently addressed to individuals of priority health programme or with physical disabilities. In the same way, the families did not see

themselves as receiving family-focussed care, rather they recognize the activities as still relating to the individual family member level. ESF health worker training falls short of the programme proposal for the family approach: the corresponding course content is insufficient in terms of both subject matter and course hours. Analysis of the family approach in health workers' duties as defined in official documents points to the CHW as the key component responsible for links with the family. The CHW is expected to provide both the ESF and the families with the information they require. Although, observation of ESF workers' day-to-day activities indicated that the ESF made little use of the information on the family context provided by the CHW. In summary, analysis of the family's centrality in the Family Health Strategy in Manaus showed that the approach has been directed predominantly to the individual and only incipiently to the family. In order for the healthcare teams actually to implement "centrality of the family" as an attribute of Primary Health Care measures by federal and municipal managers are necessary to provide specific training, as well as tools and resources to make the family approach possible.

Keywords: primary health care; family health programme; centrality of the family; care practices; community health workers.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. Formulação do Problema.....	2
2. Justificativa.....	4
3. Delimitação do Estudo	6
4. Objetivos.....	7
Objetivo Geral	7
Objetivos Específicos	7
5. Estrutura da tese.....	8
CAPÍTULO I – FAMÍLIA E SAÚDE.....	10
1. Considerações iniciais sobre a família.....	10
2. Família e políticas públicas	14
3. Teorias sobre família	17
4. Saúde familiar.....	22
Atenção à saúde da família.....	23
A família como uma unidade prestadora de cuidados.....	25
5. Metodologias de assistência de enfermagem à família	26
6. Instrumentos utilizados na abordagem com famílias	27
7. As várias abordagens da família no PSF	32
CAPÍTULO II – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA.....	35
1. Revitalização da APS nas Américas.....	37
2. Concepções de APS.....	38
3. Atenção Primária em Saúde no Brasil.....	41
4. O Programa de Saúde da Família	42
O Programa de Saúde da Família de Manaus.....	44
5. A centralidade da família como objeto de avaliação da atenção básica.....	53
Modelo de medição de obtenção de Atenção Primária e sua aplicação no Brasil.....	53
CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	57
1. Tipo de Estudo.....	57
2. O espaço da pesquisa: O PSF de Manaus.....	57
3. Fontes de informação e técnicas de coleta de dados	57
Grupo Focal	58
Observação na UBSF	60
Entrevista semi-estruturada	62
Análise documental	63
4. Universo e Amostra	63
5. A análise dos dados	67
6. Considerações éticas.....	70
CAPÍTULO IV – ABORDAGEM DA FAMÍLIA NOS DOCUMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	72
1. Abordagem da família na concepção, operacionalização e orientação das práticas em saúde na Estratégia Saúde da Família.....	72
Família na apresentação/introdução e aspectos conceituais	72
Família na operacionalização da Estratégia Saúde da Família.....	75
Família nas práticas de trabalho das ESF e dos profissionais das ESF	82

2. Abordagem da família nos Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Família.....	85
A família nas atribuições das ESF e dos profissionais das ESF nos programas de saúde por ciclo de vida do indivíduo	86
A família nas atribuições das ESF e dos profissionais das ESF nos programas de saúde por agravo prevalente	86
A família nas atribuições das ESF e dos profissionais das ESF nos programas de saúde por área temática.....	89
3. Abordagem da Família no Núcleo de Apoio à Saúde da Família	93
CAPÍTULO V – CONCEPÇÃO SOBRE FAMÍLIA DE PROFISSIONAIS DAS ESF E FAMÍLIAS CADASTRADAS	98
1. Concepção dos profissionais das ESF sobre família	99
Concepção de enfermeiros e médicos sobre família	99
Concepção dos ACS sobre família	106
Concepção de auxiliares/técnicos de enfermagem sobre família	110
2. Concepção de famílias cadastradas sobre família	112
3. Composição do núcleo familiar das famílias cadastradas segundo os profissionais das ESF	122
Composição do núcleo familiar segundo enfermeiros e médicos	123
Composição do núcleo familiar segundo ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem	126
4. Composição do núcleo familiar segundo as famílias cadastradas	128
5. Concepção dos profissionais sobre a concepção de família com a qual o PSF de Manaus opera, com base em Rocha et al, (2002), Moraes (2003) e Ribeiro (2004)	133
Concepção de enfermeiros e médicos.....	135
Concepção de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem.....	136
CAPÍTULO VI – CONTEXTO FAMILIAR E ATENÇÃO À SAÚDE.....	141
1. Conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as famílias cadastradas.....	141
Dificuldades para o conhecimento das famílias na concepção de enfermeiros e médicos.....	145
2. Conhecimento de ACS sobre as famílias cadastradas	149
3. Conhecimento de auxiliares/técnicos de enfermagem sobre as famílias cadastradas	154
4. Concepção das famílias sobre o conhecimento da família pela ESF	156
Conhecimento dos profissionais sobre os problemas da família segundo as famílias	157
5. Conhecimento dos profissionais sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF	158
Conhecimento de enfermeiros e médicos sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF.....	158
Conhecimento de ACS sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF	160
Conhecimento de auxiliares/técnicos de enfermagem sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF.....	160
6. Conhecimento dos profissionais sobre as redes de apoio social das famílias	161
Conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as redes de apoio social	162
Conhecimento de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem sobre as redes de apoio social.....	163
CAPÍTULO VII – PRÁTICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS ÀS FAMÍLIAS E PARTICIPAÇÃO DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS	165
1. Compreensão dos profissionais sobre a família como o foco da atenção	165

Atenção à família no dia a dia	165
Contribuição da família para uma melhor atenção	167
A família em situação de risco como foco da atenção	168
2. Registros de informações sobre família.....	169
Cadastramento das famílias	170
Organização do prontuário da família	170
Registros nos prontuários sobre as famílias	173
3. Atenção prestada às famílias em domicílio: visita domiciliar.....	175
Visita domiciliar/assistência domiciliar de enfermeiros e médicos para as famílias cadastradas.....	176
Visita domiciliar de ACS.....	178
Visita domiciliar do auxiliar/técnico de enfermagem.....	184
4. Abordagem familiar dos profissionais das ESF no atendimento individual na UBSF	186
Abordagem familiar de enfermeiros e médicos no atendimento individual na UBSF	187
Abordagem familiar de ACS no atendimento individual na UBSF	191
Abordagem familiar de auxiliar/técnico de enfermagem no atendimento individual na UBSF	192
Concepção das famílias cadastradas sobre a abordagem familiar na UBSF	193
5. Reunião com a família.....	194
6. Intermediação entre a família e redes de apoio social	197
7. Terapia comunitária.....	198
8. Prática de educação em saúde direcionadas às famílias	199
9. Participação das famílias nos cuidados dos familiares.....	201
A família como um apoio no cuidado de seus membros.....	201
A família como produtora de doenças	202
A participação da ESF na orientação à família para o cuidado com seus membros	203
A família como cuidadora de seus membros.....	205
A mulher como cuidadora.....	206
Capacitação da família para o cuidado de seus membros	207
10. Concepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF.....	209
Práticas de saúde na UBSF e no domicílio, direcionadas às famílias	209
Participação das famílias no cuidado dos familiares	210
11. Auto-avaliação da ESF sobre a orientação familiar nas práticas de saúde.....	212
Estrutura do Programa e condições concretas para assistir as famílias.....	212
Fatores facilitadores para uma abordagem familiar	214
Fatores limitantes para uma abordagem familiar segundo enfermeiros e médicos	218
Fatores limitantes para uma abordagem familiar segundo ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem.	224
CAPITULO VIII – A ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA REALIZADA EM MANAUS.....	230
1. Abordagem da família na Educação Permanente em Saúde da Família em documentos oficiais	231
Da concepção da Educação Permanente em Saúde da Família.....	231
Dos conteúdos da proposta da Educação Permanente em Saúde da Família	232
2. Abordagem da família no Treinamento Introdutório em Saúde da Família em documentos oficiais	233

Da concepção do Treinamento Introdutório em Saúde da Família	234
Dos conteúdos da proposta do Treinamento Introdutório em Saúde da Família	235
3. Abordagem da família no Treinamento Introdutório em Saúde da Família em Manaus	237
A abordagem da família na operacionalização do Treinamento Introdutório em Saúde da Família em Manaus	237
Abordagem da família nas estruturas programáticas do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus	243
4. Abordagem da família no Curso de Especialização em Saúde da Família em Manaus	248
Abordagem da família no desenvolvimento do Curso de Especialização em Saúde da Família em Manaus	248
Abordagem da família nos programas das disciplinas dos cursos de Especialização em Saúde da Família realizados em Manaus	254
SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	258
REFERÊNCIAS	276
APÊNDICES	287
ANEXOS	306

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atributos da atenção primária em saúde segundo Bárbara Starfield.....	40
Quadro 2 – Sujeitos do estudo, técnicas de levantamento de dados, temas geradores e dimensões de análise.....	66
Quadro 3 – Qualificação/quantificação dos sujeitos e previsão das técnicas de levantamento de dados.....	67
Quadro 4 – Abordagem da família em documentos de concepção e operacionalização da Estratégia Saúde da Família.....	74
Quadro 5 – A família nas atribuições das equipes de saúde da família	76
Quadro 6 – A família nas atribuições do médico da ESF.....	77
Quadro 7 – A família nas atribuições do enfermeiro da ESF.....	77
Quadro 8 – A família nas atribuições do auxiliar/ técnico enfermagem da ESF.....	78
Quadro 9 – A família nas atribuições do ACS da ESF.....	79
Quadro 10 – Atribuições da ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias em documentos oficiais.....	80
Quadro 11 – Atribuições das ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias nos Programas de Saúde do MS por ciclo de vida –Saúde do Idoso.....	86
Quadro 12 – Atribuições dos profissionais das ESF direcionadas as famílias, contidas nos manuais dos programas do MS - hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.....	87
Quadro 13 – Atribuições dos profissionais das ESF contidas nos documentos dos programas do MS por agravo prevalente (tuberculose, hanseníase, esquistossomose e HIV/AIDS) direcionadas as famílias.....	88
Quadro 14 – Atribuições da ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias contidas nos documentos dos programas do MS por área temática - saúde do trabalhador, obesidade e micronutrientes.....	90
Quadro 15 – A família nas atribuições da ESF e dos profissionais em documentos oficiais do MS.....	91
Quadro 16 – Atribuições dos profissionais que compõem o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família.....	95

Quadro 17 – Concepções de família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas.....	121
Quadro 18 – Concepções comuns sobre família de profissionais das ESF e das famílias cadastradas.....	122
Quadro 19 – Composição familiar observada e referida das famílias entrevistadas, Manaus, 2009.....	131
Quadro 20 – Composição do núcleo familiar segundo os profissionais das ESF e das famílias cadastradas, Manaus, 2009.....	132
Quadro 21 – Concepções de família no PSF.....	134
Quadro 22 – Abordagem da família na Proposta do MS para o Treinamento Introdutório em Saúde da Família. Estrutura programática da Unidade 1 – Políticas de Saúde da Família.....	235
Quadro 23 – Abordagem da família nos Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família nos anos 2003, 2005, e 2007 de Manaus.....	244
Quadro 24 – Abordagem da família no Curso de Especialização em Saúde da Família Turmas 1/01, 2/02, 3/02, 4/04, e Nutricionista da Família – Turma 5/05, de Manaus.....	255

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de publicações identificadas nas bases de dados sobre a Centralidade da Família no PSF.....	5
Tabela 2 – Cobertura do PMF/PSF Manaus, no período de 1999 a 2009.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Instrumento para avaliação do APGAR da família.....	29
Figura 2 – Representação gráfica de Genograma.....	30
Figura 3 – Representação gráfica de Ecomapa.....	31

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de debate para grupo focal os profissionais das ESF: Enfermeiros e médicos.....	287
Apêndice 2 – Roteiro de debate para grupo focal com os profissionais das ESF: ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem.....	290
Apêndice 3 – Roteiro de entrevista com as famílias cadastradas.....	293
Apêndice 4 – Roteiro de observação do atendimento na UBSF: Sala de recepção, consultório e prontuários.....	295
Apêndice 5 - Roteiro de observação no domicílio durante a visita domiciliar.....	297
Apêndice 6 – Roteiro de entrevista com os coordenadores do Treinamento Introdutório e Especialização em Saúde da Família.....	299
Apêndice 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Entrevista com as famílias cadastradas.....	300
Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Grupo focal com os profissionais das ESF.....	302
Apêndice 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Entrevista com os coordenadores do Treinamento Introdutório e Curso de Especialização em Saúde da Família.....	304

ANEXOS

Anexo 1 – Estrutura Programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus: Ano 2003.....	306
Anexo 2 – Estrutura Programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus; Ano 2005.....	307
Anexo 3 – Estrutura Programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus; Ano 2007.....	308
Anexo 4 – Estrutura Programática do Curso de Especialização em Saúde da Família: Turmas 1/01, 2/02, 3/02, 4/04.....	309
Anexo 5 – Estrutura Programática do Curso de Especialização em Nutricionista da Família: Turma 5/05.....	310

INTRODUÇÃO

A família como foco da atenção é um dos atributos da Atenção Primária em Saúde sendo necessário conhecê-la em sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades individuais e de grupo em interação. Reconhece-se o contexto familiar como o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde este adoecimento adquire maior relevância. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados, devendo ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas interrelações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados, podendo tornar-se uma parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros.

A família é um espaço de cuidados naturalmente reconhecido podendo ser confirmado pelas responsabilidades que lhe são atribuídas para com os seus membros. É na família que se dá os primeiros cuidados permitindo que o indivíduo não só desenvolva o corpo biológico, mas também sua inserção social a família é um espaço de cuidados, de transmissão da cultura, e de socialização.

Para que a família desenvolva suas atribuições algumas de suas funções são assumidas junto com o Estado, a exemplo da escolarização e dos cuidados com a saúde de seus membros. Nas classes populares, a criação de uma rede natural de solidariedade entre as famílias também se faz presente, no sentido de garantir à família o desempenho de seu papel. Neste caso, o conceito de família torna-se mais elástico, uma vez que extrapola a família nuclear, estendendo-se aos parentes, que estão fora da família elementar, e aos vizinhos. A intensidade da interferência do Estado sobre a família tem se dado de forma episódica a depender da conformação do Estado, ditadas ou não por organismos internacionais reguladores da política macro econômica. Deste modo, num Estado mínimo, a tendência será a de delegar ou dividir com a família o cuidado com seus membros, adotando como estratégia políticas sociais de fortalecimento das famílias para que se tornem uma aliada do Estado para o cuidado com seus membros.

No Brasil, Carvalho (2003, 2005) indica que na década de 1990 algumas políticas sociais foram dirigidas às famílias no sentido de prover-lhe sustento financeiro disponibilizando recursos, oportunidades para aquisição desse sustento e, na construção de redes de apoio social. Tais iniciativas tiveram como finalidade criar condições para que a família pudesse assumir-se, liberando-se da dependência do Estado. Sob os mesmos pressupostos foi criado em 1994, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF). Concomitante a este propósito esteve a motivação em consolidar a Reforma Sanitária dentro dos

princípios do SUS, demandando a criação de laços de compromisso entre a população e os profissionais de saúde.

1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Na proposta ministerial do PSF, a família passa a ser o principal objeto da atenção em saúde, reconhecidas suas potencialidades, isto é: a família é um grupo social que compartilha responsabilidades, um espaço de construção de relações entre seus membros e com a sociedade, e um espaço que articula estratégias para a sobrevivência de seus membros e de si mesma. Os documentos oficiais (Brasil, 1997; 2000a; 2000c) referem que a atuação do setor saúde, tradicionalmente, tem se dado centrada no indivíduo, trazendo como resultado uma atenção fragmentada com ênfase nos órgãos e/ou sistemas orgânicos individualizada do indivíduo, ou seja, fora de seu contexto familiar e social, o que resulta na produção de indivíduos desprovidos de autonomia e dependentes do Estado.

Na proposta inovadora do Programa, que tem a família como foco da atenção, a premissa é a abordagem do indivíduo de forma global e integrado a seu contexto familiar e social (Brasil, 1997; 2000a; 2000c). Isto permitiria estabelecer parcerias entre os serviços de saúde e a família para o cuidado de seus membros. Deste modo, a proposta pretende que os serviços, ao capacitar a família para o cuidado com seus integrantes, as tornem mais independentes de sua intervenção, contribuam para sua autonomia e para a construção da cidadania. Olhando a família como objeto principal da atenção na atual proposta de reorganização da atenção básica e reorientação do modelo assistencial, a revisão de literatura indica que os sistemas de saúde organizados pela APS são superiores àqueles que não o adotam, e que os modelos de APS que tem a família como foco da atenção são superiores aos modelos convencionais de APS (Starfield, 1994).

No que pese o discurso ministerial, a realidade dos serviços mostra que as mudanças foram pequenas. Para Vasconcelos (2008) o que ainda se observa é uma prática tradicional, centrada no indivíduo em detrimento da família. O eixo de atuação da Estratégia tem sido os programas de assistência à saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, a saber, materno-infantil, controle da tuberculose, da hanseníase, hipertensão arterial, imunização, e os demais. O que, se por um lado, contribui para expandir o PSF, por outro, o reduz ao desconsiderar a complexidade do que ocorre em nível local. Deste modo, equivocadamente, segundo o autor chama-se de saúde da família uma prática

sobre o indivíduo, de cunho tradicional, ou uma prática de abordagem comunitária. Para Gil (2006) o Programa ainda conta com fragilidades que necessitam ser superadas para se alcançar uma visão ampliada do processo saúde-doença: a formação de vínculos e a abordagem familiar.

Em Manaus, numa primeira avaliação do Programa Saúde da Família realizado por Escorel et al (2002), gestores, profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF e usuários foram unânimes quanto à melhoria de acesso para a assistência médica e a acessibilidade do PSF, considerado inclusive como o aspecto mais relevante do programa. No que se referem ao vínculo, as famílias usuárias consideraram ser ele melhor no PSF que nas unidades tradicionais, em função do conhecimento das ESF sobre os problemas da comunidade e de seu envolvimento nas atividades no bairro, sendo esta opinião compartilhada pelos profissionais das ESF. Um bom nível de aceitação do programa pelas famílias pode ser constatado, mais de 70%, ainda que para 69% alguns aspectos precisassem ser melhorados. Por exemplo, o aumento do número de profissionais, a inclusão de especialistas nas equipes, um maior elenco de atividades a serem desenvolvidas pelo ACS e maior resolutividade do programa (Escorel et al, 2002).

Escorel et al (2002), ao analisarem o PSF, tomando por base estudos de caso realizados em dez grandes cidades, incluindo Manaus, concluíram, dentre outras questões, que novas práticas voltadas para a família e a comunidade foram incorporadas parcialmente pelas equipes, o que pode ser constatado por meio das reuniões com grupos de pacientes, por meio da visita domiciliar e da reunião com a comunidade. Observa-se, todavia, a ausência de reuniões ou atividades com a família, uma vez que a visita domiciliar por si só não garante tal abordagem, além de confirmar o foco da Estratégia junto aos programas, corroborando com a observação feita por Vasconcelos (2008).

Diante de tais reflexões despontam os seguintes questionamentos: a família é o foco da atenção à saúde no PSF de Manaus? O conhecimento das famílias pelos profissionais subsidia sua prática para ter a família como foco da atenção? A abordagem da família na capacitação dos profissionais contribui para qualificar a prática destes profissionais no PSF? O que os profissionais consideram como fatores limitantes e fatores facilitadores para uma abordagem familiar no PSF de Manaus?

Neste sentido, esta tese tem como finalidade analisar a centralidade da família no

PSF de Manaus como um atributo da Atenção Primária em Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

A incorporação de novas práticas de saúde está condicionada à aquisição de novos conhecimentos. Longe de cair numa visão reducionista da questão há que se considerar que o conhecimento por si só não garante mudanças. No entanto a produção/aquisição de conhecimentos é condição necessária para que se almejem tais mudanças.

Esta pesquisa tem como propósito a produção de conhecimentos que possibilitem mudanças para melhorar a vida do ser humano, e não teria sentido se assim não fosse. Este estudo parte desta premissa, e está construído nesta perspectiva.

A eleição da família como foco da atenção proposta pelo Programa requer uma prática avançada na abordagem com a família. Utiliza-se a expressão prática avançada (Angelo, 1999) para diferenciar de uma prática generalista, corriqueira, construída no senso comum, uma vez que a família sempre esteve presente no cuidado em saúde. A família nesta perspectiva é tida como o lugar onde o cuidado se inicia e se desenvolve, a despeito da postura excludente dos profissionais sobre sua participação (Marcon e Elsen, 1999).

O que muda neste cenário é que agora no PSF ela é reconhecida como tal, e chamada a estabelecer uma parceria com os serviços de saúde para o que sempre fez, cuidar de seus membros. Deste modo a importância do trabalho está em olhar o estado atual desta mudança, isto é, analisar se a família é o foco da atenção no PSF de Manaus, e como se processa a atenção às famílias, decorridos dez anos de implantação da Estratégia. A observação assistemática junto ao Programa indica que a despeito da política do MS em ter a família como foco da atenção ela ainda não foi efetivamente incorporada na prática dos profissionais das equipes de saúde da família.

Desta forma, estudar sobre a assistência à família proposta pelo PSF nos remete a buscar as concepções que o Programa tem do que é família, e, como esta se traduz no foco de suas intervenções. A contribuição da pesquisa é fazer um trabalho de investigação para desvelar significados que possibilitem a incorporação de novos valores por gestores e profissionais de saúde que atuam no cotidiano deste Programa.

Pesquisas com o objetivo de medir a extensão dos atributos da APS por meio de instrumentos validados no Brasil, têm sido realizadas. Nestas, o atributo da centralidade

na família tem sido avaliado de forma mais positiva nas unidades PSF do que nas unidades sem PSF, o que era de se esperar. Chama a atenção, no entanto, quando os usuários avaliam com escores muito baixos este atributo, mesmo nas unidades PSF, e os gestores e profissionais de saúde avaliam com escores muito altos este mesmo atributo nestas unidades (Macinko et al, 2003; Elias et al, 2006).

A divergência por parte dos profissionais de saúde pode ser entendida, por um lado, como uma necessidade de negação de que os objetivos do Programa para o qual trabalham não estão sendo alcançados. Por parte dos usuários pode significar a ausência mesmo da família na centralidade da assistência (Elias et al, 2006). Por outro lado, pode sugerir que a assistência centrada na família seja objeto distinto entre usuários, gestores e profissionais de saúde, o que exige um aprofundamento sobre o assunto.

Deste modo, estudar sobre como a centralidade na família tem sido buscada no PSF constitui-se em um desafio. A busca de dados em bases bibliográficas mostrou que se trata de tema pouco explorado, para ser mais precisa, tema pouco publicado. Foram utilizados como fontes os trabalhos disponíveis por meio eletrônico produzidos no período de 2000 a 2010, a saber: Scientific Electronic Library Online (SciELO), www.scielo.br, Lilacs (<http://regional.bvsalud.org/phpindex.php>) Portal de Teses em Saúde Pública (www.fiocruz.br/bibsp). Utilizaram-se como descritores: família, PSF, contexto familiar PSF, centralidade família PSF, foco família PSF. Busca adicional foi realizada em livros, artigos publicados em revistas e periódicos não disponíveis *on line*. A Tabela 1 mostra as bases de dados pesquisadas, os descritores selecionados, entre parêntesis o número de publicações por descritor e fora do parêntesis as referências que analisam a família como foco da atenção no PSF. As referências que se repetiram foram excluídas mantendo-se apenas em uma das bases de dados.

Tabela 1 – Número de publicações identificadas nas bases de dados sobre a Centralidade da Família no PSF

Bases de dados	Família PSF	Contexto familiar PSF	Centralidade família PSF	Foco família PSF	Total
SciELO	(136) 6	(0) 0	(0) 0	(6) 2	8
Lilacs	(519) 8	(0) 0	(2) 0	(23) 2	10
Portal de Teses	(152) 2	(29) 0	(2) 0	(8) 0	2
Total	16	0	0	4	20

No levantamento bibliográfico apresentado foram identificados os diversos

recortes de pesquisa a partir das palavras-chave. Nas publicações que analisam a família como centralidade/foco do PSF estão referidas as seguintes abordagens: Estudo da dinâmica familiar, terapia familiar, a atenção à família como um dos pressupostos de reordenação do modelo assistencial, atenção à família da criança, do idoso e do portador de doença, concepções de enfermeiros sobre família, abordagem sistêmica da família, opinião de enfermeiros sobre o trabalho com famílias, abordagem da família no PSF, e como o contexto familiar é compreendido pelo médico, aconselhamento em HIV, práticas sanitárias e violência intrafamiliar, pesquisa de satisfação do usuário em relação ao PSF, saneamento básico e PSF, processo de trabalho, implantação do PSF e exclusão sócio-espacial.

Desta forma, dada a exigüidade da produção existente sobre o assunto, a presente pesquisa contribuirá para o acúmulo do tema centralidade da família no PSF, no sentido de somar-se aos estudos existentes. Uma segunda contribuição será a de criar possibilidades de modificação das práticas dos serviços, na perspectiva de contemplar os pressupostos do Programa ao considerar a família como objeto precípua da atenção.

Nesta pesquisa os termos Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família serão utilizados como sinônimos, para se referir ao mesmo objeto uma vez que possuem tanto características de Programa com objetivos, metas e normatização quanto Estratégia, como uma forma de alcançar os princípios do SUS, reorientando o modelo assistencial e reorganizando a atenção básica com vistas a causar efeitos significativos no sistema de saúde. Como programa, o PSF foi criado em 1994 sendo elevado a condição de Estratégia pela potencialidade de mudança no modelo de atenção em saúde, conforme os documentos oficiais publicados em 1997 (Ribeiro et al, 2004).

3. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Starfield (2002), ao construir um modelo teórico para a APS classificou dimensões da atenção em três grupos. Ao primeiro grupo chamou de *atributos essenciais* no qual estão contidos os atributos de atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção; ao segundo grupo, *atributos essenciais, mas não necessários*, correspondem o formato do prontuário médico, a continuidade da atenção, a comunicação profissional paciente, a qualidade clínica da atenção e a proteção dos pacientes. Ao terceiro grupo chamou de *atributos derivativos* cujas características são a centralização na família, a competência cultural e

a orientação para a comunidade.

Embora todos os atributos citados sejam importantes para se avaliar o PSF enquanto modelo de APS, há que se fazer um recorte, no sentido de delimitar o objeto de estudo de maneira a torná-lo viável para que se chegue a uma conclusão, a um resultado. Desta forma o caminho que se pretende seguir, colocando em prática os conselhos de Tobar e Yalour (2001), é o de buscar na centralização da família, aspecto derivativo da APS, resposta às questões levantadas.

A centralização na família é um aspecto derivativo da APS. Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 1975), a palavra ‘derivativo’ vem do latim *derivativu*, relativo à derivação que é o ato ou efeito de derivar, origem, princípio, e neste sentido, do verbo derivar. Este verbo guarda em si inúmeros sinônimos, indo desde formar-se, espalhar-se difundir-se, propagar-se, descender até dentre outros mais, *originar-se*. É neste sentido, de origem, que a centralização da família será tomada, um aspecto fundamental da APS, daí seu caráter transversal aos demais atributos.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o atributo derivativo da Atenção Primária em Saúde “centralidade na família”, no Programa de Saúde da Família.

Objetivos Específicos

Analisar como a família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família;

Analisar as concepções de família dos profissionais de saúde que atuam no PSF em Manaus, e das famílias cadastradas;

Conhecer a concepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF em Manaus;

Examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de atenção à saúde no PSF em Manaus;

Identificar como a família é abordada nos Treinamentos Introdutórios e nos Cursos de Especialização em Saúde da Família em Manaus;

Analisar fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar no PSF

de Manaus.

5. ESTRUTURA DA TESE

Esta tese está estruturada na Introdução e em oito Capítulos. A Introdução apresentou a formulação do problema, a justificativa e a delimitação do estudo e os objetivos, geral e específicos. Os Capítulos serão apresentados a seguir de forma sintética em relação aos seus conteúdos.

Capítulo I – Família e Saúde. O capítulo está estruturado em dois eixos: uma abordagem teórica sobre família na qual é realizada uma revisão de literatura sobre sua origem na sociedade ocidental e apresentada síntese de teorias sobre família. Num segundo momento é feito uma aproximação dos temas família e saúde apresentando-se a saúde familiar como um campo distinto da saúde dos indivíduos. São discutidas as metodologias para assistir as famílias e os instrumentos utilizados para uma abordagem familiar, e as concepções de família presentes no PSF.

Capítulo II – Atenção Primária em Saúde e Saúde da Família. Neste capítulo a APS é apresentada em sua origem e características para situar na origem a proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, nela apresenta-se o modelo teórico de APS proposto por Starfield (2002) sendo a centralidade da família um dos atributos da APS. Na seqüência é apresentado contexto da pesquisa: o Programa de Saúde da Família de Manaus.

Capítulo III – Metodologia. Este capítulo apresenta o estudo como uma abordagem qualitativa. Nele estão descritos como foram aplicadas as técnicas de coleta de dados: grupo focal, entrevista, observação, análise de documentos; a aplicação dos instrumentos de coleta de dados; os roteiros de sessão de grupo focal, entrevista, observação e análise de documentos; os sujeitos do estudo: enfermeiros, médicos, ACS, auxiliares/técnicos de enfermagem, coordenadores dos DI, coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e dos Cursos de Especialização em Saúde da família; e, famílias cadastradas. Descreve-se as etapas posteriores de tratamento e análise dos dados e sua apresentação como *corpus* e categorias.

Capítulo IV – Abordagem da família em documentos oficiais. Neste capítulo buscou-se identificar a abordagem da família nos documentos oficiais. Para tanto uma análise documental foi realizada nos documentos de orientação para implantação da Estratégia, e nos Cadernos de Atenção Básica, mais especificamente nas atribuições da

ESF e dos membros das ESF.

Capítulo V – Concepções de família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas. Neste capítulo são apresentados os resultados e discutidas as concepções de família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas agrupando-as em categorias. Buscou-se identificar também a composição das famílias cadastradas segundo os membros das ESF e das famílias cadastradas.

Capítulo VI – Contexto familiar e atenção à Saúde das famílias. Neste capítulo são analisados os resultados sobre o conhecimento dos membros das ESF sobre as famílias cadastradas e as formas de aquisição deste conhecimento, e, como as famílias cadastradas percebem este conhecimento.

Capítulo VII – Práticas de saúde direcionadas às famílias e participação das famílias nos cuidados. Neste capítulo é analisado como a atenção à saúde da família é desenvolvida no dia a dia pelos profissionais das ESF, e como as famílias participam no cuidado de seus familiares. São analisados os procedimentos de registros e organização da documentação das famílias, o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas com foco na família. A família é analisada tanto como uma unidade de cuidados quanto como uma unidade prestadora de cuidados e produtora de doenças em seus membros.

Capítulo VIII – Abordagem da família na capacitação dos profissionais em saúde da família realizada em Manaus. Neste capítulo são analisados os documentos orientadores da capacitação dos profissionais para a atuação na Estratégia e as estruturas programáticas dos Treinamentos Introdutórios e dos Cursos de Especialização em Saúde da Família realizados em Manaus no período de 2000 a 2007.

Capítulo IX – Síntese dos principais resultados, Conclusões e Recomendações. Neste capítulo se retorna aos objetivos e questões norteadoras buscando agora responder os questionamentos formulados que deram origem à investigação. As recomendações apresentam as sugestões na perspectiva da autora com base nos resultados encontrados.

Apêndices e Anexos – Apresentam os instrumentos de coleta de dados elaborados pela autora e documentos institucionais, objeto de análise, referidos no corpo da tese.

CAPITULO I – FAMÍLIA E SAÚDE

A revisão de literatura indica o estado da arte, isto é, o que se tem produzido sobre o objeto de estudo. Um conhecimento amplo do que se sabe sobre o tema, quem o estudou, como o estudou e a que conclusões se chegou, permite avançar no conhecimento que se pretende produzir. Deste modo, livros, periódicos, teses, dissertações, relatórios e documentos constituem-se em fontes bibliográficas (Tobar e Yalour, 2001).

Este capítulo está organizado em sete temas: i) considerações iniciais sobre a família, família e políticas públicas, teorias sobre família, saúde familiar, metodologias de assistência de enfermagem à família, instrumentos utilizados na abordagem com famílias e abordagens da família no PSF. Para compor o estado da arte lançou-se mão de produção sobre os temas referidos contidos em livros, periódicos, documentos oficiais, relatórios de pesquisa, teses e dissertações. O acesso ao material deu-se por meio impresso e eletrônico.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A FAMÍLIA

A família é uma constante em todos os agrupamentos humanos, embora possa variar quanto à estrutura e funcionamento. Foi em sua origem um fenômeno biológico de reprodução e conservação, transformando-se ao longo do tempo em um fenômeno social (Marconi, 1996; 2005). É, segundo a Constituição Federal em seu Art. 226, a base da sociedade tendo especial proteção do Estado. A família é também, segundo o Art. 227 da mesma Constituição, em conjunto com o Estado e a sociedade, a responsável pelo cuidado e proteção da criança do adolescente e do idoso (Brasil, 1988).

O vocábulo família é facilmente associado à intimidade, proximidade, solidariedade e unidade. Diz-se que algo é familiar quando se quer expressar que se conhece este algo. Na convivência de um grupo quando se quer ter apoio ou confiança diz-se que se está em família. Quando um grupo quer denotar propósitos comuns, nas empresas, nos times de futebol e nas escolas, a família torna-se um adjetivo, uma qualidade. Quando se vê alguém sozinho vivenciando alguma dificuldade pergunta-se pela família deste. Isto nos remete a duas ordens de questão: a representação que se faz da família como algo presente no cotidiano da sociedade e a família como alvo de

expectativas. Carvalho (2003), afirma que existe uma expectativa em torno da família, embora ela nem sempre corresponda ao esperado.

A família pode se organizar em elementar, extensa, composta, conjugado-fraterna e fantasma. Por família elementar ou nuclear entende-se aquela que é formada por um homem, uma mulher e filhos que vivem juntos. A família extensa pode ser entendida como a família nuclear acrescida de avós, tios, sobrinhos, afilhados etc. A família composta é aquela que reúne três ou mais cônjuges e seus filhos. A conjugado-fraterna é formada de dois ou mais irmãos com suas respectivas esposas e filhos. A família fantasma é estruturalmente uma família nuclear na qual o pai é apenas o genitor (pai biológico), cabendo o papel de provedor ao irmão mais velho da mulher (fantasma). No que diz respeito às regras de autoridade a família pode ser patriarcal, na qual o pai é a figura central; família matriarcal, a mãe é a figura central, e, na paternal ou igualitária a autoridade é dividida entre os cônjuges (Marconi e Presotto, 2005; Marconi, 1996).

Mello (2003) adverte que não existe “a família”, é preciso saber de que família se está falando, de que país, de que classe social e de que momento. De sua movimentação entre a teoria e a prática junto às famílias das classes populares, a autora torna evidente a rede social que se estabelece no cotidiano das famílias pobres por meio da ajuda mútua na solução dos problemas, seja ele qual for. Socorre-se na doença, no desemprego; socorre-se com uma orientação, um conselho, uma escuta, uma espécie de hoje eu..., amanhã você. A forma preconceituosa com que estas famílias pobres são vistas pela sociedade, também é objeto de análise da autora. Consideram-se como famílias desestruturadas ou desorganizadas aquelas que não se enquadram no modelo hegemônico de família, a família nuclear, inabalável em sua estrutura e dinâmica/funcionamento. Ao classificar a família como desestruturada se lhe atribui toda ordem de infortúnios, a violência, o fracasso escolar. Advoga a autora que não existe família desestruturada, mas sim, família organizada de maneira diferente conforme as suas características.

No decorrer dos tempos, a família tem passado por mudanças, gerando combinações variadas quanto à estrutura, dinâmica e autoridade. Melman (2006), analisando estas transformações destaca o papel: da igreja, no trato da sexualidade e do casamento, disciplinando a moralidade familiar e dos higienistas que disciplinando o corpo passaram a explicar a origem das doenças em função de determinados comportamentos; da psiquiatria que no trato com o doente mental o tinha como vítima

ou como ameaça à sua família, prescrevendo então a separação do convívio familiar; da psicanálise que analisando a escola atribui à família a responsabilidade pelos comportamentos indesejados dos alunos tais como o fracasso escolar, a falta de adaptação e a delinquência, desencadeando a partir deste diagnóstico uma série de medidas tais como liga de pais e mestres, associação de pais e alunos, com vistas a fortalecer a família.

No aspecto jurídico Genofre (2003), mostra como estas mudanças foram sendo processadas, o que pode ser confirmado pela análise nas Constituições de 1934, 1946, 1967 e mais recentemente a de 1988, que expressa mudanças na concepção de família em seu Art. 226 do terceiro ao sexto parágrafo (Brasil, 1988). A sensibilidade dos formuladores das políticas para perceber estas mudanças é importante, sob pena de colocar à margem aquelas famílias que não se enquadram no modelo hegemônico tradicional.

No que se referem as suas funções há um consenso entre os estudiosos do tema de que estas dependem da posição que a família ocupa na organização da sociedade e na economia do país, apresentando variações desde a idade antiga, passando pela idade média, idade moderna e idade contemporânea. Diferentes autores destacam distintas funções.

Para Manciaux (1975), são três as funções da família: reprodução, criação e educação dos filhos e satisfação das necessidades dos adultos. Considera que para as crianças o estímulo afetivo é mais importante que a alimentação correta e tão necessária para o adulto quanto o atendimento das necessidades físicas (a moradia, a alimentação e o vestuário), e as necessidades psicológicas, (a segurança e realização), o que é corroborado por Carballo (1975).

Áries (1978) considera que na idade média, na Europa, as funções da família eram de conservação dos bens, organização do trabalho, que se dava por meio do que chama de “*prática comum de um ofício*” (p.10). Enfatiza que a função afetiva existia, mas não era necessária para a sobrevivência da família, vindo a ser na idade moderna, no final do século XVII, quando especial importância é dada à educação e em consequência à escolarização dos filhos. Na idade média não era função da família a socialização e a transmissão de valores e conhecimentos. Por volta dos sete anos de idade as crianças eram enviadas e recebidas por outras famílias, onde eram tidas como aprendizes, executando tarefas de preparação para a vida adulta, uma vez que sete ou

nove anos após, tornavam-se responsáveis pela sua própria sobrevivência, não retornando mais para a casa dos pais (Melman, 2006).

Nogueira (1977) tratando sobre o mesmo assunto considera como funções da família contemporânea a procriação, a educação, o treinamento social da prole, a econômica e a emocional. Decorridas três décadas, as projeções feitas pela autora, à época, sobre o futuro da família tornaram-se uma realidade. Fatos como perda da estabilidade por divórcios que dissolvem grupos familiares, embora formem novos arranjos, alteração dos padrões devido à emancipação feminina, com conseqüente ausência ao lar, e por fim, a interferência progressiva do Estado por meio da adoção de políticas sociais.

Prado (1983) considera as funções da família moderna sob duas vertentes, as que são divididas com as instituições sociais e as de sua própria competência. A primeira refere-se à socialização das crianças, compartilhadas com a escola, e a saúde dos membros da família, compartilhadas com as instituições de saúde. A segunda, aquelas de sua competência exclusiva, a saber: reprodução, identificação social, socialização e econômica.

Marconi e Presotto (2005) consideram que a despeito das mudanças pelas quais tem passado a família pode-se-lhe atribuir quatro funções básicas, a função sexual, de reprodução; a econômica, a educacional e funções subsidiárias, voltadas para a formação do indivíduo no que se refere à crença religiosa, aos aspectos jurídicos, políticos e recreativos.

Áries (1978) descrevendo a família ocidental mostra um misto de vida privada, vida profissional e vida social, e que toda a mudança processada em torno da família, a partir do século XVII, deu-se focada na criança com o processo de escolarização em substituição a aprendizagem em outros lares, e nas ligações afetivas que começam a permear as relações conjugais, em lugar tão somente da transmissão de bens e de nome. Começa então a ser instituída uma linha demarcatória entre o mundo adulto e o mundo infantil, entre os espaços públicos e privados, modificando inclusive a estrutura física das casas e sua função. Embora estas mudanças não tenham atingido a sociedade em um só momento, elas foram se disseminando entre as diferentes classes sociais. E mesmo ainda se mantendo no século XIX a prática medieval de separação entre pais e filhos, para que os filhos aprendam um ofício no convívio com outras famílias, o modelo de

família moderna nuclear se dissemina na sociedade ocidental, a ponto de ser tomado como natural.

2. FAMÍLIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Áries (1978), e Ribeiro (2004), ao analisar a interferência do Estado sobre a família consideram que até o final da Idade Média não havia separação entre a vida pública e vida privada favorecendo a ajuda mútua entre as famílias. É somente por volta da metade do século XVIII que começa a haver uma separação entre estas duas esferas tornando-se privada a vida familiar, resultando na prática da proteção social e na regulação da família pelo Estado.

Segundo Ribeiro (2004), pode-se, grosso modo, dizer que a família foi importante alvo de políticas sociais em dois principais momentos na história. O primeiro momento na França, no século XVIII, quando sua estrutura foi tida como fundamental para redução da mortalidade infantil em razão dos índices alarmantes, dado o crescimento populacional negativo. Outra motivação estava na preocupação em melhorar as condições de saúde, pela necessidade de ter corpos saudáveis para acúmulo da riqueza estatal, via processo de industrialização emergente. Daí advém a origem da estrutura familiar na qual o homem é o provedor e chefe da família, a mulher cuida da casa, filhos e do marido, o espaço doméstico organiza-se, passando a família a ter uma moradia. Surge então a família nuclear burguesa.

Um segundo momento se dá no século XX. Com a crise do *Welfare State* nos países capitalistas e a globalização da economia, a família é foco novamente de intervenção. Devido ao aumento do custo dos serviços públicos e privados em contexto de baixo crescimento econômico, governos conservadores passaram a defender que a família torne-se autônoma e independente do Estado. Passaram também a defender que a família torne-se uma unidade econômica e política capaz de resolver os problemas gerados pela lógica do modelo neoliberal, a este tipo de família Ribeiro (2004) chama de “neofamiliarismo”.

O abandono de mulheres e crianças, o aumento da violência, e a desagregação familiar se constituem preocupações das organizações internacionais chegando as mesmas a exigir do Estado a adoção de estratégias de valorização da família para recuperação destes males. Desencadeou-se a partir daí várias conferências mundiais patrocinadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), cujo enfoque foi a população

e o desenvolvimento, com extensão para infância e direitos humanos. A família é retomada como a base da sociedade devendo ser fortalecida. Reconhecem-se as diversas formas de organização da família, as mudanças pelas quais passou e a condição de vulnerabilidade a que está exposta. Recomenda-se a adoção de políticas sociais sensíveis aos diferentes contextos, no sentido de assistir as famílias e indivíduos em situação de extrema pobreza, violência de todas as formas, desemprego crônico e outras situações (Ribeiro, 2004).

Carvalho (2003) assinala que nos países centrais num momento favorável à economia e de adoção do modelo de Estado ampliado, a família não foi foco das políticas sociais exceto para as políticas de incentivo e proteção à maternidade. As políticas sociais desta época priorizaram o indivíduo que estabeleceu com o Estado e com o trabalho uma relação de dependência. A década de 1990, no entanto é palco de profundas modificações geradas pelo desemprego, relações de trabalho precárias, mudança nas relações de trabalho, revolução informacional, aumento das desigualdades sociais, dentre outras mudanças, exigindo um novo desenho no campo das políticas sociais. O Estado que até então tinha assumido a tutela na distribuição de bem-estar social, deveria passar a compartilhar com a iniciativa privada e a sociedade civil estas responsabilidades.

Segundo Carvalho (2003; 2005), a família tem se constituído como prioridade na agenda da política social sob três aspectos:

- i) Programas de complementação de renda familiar, destinado às famílias sem renda ou com renda insuficiente para atender suas necessidades básicas e, como tal, em substituição à distribuição de bens e serviços. Esta iniciativa representa um salto de qualidade por considerar a família capaz de realizar escolhas, portanto capaz de administrar o benefício. Ao substituir as cestas básicas, o enxoval do bebê e as cestas de medicamentos pela complementação de renda, a família passa da condição de tutelada e de subalterna para a condição de cidadã. Draibe (2000), ao analisar a questão vai mais além, advogando por um conceito de renda familiar mínima, em substituição à renda familiar “per capita”, reconhecendo ser tal mudança um desafio;
- ii) Programas de geração emprego e renda possibilitam às famílias pobres uma atividade laboral que dali possa adquirir seu próprio sustento. A

reforma agrária constitui-se em uma possibilidade dentro do programa de geração de emprego e renda, facilitando o assentamento de famílias no campo; e,

- iii) Rede de serviços comunitários de apoio psico-social e cultural às famílias, uma forma de resgate a iniciativas outrora existentes na comunidade cujo objetivo era melhorar a renda familiar, e a adoção de outras atividades mais estruturadas, mais especializadas e permanentes, no sentido de assistir as famílias em situações mais complexas.

Entende-se que a implementação de redes descentralizadas em micro áreas facilita sua operacionalização, uma vez que conhecida junto à população ganha força política e com isto potencial de realização. A proposta da rede traz a idéia explícita da integralidade quando se pensa em assistir a família em suas necessidades de saúde, de emprego, de conflitos entre seus membros, de lazer, de escolarização básica e de elevação do capital social e cultural (Carvalho, 2000; Carvalho, 2003; Draibe, 2000).

Silva e Lunardi (2006) analisam a situação atual da família brasileira; as mudanças ocorridas na sua estrutura, nas relações entre seus membros, no desempenho de papéis e em sua própria reprodução. As autoras atribuem como motivos destas mudanças as modificações decorrentes da globalização da economia e seus desdobramentos como o desemprego e o subemprego dos chefes de família com conseqüente entrada da mulher no mercado de trabalho e de forma precoce crianças e jovens, deixando para um segundo plano o processo de escolarização. Este cenário apresenta como resultado situações de vulnerabilidade social em que as famílias se encontram; ao mesmo tempo em que mostra as estratégias de sobrevivência adotadas, tais como a ampliação do conceito de família, as atitudes de solidariedade na qual é beneficiada e se reproduz, como forma de enfrentamento dos problemas (Carvalho, 2000).

No campo da saúde, no Brasil, desde os anos 1940 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) alcançou as famílias ao instituir as visitas domiciliares como uma atividade de rotina, ainda que direcionadas aos indivíduos. É, no entanto na década de 1980 que uma ênfase maior é dada à família como foco da atenção no campo das políticas sociais, influenciadas pelos organismos internacionais.

Também na saúde nas décadas de 1980, programas de saúde comunitária e de

ajustes de saúde passam a ter como foco da política as famílias em situação de vulnerabilidade, e finalmente em 1994 é criado o Programa Saúde da Família, tema objeto desta tese.

3. TEORIAS SOBRE FAMÍLIA

Falar de teorias sobre família requer uma aproximação sobre o que se entende por família. Gaíva (2006) considera que as concepções são inúmeras a depender do campo teórico que as formula, e cada pessoa em particular tem seu próprio conceito a depender de sua experiência de vida familiar que passa a ser o seu referencial. Deste modo família é para Angelo e Bouso (2001:14):

“um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver junto, podem conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização”.

Para o Grupo de Assistência às Pessoas e Educação na Saúde da Família (Elsen et al, 2001:93)

“uma unidade dinâmica, com uma identidade que lhe é peculiar, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida. Os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, têm direitos e responsabilidades, desenvolvendo uma estrutura e uma organização própria. Estabelecem objetivos de vida e interação entre si e com outras pessoas e grupos, em diferentes níveis de aproximação. A família está inserida em um determinado contexto físico, sócio cultural e político, influenciando e sendo por ele influenciado”.

Para Souza (2000:15):

“família é o espaço nuclear da agregação das pessoas, inseridas em um contexto social, devendo ser objeto prioritário e de focalização da atenção à saúde”.

Embora as concepções não sejam homogêneas, elas fazem menção à família como grupo de pessoas, unidas por laços de sangue, afetividade ou algum tipo de dependência, que convivem ou não no mesmo espaço físico, que se reproduzem por meio da transmissão da cultura e que compartilham responsabilidades entre si.

O vocábulo teoria advém de uma palavra grega que quer dizer: olhar para, ver, contemplar. Para Smith (1995) *“teoria é um conjunto de idéias interconectadas que enquadram o mundo de certo modo, que guia como observamos e explicamos os fenômenos”* (p: 8). Deste modo uma teoria sobre família irá influenciar o que pensamos,

observamos, perguntamos, pesquisamos e como interpretamos o que é família. Embora se considere necessária a adoção de uma teoria na atenção às famílias, existe uma preocupação quanto a sua incorporação sem uma análise crítica de seus pressupostos (Smith, 1995; Mello, 2005; Szymanski, 2005).

Mello (2005) destaca alguns aspectos que envolvem a aplicação das teorias sobre família, o primeiro deles seria com qual conceito de família se está operando. Tomando em conta que não existe um conceito universal sobre família, é preciso saber de que família se está falando, de qual país, extrato social, etnia e de qual momento, dado a incompatibilidade de algumas teorias quando cotejadas com a realidade. A autora cita para exemplificar as camadas populares brasileiras, salientando que falar de camadas populares ainda é uma grande generalização dada suas peculiaridades, que precisa de uma teoria adequada para compreendê-la, e faz o adendo de que é preciso observar, pesquisar e abandonar conceitos e preconceitos.

Em Smith (1995) estas mesmas preocupações são encontradas. O autor pondera que os estudos sobre família incluem uma grande diversidade e pluralidade, sendo esta uma unanimidade, no entanto os estudos em geral se reportam à família nuclear branca e de classe média como um arquétipo, em detrimento de uma análise das famílias a partir de seus próprios contextos sócio-históricos e culturais. As famílias que não se enquadram neste modelo nuclear são tidas, com efeito, como desviantes. O autor considera ainda que as teorias resultam do tempo histórico, crenças ideológicas e experiências pessoais *“Consequentemente nenhuma teoria pode representar satisfatoriamente a verdade, mas os vários modos pelos quais olhamos as famílias podem nos ajudar a entendê-la melhor”* (p.7). Compartilhando com o mesmo ponto de vista serão apresentadas a seguir algumas das teorias sobre família, de acordo com estes autores.

Segundo Elsen (1994) as teorias sobre família não se restringem apenas a conceitos distintos de família, elas permitem compreender a família, sua dinâmica interna e externa possibilitando a construção de propostas de intervenção com vistas a assisti-las. A autora apresenta cinco abordagens teóricas que têm norteado as pesquisas sobre a família no campo da enfermagem: *i)* interacionismo simbólico, que entende a família como uma unidade de pessoas em interação; sob esta teoria tem-se estudado os papéis dos membros das famílias, os conceitos e práticas de saúde; *ii)* teoria do desenvolvimento da família, nesta teoria a família funciona como um sistema semi-

aberto, isto é, as famílias vivenciam em seu processo evolutivo diferentes fases indo desde o seu início, união do casal, passando pela ampliação da família com a vinda dos filhos, seu desenvolvimento nas fases de criança/adolescente/adultos, da saída dos filhos do lar para composição de novas famílias e do retorno do casal à condição de origem, caracterizando a família em sua última fase iii) teoria sistêmica, nesta teoria a família é entendida como um sistema formada por subsistemas em interação com outros sistemas. A família não deve ser tomada como a soma de seus integrantes, uma vez que os processos de realimentação, auto-regulação e auto-organização não estão presentes nas partes, isto é, nos membros da família, mas sim no todo, ou seja, na família. Dito de outra forma, a família é maior que a soma de seus integrantes; iv) teoria do conflito, nesta teoria a família é tida como uma arena, espaço de interesses e alianças entre seus membros, na busca de consenso; v) referencial teórico com base no materialismo histórico, no qual família é entendida como uma produção sócio-histórica; a família é vista como uma instituição social, permeada pelas relações e pela estrutura social de classes. A esta taxonomia Gaíva (2006) acrescenta a vi) teoria transcultural de Leininger, na qual são reconhecidos os valores e crenças da família.

Smith (1995), por sua vez, apresenta três grupos de teorias sobre família:

i) estrutura e função das famílias: nesta teoria a sociedade almeja a estabilidade e a ordem, pois o conflito e a desordem indicam desvio e disfunção do sistema, a família nuclear é tomada como o modelo de estrutura familiar, sendo uma limitação para operar com famílias de contextos diferentes deste padrão de família;

ii) teorias sistêmicas: incluem a teoria sistêmica da família e a teoria do desenvolvimento familiar. A teoria sistêmica da família tem os seguintes pressupostos: o sistema familiar é composto por vários subsistemas e parte de um supra-sistema, o todo é maior que as partes, a mudança em um membro afeta a todos na família, os problemas dos membros da família são mais bem compreendidos dentro de uma perspectiva circular e não linear, a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade. A teoria do desenvolvimento familiar parte do princípio que a família passa por vários estágios em seu ciclo de vida que são desencadeados por necessidades físicas, psicológicas e sociais de seus membros. Os ciclos de vida da família são apresentados em menor ou maior detalhamento a exemplo do que apresentam Cerveny e Berthoud (2002), quatro estágios e Mattsich e Hill citados por Smith (1995) sete estágios. Em Cerveny e Berthoud (2002) estão descritos: família em fase de aquisição

que se inicia com a união do casal e a chegada dos filhos; família na fase adolescente, momento em que os filhos estão em transição da infância para a adolescência e jovem maturidade, ao mesmo tempo em que os pais passam pela transição da meia idade e os avós entram na velhice. A família na fase madura corresponde ao período de tempo mais longo. A família divide-se, com a saída dos filhos, multiplica-se com a chegada de novos membros, nora, genros, netos e diminui com a perda dos membros, avós. Entende-se que a família na fase adulta começa a fechar seu ciclo; esta fase permite uma visão da família verticalmente expandida, assim como a permanência e mudança de valores, a busca de consenso em ajustá-los, mantê-los ou substituí-los;

iii) Diferença e diversidade: a abordagem da diferença e diversidade tem como pano de fundo os movimentos sociais dos anos 60 e 70: por direitos civis, pacifismo e feminismo. Fazem parte desta abordagem as teorias feministas, que têm como foco a mulher, sua subordinação na sociedade. Estas teorias defendem a extinção desta subordinação, discutem o conceito de gênero, a construção social das diferenças, e os diferentes papéis que definem o comportamento. A teoria mostra que a família gira em torno da mulher e que em quase todas as sociedades a mulher é a organizadora da vida familiar. Para a teoria há que se ter outro conceito de família diferente deste que se opera, extrapolando este tido como único, indicando outras possibilidades de composições e funções no momento atual.

Smith (1995) considera que nenhuma destas teorias é apropriada para todas as situações, segundo o autor as teorias falham ao centrarem-se na população ocidental branca, ignoram as diferenças e conflitos dentro da família, dando ênfase à unidade, equilíbrio e adaptação. Smith considera ainda que estas teorias em geral têm como foco o indivíduo e o contexto intrafamiliar, deixando de fora o contexto social no qual a família está inserida. Na abordagem da família na área da saúde, as teorias mais recorrentes são aquelas da abordagem sistêmica.

No âmbito do MS são feitas referências às teorias sistêmicas numa menção às atribuições da ESF “*compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises*” (Brasil, 2001c: 74), e teoria do desenvolvimento familiar em referência a conteúdos mínimos do Curso Introdutório em Saúde da Família: d) “ciclo vital individual e familiar” (Brasil, 2006i).

Neste estudo, ao assumir os pressupostos da abordagem sistêmica familiar e da

teoria do desenvolvimento familiar como uma referência para se olhar/analisar a família, assume-se como marco teórico a corrente de pensamento funcionalista embora se reconheça sua limitação concordando com Smith (1995) quando considera que as teorias sistêmicas têm o foco no indivíduo e no contexto familiar ainda que reconheçam que como subsistema a família influencia e é influenciada pelos outros subsistemas.

O funcionalismo é uma vertente do positivismo. Sua aplicação no campo da saúde dá-se por meio de Talcott Parsons, seu maior expoente que utiliza a teoria funcionalista para explicar a medicina e a doença. Esta teoria opera com os seguintes conceitos: sistema, subsistema, estrutura, função, adaptação, integração, desvio e consenso. O funcionalismo concebe a sociedade como uma totalidade, um sistema, constituído de várias partes, os subsistemas. Estes subsistemas interagem, se relacionam e mantêm uma interdependência entre si, produzindo equilíbrio, estabilidade, estando exposto a ajustes e reajustes (Minayo, 1996; Garcia, 1983).

Na perspectiva funcionalista, a família é um desses subsistemas, podendo ao mesmo tempo ser um sistema formado por subsistemas de cônjuges, de pais e de irmãos. Como sistema, a família interage tanto internamente, entre seus membros, quanto externamente, com os outros sistemas sociais como igreja, escola, serviço de saúde e outros. Na aplicação desta corrente ao sistema familiar, a família é vista como uma estrutura onde cada um de seus membros desempenha ou há de desempenhar seu papel de pai, filho, cônjuge... O sistema familiar tende a funcionar como um todo integrado, sendo os papéis teoricamente complementares; o desvio de um de seus membros é resultante do funcionamento do sistema familiar, ou seja, reflexo das relações familiares, estando sua resolução dentro do próprio núcleo familiar. Os desvios e tensões caracterizam a família como disfuncional; e o consenso/equilíbrio caracteriza a família como funcional.

A opção por esta corrente sociológica como marco teórico deu-se por duas razões. A primeira pelo fato da teoria sistêmica familiar e da teoria do desenvolvimento da família advindas do pensamento funcionalista, ser de fato aquelas que mais têm se debruçado sobre a abordagem familiar, tendo a psicologia elaborado, a partir dos pressupostos funcionalistas, a terapia familiar, com ampla utilização e referência na literatura sobre família. A segunda razão, não menos importante que a primeira, é que a teoria sistêmica e a teoria do desenvolvimento familiar as indicadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001c:74) para a abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família.

4. SAÚDE FAMILIAR

Ângelo e Bousso (2001) advertem para a importância de se diferenciar a saúde dos indivíduos ou a soma da saúde dos indivíduos que fazem parte da família, da saúde da família em sua dinâmica. A saúde da família para Ângelo e Bousso (2001) inclui a saúde de cada um dos membros da família e o bom funcionamento da família como parte da sociedade. Deste modo saúde da família diria respeito tanto à saúde dos membros da família como das condições de funcionamento da família, considerando-se para tanto uma avaliação das funções e estrutura da família. Elsen (1994) Elsen et al (2001 citando Mauksch e Gilliss et al) consideram que saúde da família é objeto distinto de saúde do indivíduo e que a saúde da família é uma discussão nova na literatura, sendo antiga, porém, no campo da psiquiatria, porque considera o indivíduo doente como um sintoma de uma família com problemas.

Segundo Elsen (1994), a despeito de serem objetos distintos a saúde da família está ligada à saúde de seus membros. A família pode influenciar de forma negativa na saúde de seus membros quando funciona como um sistema fechado em relação aos demais sistemas, uma vez que dificulta o estabelecimento das relações interpessoais de seus membros; diferente das famílias que funcionam como um sistema aberto favorecendo as relações interpessoais de seus membros com melhor aceitação aos cuidados externos e melhor resultado no tratamento. Por outro lado, a saúde dos membros da família também afeta a saúde da família, uma espécie de quando um membro da família adoecer toda a família adoecer, uma vez que a depender da gravidade da doença um estado de tensão toma conta da família podendo gerar uma crise familiar, pode também gerar um sentimento de solidariedade no seio familiar de famílias que convivem com conflitos de forma permanente.

Para que seja feita uma avaliação familiar é preciso considerar alguns fatores ligados aos membros da família. A exemplo de como se definem os papéis dos membros da família, como são desempenhados e como lidam com as trocas, mudanças destes papéis, como se processa a comunicação intrafamiliar e como a família responde às mudanças (Gilliss citado por Elsen et al, 2001).

Atenção à saúde da família

Na atenção a saúde da família Angelo e Bousso (2001) consideram que alguns fatores interferem no funcionamento e na saúde da família. O modo como as famílias constroem o adoecimento está relacionado às práticas de saúde que adotarão para o cuidado de seus membros, o conflito entre crença e prática pode tornar-se um fator de adoecimento familiar, percepções distintas entre seus membros e interferência externa que desconsidere suas crenças também podem gerar o adoecimento da família. Os valores familiares que definem a postura da família diante da vida ao entrar em choque com os valores da sociedade, da mesma forma, podem ser uma causa de adoecimento da família. A mudança dos papéis familiares e a divisão de poder gerados pelas novas realidades podem ser outro fator de adoecimento familiar, mas podem desde que acordados, contribuir para a continuidade da família. A adaptação da família às mudanças na sociedade e sua capacidade em fazer frente a estas mudanças pode determinar seu adoecimento.

Segundo Elsen et al (2001) o termo saúde da família na enfermagem surgiu na década de 1980 nos Estados Unidos da América com esta denominação. No Brasil surgiu na mesma década, junto ao Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM), adotando a conceituação de família saudável sendo fortalecido por outros autores. Conceituar família, saúde da família e enfermagem à família, são temas que segundo as autoras, precisam ser aprofundados, a despeito de a enfermagem ter a família como seu cliente, desde o início da profissão. Mesmo pairando dúvidas sobre se saúde da família e família saudável são objetos distintos, o GAPEFAM tem operado com o conceito de família saudável como:

“uma unidade que se auto-estima positivamente, onde seus membros convivem e se percebem mutuamente como família, tendo uma estrutura e organização flexível para definir os objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, a saúde e o bem estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade, exteriorizados por amor e carinho, seus membros têm liberdade de expor sentimentos e dúvidas. A família saudável compartilha crenças, valores, conhecimentos e práticas, aceita a individualidade de seus membros, conhece e usufrui de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. Além disso, atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo diretamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. A família e seus membros desenvolvem-se com as experiências, construindo-se sua história de vida” (Elsen et al, 2001:93).

Mcwhinney e Freeman (2010 citando Dorerty e Baird) consideram as relações interpessoais que se desenvolvem no núcleo familiar como um fator importante na determinação do adoecimento, e o ambiente familiar como fator que interfere no desenvolvimento de seus membros. Os autores apresentam quatro graus de envolvimento do médico com a família, quando referidos aos cuidados com a família, na prática de medicina de família e que podem ser extensíveis para as equipes do PSF: *i)* envolvimento mínimo; *ii)* disponibilizar orientações e aconselhamento, isto é, escutar as pessoas e transmitir informações sobre a conduta a ser adotada; *iii)* além de disponibilizar orientações e aconselhamento o médico está sensível às relações familiares, o médico oferece suporte emocional à família diante de um problema de doença mais grave de um de seus membros, câncer. Neste estágio o médico precisa conhecer a família o suficiente para saber das reações da família diante de tal situação; e *iv)* o médico realiza uma avaliação sistemática da dinâmica interna da família e intervém junto aos membros da família no sentido de ajudá-los a buscar novas formas de lidar com os problemas. Neste estágio o médico precisa conhecer a teoria sistêmica de família e aplicá-la, ele irá conduzir reuniões com a família e necessitará interagir com todos os membros da família, ora estimulando os resistentes a participar, ora estimulando os mais introvertidos a se expressarem. Embora as duas últimas etapas sejam por alguns confundidas com a terapia familiar, a distinção que se faz entre a terapia de família e a medicina de família e comunidade é a de que na terapia de família o foco é mudar como a família funciona, o terapeuta dá continuidade à atenção dada às famílias encaminhadas pelo médico de família. Outro aspecto que faz esta diferenciação é a de que o terapeuta de família não cuida dos membros da família, das doenças dos integrantes da família, mas sim da família, portanto não têm vínculos anteriores com os membros da família individualmente. Ao final da terapia de família cessa o contato do terapeuta com a família, ao passo que com o médico de família este contato não se acaba, a medicina de família trabalha com o atributo da continuidade da atenção.

Silveira (2000) considera quase vinte itens que ajudam a mapear a condição de saúde da família podendo ser agrupados em: *i)* condições de habitação da família, isto é, como o espaço familiar está organizado, como seus membros se distribuem no domicílio, e a existência de espaços demarcatórios relacionados à hierarquia familiar; *ii)* condição sócio-econômica, refere-se ao poder aquisitivo da família, ao equilíbrio do orçamento, as relações entre o poder aquisitivo dos membros da família

individualmente e a posição que ocupam na hierarquia familiar; *iii*) composição e estrutura, refere-se à relação entre homens e mulheres, pirâmide da idade, tipo de família, fase do ciclo vital no qual a família se encontra e *iv*) relações interpessoais intrafamiliar e extrafamiliar, dizem respeito à qualidade dos relacionamentos internos e externos da família, às relações de poder, à distribuição e desempenho de papéis de seus membros.

A família como uma unidade prestadora de cuidados

Segundo Elsen (1994), a menção à família como prestadora de cuidados de seus membros é tema pouco explorado na literatura embora, haja alguma referência sobre o tema tais como: cuidados da família com a alimentação, higiene, vestuário, moradia e os cuidados com a saúde de seus membros; trabalhos que analisam se a condição de saúde e doença dos indivíduos é mais bem percebida pela família, uma vez que pela convivência conhece intimamente seus membros identificando, antes que outras pessoas não pertencentes ao grupo familiar, alterações que se processam em seu comportamento, que indicam alguma disfunção; ser a família um sistema particularizado de cuidados em saúde, justificado pela forma com que trata o adoecimento de seus membros assumindo a primazia sobre qualquer outro evento; e a família como primeira unidade de saúde do indivíduo e onde o primeiro cuidado acontece.

Estes pressupostos e o produto de pesquisas realizadas por Elsen (1994) também a levaram a conclusões iniciais sobre a pertinência da família como uma unidade de cuidados. A autora observou que um considerável número de problemas de doença nos membros da família são inicialmente cuidados pela família no domicílio, somente alguns destes chegam aos serviços de saúde; as famílias constroem suas próprias concepções sobre o adoecimento que são compartilhadas por outras famílias com as quais mantêm interações importantes, embora estas concepções retornem às famílias, isto é, sejam únicas da família, dada sua singularidade; as famílias constroem seus projetos terapêuticos de forma sistematizada a partir de seus referenciais teóricos que se expandem à medida que novas experiências são vivenciadas. A família é uma unidade de cuidados, mas a qualidade do cuidado prestado pelas famílias é diferente existindo famílias que cuidam melhor de seus membros, o que permite a distinção entre família saudável e família como sistema de saúde, sendo a família saudável aquela que cuida de seus membros de forma apropriada e constante.

Tais conclusões permitiram à autora novas formulações em torno da família como unidade de cuidados. A de que é preciso “*cuidar de quem cuida*” (Elsen, 1994: 72), ou seja, é preciso cuidar da família onde quer que se encontre, em casa, nos hospitais, nos ambulatórios, em espaços diversos, numa relação horizontalizada na qual os profissionais busquem auxiliá-la em suas dúvidas, valorizando sua opinião e estimulando-a para a prática do cuidado. Para que esta intervenção seja possível o profissional precisa conhecer a família, seu funcionamento, suas fragilidades e fortalezas.

5. METODOLOGIAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

Segundo Rocha et al (2002), a família foi o foco do cuidado da enfermagem profissional em sua origem, o que não se sustentou na prática pela falta de um domínio teórico sobre a mesma. Observa-se, porém, nos dias atuais a construção e a apropriação de concepções que dão sustentação ao cuidado praticado. Sob o enfoque do ciclo de vida é junto à criança que a assistência à família tem alcançado melhores êxitos independente de sua condição, se hospitalizada ou em ambulatório.

Nogueira (1977) atribui à família a responsabilidade pelo cuidado em saúde para com seus integrantes. O indivíduo se forma na família unidade estruturante da organização social, sendo importante que o mesmo seja considerado dentro do contexto em que vive e não isoladamente. Neste sentido “*a família pode ser considerada a unidade biossocial da saúde*” (Nogueira, 1977: 328). Pensando assim a autora constrói na década de 1970 uma metodologia de assistência de enfermagem à família a ser desenvolvida em quatro etapas, a saber: *i*) histórico da doença em enfermagem cujo objetivo é captar as condições sociais, psicológicas, econômicas e sanitárias das famílias; *ii*) diagnóstico de enfermagem, que se traduz em uma avaliação das necessidades e recursos que a família possui, seguido da avaliação dos resultados para a família do não atendimento destas necessidades, do grau de dependência da família para cuidar de sua saúde e da decisão de como intervir frente à situação; *iii*) plano de assistência de enfermagem, uma programação a curto, médio e longo prazo para assistir a família por meio da priorização das necessidades, da avaliação e supervisão das ações; e *iv*) assistência de enfermagem que se traduz na prestação de cuidados propriamente dito com base nas etapas anteriores. Pode-se dizer que o modelo proposto pela autora é uma adaptação ampliada da assistência de enfermagem à família e construído por Horta

(1979), na década de 1960.

Outra metodologia para assistir famílias pode ser encontrada em Wagner et al, (2001). Nesta metodologia a abordagem familiar é desenvolvida por meio das seguintes etapas: associação, avaliação, educação em saúde, facilitação e referência. Para estes autores, trabalhar com famílias potencializa a implantação da atenção primária uma vez que amplia a abordagem do indivíduo para a família.

Uma terceira metodologia a ser considerada é a de Queiróz & Egry (1988), que do campo da saúde coletiva apresentam uma metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva baseada no materialismo histórico e dialético. Nela, as autoras por meio de cinco etapas *i)* captação da realidade objetiva, *ii)* interpretação da realidade objetiva, *iii)* elaboração do plano de intervenção na realidade objetiva, *iv)* execução do plano de intervenção e *v)* reinterpretção da realidade objetiva, apresentam uma proposta de assistir o indivíduo, a família e a comunidade nas dimensões singular, particular e estrutural.

Rocha et al (2002), apresentam também uma metodologia de enfermagem construída nas seguintes etapas: *i)* histórico de enfermagem; *ii)* diagnóstico de enfermagem; *iii)* planejamento de enfermagem; *iv)* implementação; e, avaliação dos resultados. Esta metodologia prevê como etapa anterior à sua aplicação um conhecimento da família obtido por meio do APGAR da família, do genograma e do ecomapa.

Desta forma, diversos estudiosos têm se dedicado à produção do conhecimento, tendo a família ora como tema central, ora como um tema secundário. Alves et al (1996), ao analisar a saúde e a doença sob o enfoque da família chamam a atenção para o ser humano, como a única espécie que ao nascer precisa de cuidados constantes para garantir sua sobrevivência. Estes cuidados nascem no âmbito domiciliar, portanto, junto à família.

6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA ABORDAGEM COM FAMÍLIAS

Assistir famílias requer conhecimento sobre sua estrutura, dinâmica e relações. Alguns instrumentos de coleta de dados para melhor conhecimento das famílias têm sido construídos, dentre eles destacam-se o APGAR da família, o genograma e o ecomapa. Estes instrumentos têm por base as teorias sistêmicas e como tal constituem-se em um meio e não em um fim em si mesmo, sua utilização deve ter objetivos

definidos, flexíveis e processuais (Rodrigues, 2008).

O APGAR da família permite conhecer o nível de satisfação de seus integrantes, sua aplicação possibilita conhecer a funcionalidade da família. Trata-se de um instrumento de avaliação da dinâmica familiar no qual cada uma das letras refere-se a um aspecto a ser avaliado. (A) Adaptação, (P) Participação, (G) Crescimento (A) Afeição e (R) Resolução. Por meio do somatório dos três grupos de resposta “quase sempre, algumas vezes e nunca” obtém-se um resultado que permite classificar a família em graus de funcionalidade atribuindo-se os valores 7-10 para família altamente funcional, 4-6 para família moderadamente disfuncional, e 0-3 para família gravemente disfuncional (Rocha et al, 2002). A figura a seguir apresenta o instrumento para construção do APGAR que permite a avaliação da funcionalidade da família.

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMASVEZES	NUNCA
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade resolutive): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

Figura 1 – Instrumento para construção do APGAR da família sugerido pelo MS

Fonte: Extraído do Caderno de Atenção Básica nº19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006g: 169)

Mello et al (2005) apresentam o genograma e o ecomapa como importante fonte de dados para assistir as famílias. O genograma permite conhecer a estrutura familiar e sua história. Por meio de um diagrama os membros da família são apresentados identificados por figuras geométricas no qual o quadrado representa os homens e o

círculo representa as mulheres. Dentro de cada figura é registrado o nome, sexo, idade e ocupação de cada um dos membros da família. Os quadrados e os círculos são ligados por linhas verticais e horizontais indicando os laços familiares estabelecidos entre seus membros.

Burd e Baptista (2004), consideram que na construção do genograma deve-se levantar junto à família informações relacionadas aos fatores socioeconômicos tais como: i) ocupação, interação com a comunidade; ii) fatores físico-genéticos, como tendência à doenças; iii) valores religiosos, a exemplo de participação em igreja, prática religiosa; iv) fatores ambientais e genéticos, tais como habilidades artísticas, vínculos afetivos; v) valores familiares, certa unidade em torno da família tais como preferências por política, bens materiais, alimentação; e vi) experiência cultural, a exemplo de país de origem, tradições culturais. Deste modo o genograma mostrará a família em sua dinâmica interna. A figura a seguir apresenta um genograma de família com caso índice de criança com enfermidade grave.

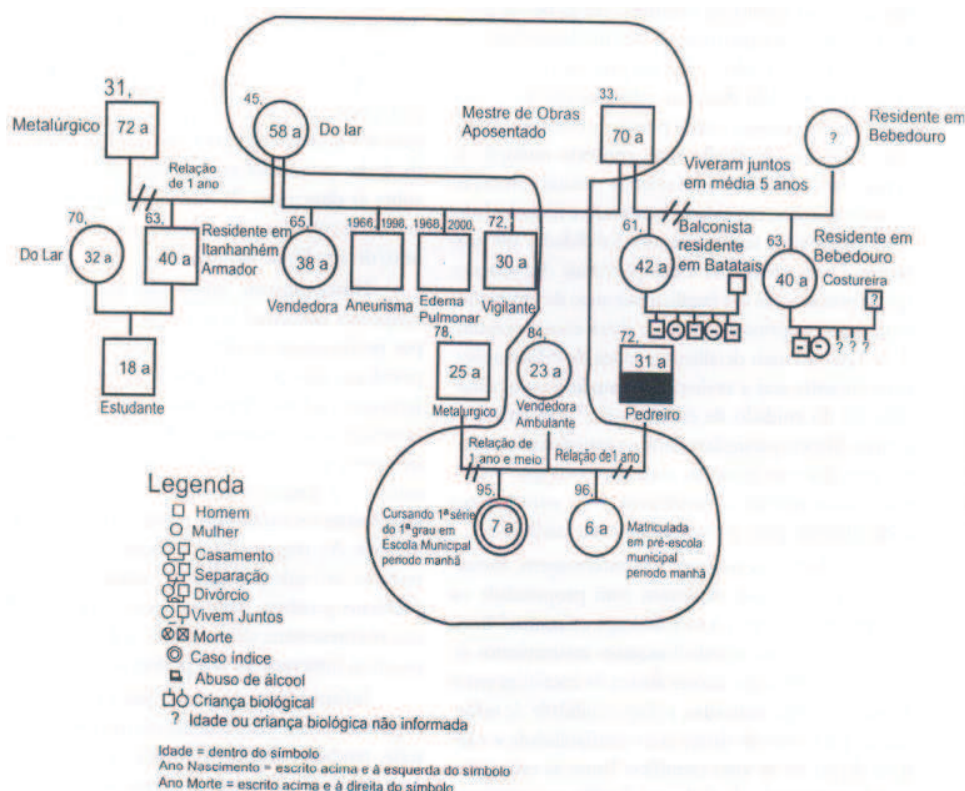


Figura 2 – Representação gráfica de Genograma (Nascimento, 2003)

Fonte: Extraído de Nascimento (2003)

O ecomapa é também apresentado por meio de um diagrama composto por círculos indicando as articulações da família com a comunidade, linhas contínuas indicando vínculos fortes, tracejadas indicando vínculos frágeis, com barras aspectos estressantes, seta indicando movimentos entre a família e os aparelhos sociais podendo esta ser em mão única ou mão dupla, e a ausência de linhas que mostra não existir ligação entre a família e um determinado aparelho social. O ecomapa permite então visualizar como a família se relaciona com a comunidade, que laços estabelece com as redes sociais – serviços de saúde, igreja, serviço social. A tomar as sugestões de Rocha et al (2002) o genograma e ecomapa devem ser trabalhados de forma integrada. O genograma deve ser posicionado no centro do ecomapa de maneira a melhor visualizar a estrutura da família que se está assistindo. Mello et al (2005: 78-79) consideram a pertinência de se utilizar estes instrumentos junto às famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

A figura 3 apresenta um ecomapa de família com caso índice de criança com enfermidade grave.

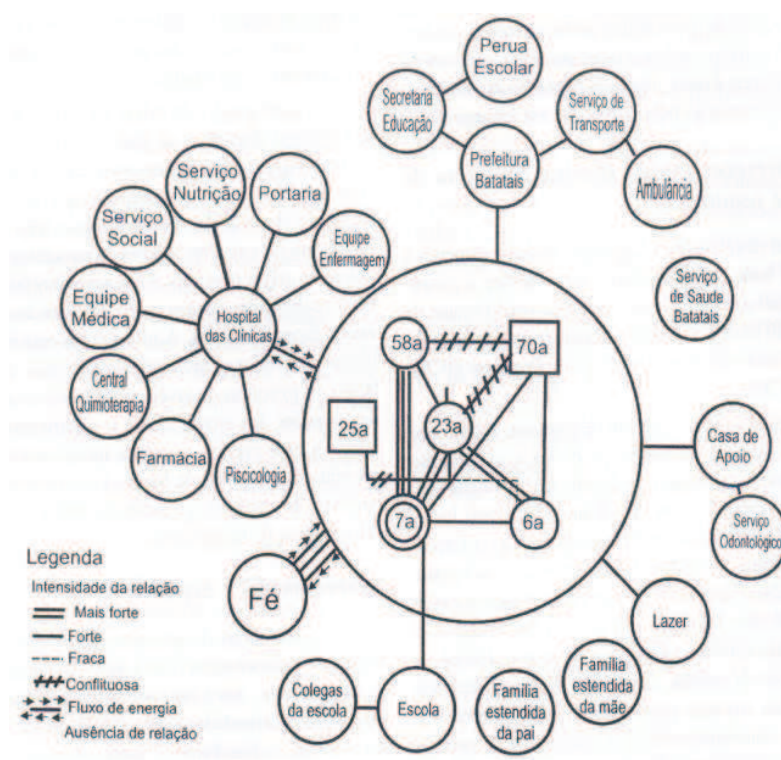


Figura 3 – Ecomapa

Fonte: Extraído de Nascimento (2003)

7. AS VÁRIAS ABORDAGENS DA FAMÍLIA NO PSF

A Estratégia Saúde da Família é tida como uma possibilidade de mudança do modelo assistencial vigente, nela a família passa a ser o foco da atenção em substituição ao modelo que privilegia o foco sobre o indivíduo dividido em órgãos, descontextualizado de seu ambiente familiar e social. Como uma nova concepção, a Estratégia enfrenta dificuldades de operacionalização sendo uma delas a compreensão do que seria família. Ribeiro (2004) em sua prática diária observou a utilização e múltiplos sentidos atribuídos à família o que a levou a se debruçar sobre o tema, apresentando como produto uma taxonomia das abordagens sobre família presentes no PSF, a partir de uma análise documental, de revisão de literatura, e de sua inserção em grupos de estudos sobre o assunto:

- i)* família/indivíduo - uma concepção muito presente nos serviços de saúde bastante perceptível junto aos programas de saúde, a família se expressa no hipertenso, na gestante, na criança. Sob outro aspecto esta taxonomia também retrata o caráter utilitário da família para os serviços de saúde ao lhe atribuir a responsabilidade de seus integrantes;
- ii)* família/domicílio - tem no ambiente/domicílio o foco da atenção, a referência para a captação dos dados estatísticos e epidemiológicos, das condições de vida e saúde;
- iii)* família/indivíduo/domicílio - entendida como uma junção das abordagens família/indivíduo e família/domicílio acrescida da presença de doença ou de uma condição específica geradora de cuidados. São exemplos desta situação o paciente portador de diabetes, a puérpera, o faltoso à vacina. A família é estimulada a estabelecer uma parceria com o sistema oficial de maneira a envolver-se no tratamento/cuidado dos indivíduos, dividindo/assumindo responsabilidades que aliviam os serviços de saúde;
- iv)* família/comunidade - a família deixa de ser uma unidade para ser um conjunto, “as famílias”, com responsabilidades de resolver os problemas de seu espaço social;
- v)* família/risco social - um grupo diferenciado de famílias que dado sua condição, em situação de exclusão social, em consequência, disfuncionais, precisam de auxílio para voltar a funcionar e,

- vi) família/família - abordagem que teoricamente tem sido buscada, a despeito de sua complexidade, teorias, dinâmica, estrutura, e do pouco acúmulo que têm os profissionais de saúde para atuar nesta perspectiva. Nesta abordagem o alvo das ações é a própria família, não mais o indivíduo nem o ambiente, nem a família é reduzida à situação de risco social. Uma vez encarada como uma unidade de cuidados a abordagem requer dos profissionais um conhecimento sobre sua funcionalidade.

Embora as diretrizes do PSF careçam de uma definição melhor sobre a concepção de família que norteia o Programa, pode-se dizer que a família/domicílio é a que mais se aproxima da Estratégia.

Para o PSF (Brasil, 1998:6) família é:

“o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados”

Moraes (2003), investigando o mesmo assunto apresenta as diferentes concepções que emergiram do discurso médico, no PSF, a saber: *i*) dimensão da consangüinidade, fundamentado no modelo biomédico que possibilita explicar a origem de doenças pela hereditariedade; *ii*) dimensão da coabitação, abordagem ampliada da dimensão consangüinidade incorporando o binômio risco/proteção às dimensões transmissão das doenças, relações interpessoais, aspectos econômicos e estilo de vida; *iii*) dimensão da unidade de cuidados à saúde na qual a família é abordada sob três enfoques: família como cuidadora, família como fonte de apoio/colaboração, e família como ambiente de cuidados; e *iv*) dimensão da família como facilitadora da relação médico e paciente, o conhecimento entre médico e família favorece a construção de vínculos entre o paciente e este profissional.

Rocha et al (2002), ao analisar tal questão consideram as diferentes formas de abordagem da família no campo da enfermagem, identificando uma relação direta entre a forma de concebê-la e o cuidado que lhe é dispensado. Assim, tem-se o indivíduo no contexto familiar, a família com o indivíduo como contexto e a família como unidade do cuidado, sendo esta última dentro de uma visão sistêmica. As autoras citam ainda quatro abordagens de família definidos por Whall: *i*) a família como ambiente *ii*) a família como um grupo de interação intersetorial, *iii*) a família como uma unidade

singular, e *iv*) a família como uma unidade em interação com o ambiente.

Embora a formulação de Rocha et al (2002) sobre a abordagem da família não esteja direcionada ao PSF, ela apresenta como a família é enfocada por profissionais, no caso enfermeiros, que atuam com crianças e famílias, considerando-se válida sua análise junto ao PSF. Desta forma as formulações de Rocha et al (2002) foram agregadas às concepções de Ribeiro (2004) e Moraes (2003), buscando-se identificar quais abordagens de família emergem no PSF de Manaus.

CAPITULO II – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA

Novaes (1990), Mendes (2002), Starfield (2002), apontam que a atenção primária à saúde teve sua origem no Reino Unido com o Relatório Dawson que em 1920 estabeleceu a organização do sistema de serviços de saúde nos seguintes níveis de complexidade: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Esta forma de estruturação pode ser entendida como ao que hoje atribuímos o sentido de regionalização, dada suas características de rede hierarquizada, com atribuições específicas para cada nível e relações entre si. Há que se considerar ainda o modelo de Medicina de Estado da Alemanha no século XIX como uma contribuição embrionária à conformação de regionalização

“... a criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber. É assim que um projeto adotado pela Prússia no começo do século XIX implica uma pirâmide de médicos de distrito que tem a responsabilidade de uma população entre seis e dez mil habitantes, até os oficiais médicos, responsáveis por uma região muito maior e uma população entre trinta e cinco e cinqüenta mil habitantes. Aparece, neste momento, o médico como administrador de saúde” (Foucault, 1979:84).

De forma mais estruturada observa-se também em Paris no final do mesmo século, 1892, onde no campo da assistência à criança se organiza um serviço de saúde com características de atenção primária. Tem-se outra experiência da mesma natureza no início do século XX por volta de 1910, nos Estados Unidos, a partir dos “Centros Comunitários de Saúde” que guardam uma estreita relação com os pressupostos deste tipo de atenção (Aleixo, 2002). Experiência que veio a ser abalada pelo Relatório Flexner, segundo Novaes (1990) em razão dos pressupostos mecanicista, biologicista, individualista e especialista serem incompatíveis com a proposta da atenção primária.

A Atenção Primária à Saúde foi difundida mundialmente, resultante da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata (URSS). Nesta Declaração foi definida como:

“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas, e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade o país possa manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central, e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem um primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Brasil, 2001d: 16).

Em 1979 todos os países membros da OMS foram instados pela Assembléia Mundial de Saúde a adotar estratégias para alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000” tendo em 1980 o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde aprovado esta meta para as Américas. As propostas de atenção primária à saúde para os países industrializados constituíram objeto superado em grande parte. Situação diferente para os países em desenvolvimento, o que gerou um descompasso na sua concepção e implementação. Os diferentes contextos nos qual esta meta se inscreve vão justificar as concepções que emergem em torno da atenção primária a saúde (Mendes 2002; Starfield 2002).

Segundo Aleixo (2002), a OMS realizou e publicou três avaliações sobre a APS e a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, concluindo como alguns dos entraves ao desenvolvimento pleno da APS a situação de dependência financeira dos países latino-americanos, o ajuste econômico imposto que resultou em recessão, desemprego, cortes nos investimentos na educação e na saúde com severas repercussões ao monitoramento e avaliação da APS. As avaliações mostram segundo o autor, o empenho dos países em avançar na perspectiva da APS o que pode ser constatado pelas reformas em que quase todos os países latino-americanos procederam nos seus sistemas de saúde, a iniciativa de qualificação dos profissionais para atuar na estratégia e as reformas curriculares que buscaram contemplar a filosofia da proposta. Persistiam, no entanto dificuldades como a distribuição assimétrica dos profissionais nos espaços geográficos, cristalizadas na resistência quanto à interiorização destes profissionais, o que pode ser justificado por baixos incentivos em razão da crise econômica, o que também afeta a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico.

Especificamente na terceira avaliação, segundo (Aleixo, 2002), os relatórios

apontaram que a situação de dependência financeira agravou-se na década de 1980 acentuando-se a pobreza na América Latina e no Caribe. Alguns avanços foram referidos tais como, controle social, altas taxas de cobertura vacinal, melhorias na esperança de vida ao nascer, queda nas taxas de mortalidade infantil e por doenças transmissíveis. Persistiam ainda dificuldades na distribuição geográfica dos profissionais, na formação e qualificação destes em razão do distanciamento das instituições formadoras e do setor de saúde, em parte pelo desconhecimento deste último de suas reais necessidades na alocação desses profissionais. Mesmo assim os relatórios indicaram que a América continuava mantendo o interesse em relação à APS, assim como perseguindo a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, como algo que continuaria sendo buscado.

1. REVITALIZAÇÃO DA APS NAS AMÉRICAS

As avaliações procedidas pela OMS no campo da Atenção Primária em Saúde, tomando como base os diferentes contextos de sua implantação e as mudanças produzidas no cenário mundial, geraram por parte deste organismo, em 2005 (OPAS/OMS, 2005), um movimento pela renovação da APS nas Américas. Citam-se: i) as mudanças ocorridas no cenário epidemiológico; ii) as fragilidades da APS pelos pontos inconsistentes e divergentes de sua abordagem; iii) o potencial das experiências inovadoras neste campo; iv) o reconhecimento das possibilidades da APS em fortalecer as sociedades diminuindo a falta de equidade na área da saúde; v) o compromisso em melhorar a vida de todas as pessoas do planeta no século XXI; e, vi) ser uma estratégia importante para atender os pressupostos da Declaração do Milênio, na perspectiva de obter um melhor nível de saúde possível, para todos (OPAS/OMS 2005).

Os pressupostos que deram sustentação ao movimento segundo a OPAS/OMS (2005) são: 1) os sistemas de saúde devem ser construídos com base na atenção primária em saúde, uma vez que esta é a melhor forma de garantir a equidade e a sustentabilidade em saúde nas Américas; 2) o foco na saúde como direito deve ter na atenção primária seu eixo estruturante, em torno do qual organiza e opera os sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que eleva ao máximo a equidade e a solidariedade.

A APS continua tendo a Declaração de Alma Ata como seu referencial, apoiada por outros documentos dentre eles a Carta de Ljubljana para a Reforma da Saúde adotada pela União Européia em 1996. Esta Carta considera que os sistemas de saúde

devam pautar-se em pressupostos filosóficos em princípios e nos elementos estruturais e funcionais.

Os pressupostos filosóficos considerados como valores referem-se à dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional. Os princípios ligam os aspectos filosóficos à ação e dele fazem parte a legislação pertinente, os critérios de avaliação, a sustentabilidade, a participação popular e a intersetorialidade. Os elementos estruturais e funcionais são os mecanismos que dão sustentação/base e pelos quais a APS é realizada ou funciona, são eles: primeiro atendimento, recursos humanos apropriados, recursos adequados e sustentáveis, ações intersetoriais, cobertura e acesso universal, atenção abrangente e integrada, ênfase na promoção e prevenção, atenção apropriada baseada na família e na comunidade, mecanismo de participação ativa, organização e gerenciamento otimizados. A proposta de Renovação da APS da OPAS/OMS (2005), no entanto, não se constitui em uma proposta fechada e tem como princípio considerar os diferentes contextos. Desta forma, implementar a renovação da APS nas Américas é entendida pela OMS (2005), como uma experiência particular de cada país.

2. CONCEPÇÕES DE APS

Segundo o documento a OPAS/OMS (2005), existe no mundo grande variedade de concepções sobre APS que se reproduz nas Américas, justificada pelos diferentes contextos locais, a despeito de algumas características em comum.

Apesar da complexidade do tema, o documento da OPAS/OMS (2005), reuniu as concepções de APS sob quatro abordagens, reconhecendo que o seu desenvolvimento se dá de forma diferenciada entre os países, e dentro da própria região das Américas, são elas: *i) atenção primária seletiva* entendida como um programa específico para populações e regiões pobres, para as quais se destinam baixos investimentos, a assistência é feita por profissionais de baixa qualificação e não existe referência para níveis mais complexos do sistema *ii) atenção primária como o primeiro nível da assistência*, caracterizada pela forma de organizar a porta de entrada do sistema de maneira que os serviços sejam os mais resolutivos possíveis, sobre os problemas mais comuns de saúde e minimizando custos, *iii) atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do sistema de serviço de saúde*, tratando-se de uma forma de reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para atender as demandas, necessidades e representações da população; constitui-se, portanto, em uma estratégia

para organização de todo o sistema de saúde podendo, pela sua amplitude, acomodar as outras duas concepções e iv), *atenção primária à saúde como um assunto de direitos humanos*, na qual a saúde é tida como um direito humano e nesta perspectiva não se restringe ao seu próprio campo, pois há que se considerar os aspectos políticos econômicos e sociais em sua determinação. A APS é tida então como uma filosofia que atravessa o campo social e de saúde (Mendes 2002; Vuori apud Starfield 2002; OPAS/OMS 2005).

Starfield (2002), discorrendo sobre os resultados positivos da APS apresenta um estudo comparativo, entre onze países, sobre sistemas de serviços de saúde realizado em 1994, cujos resultados apontaram a superioridade dos sistemas de serviços organizados pela atenção primária, sendo uma atenção primária resolutive aquela que contempla os atributos essenciais anteriormente mencionados, superior ao modelo convencional. A autora propõe uma abordagem para a atenção primária à saúde que tem se constituído em uma referência internacional. É composta por três grupos de atributos, classificados em i) *atributos essenciais*, ii) *os atributos essenciais, mas não exclusivos* e, iii) *os atributos derivativos*, conforme o quadro seguir.

Quadro 1 - Atributos da Atenção Primária em Saúde segundo Bárbara Starfield

Atributos essenciais	
Primeiro contato	Renovação do contato a cada comparecimento da população ao serviço tem relação direta com acessibilidade. Esta é uma premissa que só o usuário será capaz de dizer se está presente naquele serviço ou não. Ela poderá ser medida através da avaliação da acessibilidade que é um elemento estrutural, e da utilização que é um elemento processual.
Longitudinalidade	Está relacionada com a interação entre serviço e população, uma espécie de fidelidade no qual o serviço é responsável pela população e a acompanha por um longo espaço de tempo, indefinido, e a população mantém aquele serviço como sua referência.
Integralidade	Refere-se à capacidade do serviço de saúde em prover a população de toda a assistência que ela necessita, mesmo que não disponha de todos os serviços. Para tanto deverá encaminhar a população para as unidades de referência. A integralidade pressupõe também o grau de competência dos serviços em identificar a natureza dos problemas que recebe, sejam eles, funcionais, orgânicos ou sociais.
Coordenação da Atenção	Pressupõe continuidade. Uma vez encaminhado a outro serviço, o vínculo do paciente com a unidade de origem deve permanecer, os registros garantidos, e a comunicação entre profissionais de níveis de atenção diferentes deve constituir-se em uma rotina, garantindo assim a referência e a contra-referência.
Atributos essenciais, mas não exclusivos	
Formato do prontuário médico ou registro de paciente	Atualização constante dos registros sobre os problemas de saúde, devendo, portanto, ter-se uma listagem na quais os problemas resolvidos são excluídos dando lugar aos que vão naturalmente surgindo. A fonte de dados para tal é o prontuário do paciente.
Continuidade da atenção	Permanência do atendimento ao paciente pelo mesmo profissional, sendo este dado obtido por procedimento estatístico simples.
Comunicação profissional paciente	Relação profissional de saúde e paciente tanto no que se refere ao componente técnico como no componente político da assistência. Desta forma, os procedimentos técnicos dispensados e a forma como o profissional encara o paciente, como sujeito ou objeto das ações, são passíveis de análise.
Qualidade clínica da atenção	Resolutividade da assistência, exigência de competência técnica do profissional para identificar de forma ampliada os problemas de saúde que se apresentam.
Proteção dos pacientes	Visão ampliada dos determinantes do processo saúde–doença. O conhecimento profundo do profissional sobre esta questão contribui para prover os meios com vistas à manutenção da saúde. Incluem-se as condições de trabalho e vida da população sob seus cuidados.
Atributos derivativos	
Centrado na família	Conhecimento que o serviço deve possuir sobre membros da família, seus problemas de saúde e sobre a família em si, como foco de atenção.
Competência cultural	Sensibilidade do serviço em reconhecer as diferenças entre as populações a partir de suas origens, crenças, etnias, raças, valores e cultura, no atendimento às suas necessidades.
Orientado para a comunidade	Entendimento das necessidades da população presentes no contexto social em que estão inseridas e que, portanto, os profissionais de saúde precisam conhecer.

Fonte: Starfield (2002)

O atributo derivativo centrado na família constitui-se no modelo de APS do

sistema de saúde brasileiro como proposta de reorganização da AB que reorientará o modelo de atenção à saúde. Os estudos realizados por Starfield (1994), que compararam o desempenho dos sistemas de saúde de onze países e concluíram pela supremacia dos sistemas de saúde que adotam a APS como orientadora destes sistemas também concluíram pela supremacia do modelo de APS que adota a família como foco da atenção. Senna e Antunes (2001) destacam a necessidade da abordagem familiar no PSF sob dois aspectos: permite a compreensão da situação-problema que gerou a procura pela UBSF, e possibilita a adoção de estratégias de promoção à saúde no contexto comunitário.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

Segundo Mendes (2002), o desenvolvimento da APS no Brasil deu-se em cinco estágios de expansão: o primeiro estágio com a criação do SESP nos anos de 1940, instalando-se em áreas de interesse econômico e de difícil acesso. O segundo estágio ocorreu com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado no Nordeste, expandindo-se para as demais regiões e, desta forma, constituiu-se em um amplo programa de medicina simplificada com um vertiginoso crescimento de unidades básicas de saúde pelo país. O terceiro estágio deu-se na década de 1980 gerado pela crise da Previdência Social, resultando daí a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Este programa implicou no repasse de recursos da Previdência Social para as Secretarias Estaduais e Municipais, introduzindo-se uma cultura da atenção médica do INAMPS, e por força de convênio firmado, as unidades básicas passaram a prestar atenção médica à clientela previdenciária. O quarto estágio deu-se com o processo de municipalização no qual as unidades básicas de saúde da rede estadual foram transferidas para a gestão municipal. Impulsionados pelos princípios filosóficos e organizacionais do SUS, estas unidades cresceram em quantidade e qualidade o que teria deslocado o foco de atenção primária seletiva para uma visão de atenção primária centrada na integralidade das ações e dos serviços de saúde.

Paralelamente, nos anos 1980 a 1990 várias propostas alternativas para reorganização da atenção primária foram implementadas, das quais o autor destaca: a Medicina Geral e Comunitária em 1983 na cidade de Porto Alegre, a Ação Programática em Saúde nos anos 1980 em São Paulo, o Programa Médico da Família em 1992, em Niterói, a proposta em Defesa da Vida em Campinas. Embora estes modelos não

tenham se consolidado como uma política de Estado, Mendes (2002) considera inegável sua contribuição do ponto de vista científico, tecnológico e do acúmulo de experiências, que propiciaram ao quarto estágio de desenvolvimento da APS no Brasil.

O quinto estágio da APS deu-se com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) a partir da experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários. O PSF emerge como uma necessidade de ampliar-se o foco da atenção primária seletiva, presente no PACS, para aproximá-la aos princípios do SUS. Apesar das influências significativas de Cuba, Canadá, e Inglaterra, Mendes (2002) considera muito particular ao Brasil seu processo de implantação, o que é perfeitamente compreensível, uma vez que as experiências de outros países podem contribuir para discussões e amadurecimento de determinada ação, mas não podem ser reproduzidas em função das diferenças históricas, institucionais, políticas e sociais inerentes a cada país (Giovanella, 2006).

No Brasil, o modelo de atenção primária à saúde em construção é o da Saúde da Família. Implantado como Programa, hoje tido como uma estratégia de reordenação do sistema de saúde. Neste trabalho as expressões Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família estão utilizadas como sinônimos.

4. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família emergiu de uma reunião entre os técnicos do Ministério da Saúde e os secretários municipais de saúde em dezembro de 1993, na qual reconheceram as experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários, criado em 1991, nas regiões norte e nordeste, mais precisamente no Estado do Ceará. O PSF oficializa-se assim, em 1994, sob os auspícios do Ministério da Saúde - MS como programa, no entanto, ganha expressão nacional somente em 1995 (Andrade, 1998; Viana e Dal Poz 1998; Mendes 2002).

Neste contexto, outros fatores culminaram com a implantação do PSF, a saber: a necessidade de um novo olhar sobre a atenção básica à saúde em razão da baixa resolutividade apresentada em diversas regiões do país; os esforços envidados na estruturação dos serviços de saúde a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, que geraram baixo impacto no modelo assistencial vigente; e, a necessidade de reformas do setor saúde na década de 90. O PSF foi concebido então pelo MS como uma transformação do modelo de atenção à saúde, configurando-se em uma importante

inovação programática (Senna, 2002).

Embora criado inicialmente como um programa e tendo passado por condições desfavoráveis nas áreas de financiamento, de recursos humanos qualificados, e com a responsabilidade de produzir mudanças, o PSF conseguiu agregar profissionais da academia, do serviço e de outras instâncias, o que lhe trouxe grandes contribuições no processo de implantação.

Na condição de estratégia estruturante dos serviços municipais de saúde, o PSF possui características que podem ser relacionadas a componentes técnicos, políticos e, sobretudo comportamentais, como: i) organização dos serviços e ações de saúde, o que lhe imprime outra lógica, do ponto de vista da racionalidade na hierarquização dos serviços e dos resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde; ii) adscrição da clientela em um território definido, o que possibilita um vínculo da população com as unidades básicas de saúde; iii) a mudança de enfoque da assistência e da doença para a promoção da saúde; iv) a intersetorialidade, pela compreensão da saúde em um contexto ampliado; v) e a participação da população, que reconhece e valoriza as potencialidades das pessoas em suas microáreas, entendendo a população como sujeito e não como objeto das ações de saúde (Souza, 2002; Trad & Bastos, 1998).

Em sua formulação, o PSF tem como objetivos contribuir para a reorientação do modelo assistencial, prestar assistência domiciliar e na unidade de saúde, desenvolver ações intersetoriais, criar vínculos entre os profissionais de saúde e a população, ter a família como foco da assistência, responsabilizar-se por grupos populacionais definidos, contribuir para socialização do conhecimento do processo saúde/doença, instrumentalizar a população para o efetivo controle social e tornar visível o direito à saúde (Brasil, 1997).

Com esta configuração, o PSF tem como proposta trabalhar com o princípio da Vigilância à Saúde. Isto o remete a uma nova lógica de concepção e prática de saúde, diferente das adotadas anteriormente pelo Modelo Médico Assistencial Privatista e Modelo Assistencial Sanitarista. O primeiro, que por atender apenas aos indivíduos que procuram assistência à saúde desconhece as reais necessidades de saúde da população, é essencialmente curativo, vê o paciente de forma fragmentada sem se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população. O segundo, que por ter uma atuação restrita a campanhas e programas de saúde, a exemplo do primeiro modelo, não reconhece os reais problemas de saúde da população (Paim, 1999).

Ademais, o PSF apresenta também uma possibilidade de tornar concretos os princípios constitucionais no que se refere à universalidade, integralidade e participação da população num movimento de reorientação do sistema de saúde por meio da atenção básica (Brasil, 1997; Souza, 2003).

Embora não se tenha uniformidade quanto às modalidades de Saúde da Família (Escorel et al, 2007), existe uma diretriz nacional que serve de parâmetro para que o Ministério da Saúde reconheça o Programa como tal. São, portanto, comuns a todos os PSF as seguintes diretrizes: ter a família como foco da atenção à saúde, trabalhar com a territorialidade, adscrição da clientela, ter equipes de saúde da família compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Para sua operacionalização, o PSF conta com equipes de saúde da família, formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde podendo estas equipes ser ampliadas de acordo com as necessidades da área onde estão inseridas (Brasil, 1997).

Ao privilegiar a família como foco da atenção, estas equipes têm entre as suas responsabilidades, a prestação de cuidados na unidade e no domicílio de forma integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade de modo a atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Neste sentido, as equipes deverão *“conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas”* (Brasil, 1997: 14).

O Programa de Saúde da Família de Manaus¹

Em Manaus, o Programa de Saúde da Família foi implantado como Programa Médico da Família em primeiro de março de 1999 na zona leste da cidade, expandindo-se nos meses subsequentes para as zonas norte, oeste e centro-oeste, sul e centro-sul. A exemplo das demais cidades seguindo uma tendência nacional o Programa instalou-se a princípio em áreas onde não existiam serviços de saúde ou o acesso era difícil, nas áreas consideradas de alto risco sanitário e naquelas em franco processo de expansão com populações de baixo poder aquisitivo. Para implantação do Programa foram construídas unidades de saúde denominadas “Casas de Saúde” em estruturas pré-moldadas de 37m²

¹ Parte deste texto encontra-se no artigo Extensão de cobertura ou reorganização da atenção básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM de autoria de Silva NC, Garnelo L, Giovanella L, aprovado para publicação na revista Saúde e Sociedade.

concebidas como um apoio para as atividades da equipe, uma vez que a ênfase era a do trabalho junto à população.

A trajetória legal percorrida pelo PSF reflete o cenário político e organizacional, palco de sua implantação. Aprovado em reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Manaus em 29/04/1998 por meio da resolução 006/98-CMS/MAO (CMS, 1998), e pela Lei Municipal nº 470 de 21/01/1999 (Manaus, 1999), sua implantação só se deu um ano após sua aprovação e não mais dentro da proposta do MS, mas sim por iniciativa do prefeito. A resistência em ter o programa dentro das diretrizes nacionais deu-se em razão do gestor municipal considerar pouco representativos os incentivos financeiros do MS frente às exigências apresentadas (Escorel et al, 2002).

Em 03 de maio de 2000 o PSF foi renomeado para Programa Médico da Família por meio da Lei Municipal nº 531 (Manaus, 2000), à revelia do Conselho Municipal de Saúde. Embora esta mudança tenha ocorrido um ano após a sua aprovação como PSF, a Lei Municipal nº 470 em seu artigo VII letra b já o nominava como Programa Médico da Família. A bem da verdade, o projeto aprovado pelo CMS com cinco equipes reconhecidas pelo MS foi engavetado e o gestor municipal criou um novo projeto, o PMF, que foi aprovado pela Lei Municipal nº 470 (Manaus, 1999). Em 06/04/2001 por meio da Portaria nº 484/GM, do Ministério da Saúde (MS, 2001a), o Programa foi reconhecido como projeto por não contar com o enfermeiro em sua equipe. Em 4 de setembro de 2001 por meio da Portaria GM/MS 1.535 (MS, 2001b) o Programa foi qualificado como PSF, passando a partir desta data a incorporar o enfermeiro na equipe e a receber os incentivos financeiros do PAB variável. A necessidade de um melhor relacionamento da Secretaria de Saúde com o MS teve um peso maior que o repasse financeiro para a substituição de PMF para PSF (Escorel et al, 2002). Desta forma a conversão do Programa deu-se de PMF para PSF.

Todo este processo trouxe grandes repercussões ao Programa que perduram até os dias atuais e constituem-se em verdadeiros obstáculos à integração do mesmo com a rede básica. Ao ficar vinculado diretamente ao gabinete do prefeito, o PMF estruturou-se como um organismo paralelo à secretaria municipal de saúde, com uma coordenação sediada em espaço físico próprio, com orçamento próprio, supervisão própria, salários diferenciados dos médicos em relação aos que atuavam nas unidades tradicionais, tratamento diferenciado por parte do gestor local para os profissionais integrantes das equipes, em particular para os médicos. Aliado a estas questões a baixa resolutividade

das Casas de Saúde atribuída pelos profissionais das UBS e o aumento da demanda para os centros de saúde e demais níveis, gerados pelos encaminhamentos suscitaram sentimentos de aversão ao Programa nos profissionais das UBS tradicionais, penalizando a população que busca nestes serviços a continuidade da assistência.

A referência do PSF de Manaus é a experiência cubana e o modelo Médico da Família de Niterói, tendo este último assessorado em sua implantação e realizado as primeiras capacitações dos profissionais integrantes das equipes (Escorel, 2002; Santos, 2002). Ainda no processo de implantação foram realizadas visitas pelo prefeito e pelos médicos do programa a Cuba para conhecer de perto o modelo cubano sendo absorvidas algumas experiências daquele país para aperfeiçoar o programa local.

Por ocasião da implantação do Programa foi criada uma coordenação geral, vinte e cinco equipes básicas de saúde, e três equipes de apoio técnico, também denominadas de equipes de supervisão. As equipes básicas de saúde foram constituídas por um médico, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. A inclusão do enfermeiro na equipe possibilitou a conversão do modelo de PMF para PSF. As equipes de supervisão foram compostas por um médico clínico geral, um ginecologista e obstetra, um pediatra, dois enfermeiros e um assistente social. Acrescidos a esta estrutura o Programa dispunha de uma unidade móvel oftalmológica com três oftalmologistas e uma unidade móvel odontológica com seis odontólogos (SEMSA, 1999). Em março de 2000, a SEMSA implantou os Centros de Referência do PMF.

A implantação do Programa deu-se com a instalação das casas de saúde inauguradas, em média três por semana, construindo-se 160 casas para 165 equipes de saúde desde a implantação do programa em março de 1998 até o final do exercício de 2000 (SEMSA, 2000). Neste processo de implantação, Santos (2002) considera que a construção das casas prevaleceu sobre outras ações de igual importância tais como a gestão de pessoas, de materiais, a manutenção e apoio logístico. Agregue-se a isto a ausência de um acompanhamento técnico no ritmo das inaugurações das casas para fazer frente aos indicadores epidemiológicos locais e a gestão estratégica.

Os documentos de criação do Programa mostram que seu objetivo inicial foi de estender a cobertura da atenção em saúde por meio das ações básicas tendo a família como alvo das ações (SEMSA, 1998). Para tanto o programa se propunha a desenvolver uma assistência integral, resolutiva e de qualidade, tomar a família como foco da atenção, estreitar os vínculos com a população no sentido de garantir um atendimento

humanizado, buscar a intersetorialidade, contribuir para o processo de construção da cidadania, qualificar os profissionais para esta nova forma de atuação, otimizar o sistema de informação, criar via de mão dupla entre os profissionais das UBSF e os profissionais das UBS, garantir a participação da população junto ao programa e criar condições administrativas para a viabilização da estratégia. Além das atividades de saúde estava previsto que as ESF realizassem atividades sociais com vistas a atender as famílias na sua integralidade e garantir o exercício da cidadania. Foram elencadas as seguintes ações a serem desenvolvidas tanto nas casas de saúde como nos domicílios: consulta médica, coleta para exame colpocitológico, vacinação, curativo, atividades educativas para grupos prioritários.

A Casa de Saúde tem uma estrutura física padronizada medindo 36,8 metros quadrados, pré-moldadas, compostas por quatro cômodos compartilhados: *i)* recepção, arquivo e nebulização, *ii)* consultório médico/enfermagem e sala de procedimentos, *iii)* farmácia, sala de preparo de material e copa e, *iv)* um banheiro. Em razão desta estrutura física algumas ações previstas para serem desenvolvidas nas Casas de Saúde não chegaram a ser realizadas ou o são de forma precária, a exemplo da vacinação que não é realizada na rotina, mas sim em ocasiões pontuais pela ausência da rede de frio na UBSF, o exame colpocitológico realizado em apenas três UBSF pela falta de infraestrutura, curativos, por não se dispor dos equipamentos necessários para esterilização de material. Outra dificuldade é a falta de privacidade da população usuária no momento dos procedimentos na UBS em razão da estrutura física interna da casa favorecer a propagação do som.

Embora o município de Manaus tenha sido habilitado pela primeira vez em 1998 de acordo com a NOB-01/96 (Brasil, 1996), e em 2001 na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada de acordo com a NOAS 01/2001 (Brasil, 2001e) o Estado não repassou as UBS inviabilizando o município de assumir a gestão municipal da AB por completo. O processo de transferência iniciou-se somente a partir de 2004 após a abertura de um processo jurídico-administrativo. Das 23 UBS que estavam sob a gestão estadual 21 foram repassadas em 2004 e duas foram transformadas em unidades de maior complexidade de atenção. Ainda assim o Estado desenvolve ações no campo da atenção básica, exemplo disto são os Centros de Atendimento Integral à Criança (CAIC), que até o momento ainda estão sob sua gerência.

Dados de duas pesquisas realizadas nos anos de 2002 e 2006, junto ao programa, no sentido de traçar uma linha de base para possibilitar avaliações futuras indicam as fortalezas e fragilidades do mesmo. O caráter substitutivo, a territorialização, o planejamento situacional com base na comunidade, a participação popular e o controle social categorias previstas nos princípios específicos do PSF possibilitaram a partir de sua análise perceber o estágio de implantação do programa (Escorel et al, 2002; Mendonça et al, 2006) ².

Segundo Escorel et al (2002), a conversão do modelo tradicional não foi prevista no momento da concepção do projeto de implantação da Estratégia Saúde da Família, situação que perdura. Até o momento, nenhuma UBS foi substituída. Atualmente duas ESF de saúde da família estão funcionando dentro de unidades tradicionais, uma transferida, devido à sua instalação prévia em área violenta que culminou com um acidente por arma de fogo fazendo vítima um usuário, e a outra devido à localização prévia em área desapropriada pela prefeitura para execução do Programa de Saneamento dos Igarapés de Manaus-PROSAMIM. Embora as unidades tradicionais possuam uma boa estrutura física, grande parte das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) estão acomodadas em espaço físico inadequado, longe do que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica.

Um dos aspectos importante, mas não suficiente para a conversão do modelo é a cobertura populacional alcançada. A Tabela 2 mostra a cobertura alcançada pelo PSF no período de 1999 a 2009 (MS, 2009). Embora a implantação do mesmo em Manaus tenha ocorrido em 1999 e em 2001 e o programa contasse com 171 equipes multiprofissionais atuando (Tabela 2), não houve incremento do número de equipes nos anos subseqüentes, ao passo que o crescimento demográfico em Manaus atingiu uma média de 3,73% ao ano, no período de 2000 a 2007 com estimativa de crescimento para 2008 e 2009 de 2,28% a.a (IBGE, 2009) ³. A baixa capacidade instalada gerou uma defasagem entre a população cadastrada no PSF, ou seja, aquela cuja responsabilidade sanitária é formalmente reconhecida pela rede PSF e aqueles efetivamente atendidos,

² Em 2002 foi realizada a Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Por meio de estudo de caso buscou-se analisar as facilidades e os entraves da estratégia Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, sendo Manaus um destes casos. Em 2006 foram realizados os Estudos de Linha de Base nos Municípios selecionados para o componente III do Proesf Lote Norte 1. Manaus foi um dos cinco municípios selecionados neste lote.

³ Informação disponível em www.ibge.gov.br, acessado em 12/09/2009.

cujo número ultrapassa a capacidade instalada das unidades e para os quais não existe uma efetiva programação de metas e provisão de insumos.

O sistema também conviveu com a carência de profissionais qualificados para atuar no PSF. O gestor entrevistado, na pesquisa de 2006, informou que não foi possível abrir vagas em concurso público, realizado no período, para profissionais do PSF, devido à insuficiência de especialistas em saúde da família com habilitação para formar um quadro permanente no órgão. Persistiu, portanto, a precarização da força de trabalho, contratada mediante regime temporário de trabalho.

Tabela 2 – Cobertura do PMF/PSF Manaus, no período de 1999 a 2009

Ano	*1999	*2000	*2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº	106	166	171	82	173	173	173	125	150	167	167
Equipes				a				a	a	a	
				150				180	180	177	
Cobertura	33,27	45,84	46,88	19,48	35,64	39,08	39,08	26,16	30,58	34,05	33,71
%				a	a	a		a	a	a	
				35,40	40,63	40,09		40,66	36,70	36,09	

Fontes: Escorel e col, 2002; Mendonça e col, 2006.

MS, 2009 (disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php)

*Secretaria Municipal de Saúde: Relatório de Gestão 1997-2000 Manaus-AM⁴

A tabela 2 mostra que a cobertura do programa oscila significativamente no decorrer dos anos, mas mantendo uma tendência de declínio. Apesar da acelerada expansão inicial de cobertura, com implantação de grande número de equipes no período de 1999 a 2001, em Manaus o PSF nunca atingiu 50% de cobertura da população-alvo, mantendo-se a tendência de declínio nos anos recentes. Numa série histórica de 1998 a 2001, observou-se que o programa contribuiu significativamente para o crescimento da rede ambulatorial da cidade, que saltou de 273 unidades para 437. Em 2001 o número de USF correspondia a 44,6% da rede ambulatorial do SUS sob a gestão municipal (Escorel et al, 2002). Destaque-se que os dados brutos de cobertura escondem as oscilações geradas pela alta rotatividade de profissionais. Ao longo do período analisado foram poucos os momentos em que as unidades dispuseram de “equipe cheia”, ou seja, que contavam com a totalidade de integrantes previstos nas normas do programa.

⁴ O Relatório de Gestão do período 1997-2000 indica apenas a inauguração de 86 Casas de Saúde

Para avaliar a institucionalização da Estratégia de Saúde da Família no país, Mendes (2002) propôs uma escala de quatro estágios: i) Transição inicial – cobertura 10 a 25% e instabilidade institucional; ii) Transição intermediária – cobertura 25 a 50% e baixa institucionalidade; iii) Transição terminal – cobertura 50 a 70% e institucionalização nos serviços de saúde (posição da APS na rede de serviços), nos espaços educacional (formação dos profissionais), corporativo (organização dos profissionais de APS) e de representação populacional (saúde da família como valor societal); iv) Momento de consolidação – cobertura maior de 70% e institucionalização nos cinco espaços ainda que de forma assimétrica (Mendes, 2002).

Se tomarmos em consideração os critérios estabelecidos por Mendes (2002) para definir o grau de implantação do PSF em Manaus, é possível enquadrá-lo em *momento de transição intermediária* situando-se na faixa de cobertura de 25 a 50%, com baixa institucionalização, situando-se ainda distante da consolidação.

Nesta mesma ordem de questões, um entrave de grandes proporções ao PSF em Manaus, é a não-implantação de sistema de referência e contra-referência, mesmo após sete anos de existência do programa. O mesmo problema já foi identificado em outros locais, nos quais se observou que a implantação da Estratégia Saúde da Família gerou incremento de demanda para os níveis de maior complexidade, que não se organizaram para incorporar a pressão de demanda produzida pela expansão da cobertura do nível primário, gerando filas de espera pelo atendimento (Teixeira 2003; 2004). Além disso, tal como em outras realidades (Franco e Merhy, 2003), os gestores e gerentes entrevistados reconheceram que a falta de atendimento de urgência nas USF acarreta baixa credibilidade de uma estratégia como a da Saúde da Família.

Os três primeiros anos do PSF em Manaus foram marcados pela valorização de ações de educação em saúde nos domicílios, passando posteriormente para uma prioridade da assistência fornecida no interior das unidades, parcialmente voltada para a demanda programada, tipo atenção programática. Nessas circunstâncias, a baixa resolutividade das USF levava os ACS a encaminhar a demanda espontânea e/ou em situações de emergência para outros serviços, gerando forte insatisfação entre profissionais e usuários, que não viam vantagem na vinculação a uma UBSF (Mendonça et al, 2006).

As pesquisas mostraram que o sistema de referência do PSF tem-se mantido frágil sendo inexistente dentro da própria rede municipal. Na rede estadual tanto na

atenção básica quanto na área hospitalar a situação é a mesma. As razões para esta situação podem ser explicadas pela maneira como se deu o processo de implantação da estratégia.

A integralidade da atenção não se constituiu em uma prioridade do PSF tampouco a integração das USF em sua área de abrangência com os organismos locais não foi expressiva no período (Mendonça et al, 2006).

O estabelecimento de vínculo entre a população e os serviços de saúde, a exemplo da integralidade, é parte da imagem-objetivo do PSF. O primeiro requisito para o estabelecimento de vínculo é o conhecimento entre as pessoas. Segundo Escorel et al (2002), 95% das pessoas conheciam o profissional que lhe assistiu a este mesmo percentual considerou-o atencioso; 90% das pessoas informaram que alguém da família já foi assistido por algum profissional da ESF tendo o ACS se destacado tanto por ser conhecido, como por conhecer bem os problemas de saúde das famílias e por manter um bom relacionamento com as famílias sob seus cuidados.

A implantação dos distritos sanitários em Manaus com sua respectiva territorialização iniciou apenas em 2005, ainda que tivessem sido criados em março de 2001, por meio da Lei n. 590 (Manaus, 2001). Tal iniciativa também implicou em reestruturação das áreas de cobertura do PSF na cidade (Mendonça et al, 2006). Nas atuais condições de organização de serviços, a investigação demonstrou que as áreas de abrangência das USF, localmente subdivididas nas chamadas “microáreas” não obedecem aos critérios habituais de territorialização em saúde. De acordo com os entrevistados, na implantação do PSF sua delimitação se deu apenas em função do conhecimento que os ACS, detinham dos arredores das unidades em que trabalhavam. Após um recenseamento domiciliar feito por eles, definiu-se uma densidade populacional máxima por micro-área, a ser acompanhada por um ACS, caracterizando-se desse modo a territorialização de cada USF. Destaque-se que a territorialização levada a cabo pelo programa não guarda congruência com outras formas oficiais de territorialização, como por exemplo, a delimitação por setores censitários praticada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que dificulta o acesso aos indicadores sócio-econômicos que expressem as condições de vida dessas populações e prejudica o planejamento local.

Isto, porém, não parece ter dificultado certos benefícios da territorialização, tais como o estabelecimento de vínculo entre a população e os serviços de saúde. Já em

2002, 95% das pessoas entrevistadas por pesquisadores que investigavam a implantação do PSF em Manaus (Escorel et al, 2002) referiam conhecer o profissional que lhes assistia; o mesmo percentual de respondentes considerou-o atencioso; 90% deles informaram que alguém da família já havia sido assistido por algum profissional da ESF. Nestas respostas o ACS se destacou, tanto por ser conhecido, quanto por conhecer bem os problemas de saúde da população atendida, e por manter um bom relacionamento com as famílias sob seus cuidados. Se considerarmos que o primeiro requisito para o estabelecimento de vínculo é o conhecimento entre as pessoas atendidas, os dados da pesquisa indicam que no início da operacionalização do programa esse laço foi firmado. Na pesquisa de 2006, os usuários mantiveram sua opinião satisfatória quanto ao atendimento dos ACS, mas expressaram queixas frente à recorrente falta de profissionais de saúde de nível superior, medicamentos e exames complementares de diagnóstico nas unidades.

A integração com as instituições e organizações sociais é recomendada na Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006j) como forma de suprir globalmente as necessidades de saúde dos usuários que demandam as USF. Sobre tal aspecto a análise dos documentos pesquisados em Manaus, mostrou que as propostas de integração das USF com outras instituições e campos de ação (intersectoriais) em sua área de abrangência não surgem como prioridade de ação, no período estudado. A observação da rotina dos serviços também indicou a inexistência de integração nos diversos níveis do sistema da saúde, e a penalização dos usuários, que enfrentam longas filas, quando necessitam atendimento de unidades de complexidade maior que aquela instalada na AB (Souza e Garnelo, 2008).

A referência para os serviços especializados era dificultada pela divisão institucional de tarefas entre instituições municipais (responsáveis pela AB) e instituições estaduais (responsáveis pela rede especializada), cujas disputas políticas têm obstaculizado a elaboração de um planejamento que articule e integre demandas e programações de saúde para o sistema como um todo, penalizando ainda mais o usuário.

As pesquisas mostraram que por ocasião da implantação do programa apenas o cadastramento da população adscrita foi efetivado e que as ações de saúde eram desenvolvidas com base nas ações programáticas por ciclo de vida e agravos prevalentes. Como o diagnóstico de saúde da comunidade e o planejamento local não foram realizados, a população não participou deste processo o que obstou seu

entendimento sobre o processo saúde-doença do território e o exercício da cidadania. Além disso, a ausência de ações regulares de educação em saúde nas USF teria inviabilizado a capacitação dos usuários para a adoção de estratégias de promoção da saúde, além do exercício qualificado do controle social.

No quesito ‘família como foco da atenção’, tanto a pesquisa de 2002 (Escorel et al, 2002) quanto à pesquisa de 2006 (Mendonça et al, 2006) não abordaram especificamente o tema. Os resultados sugerem insuficiente abordagem familiar. Embora os profissionais das ESF valorizem a proposta e refiram um bom relacionamento, estabelecimento de vínculos a partir do conhecimento das famílias, de seus membros individuais e de suas necessidades, o foco da atenção é sobre o indivíduo inscrito em algum dos Programas do MS. Observa-se que apenas o ACS detém um conhecimento maior sobre as famílias e sobre a área de abrangência, que embora compartilhado com o enfermeiro não seja incorporado nas práticas de atenção deste último, levando a concluir que o planejamento das ações não toma por base a família, mas sim os indivíduos e prioritariamente aqueles que fazem parte da oferta organizada (Mendonça et al, 2006).

Neste sentido as pesquisas corroboram o objetivo desta tese em analisar em profundidade a centralidade da família no PSF de Manaus. Starfield (1994) concluiu, por meio de estudo comparativo entre países desenvolvidos, a superioridade dos sistemas de serviços de saúde organizados pela atenção primária sobre os países que não a incorporam, assim como, os modelos de APS que têm na família o centro da atenção são superiores ao modelo de APS convencional.

5. A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA COMO OBJETO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Recentemente no Brasil diversas iniciativas de avaliação AB/PSF vêm sendo desenvolvidas. Nesta secção serão apresentadas iniciativas de avaliar o atributo centralidade da família no PSF, sendo este um dos atributos da APS.

Modelo de medição de obtenção de Atenção Primária e sua aplicação no Brasil

A avaliação na Atenção Primária é tema amplamente abordado por Starfield (2002:483). A autora apresenta um modelo teórico constituído por três tipos ou aspectos da atenção primária sendo eles: i) aspectos exclusivos; ii) aspectos fundamentais, mas não exclusivos; e, iii) aspectos derivativos como mencionado anteriormente. No modelo

de medição da obtenção da APS proposto por Starfield os atributos estão organizados com as características, os tipos de informações necessárias e as fontes pelas quais se conseguirá proceder à avaliação. Para medir o atributo da centralidade na família, objeto de estudo desta pesquisa, a autora considera ser necessário conhecer os membros da família assim como conhecer os seus problemas de saúde. Em ambas as situações poderão ser usados como fonte de informação o prontuário e a entrevista.

No Brasil, algumas pesquisas no campo vêm sendo realizadas seja no sentido de validar esta metodologia para avaliar de forma global a APS como a de Harzheim et al (2006), seja para adaptar os instrumentos e comparar o desempenho das unidades tradicionais em relação às unidades PSF no que se refere à extensão dos atributos da AB como a de Macinko et al (2003), e posterior aplicação por Elias et al (2006).

Com base nos atributos para APS, estabelecidos por Starfield, Macinko et al (2003), realizou-se uma avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção primária em município do estado do Rio de Janeiro. A pesquisa teve como objetivo validar a metodologia de avaliação rápida por meio da ferramenta *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), e comparar o desempenho de unidades tradicionais e unidades PSF. O instrumento adaptado para o Brasil mede as dimensões propostas por Starfield, a saber: acessibilidade, porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços, integração dos serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional.

O procedimento metodológico consistiu em aplicar um questionário com cem perguntas para usuários, profissionais de saúde e para os gestores da secretaria de saúde do município de Petrópolis, na qualidade de informantes-chave. Utilizou-se para sua análise uma escala com valores de zero a cinco, as respostas foram somadas, sendo seu valor médio de cada dimensão calculado para cada pessoa entrevistada.

Os resultados foram apresentados apenas em relação ao vínculo, foco na família, orientação comunitária e coordenação da atenção. Em relação à dimensão vínculo, este é mais forte no PSF do que nas unidades tradicionais, apenas no item “examinado pelo mesmo profissional” a UBS teve um escore maior que o PSF. Na dimensão coordenação não houve diferenças significativas apresentando o PSF na maioria dos itens pesquisados, melhores escores. Na dimensão centralidade na família o PSF apresentou escores maiores embora no item informações sobre saúde da família as unidades tradicionais tenham apresentado em escore maior. Em relação à dimensão

orientação para a comunidade as unidades PSF também apresentaram escores maiores que as unidades tradicionais em todos os itens investigados.

Os autores concluíram pela aprovação da ferramenta PCAToll, podendo ser empregada regularmente para as avaliações de desempenho dos dois modelos de APS, além de ser indicada para fornecer informações sobre as dimensões essenciais. Em relação ao desempenho das unidades tradicional e PSF, o estudo mostrou que apesar dos avanços da atenção básica, muitos problemas precisam ser superados tais como o acesso, a integralidade das ações de saúde, a coordenação e a orientação comunitária.

Elias et al (2006) realizaram uma pesquisa avaliativa dentro dos Estudos de Linha de Base do Proesf, utilizando também o Primary Care Assessment Toll (PCAT) elaborado por Bárbara Starfield e James Macinko após sua adaptação e validação no Brasil feita por Almeida e Macinko na cidade de Petrópolis no estado do Rio de Janeiro. A pesquisa teve dois objetivos. O primeiro, comparar o desempenho das unidades tradicionais e unidades PSF, em relação à extensão dos atributos da APS propostos por Starfield (2002), a saber: acessibilidade, porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços, integração dos serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional. O segundo objetivo foi identificar os pontos de consenso e dissenso entre usuários, gestores e profissionais de saúde destas unidades. Para seleção das unidades consideraram-se os estratos de exclusão social e os melhores escores. Foram ouvidos os gestores e os profissionais de saúde como uma primeira etapa da pesquisa e num segundo momento os usuários destas unidades.

Os resultados mostraram que embora tenham sido selecionadas as melhores unidades, nenhuma recebeu escore máximo. As unidades PSF foram, na maioria das vezes, avaliadas como melhores que as unidades tradicionais pelos usuários. A avaliação dos gestores e profissionais de saúde de forma global não apresentou diferenças significantes entre os dois modelos. A acessibilidade tanto na opinião dos gestores e profissionais quanto na dos usuários foi o atributo que apresentou menor escore nunca alcançando o escore de 3.5 numa escala de zero a 5.0. Os autores chamam a atenção para este achado uma vez que também se fez presente na pesquisa realizada por Macinko et al (2003). Os gestores e profissionais de saúde avaliaram sempre com escores maiores que os usuários.

A avaliação da dimensão da centralidade na família foi realizada nos estudos em que se buscou avaliar globalmente a APS, utilizando-se o instrumento Primary Care

Assessment Tool adaptado. Nos estudos realizados, os resultados mostraram que a família tem sido foco de atenção mais freqüentemente pelas unidades PSF do que nas unidades tradicionais, o que não causa surpresa uma vez que a proposta do programa é assistir a família; o que difere do modelo tradicional que tem na comunidade, seu foco de intervenção. Contudo as avaliações de gestores, profissionais e usuários diferiram.

Em Petrópolis a organização dos prontuários por família nas unidades PSF foi de quase 100%, nas unidades tradicionais tal procedimento inexistia (Macinko et al 2003), o que testemunha a favor da organização do trabalho na proposta da estratégia. Os fatores de risco familiar e os fatores de risco socioeconômico da família são investigados pela equipe nas unidades PSF, o que indica ser a assistência centrada na família.

A pesquisa realizada em São Paulo, embora apresente resultados favoráveis ao PSF, chama a atenção pelos baixos escores atribuídos pelos usuários, em relação aos gestores e profissionais de saúde, na dimensão centralidade na família. Os resultados indicaram que os usuários não se sentem assistidos como família por um programa no qual seriam o alvo das ações. Todavia os profissionais avaliam muito positivamente a assistência centrada na família, nas unidades PSF.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma abordagem qualitativa uma vez que usa como linguagem a fala, trabalha com valores, crenças, aspirações e atitudes, busca aprofundar a complexidade dos fenômenos, sendo mais adequada para o estudo de coletividades, instituições, fenômenos e processos, buscando analisá-los por aprofundamento (Minayo, 1993). Em relação a seus fins a pesquisa é do tipo exploratória que, segundo Tobar e Yalour (2001), é indicada nas situações em que se tem pouca ou nenhuma produção sobre o assunto.

2. O ESPAÇO DA PESQUISA: O PSF DE MANAUS

O estudo teve por objetivo analisar o atributo derivativo da Atenção Primária em Saúde “centralidade na família”, no Programa de Saúde da Família de Manaus (AM). Neste sentido, constituíram-se como locais da pesquisa as UBSF e os domicílios das famílias selecionadas, situados nos quatro distritos sanitários da cidade de Manaus. Nas UBSF foram observados como se davam as práticas de saúde com foco na família, e como as famílias se inseriam nesta dinâmica. Nos domicílios foi observada o desenvolvimento das práticas de saúde dos profissionais e foram realizadas as entrevistas com as famílias.

O contexto de implantação do PSF em Manaus foi discutido no Capítulo II.

3. FONTES DE INFORMAÇÃO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As fontes de informação da pesquisa foram: grupos focais com enfermeiros/médicos e ACS/auxiliares e técnicos de enfermagem, observação na UBSF e nos domicílios, entrevistas semi-estruturadas com as famílias e com os coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e documentos oficiais. O produto destas técnicas possibilitou olhar o objeto da pesquisa sob ângulos diversos no sentido de uma melhor aproximação da realidade. A revisão da literatura foi aprofundada de modo a orientar as análises.

Para alcançar os objetivos de analisar as concepções de família dos profissionais, examinar como o contexto familiar era considerado nas práticas de

atenção à saúde, e analisar os fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar foram realizados quatro grupos focais com enfermeiros e médicos e quatro grupos focais com ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem das UBSF. Foi realizada observação participante nas UBSF durante quatro semanas, uma semana por UBSF, como apoio a análise da abordagem familiar pelas ESF.

Para conhecer a opinião das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF em Manaus foram realizadas entrevistas com famílias cadastradas em seu domicílio totalizando 48 entrevistas.

Para analisar como a família foi abordada nos Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família e nos Cursos de Especialização em Saúde da Família, foram realizadas quatro entrevistas com os coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e duas entrevistas com os coordenadores dos Cursos de Especialização em Saúde da Família de Manaus.

Para analisar como a família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família foi realizada análise de documentos oficiais.

A pesquisa de campo foi realizada no período de dezembro de 2008 a abril de 2009. As técnicas utilizadas estão detalhadas a seguir.

Grupo Focal

O grupo focal além de ser uma estratégia para a pesquisa é também uma estratégia que possibilita a formação de opiniões e atitudes, pelas relações que se estabelecem no momento de realização das sessões (Minayo, 2005). Na definição de Cruz Neto et al. (2001:9) o grupo focal,

“é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico”.

Segundo Westphal et al (1996), nesta técnica a obtenção de dados se dá por meio de discussões bem planejadas possibilitando aos participantes expressarem suas opiniões, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre determinada questão com liberdade e sem constrangimentos. Portanto, pode contribuir tanto com os profissionais possibilitando a compreensão da expectativa dos usuários, assim como com os usuários no sentido de que entendam melhor a proposta do programa e seus

pressupostos. Dito de outra forma, a participação no grupo focal pode ajudar profissionais e famílias a perceberem melhor sua inserção no PSF, assim como pode estimular uma visão crítica sobre o programa.

Em relação aos participantes Westphal (1996), sugere um número de 6 a 15 pessoas, que tenham pelo menos um traço comum com o assunto pesquisado, Cruz Neto et al (2001), ponderam que o grupo deve ser pequeno o suficiente para que todos participem e grande o bastante para possibilitar a diversidade de opiniões, desta forma, sugerem que seja composto por no mínimo 4 e no máximo 12 pessoas.

Considerando as relações de hierarquia profissional na ESF e no sentido de garantir a livre expressão de todos os membros da equipe optou-se pela realização de grupos focais separados por tipo de profissional, sendo dois por distrito sanitário, um para enfermeiros e médicos e o outro para auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde tendo sido realizado um total de oito grupos focais.

Os grupos focais com profissionais foram realizados para coletar dados sobre concepção de família, práticas de saúde na USF e no domicílio, participação da família no cuidado com seus integrantes e qualificação profissional para esta prática. Nas sessões de grupo focal com os profissionais das ESF, utilizou-se um roteiro de debate construído em oito dimensões. A seleção dos participantes dos grupos focais se deu da maneira mais ampla possível, no sentido de garantir a representatividade de toda a cidade de Manaus. Desta forma foram sorteados por Distrito seis enfermeiros, seis médicos, oito ACS e quatro auxiliares/técnicos de enfermagem de UBSF diferentes.

Antes do início de cada sessão do grupo focal com os profissionais foi aplicado um questionário para identificação do perfil dos participantes. Para tanto se buscou informações quanto a sexo, idade, categoria profissional, tempo de formado, tempo de atuação na área, cursos de atualização/qualificação e localização da USF a qual pertence. Os temas geradores para o grupo focal com estes profissionais foram: Como a família é assistida por vocês no PSF? Como é prestada a assistência à família no PSF? Destes emergiram as seguintes dimensões: a) concepção sobre a família; b) conhecimentos das famílias e do meio em que vivem; c) práticas de cuidados em saúde direcionadas às famílias; d) a saúde das famílias; e) opinião das famílias sobre os cuidados prestados aos familiares; f) capacitação para o atendimento à família; e, g) auto-avaliação da ESF sobre as práticas de saúde no contexto familiar (roteiro anexo).

Em relação à equipe de realização dos grupos focais, esta foi composta por um moderador, função exercida pela doutoranda; um relator que acumulou as funções de observador e operador de gravação, e um transcritor de fitas que exerceu a função de digitador.

Observação na UBSF

A observação participante é uma técnica de coleta de dados na qual o pesquisador mantém contato direto com o fenômeno a ser observado extraindo informações da realidade dos pesquisados em seu próprio contexto. A possibilidade de se obter informações sobre uma gama de situações ou fenômenos que não seria possível conhecer por meio de perguntas é tida como uma de suas vantagens. Existem diversas formas de se fazer observação que podem ser alinhadas em dois pólos, o primeiro tido como *participação plena* na qual o observador envolve-se em todos os aspectos da vida do grupo a ser estudado e o segundo que se caracteriza pelo *distanciamento total de participação da vida do grupo* privilegiando-se tão somente a observação. Entre estes extremos existem outras duas situações que colocam o pesquisador como “participante observador” sendo sua atuação restrita ao momento da pesquisa de campo, observando os acontecimentos do dia-a-dia do grupo, e na outra situação o pesquisador como observador participante sendo complementar à entrevista, a observação ocorre de maneira superficial e rápida no momento da realização da entrevista. (Cruz Neto 1994). Nesta pesquisa, a modalidade de observação foi a que o pesquisador se coloca como participante observador, observando as atividades cotidianas de trabalho nas UBSF durante determinado período de realização da pesquisa.

Foi realizada observação da assistência prestada à família pelos profissionais que compõem as ESF nos domicílios e nas UBSF, nestas foi realizado também observação em prontuários. Foi selecionada uma UBSF por distrito sanitário. Como critério de inclusão foi considerado aquela UBSF em que a Estratégia estava implantada no mínimo há dois anos, com a ESF completa e com os profissionais atuando por no mínimo um ano. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de observação, do atendimento à família na USF e outro para uso durante o acompanhamento da visita domiciliar, de modo a contemplar as especificidades das duas situações. O período de observação do atendimento na UBSF e na visita domiciliar foi de uma semana, por distrito, nos períodos de manhã e tarde, horário de funcionamento da UBSF, ocasião em que foi observada a assistência prestada à família por todos os profissionais das ESF. As

dimensões buscadas nos roteiros de observação durante o atendimento na USF e no domicílio são: i) *Dimensão do conhecimento da família e do meio onde vive*, ii) *Dimensão da saúde da família*, iii) *Dimensão da (participação da) família no cuidado à família* (roteiro anexo).

Durante a observação foram também consultados prontuários uma vez que este é uma importante fonte de dados quanto ao acompanhamento dos procedimentos adotados pelos profissionais. Embora considerando as limitações apontadas por Vuori (1991), a exemplo da falha no registro sobre o comportamento dos pacientes e dos procedimentos realizados, a observação dos prontuários constitui-se em ferramenta útil como técnica de coleta de dados, neles foram examinados os registros contidos quanto ao cuidado prestado à família. A análise dos prontuários deu-se sobre a demanda de membros das famílias atendidos nos dias em que se procedeu à observação. Durante a observação nas UBSF e nos domicílios foi também utilizada uma caderneta com a finalidade de produzir registros das observações em tempo real, de modo a compor um diário de campo.

Registros adicionais de observações foram feitos durante a realização da entrevistas, dos grupos focais e das observações. Para tanto a pesquisadora se valeu de um diário de campo, um importante elemento para a coleta de dados. Bogdan e Bicken apud Ludke e André (1986), referem que os registros das observações se dão sob duas vertentes, uma vertente descritiva e a outra reflexiva. A primeira retrata as situações vividas, o que faz parte e o que ocorre no local da pesquisa, desta forma descreve-se os sujeitos da pesquisa, suas atividades, seus comportamentos, o ambiente da pesquisa, a situação observada e o comportamento do pesquisador. A segunda simultânea e/ou posterior à primeira retrata o que está sendo captado, nela o pesquisador registra suas reflexões em relação ao que está emergindo dos dados, suas implicações e conseqüências que resultarão ou não em mudanças metodológicas.

Na presente pesquisa o diário de campo se compôs da descrição dos sujeitos de pesquisa, seus modos de interagir com as famílias; da reconstrução dos diálogos a partir da linguagem verbal e não verbal, privilegiando-se as falas dos grupos; a descrição dos locais, no caso em evidência a UBSF e os domicílios das famílias; o estabelecimento da dinâmica das relações das equipes e das famílias e a postura do observador, seu comportamento e atitudes em relação aos grupos estudados. Isto possibilitou avançar para a vertente reflexiva.

Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada é um tipo de entrevista na qual o entrevistador seguro de seus objetivos, a partir de pressupostos e teorias, parte de questionamentos básicos e à medida que obtém as respostas do informante vai conduzindo o processo, aprofundando aspectos importantes para o estudo. Esta técnica ao mesmo tempo em que possibilita a espontaneidade do entrevistado exige segurança do entrevistador no sentido de não afastar-se do assunto, objeto da investigação (Triviños 1995).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as famílias cadastradas, com os coordenadores dos DS e com os coordenadores do treinamento introdutório e do curso de especialização em saúde da família.

As entrevistas com as famílias procuraram privilegiar a família em lugar dos indivíduos. Estava prevista a realização de grupos focais com famílias, no entanto tal técnica foi inviabilizada pelo número reduzido de famílias convidadas que compareceu às sessões, o que resultou na substituição do grupo focal por entrevista com a família nos domicílios. Foram realizadas doze entrevistas com famílias por Distrito Sanitário em um total de quarenta e oito entrevistas.

Para as entrevistas com famílias foi utilizado roteiro previamente construído tendo como tema gerador: De zero a dez qual nota vocês dariam para o PSF em relação ao cuidado com a família que vocês fazem parte? No roteiro foram contempladas as seguintes dimensões: a) concepção sobre família; b) conhecimento da ESF sobre as famílias; c) práticas de saúde na USF e no domicílio direcionadas às famílias; d) a saúde das famílias; e, e) participação das famílias nos cuidados dos familiares (roteiro anexo).

A seleção das famílias se deu por meio dos critérios de inclusão, previamente definida a saber: serem inscritas na UBSF e terem sido assistidas pelas ESF há no mínimo quinze dias.

A entrevista com os coordenadores dos DS teve como finalidade a apresentação da doutoranda e da pesquisa, obter informações sobre a estrutura e funcionamento das UBSF, seleção das UBSF a serem observadas e da que serviu de pré-teste e agendamento do sorteio dos profissionais que iriam compor os grupos focais por ocasião da reunião mensal do DS.

Junto aos coordenadores dos cursos introdutórios e de especialização em saúde da família foram realizadas entrevistas semi-estruturadas buscando identificar a

abordagem familiar nestes cursos, com base na dimensão 'f'- capacitação para atendimento à família. Um perfil dos coordenadores será traçado inicialmente levantando-se dados sobre formação acadêmica, cursos de atualização realizados ou em andamento, experiência no ensino, tempo de atuação como coordenador dos cursos ou função equivalente.

Análise documental

Bachelard e Block apud Souza et al (2005), advertem sobre a utilização de documentos em uma investigação. O pesquisador precisa saber o que realmente quer investigar para selecionar adequadamente os documentos que lhe possibilitem respostas às questões formuladas. Os documentos podem apresentar-se nas formas escrita, visual e audiovisual, contém informações de natureza diversa podendo a depender dos objetivos de uma pesquisa, ser um dos instrumentos de coleta de dados ou o único instrumento de coleta de dados. Em razão de seu valor deve ser confiável.

Uma seleção de documentos oficiais foi realizada, e um roteiro para levantamento de dados destes documentos foi utilizado assumindo-se as recomendações dos especialistas sobre o assunto. A análise documental foi feita nos documentos produzidos pelo MS, a saber: Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Caderno nº1 Implantação Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno nº2 Treinamento Introdutório (Brasil, 2000b). Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno nº3 Educação Permanente (Brasil, 2000c). Portaria 2.527/GM, de 19 de outubro de 2006. Conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais de Saúde da Família. (Brasil, 2006h). Foram analisados os Programas dos Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família de Manaus das turmas 2003, (SEMSA, 2003) 2005 (SEMSA, 2005) e, 2007 (SEMSA, 2005) e Curso de Especialização em Saúde da Família de Manaus das Turmas 1/01 (UFAM, 2001), 2/02 (UFAM, 2002), 3/04 (UFAM, 2004), 4/05 (UFAM, 2005) e 5/07 (UFAM, 2007).

4. UNIVERSO E AMOSTRA

O sucesso da escolha do grupo de pesquisa assim como a definição dos critérios de amostragem está na dependência do conhecimento que o pesquisador tem sobre o objeto a ser investigado. Numa abordagem qualitativa a preocupação com a amostra é que esta possibilite o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto de pesquisa. Para tanto se deve selecionar o grupo social com vinculação mais significativa,

contar com a possibilidade de inclusão de outros informantes e com a triangulação das fontes de modo a aumentar as chances de apreensão do objeto. Desta forma, na abordagem qualitativa a amostragem é fruto de uma escolha de sujeitos que tenham maior vinculação com a pesquisa. O tamanho da amostra não se define a priori, estando na dependência da pertinência das informações, trabalha-se numa perspectiva bastante ampliada de informantes com o objetivo de apreensão de semelhanças e diferenças. O conhecimento prévio do campo da pesquisa permite identificar os grupos que a representem melhor (Deslandes, 1994; Minayo, 1996; Minayo et al, 2005a).

Considerando que o presente estudo buscava investigar a centralidade da família no PSF de Manaus-AM, foi possível definir preliminarmente o universo de estudo que foi constituído por: i) profissionais que atuavam no PSF nas Unidades Básicas de Saúde da Família (enfermeiros, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), ii) coordenadores do Treinamento Introdutório e do Curso de Especialização em Saúde da Família, e iii) famílias adscritas às Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Manaus.

A amostragem de famílias obedeceu parcialmente o que prevê Flick (2004), estando definidas as famílias cadastradas, mas seu número não foi definido anteriormente. A interrupção da realização de entrevista se deu ao alcançar a saturação dos dados, quando atingiu o “ponto de redundância” que se caracteriza pela repetição de dados e surgimento cada vez mais raros, de dados novos (Alves, 1991).

A amostra dos profissionais das ESF foi composta por dois grupos de pesquisados por distrito, um composto por enfermeiros e médicos e o outro por auxiliares/técnicos e agentes comunitários de saúde. O critério de inclusão foi o tempo de atuação desses profissionais de no mínimo dois anos junto ao programa e de estarem na mesma ESF há no mínimo um ano. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2001c), a estabilidade dos profissionais junto ao Programa aumenta a possibilidade de continuidade das ações, estreita o vínculo com a população e aumenta o compromisso dos profissionais.

Na composição dos quatro grupos focais de enfermeiros e médicos foi buscada a paridade de 50% entre enfermeiros médicos. O critério de exclusão foi o de se ter mais de um profissional de uma mesma UBSF. Portanto a amostra foi composta de quatro grupos de profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos) e quatro grupos de nível médio e elementar (auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de

saúde), sendo um grupo por Distrito de diferentes UBSF e de distribuição geográfica esparsa. Os profissionais que corresponderam aos critérios de inclusão foram selecionados por sorteio simples por Distrito Sanitário durante as reuniões mensais do DS. Para compor o grupo focal de auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS foram sorteadas as UBSF e, por conseguinte sorteado um auxiliar/técnico de enfermagem e um ACS de UBSF distintas, não sendo selecionado mais de um profissional por UBSF. Compuseram os grupos focais um total de doze enfermeiros, catorze médicos, vinte e sete ACS e onze auxiliares/técnicos de enfermagem. A composição dos grupos focais por distrito sanitário foi de: treze participantes nos distritos norte e sul, dezessete no distrito leste, e vinte e um no distrito oeste.

A amostra dos coordenadores do Treinamento Introdutório deu-se pela informação do setor de recursos humanos da SEMSA sobre quem havia sido coordenador do Treinamento Introdutório sendo feito contato com os coordenadores dos anos de 1999 a 2003. De igual modo procedeu-se em relação aos coordenadores do Curso de Especialização em Saúde da Família, sendo contatados dois dos três coordenadores do curso.

Para amostra das famílias foram selecionadas inicialmente dez famílias que posteriormente foram acrescidas de mais duas, em observância ao ponto de saturação da amostra, por Distrito Sanitário. Tomou-se como critério de inclusão as famílias cadastradas no Programa há no mínimo dois anos e que haviam feito uso do serviço do PSF no mínimo quinze dias antes, e que estivessem em ciclo vital familiar distinto. As famílias cadastradas foram selecionadas nas UBSF com a participação do ACS que colaborou nas informações sobre seu comparecimento à unidade no período definido, apresentou informações da família por meio da ficha A, ficha de cadastro da família e acompanhou a pesquisadora até o domicílio da família para apresentação da pesquisadora, mas não acompanharam a realização da entrevista. O quadro a seguir sintetiza os procedimentos metodológicos realizados no levantamento de dados.

Quadro 2 – Sujeitos do estudo, técnicas de levantamento de dados, temas geradores e dimensões de análise

Técnicas de Levantamento de Dados	Grupo Focal	Entrevista	Observação	Observação
Sujeitos/Setores/ Documentos	Profissionais das ESF	Famílias	Recepção/ Consultório/Pron-tuário	Domicílio
Temas Geradores	Como a família é assistida por vocês no PSF? Como é prestada a assistência à família no PSF?	De zero a dez qual nota vocês dariam para o PSF em relação ao cuidado com a família que vocês fazem parte?	–	–
Dimensões				
A	Concepção sobre família	Concepção sobre família.	–	–
B	Conhecimento das ESF sobre as famílias e do meio em que vivem	Conhecimento da ESF sobre as famílias e do meio em que vivem	Conhecimento das ESF sobre as famílias e do meio em que vivem.	Conhecimento das ESF sobre as famílias e do meio em que vivem.
C	Práticas de cuidados em saúde direcionadas às famílias	Práticas de cuidados em saúde direcionadas às famílias	Práticas de cuidados em saúde direcionadas às famílias	Práticas de cuidados em saúde direcionadas às famílias
D	A saúde das famílias	A saúde das famílias	A saúde das famílias	A saúde das famílias
E	Participação das famílias nos cuidados dos familiares.	Participação das famílias nos cuidados dos familiares	Participação das famílias nos cuidados dos familiares	Participação das famílias nos cuidados dos familiares
F	Capacitação para o atendimento à família	–	–	–
G	Auto-avaliação da ESF sobre as práticas de saúde no contexto familiar	–	–	–

Quadro 3 – Qualificação e quantificação dos sujeitos e técnicas de levantamento de dados

Técnicas de levantamento de dados e fontes de informação	Sujeitos da pesquisa previsto	Nº total previsto	Nº Realizado
Grupo focal			
Profissionais nível superior	6 médicos por DS	24	12
	6 enfermeiros por DS	24	14
Profissionais nível elementar e médio	8 ACS	48	27
	4 auxiliares/técnicos. de enfermagem por DS		11
Entrevistas semi-estruturadas			
Famílias	10 famílias por DS	40	48
Coordenadores do curso introdutório	4 coordenadores	4	4
Coordenadores do curso de especialização em saúde da família	2 coordenadores	2	2
Coordenadores dos DS	4 coordenadores	4	4
Observação			
Unidade de saúde da família	1 UBSF por DS 05 dias	20 dias	22 dias
Visita domiciliar ACS Auxiliar de enfermagem Enfermeiro Médico	10 VD por DS	40 VD	63

5. A ANÁLISE DOS DADOS

A análise do PSF em relação à operacionalização do atributo da centralidade na família constitui-se na proposta do presente estudo. Para tanto se optou pela abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2005), esta abordagem tem como limitação não permitir comparações e não fazer prospecções. Tal premissa pode ser confirmada quando, ao analisar a história do PSF de Manaus, constata-se uma situação local ímpar com dois aspectos principais como pano de fundo: a lentidão do processo de municipalização da saúde de Manaus e a implantação do PSF como rede paralela à rede municipal de saúde. Entende-se por estes dois aspectos não ser possível fazer comparações com outras realidades. Ademais, a literatura é pródiga em mostrar que a implantação do PSF deu-se de forma distinta em todo território nacional.

Ludke e André (1986) consideram que uma análise mais consolidada começa quando termina a coleta de dados. Nesta fase o pesquisador já possui um conhecimento relativo do material que dispõe e das categorias empíricas, que vão ser potencializadas

com a construção das categorias analíticas. Contudo o processo se inicia de forma quase que simultânea à coleta.

As ponderações de Alves (1991) são de que este é um momento complexo e trabalhoso por envolver organização, síntese e interpretação do material coletado. Exigem do pesquisador uma constante interação com os dados no sentido de identificar as categorias que emergem, apontando caminhos a seguir, ora mantendo ora alterando os rumos previamente delineados, balizados pela interpretação num movimento constante de “*sintonia fina*” (p.60), em perspectiva da análise final. A autora notadamente recomenda o início desta etapa ainda na fase exploratória da pesquisa.

A análise dos dados foi processada com o desenvolvimento das seguintes etapas: organização dos dados, preparação e reunião de cada tipo de material, avaliação do material, elaboração de estruturas de análise e interpretação. Seguindo as orientações de Minayo (1996), Gomes (2002), e Gomes et al (2005), uma vez coletados, os dados foram organizados inicialmente em separado, de acordo com a técnica de coleta utilizada, a saber: Dados dos grupos focais com enfermeiros e médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, para analisar concepções de família dos diferentes profissionais. Dados com as famílias para conhecer a opinião das mesmas sobre a assistência que lhe é prestada pelo PSF. Dados da observação na UBSF e no domicílio das famílias, para examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de atenção à família e quais as limitações para a abordagem de uma assistência à família. Dados da entrevista com os coordenadores do Treinamento Introdutório e curso de Especialização em Saúde da Família. Dados da análise de documentos oficiais sobre como a família é abordada na Educação Permanente em Saúde da Família e no Treinamento Introdutório em Saúde da Família, na estrutura programática do Treinamento Introdutório e no Programa do Curso de Especialização em Saúde da Família realizados em Manaus. Dados da análise da abordagem da família nos documentos oficiais do MS.

A preparação e reunião do material de cada classificação consistiu na identificação dos sujeitos da pesquisa, transcrição na íntegra das falas das entrevistas e dos grupos focais, preservando-se o anonimato, e, editoração do material com observações e comentários, sem prejuízo de sua fidedignidade. De igual forma foram realizados procedimentos com os dados da observação, e com os dados do diário de campo. Os dados da análise de documentos oficiais e da estrutura programática do

Treinamento Introdutório e do projeto pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família também passaram por este processo no sentido de somar-se aos dados de campo.

A avaliação do material foi sendo processada simultaneamente à coleta de dados, o que permitiu voltar em campo para a realização de mais duas entrevistas às famílias por DS, uma vez que os dados existentes eram ainda insuficientes para completar a análise. Desta forma foram avaliados os dados levantados nas entrevistas, nos grupos focais, nas observações, e nos documentos considerando-se suficientes quando as opiniões dos entrevistados e as informações contidas nestes começaram a indicar traços comuns; no dizer de Lincoln e Guba apud Alves (1991: 59) quando atingiram um “*ponto de redundância*”.

A classificação dos dados consistiu na construção de categorias a partir de pressupostos elaborados antes da entrada em campo neste trabalho: as *dimensões* dos roteiros de grupo focal e entrevista constituíram macro categorias. Um aspecto a ser considerado para a classificação dos dados, que corrobora os achados da literatura sobre a abordagem qualitativa, foi a necessidade de leitura repetitiva e questionadora dos mesmos, no sentido de extrair seu núcleo ou idéia central, isto é, aquilo que sobressai, que é relevante. Desta forma foram sendo construídas as categorias analíticas. Um segundo aspecto da classificação apontado por Minayo (1996), é a constituição de um ou vários “*Corpus*”, que neste estudo se constituíram: nas concepções sobre família dos sujeitos da pesquisa, nas práticas de saúde dos profissionais das ESF e na capacitação destes profissionais para a abordagem familiar. Seguindo a proposta da autora, a partir de cada corpo, numa leitura transversal se buscou o que era importante, para apresentar-se em forma de tema ou unidade de registro e num movimento de síntese e aprofundamento se obteve por reagrupamentos das categorias centrais.

Para a interpretação dos dados é necessário considerar pelo menos três aspectos básicos. Gomes (2005) adverte para a necessidade de uma compreensão sobre o material selecionado, sendo imprescindível para o pesquisador a impregnação do conteúdo do material, a visão de conjunto e a captação das particularidades da totalidade possível. O segundo refere-se à necessidade de extrapolar as estruturas de análise para além das falas e dos fatos registrados. Sobre este aspecto Ludke e André (1986) trazem uma contribuição na advertência que fazem quanto aos conteúdos manifestos e latentes destes materiais. Segundo as autoras a análise não deve limitar-se apenas ao que neles

está explícito, deve ir mais além, revelando o dito pelo não dito, a existência de contradições e os “*temas silenciados*” (p.48). Sobre este aspecto a observação de campo teve papel importante por possibilitar o confronto entre o discurso e a prática mediados pelo contexto local. O terceiro aspecto é tido pelo autor como o momento ápice da interpretação, se na etapa anterior o movimento é de quebra, desconstrução, agora o movimento é de composição, de síntese, necessitando para tanto do diálogo com a teoria, com o texto e seus contextos, com o referencial investigativo da pesquisa e com os produtos que emergem do trabalho de campo. As sínteses parciais e dos principais resultados buscam neste sentido fazer estas aproximações para ao responder as perguntas de pesquisa dar um salto de qualidade que agregue novos conhecimentos.

A apresentação dos dados se deu a partir de trechos selecionados das falas dos sujeitos, transcritas tal qual emitidas. As falas foram identificadas entre parêntesis pela letra inicial da categoria profissional a qual pertencem, seguido do Distrito Sanitário (DN) ao qual fazem parte, a exemplo de: enfermeiro do Distrito Norte, tem-se (E – DN). Para as famílias a identificação seguiu a mesma lógica a exemplo de: família do Distrito Sul (F – DS). A identificação dos coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e Especialização em Saúde da Família procedeu-se pela natureza da capacitação seguida da ordem cronológica em que se realizou a entrevista, desta forma tem-se: para a primeira Entrevistada do Treinamento Introdutório (Coord. Introd. – 1) para a terceira Entrevistada do Curso de Especialização (Coord. Esp. – 3).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Contandriopoulos (1999) considera que o consentimento livre e consciente dos indivíduos constitui o cerne da ética de uma pesquisa, destaca então três aspectos importantes para que se obtenha a adesão de maneira ética i) *a tomada de decisão consciente*, o pesquisador deve disponibilizar aos sujeitos conhecimento suficiente sobre o projeto e sua participação, numa linguagem clara que possibilite o entendimento dos sujeitos para uma decisão em participar ou não da pesquisa; ii) *consentimento livre*, o pesquisador deve respeitar a liberdade de adesão ou não da pesquisa, não deve exercer pressão ou constrangimento, deve conceder um tempo para que o sujeito possa refletir e decidir sobre sua participação ou não na pesquisa e deve informar que o indivíduo é livre para declinar da pesquisa quando quiser; iii) *o consentimento claramente expresso pode* ser obtido verbalmente ou por escrito com base nas recomendações das etapas

anteriores. O consentimento por escrito é o mais recomendado porque protege tanto o pesquisador como o pesquisado, deve ser redigido em linguagem clara e prestar as informações necessárias à tomada de decisão.

Neste estudo o pesquisador se comprometeu e prestou as informações necessárias aos sujeitos da pesquisa, garantindo-lhes a opção de participar ou não da pesquisa. Foi solicitado o consentimento das famílias, dos profissionais das ESF e dos coordenadores do Treinamento Introdutório e do Curso de Especialização em Saúde da Família para gravação das entrevistas e grupos focais. Em todos os grupos focais foi permitida a gravação, porém nas entrevistas alguns participantes optaram pela não gravação acatando-se o desejo dos participantes, registrando-se as respostas no próprio roteiro da entrevista. A guarda deste material ficará sob responsabilidade da pesquisadora que a manterá por um período de cinco anos, após este prazo todo o material será destruído. O consentimento foi obtido por meio da assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O documento conteve a justificativa do estudo, as técnicas da pesquisa, as razões da participação do sujeito, a inexistência de riscos à vida dos sujeitos, a garantia da privacidade, da confiabilidade e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de atenção à sua saúde. Como etapa antecedente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi feita uma exposição sobre o projeto pela pesquisadora, esclarecendo as dúvidas e se comprometendo a retornar os resultados da pesquisa aos partícipes (TCLE em anexo).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ sendo aprovado sob o número 0129.0.031.000-07/FR nº 151.888. Os procedimentos tomados foram orientados pelas normas estabelecidas na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (CNS, 1996).

CAPITULO IV – ABORDAGEM DA FAMÍLIA NOS DOCUMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para conhecer como a família é abordada na Política Nacional da Atenção Básica foi realizada análise em documentos do Ministério da Saúde que apresentam e normatizam a Estratégia Saúde da Família em seus aspectos conceituais, operacionais e organizacionais das práticas em saúde. Para análise, os documentos foram agrupados em: i) documentos de orientação para implantação e consolidação da estratégia e ii) documentos orientadores para a prática dos profissionais. Os documentos de orientação para a capacitação das equipes de saúde da família serão analisados no capítulo VIII, que trata da capacitação dos profissionais para a Estratégia Saúde da Família.

1. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA CONCEPÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E ORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os documentos utilizados para análise foram: Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1997), Implantação da Unidade de Saúde da Família (Brasil, 2000a) e Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006j), que apresentam as orientações para implantação e consolidação da Estratégia. A análise documental buscou identificar como a família é abordada nestes documentos, sob três aspectos da estrutura dos documentos: apresentação/introdução/aspectos conceituais, objetivos, e, aspectos operacionais e organizativos das práticas dos profissionais.

Família na apresentação/introdução e aspectos conceituais

O documento **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial** (Brasil, 1997), apresenta a família como o novo objeto da atenção em saúde em substituição ao indivíduo. Isto irá reorientar as práticas de atenção à saúde, tornar o modelo inovador. A centralidade da atenção está na família uma vez que ela é “*o objeto precípua da atenção*” (Brasil, 1997:8). O contexto familiar é apresentado como espaço inicial de construção de relações, de luta por condições de vida e saúde mais favoráveis e de melhor visibilidade dos determinantes do processo saúde doença, o que justifica ser a família o centro da atenção.

No documento, o objetivo geral da Estratégia Saúde da Família é ajudar para a mudança do modelo de atenção vigente. São apresentados oito objetivos específicos que

contemplam ações para que se alcance o objetivo macro, dentre eles, um está voltado para “*eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde*” (Brasil, 1997:10). Os demais objetivos referem-se à prestação de cuidados de boa qualidade, intervenção nos fatores de risco, humanização da atenção, trabalho intersetorial, difusão do conhecimento sobre saúde e organização dos serviços; concepção de saúde como um direito e mobilização da sociedade para o controle social. Estas ações sob a forma de objetivos é que caracterizam uma nova forma de pensar e agir em saúde, que se traduz no novo modelo de atenção.

No documento **Implantação da Unidade de Saúde da Família**, inicialmente é feita uma abordagem, no item introdução, para justificar porque a família é o foco da atenção no novo modelo. Argumenta-se como o indivíduo e família são vistos no modelo vigente, fragmentados e desarticulados, gerando indivíduos socialmente dependentes. O documento reporta-se a experiências internacionais que começam a ganhar expressão por defender a idéia de que o Estado pode ter na família e na comunidade grandes aliadas para o desenvolvimento de políticas sociais e para tanto será necessário uma parceria entre os profissionais de saúde com a família para que a mesma assuma sua tarefa, o cuidado com seus membros. Com isto uma nova forma de relacionamento entre os profissionais deverá ser construída e que possibilite a prática do trabalho em equipe, bem como uma nova relação entre profissionais, família e comunidade no sentido de contribuir para a autonomia destas últimas. Espera-se desta forma contribuir para construção da autonomia de indivíduos outrora dependentes da sociedade, de maneira que possam assumir suas vidas. Defendem-se as responsabilidades compartilhadas entre a população e os serviços de saúde e a família que emerge como uma parceira dos profissionais/serviços de saúde no cuidado de seus membros.

O documento apresenta o objetivo da Estratégia em contribuir para reorientação da AB, e a família aparece como um conhecimento necessário à ESF e como parceira no planejamento das ações de saúde em todas as etapas: programação, execução e avaliação destas ações.

No documento **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** (Brasil, 2006j), a apresentação/introdução é a Portaria do Ministro de Estado da Saúde que justifica a aprovação da PNAB considerando dentre outros, a expansão do PSF e sua consolidação como estratégia para reorganizar a AB. A família não aparece neste momento do

documento. No capítulo II, que trata das especificidades da Estratégia, a família aparece em duas das cinco atribuições do Programa: cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo da vida, antecipando-se aos problemas de saúde-doença da população e ter a família e a comunidade como foco da atenção, sendo necessária a realização do diagnóstico de saúde da comunidade para o conhecimento de indivíduos e famílias e planejamento das ações. Ambas as atribuições são características da APS (Starfield, 2002), a longitudinalidade, na qual o serviço acompanha a população por longo tempo, e a população que tem o serviço como referência, com constância na relação entre serviço e população. O segundo princípio aponta para a família e comunidade como o centro da atenção.

Quadro 4 – Abordagem da família em documentos de concepção e operacionalização da Estratégia Saúde da Família

SF: Estratégia (Brasil, 1997)	Objetivo Geral	-Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como base os princípios do SUS estabelecendo uma nova forma de relacionamento entre o serviço e a população na qual haja uma responsabilidade compartilhada
	Objetivos Específicos	-Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde
Implantação da SF (Brasil, 2000a)	Objetivo Geral	-Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica tendo como base os princípios do SUS estabelecendo uma nova forma de relacionamento entre o serviço e a população na qual haja uma responsabilidade compartilhada.
	Objetivo Específico	-Conhecer o território, a família e a comunidade e desenvolver planejamento das ações de saúde compartilhado
PNAB (Brasil, 2006j)	Princípios Gerais	-Atuar no território: realizar cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde junto com a comunidade onde atua. Buscar o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; -Manter sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; -Desenvolver atividades de acordo com o planejamento, programação com base no diagnóstico situacional; Ter como foco a família e a comunidade;
	Processo de Trabalho	-Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar os dados para a análise da situação de saúde considerar as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; -Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

Os três documentos referem-se à família como foco da atenção. Observa-se que os dois primeiros têm abordagens muito próximas entre si, justificadas pelo intervalo de tempo em que foram elaborados, três anos, entre eles. Não se observa contradição entre os dois primeiros documentos e sim uma complementaridade do segundo em relação ao primeiro sobre como as ações com foco na família serão desenvolvidas. No documento Política Nacional de Atenção Básica as ações que privilegiam a família parecem estar mais detalhadas e fundamentadas, o que é esperado em razão do tempo que separa os dois documentos. Houve naturalmente ao longo de nove anos, um acúmulo de vivências e reflexões que possibilitou seu amadurecimento técnico e político. Um exemplo disto é a menção à estrutura e funcionalidade da família. O território também ganha mais visibilidade no terceiro documento.

Família na operacionalização da Estratégia Saúde da Família

A operacionalização aborda como o Programa vai funcionar de maneira a alcançar a família. Nos três documentos está previsto a cobertura para cada ESF de um número de 600 a 1000 famílias ou 4000 habitantes, que serão cadastradas em seus domicílios identificando-se sua estrutura, do que eles adoecem, como vivem e em quais condições ambientais, seu entorno.

Os documentos apresentam as atribuições comuns a toda a equipe e as atribuições específicas dos profissionais por categoria profissional. Da implantação da estratégia, 1997 até o ano 2006, se observam significativas mudanças nestas atribuições, no entanto, como não se constituem em objeto deste estudo mesmo reconhecendo-se sua importância, tais mudanças, por ora, não serão objeto de análise à exceção daquelas que estejam referidas à família. A análise destas atribuições mostra que novas responsabilidades foram introduzidas no cotidiano dos profissionais, algumas referidas à família conforme se observa nos quadros a seguir. No conjunto das atribuições especificamente da equipe, nota-se um acréscimo destas nos documentos de 2000 e 2006, que, tanto aprofundam questões já colocadas no primeiro documento, 1997, quanto apresentam novas questões. O quadro a seguir apresenta as atribuições da ESF direcionadas à família contidas nos três documentos em análise.

Quadro 5 – A família nas atribuições das equipes de saúde da família

Documentos	Nº de atribuições*	Atribuições das ESF referidas à família
SF: Estratégia (Brasil, 1997)	1 (7)	- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.
Implantação da SF (Brasil, 2000a)	2 (13)	- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. - Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar.
PNAB (Brasil, 2006j)	1 (13)	- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Fora do parêntesis o número de atribuições referidas à família e entre parêntesis o número total de atribuições.

Nos três documentos a família aparece como objeto do conhecimento da ESF. As demais atribuições da ESF relacionadas à assistência, à educação em saúde, à escuta qualificada e ao trabalho compartilhado estão referidas ora ao indivíduo, ora aos usuários, à população adscrita, à comunidade, à demanda espontânea ou programada e não às famílias. No segundo documento a família aparece na atribuição da ESF numa referência aos vínculos que devem ser formados e valorizados, o vínculo é um aspecto chave da Estratégia e um dos pontos que o diferencia do modelo hegemônico. No terceiro documento a família, em situação de risco, aparece como uma prioridade na atribuição da equipe.

Nos documentos de implantação (Brasil, 1997 e Brasil, 2000a), a concepção de família como foco da atenção está mais próxima entre si. Conhecer a família e estabelecer vínculo é tarefa de toda a equipe, isto orienta a organização do processo de trabalho. Na PNAB (Brasil, 2006i) a tarefa comum à equipe ainda é a organização do processo de trabalho, no entanto a família começa a dividir com o território o foco da atenção. Campos e Matta (2007) também discutem se é a família o foco da atenção argumentando que é inerente ao trabalho do ACS fazer o cadastramento e demarcação de sua área de atuação, isto é esquadrihar o território definindo a população adscrita. Diante disto as autoras questionam quem seria de fato o foco da atenção. *A família ou a territorialidade?* (Campos e Matta 2007:143).

A análise da família nas atribuições por categoria profissional mostrou como ela aparece referida aos membros das ESF. O Quadro 6 apresenta a família nas atribuições dos médicos.

Quadro 6 – A família nas atribuições do médico da ESF

Documentos	Nº de atribuições*	Atribuições referidas à família
SF: Estratégia (Brasil, 1997)	1 (9)	- Valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança
Implantação da SF (Brasil, 2000a)	1 (3)	A família não aparece
PNAB (Brasil, 2006j)	1 (7)	- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

* Fora do parêntesis o número de atribuições referidas à família e entre parêntesis o número total de atribuições.

A família aparece nas atribuições do médico sob enfoques diferentes, no primeiro documento busca-se o vínculo como forma de garantir o cuidado tanto com o indivíduo quanto com a família. No segundo documento a família não aparece nas atribuições deste profissional, mas o documento traz uma descrição do perfil deste profissional que contempla o estabelecimento de vínculo, à exemplo do primeiro documento. O terceiro documento apresenta o indivíduo e família como objetos de atenção integral por parte deste profissional. Há uma referência ao indivíduo em seu ciclo vital, no entanto menção não é feita ao ciclo vital da família, o que inviabiliza uma atenção planejada e integral à mesma.

Analisando-se as atribuições do enfermeiro observa-se pouca referência à família em suas atribuições, como pode ser constatado no quadro a seguir.

Quadro 7 – A família nas atribuições do enfermeiro da ESF

Documentos	Nº de atribuições*	Atribuições referidas à família
SF: Estratégia (Brasil, 1997)	0 (6)	A família não aparece
Implantação da SF (Brasil, 2000a)	0 (3)	A família não aparece
PNAB (Brasil, 2006j)	1 (6)	Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

* Fora do parêntesis o número de atribuições referidas à família e entre parêntesis o número total de atribuições.

A família não aparece nas atribuições do enfermeiro nos dois primeiros documentos. Nestes documentos suas atribuições estão voltadas para ações com o indivíduo por ciclo vital, atividades administrativas na UBS e comunidade e na organização do processo de trabalho, supervisão do trabalho do auxiliar de enfermagem e do ACS. Como primeira atribuição do enfermeiro está “*Executar, no nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência, física e mental e ao idoso*”. A referência é a indivíduos e profissionais, e não a famílias. A abordagem parece indicar que a família estaria sendo pensada como a soma de seus integrantes dispostos por ciclo vital, criança, adolescente, mulher grávida, adulto. No terceiro documento as atribuições do enfermeiro estão voltadas para atenção integral aos indivíduos e famílias tanto na UBSF como em outros espaços. Novamente o ciclo de vida em relação aos indivíduos se faz presente, no entanto não há menção ao ciclo de vida da família o que impossibilita uma atenção integral à mesma.

As atribuições relativas à família para auxiliares/técnicos de enfermagem estão previstas, conforme o Quadro 8, àquelas em situação de risco.

Quadro 8 – A família nas atribuições do auxiliar/ técnico enfermagem da ESF

Documentos	Nº de atribuições*	Atribuições referidas à família
SF: Estratégia (Brasil, 1997)	1 (5)	- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco
Implantação da SF (Brasil, 2000 ^a)	1 (3)	- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco
PNAB (Brasil, 2006j)	1 (3)	- Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe

* Fora do parêntesis o número de atribuições referidas à família e entre parêntesis o número total de atribuições.

Nos dois primeiros documentos as atribuições do auxiliar de enfermagem em relação à família são as mesmas, o foco está sobre a família em situação de risco. O terceiro documento apresenta um novo profissional, o técnico de enfermagem que dividirá as atribuições com o auxiliar de enfermagem sem acrescer o quantitativo de profissionais na equipe. É atribuída uma nova tarefa a este grupo, situada no campo da prevenção. A priorização das famílias ainda é por aquelas em condição de risco, compatível com a visão da Estratégia que trabalha com o enfoque de risco (Brasil, 2000a: 38). Nos dois

primeiros documentos a atribuição dos auxiliares/técnicos de enfermagem em relação às famílias deve ser realizada em conjunto com o ACS. Isto é, a mesma referida ao ACS. Shimizu et al (2004) consideram que os auxiliares/técnicos de enfermagem realizam uma diversidade de ações tanto individuais quanto coletivas bastante influenciadas pelo modelo clínico de atenção e que eles se queixam da indefinição quanto às suas atribuições de fato.

Em todos os documentos a família emergiu nas atribuições do ACS como a essência de seu trabalho, conforme mostra o Quadro 9. As demais atribuições estão referidas aos indivíduos, à equipe e ao território.

Quadro 9 – A família nas atribuições do ACS da ESF

Documentos	Nº de atribuições*	Atribuições referidas à família
SF: Estratégia (Brasil, 1997)	4 (11)	- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área. Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde; - Realizar através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; - Coletar dados para análise da situação de saúde das famílias acompanhadas;
Implantação da SF (Brasil, 2000a)	5 (9)	- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente este cadastro; - Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; - Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário; - Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; - Estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
PNAB (Brasil, 2006j)	4 (8)	- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; - Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; - Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde; - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

* Fora do parêntesis o número de atribuições referidas à família e entre parêntesis o número total de atribuições.

Nas atribuições dos ACS nos dois primeiros documentos as ações destinadas à família guardam bastante proximidade entre si. Metade das atribuições do ACS está voltada para a família. De todos os profissionais, o ACS é quem deve desenvolver o maior número de atribuições voltadas para a família. Elas contemplam atividades diversas: **Educativas** - “Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe” (Brasil, 2006j: 45). **Organizativas** - “ cadastrar as

família e atualizar permanentemente esse cadastro” (Brasil, 2000a:17). **Assistenciais** - “realizar através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade” (Brasil, 2000a: 18). **Preventivas** - “identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco” (Brasil, 1997:17). **Mediatização** - “estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco e orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” (Brasil, 2000a:18). A ação educativa para promoção da saúde e prevenção das doenças é uma atividade nova na prática deste profissional que talvez agora, depois de dez anos de implantação da Estratégia e tendo passado por processos de formação e capacitação, seja considerado apto para tal.

O Quadro 10 mostra a família nas atribuições da ESF e de seus membros em nove anos, evidenciando em que tarefas se dão tais atribuições, assim como qual é o profissional mais vinculado à família.

Quadro 10 – Atribuições da ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias em documentos oficiais

SF: Estratégia (Brasil, 1997)	Implantação SF (Brasil, 2000a)	PNAB (Brasil, 2006j)
Conhecer as famílias e estabelecer vínculo (ESF)	Conhecer as famílias e estabelecer vínculo (ESF)	Ausente
Identificar as famílias de risco (ACS + Auxiliar de Enfermagem)	Identificar as famílias de risco (ACS + Auxiliar de Enfermagem)	Identificar famílias expostas ao risco e monitorar estas informações (ESF)
Cadastrar as famílias (ACS)	Cadastrar as famílias (ACS)	Ausente
Orientar as famílias sobre o serviço (ACS)	Orientar as famílias sobre o serviço (ACS)	Orientar as famílias sobre o serviço (ACS)
Acompanhar as famílias por meio de visita domiciliar (ACS)	Acompanhar as famílias por meio de visita domiciliar. (ACS)	Acompanhar todas as famílias por meio de visita domiciliar (ACS)
Colher dados para análise da situação de saúde das famílias. (ACS)	Saber sobre as famílias e informar as de risco para a equipe (ACS)	Trabalhar com delimitação de famílias por microárea (ACS)
–	–	Acompanhar as famílias com ações educativas para a promoção da saúde e prevenção das doenças, (ACS)
–	–	Assistir integralmente família e indivíduo (enf. e médico)
–	–	Realizar atividades educativas em saúde p/ as famílias de risco (aux/téc de enfermagem)

As atribuições da equipe e dos profissionais contidas nos documentos de 1997 e 2000 guardam entre si uma proximidade que pode ser atribuída ao curto espaço de tempo que separa estas publicações. Já o documento de 2006 apresenta algumas diferenças como o acréscimo de atividades educativas, já referido anteriormente, a incorporação do técnico de enfermagem à equipe, a presença de atribuições para o médico e para o enfermeiro suprimindo uma lacuna presente nos dois primeiros documentos e introduzindo a perspectiva da integralidade da atenção à família. As ações de cadastramento e conhecimento sobre as famílias estão ausentes neste momento no documento da PNAB. A referência ao cadastramento é feita nas atribuições do ACS - *“cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado”* (Brasil, 2006 j: 45). Referência é feita a estas atividades no item I Do processo de trabalho das equipes da Saúde da Família - *“manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos...”*, e no item IV da Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem nos processos saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade” (Brasil, 2006 j:28). O conhecimento sobre a família parece caminhar neste documento para uma fundamentação teórica mais consistente do que nos documentos anteriores. Outro aspecto a considerar é o da aderência do ACS à família. Como já referido dos profissionais, o ACS, é aquele que agrega um maior número de atribuições voltadas para a família e metade de seu trabalho é com a família. O cadastramento, como um primeiro contato da UBSF com a família, é um exemplo emblemático do vínculo entre ACS e família, ele não aparece nas atribuições dos demais membros da ESF. A observação de campo mostrou que embora não faça parte das atribuições dos demais membros da ESF algumas ESF optam por participar deste processo como uma forma de conhecer sua população adscrita e seu território. Chama a atenção na PNAB (2006j:45), a referência do cadastramento às pessoas em lugar da família.

Nos aspectos operacionais, os documentos dizem como o serviço vai se organizar para implantar e desenvolver a Estratégia que tem a família como foco da atenção. Ações como cadastramento, adscrição da área, composição e atribuição das equipes de saúde são apresentadas mostrando como a família vai se constituir no *“núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde”*. (Brasil 1997:10). Nos documentos analisados a família vai progressivamente ganhando mais consistência

teórica. Primeiro deve ser vista em seus aspectos social, demográfico, econômico e cultural (Brasil, 1997), avançando para uma visão mais integral “*prática do cuidado familiar ampliado [...] conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias*” (Brasil, 2006 j: 28). Nas atribuições dos profissionais, nos três documentos, são mantidas as ações inicialmente concebidas com acréscimos no terceiro documento de outras tarefas centradas no campo da educação em saúde e da atenção integral. Embora se tenha progredido/avançado na direção de um conhecimento mais aprofundado sobre a família dado o lugar que lhe foi facultado, ser o objeto principal da atenção em saúde, ela ainda precisa de uma fundamentação teórica de maior envergadura, de forma a evitar ações centradas no senso comum dos profissionais exclusivamente a partir de suas experiências familiares. No conjunto deste item, processo de trabalho e atribuições, a família parece perder espaço para o território no foco da atenção em saúde.

Família nas práticas de trabalho das ESF e dos profissionais das ESF

Os documentos de 1997 e 2000 apresentam aspectos que se constituem em mudanças nas práticas dos profissionais para que a Saúde da Família possa ser a estratégia de reorientação do modelo de atenção focado na família. O elenco de ações é estruturado em cinco aspectos: a) Passos para implantação da Saúde da Família, b) Reorganização do trabalho nas USF c) Reorganização dos métodos e das rotinas do trabalho; d) Níveis de competência nas três esferas de governo e, e) Financiamento.

A família aparece em *Passos para implantação de Saúde da Família*, na seleção dos profissionais, quando mencionadas a realização de prova escrita e prova prática: “*Prova objetiva, de múltipla escolha, contemplando o aspecto da assistência integral à família, do recém nascido ao idoso [...] prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária*”. (Brasil, 1997:31).

Na *Reorganização do trabalho nas USF* (Brasil, 2000 a: 21) a família aparece; i) na elaboração do projeto de implantação quando é definido o número de famílias/pessoas a serem cobertas pelas equipes de saúde da família, numa proporção de 600 a 1000 famílias, o equivalente a 2.400 a 4.500 pessoas, ii) cadastramento, no qual se busca o levantamento de informações sobre a mesma de modo a possibilitar a construção de um diagnóstico psicosocial das famílias; iii) no acompanhamento e avaliação das atividades da ESF no qual o cadastro e o prontuário familiar são utilizados, junto com outros instrumentos, para avaliação do desempenho da USF; iv) no diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade. A proposta é que o

cadastramento e o diálogo entre profissionais, lideranças da área adscrita e os ACS possibilitem elaborar o diagnóstico de saúde da comunidade que mostrará as famílias em situação de risco e que, por isso, terão prioridade de atenção sobre as demais. A família aparece como um conhecimento necessário aos profissionais para que possam realizar seu trabalho.

A família e a comunidade são apresentadas como objeto de atenção por parte dos profissionais, na explicação do processo de adoecimento dos seus membros, como uma causa, subentendida aí as doenças de origem biológica (genética e hereditariedade) e comportamental (social, cultural, psicológica), e como solução deste processo, dito de outra forma, uma via de mão dupla ao entendimento do processo de adoecimento podendo ser a causa, mas também a solução e as estratégias de enfrentamento que articula para a resolução de seus problemas

“a ESF precisa estar atenta aos fatores causais relacionados aos processos patológicos identificados nos indivíduos, referentes ao seu contexto familiar ou ambiental e, ao mesmo tempo, às respostas destes indivíduos ao seu meio”. (Brasil 2000a: 37).

A família é apontada como parceira do serviço quando lhe é atribuído elaborar junto com a equipe um plano de ação para intervir em seus problemas mais comuns e ao mesmo tempo prevenir sua ocorrência. No processo de construção do diagnóstico de saúde da comunidade e intervenção sobre os problemas identificados, família e comunidade revezam com os profissionais, num trabalho em parceria.

A família aparece também como devendo ser assistida pelos profissionais “*de forma integral, racional e tecnicamente apropriada*” (Brasil, 2000a: 38) e com seus integrantes estimulados a cuidar de si mesmos. Observa-se, no entanto a carência de um maior subsídio teórico sobre família de forma a prover-lhe uma atenção integral. Relatos das entrevistas com os coordenadores dos treinamentos introdutórios e cursos de especialização em saúde da família apontaram tal carência

“[...] nós não tínhamos uma orientação teórica sobre a família, o Ministério não disponibilizou, então o que apresentávamos no introdutório era aquilo que sabíamos sobre família, da nossa graduação, e o que liamos sobre o assunto” . (Coord. Int 2).

A atenção *tecnicamente apropriada* remete para o conhecimento que se deve ter sobre a família em relação à sua origem, crença, etnia, valores e cultura, o

reconhecimento de suas diferenças, sua singularidade, no atendimento às suas necessidades. Tais características são tomadas por Starfield (2002), como a competência cultural que devem ter os profissionais em relação às populações assistidas. Este conhecimento possibilitará harmonizar/adequar as propostas de intervenção com as características das famílias. Agregue-se a isto outros fatores externos à família, ligados à organização dos serviços e política de saúde de Estado em vigor, tais como recursos humanos em número e qualificação, recursos físicos e financeiros e a opção por um modelo de atenção.

A família aparece também no item referência e contra referência. Os documentos consideram que o princípio da integralidade deve ser preservado quando houver necessidade de encaminhamento dos indivíduos e famílias para outros níveis da atenção com o devido acompanhamento em todo o processo. Emerge mais um atributo da APS, o da Coordenação da atenção (Starfield, 2002), que considera que os vínculos estabelecidos entre a população e os serviços de saúde devem permanecer mesmo quando se lançar mão de encaminhamentos para preservar a integralidade.

Reorganização dos métodos e das rotinas do trabalho. Os documentos mostram a família no item trabalho em equipe referindo-se ao trabalho do ACS como uma ligação contínua entre a equipe com as famílias e a comunidade. A família aparece ainda na atenção domiciliar nas modalidades de visita domiciliar e internação domiciliar. A visita domiciliar é considerada como atividade que possibilita o vínculo e o acompanhamento da situação de saúde das famílias, sendo por excelência, uma atividade do ACS que a pratica diariamente, devendo visitar todas as famílias de sua microárea pelo menos uma vez por mês. Logo, o principal promotor do vínculo e acompanhamento das famílias é o ACS. Outra modalidade de atenção domiciliar apresentada referida à família é a internação domiciliar. Consiste na forma de promover uma assistência mais humanizada e podendo ser delegada à família, desde que esta reúna as condições necessárias para a atenção a seus membros. Este tipo de internação não deve substituir a internação hospitalar. Neste sentido, a família aparece como objeto de cuidados ao ser visitada pelo ACS com o intuito de tomar conhecimento de sua situação e mobilizar a equipe para a prestação de cuidados. E a família aparece como cuidadora quando assume, ainda que parcialmente, o cuidado domiciliar de seus membros.

A análise mostrou que na apresentação dos passos para a implantação de Saúde da Família, a família não aparece no *debate e divulgação da proposta do PSF*. A

discussão vai ter como foco o PSF, o que pode levar a se pensar que a família estará inserida no conjunto das discussões que envolvem a Estratégia, uma vez que as ações serão dirigidas para elas e com elas e os documentos reiteram em outros momentos tal questão. No entanto, nenhuma referência é feita à família neste momento. Há ausência da família também na programação das atividades da ESF. As ações aqui contemplam o território, isto é, a área de abrangência. Para tanto, um diagnóstico de saúde da comunidade será feito e a programação das atividades será definida a partir de uma discussão com a comunidade (Brasil 1997). O contexto familiar aqui não aparece como espaço a ser alcançado pela equipe, embora apareça nas atribuições da equipe de saúde da família como uma das atividades de seus membros.

A análise realizada nos documentos mostra que na reorganização das práticas de trabalho é exigido dos profissionais o conhecimento sobre família numa visão integral, embora a visão apresentada esteja referida à soma dos indivíduos por ciclo de vida para totalizar a família. A comunidade é apresentada como um conjunto de famílias circunscritas a um mesmo espaço geográfico compondo numa ordem crescente microáreas e área. A família é mostrada como uma parceira das equipes na elaboração de um plano de ação para intervir em seus problemas mais comuns e ao mesmo tempo prevenir sua ocorrência.

2. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NOS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA

A análise da abordagem da família nos documentos orientadores para a prática dos profissionais utilizou como fonte as atribuições das ESF e dos profissionais destas equipes nos Cadernos de Atenção Básica- Saúde da Família. Buscou-se dentre as atribuições aquelas referidas às famílias. A opção pela análise das atribuições direcionadas à família foi realizada considerando que nestas atribuições estão expressas as orientações de como as ESF e os profissionais devem atuar de forma a assistir a família.

A abordagem da família nas atribuições dos profissionais está contida nos Cadernos de Atenção Básica – Saúde da Família. Para análise, estes documentos foram ordenados/classificados como: Programas de Saúde do MS por ciclo de vida – saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso; Programas de saúde do MS por agravo prevalente – hipertensão arterial, hanseníase, diabetes e HIV/AIDS; Programa de Saúde

do MS por área temática – saúde do trabalhador, obesidade e micronutrientes; e Programa de Saúde do MS por doenças transmissíveis – esquistossomose, hanseníase, tuberculose, dengue, malária, tracoma) e nas atribuições dos profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família.

A família nas atribuições das ESF e dos profissionais das ESF nos programas de saúde por ciclo de vida do indivíduo

A referência à família nas atribuições das ESF e dos profissionais nos programas de saúde por ciclo de vida esteve presente no programa do idoso. Não há referência à família nas atribuições das ESF e de seus profissionais no programa de atenção à saúde da criança (Brasil, 2002 d).

Quadro 11 – Atribuições das ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias nos Programas de Saúde do MS por ciclo de vida – Saúde do Idoso

Documentos	ESF	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	ACS
Cad 19 Idoso (Brasil, 2006g)	Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade	Orientar idosos, familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos Orientar idosos, familiares e/ou cuidador a identificação de sinais e/ou sintomas que requeiram atendimento de saúde imediato.	Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos	Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos	Estar em contato permanente com as famílias

No programa de saúde do idoso a família está presente nas atribuições da ESF e nas atribuições de todos os seus membros. Nas atribuições da ESF a família aparece, ao lado do idoso e da comunidade, como um conhecimento necessário. Nas atribuições do médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, a família aparece como objeto de cuidados por meio da orientação quanto a procedimentos no uso de medicamentos e para o médico o cuidado estende-se à identificação de situações que requeiram um atendimento imediato. A atribuição do ACS é a de manutenção do vínculo que deve ter com as famílias.

A família nas atribuições das ESF e dos profissionais das ESF nos programas de saúde por agravo prevalente

As atribuições das ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias nos programas do MS por agravo prevalente referem-se à: hipertensão arterial, diabetes melittus, tuberculose, hanseníase, esquistossomose e HIV/AIDS.

Quadro 12 – Atribuições dos profissionais das ESF direcionadas às famílias, contidas nos manuais dos programas do MS - hipertensão arterial, diabetes melittus e doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica

Documentos	ESF	ACS
Cad 7 Hiper Diabetes (Brasil, 2001b)	Ausente	Registrar os casos de hiperdia da família em seu controle
Cad14 Doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica (Brasil, 2006c)	Ausente	Registrar em seu controle o diagnóstico de doenças cardiovasculares e fatores de risco de cada membro da família
Cad 15 Hipertensão (Brasil, 2006d)	Ausente	Registrar em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.
Cad 16 Diabetes (Brasil, 2006e)	Ausente	Registrar na sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família

Nos programas de controle da hipertensão arterial e diabetes melittus a família não aparece nas atribuições da ESF nem nas atribuições de enfermeiros, médicos e aux/técnicos de enfermagem. As atribuições estão referidas somente ao ACS que deverá ter sob seu controle, os casos de hipertensão e diabetes nos membros da família. A família aparece nas atribuições dos ACS como um dado estatístico para seu próprio controle.

Quadro 13 – Atribuições dos profissionais das ESF contidas nos documentos dos programas do MS por agravo prevalente (tuberculose, hanseníase, esquistossomose e HIV/AIDS) direcionadas às famílias.

	Equipe	Médico	Enfermeiro	Aux/téc de enfermagem	ACS
Tuberculose *Cad 6 (Brasil, 2002a) **Cad 21 (Brasil, 2008a)	*Não há **Não há	*Não há Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas	*Não há Realizar assistência integral a pacientes e familiares na UBS, domicilio e demais espaços	*Não há Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas	*Não há **Não há
Hanseníase *Cad 10 (Brasil, 2002c) **Cad 21 (Brasil, 2008a)	*Planejar o cuidado e o controle da hanseníase no indivíduo, família e comunidade. Identificar os determinantes do processo saúde doença nas famílias e indivíduos. Realizar educ.em saúde p/ família e comunidade	**Orientar o paciente e a família para a realização de autocuidados e prescrever e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas. Encaminhar para a unidade de referência os casos pertinentes e manter-se responsável em acompanhar a família.)	**Orientar o paciente e a família para a realização de autocuidados	Não há	**Fazer no mínimo uma visita domiciliar por mês ao usuário com hanseníase e sua família, estimulando autocuidados e autoexame **Registrar na ficha A- cadastramento de famílias os dados sobre as pessoas com hanseníase no campo específico a cada visita, de forma a mantê-la atualizada.
Esquistossomose Cad 21 (Brasil, 2008a)	Não há	Não há	Não há	Não há	Investigar a existência de casos no núcleo familiar e comunidade, a partir do caso confirmado por meio de exame parasitológico de fezes, conforme planejamento e programação da UBS.
HIV/AIDS, hepatite e outras DST Cad 18 (Brasil, 2008a)	Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao portador de DST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve	Não há	Não há	Não há	Não há

As atribuições dos membros da ESF direcionadas às famílias nos programas de controle da tuberculose e hanseníase estão contidas no Caderno 6 (Brasil, 2002a) e Caderno 10 (Brasil, 2000c) respectivamente, e no Caderno 21 (Brasil, 2008a) para os dois programas. No programa de controle da tuberculose Caderno 6 (Brasil, 2002a) o termo ‘família’ ainda não foi incorporado, há uma referência recorrente ao vocábulo ‘comunicante’, expressão **consagrada** no programa. No Caderno 21 (Brasil, 2008a) não são apresentadas as atribuições da ESF e a família não aparece nas atribuições do ACS. Nas atribuições do médico e do auxiliar/técnico de enfermagem a família aparece como objeto de orientação sobre a doença: tratamento e visões errôneas sobre a doença. Nas atribuições dos enfermeiros a família aparece como alvo de cuidados integrais junto com o paciente.

No programa de controle da hanseníase Caderno 10 (Brasil, 2002c) a família aparece nas atribuições de todos os membros da ESF como alvo de cuidado, controle e orientação sobre a doença. No Caderno 21 (2008a) a família aparece nas atribuições dos médicos e enfermeiros como alvo de capacitação dos seus membros para o cuidado com seus familiares doentes, e nas atribuições do ACS como alvo de visita domiciliar para estimulá-la para o cuidado de seus integrantes e como um dado estatístico para controle por meio da ficha A. A família encontra-se ausente nas atribuições dos auxiliares/técnicos de enfermagem. (Brasil, 2008a).

No programa de controle da esquistossomose a família aparece como atribuição somente do ACS que deverá investigar a existência de casos na família. A família encontra-se ausente das atribuições da ESF, de enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem.

No programa de controle do HIV/AIDS Caderno 18 (Brasil 2006f) a família aparece nas atribuições da ESF referida ao contexto familiar na disseminação deste grupo de doenças sendo indicado tratar os membros da família a partir de sinais e sintomas. Não foram referidas atribuições para os membros da ESF.

A família nas atribuições das ESF e dos profissionais das ESF nos programas de saúde por área temática

As atribuições das ESF e dos profissionais das ESF direcionadas à família nos programas de saúde por área temática referem-se aos programas de saúde do trabalhador, a obesidade e as carências dos micronutrientes.

Quadro 14 – Atribuições da ESF e dos profissionais das ESF direcionadas às famílias contidas nos documentos dos programas do MS por área temática - saúde do trabalhador, obesidade e micronutrientes

Documentos	ESF	Aux/técnico de enfermagem	ACS
Cad 5 S.do tra- balhador (Brasil, 2001a)	A ESF/AB deve identificar e registrar os integrantes das famílias que são trabalhadores por sexo e faixa etária;	Ausente	- Informar a família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência
Cad 12 Obesidade (Brasil, 2006a)	Ausente	Identificar famílias em risco nutricional	- Identificar famílias em situação de risco - Identificar fatores de risco do estado nutricional na família - Identificar estratégias para melhoria do estado nutricional das famílias.
Cad 20 Micronutrie- ntes (Brasil, 2006h.)	- Identificar famílias e comunidades com carência de vitamina A - Orientar famílias a buscar apoio dos serviços de saúde para correção da alimentação inadequada. - Informar e estimular cada família e comunidade a garantirem seus direitos de cidadania: direito à saúde, à educação básica e etc.	Ausente	Ausente

Na atenção à saúde do trabalhador a família aparece nas atribuições da equipe e nas atribuições dos ACS. As atribuições da equipe estão definidas tanto para as unidades PSF como não PSF. Nas atribuições da ESF a família aparece como um dado estatístico no qual seus integrantes devem ser identificados como trabalhadores, quanto à sua inserção no mercado de trabalho. Nas atribuições do ACS, a família aparece como objeto de cuidados deste profissional que deverá orientá-la sobre aspectos relacionados ao seu atendimento. A família não aparece nas atribuições dos enfermeiros, médicos, e auxiliares/técnicos de enfermagem.

No controle da obesidade a família aparece nas atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem e do ACS sob vigilância para evitar o sobrepeso. O foco recai sobre as famílias de risco nutricional para identificação, assim como dos fatores de risco e das estratégias de intervenção sobre a obesidade.

No controle da carência de micronutrientes, a família aparece nas atribuições da ESF, sendo sua atribuição identificar as famílias carentes de micronutrientes, encaminhá-las às unidades de referência de saúde e contribuir para promoção da autonomia das famílias. Nas atribuições dos profissionais da ESF a família encontra-se ausente.

O quadro abaixo permite observar a presença ou ausência da família nas atribuições da ESF e nas atribuições específicas dos membros das ESF nos documentos oficiais.

Quadro 15 – A família nas atribuições da ESF e nas atribuições específicas dos profissionais das ESF nos documentos oficiais do MS

Documentos ESF e profissionais das ESF	ESF	Mé- di- co	Enfer- meiro	Auxilia- res/ técnicos enferma- gem	ACS
Estratégia SF (Brasil, 1997)	X	-	-	X	X
PNAB (Brasil, 2006j)	X	X	X	X	X
Cad1 Implantação da SF (Brasil, 2000a)	X	-	-	X	X
Cad2/3 Introdutório/Educação Permanente (Brasil, 2000b; Brasil, 2000c)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad4 Idoso: Instabilidade postural e queda (Brasil, 2000d)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad5 Saúde do Trabalhador (Brasil, 2001a)	X	-	-	-	X
Cad6 Controle da Tuberculose (Brasil, 2002a)	-	-	-	-	-
Cad7 Hipertensão arterial e diabetes mellitus (Brasil, 2001b)	-	-	-	-	X
Cad8 Violência Intrafamiliar (Brasil, 2002e)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad9 Dermatologia na AB (Brasil, 2002b)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad10 Hanseníase (Brasil, 2002c)	X	-	-	-	-
Cad11 Saúde da Criança (Brasil, 2002d)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad12 Obesidade (Brasil, 2006a)	-	-	-	X	X
Cad13 Controle dos cânceres de colo de útero e mama (Brasil 2006b)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad14 Prevenção clínica de doença cardiovascular... (Brasil, 2006c)	-	-	-	-	X
Cad15 Hipertensão arterial (Brasil, 2006d)	-	-	-	-	X
Cad16 Diabetes mellitus (Brasil, 2006e)	-	-	-	-	X
Cad17 Saúde bucal (Brasil, 2008b)	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Cad18 HIV/AIDS (Brasil, 2006f)	X	-	-	-	-
Cad19 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006g)	X	X	X	X	X
Cad20 Carência de micronutrientes (Brasil, 2006h)	X	-	-	-	-
Cad21 Tuberculose (Brasil, 2008a)	-	X	X	X	-
Hanseníase (Brasil, 2008a)	-	X	X	-	X
Esquistossomose (Brasil 2008a)	-	-	-	-	X
HIV/AIDS (Brasil, 2008a)	X	-	-	-	-

Fonte: documentos oficiais do MS

Observa-se que alguns documentos não apresentam o quesito atribuições (NSA), da ESF e nem as específicas por categoria profissional, podendo estar diluídas no corpo do texto ou mesmo não conter, pela natureza do documento, como é o caso dos Cadernos 2/3 Introdutório/Educação Permanente (Brasil, 2000b; Brasil, 2000c) que tratam dos cursos de capacitação dos profissionais. Outros há que, embora apresentem

as atribuições das ESF e dos profissionais, nenhuma está referida à família (-); e outras, que apresentam atribuições (X) que contemplam a família conforme descrito na análise.

A família é mais referida nas atribuições do ACS do que nas atribuições das demais categorias profissionais, seguidas pelas atribuições das ESF. Está em todas as atribuições da ESF e dos profissionais na PNAB (Brasil, 2006j) e no Caderno 19 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006g).

Em síntese, a análise de documentos mostrou que a família está presente nas atribuições da ESF e dos membros das ESF de forma bastante descontínua. Alguns Cadernos não apresentam em sua estrutura o quesito atribuições das ESF e dos profissionais, como é o caso dos Cadernos 2 e 3 que, por referirem-se à capacitação dos profissionais, não abordam tal questão. Também não apresentam o quesito atribuições das ESF e dos profissionais os Cadernos que tratam do idoso, da violência intrafamiliar, da dermatologia, da criança, do câncer de colo de útero e mama e da saúde bucal, este último referindo-se apenas aos profissionais da odontologia. Os demais Cadernos apresentam as atribuições, mas nem sempre referidas a ESF e a seus membros. Observa-se que em algumas situações apenas alguns membros da ESF tem atribuições relacionadas à família e que nem sempre a família aparece nas atribuições das ESF. No Caderno sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006g) e na PNAB (Brasil, 2006j) a família aparece na atribuição da ESF e de todos os membros da ESF, situação diferente dos demais Cadernos a exemplo do Caderno sobre controle da tuberculose (Brasil, 2002a) que manteve sua abordagem completamente sobre o indivíduo atualizando-a no Caderno 21 (2008a) com a inclusão de atribuições do enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem.

Nos Cadernos em que existem atribuições referidas à família ela aparece nas atribuições da ESF como: um dado estatístico, alvo de cuidados, de investigação de agravos, objeto da ação educativa e de conhecimentos de sua forma de ser, alvo de orientação para prevenção e tratamento e de orientação para busca de seus direitos, com vistas à construção da cidadania.

Nas atribuições do enfermeiro e do médico, a família aparece como alvo de cuidados, de controle, das ações educativas para o cuidado de si mesma, e como cuidadora de seus membros. Nas atribuições da auxiliares/técnicos a família aparece como alvo de controle e como cuidadora de seus membros. Nas atribuições do ACS a família aparece como um dado estatístico para controle, objeto de investigação de risco, cuidadora de seus integrantes, objeto de vínculo, alvo de investigação de outros casos de

doença, objeto de controle por meio da VD para promover o auto cuidado de seus membros.

Considerando que os Cadernos de Atenção Básica são instrumentos a serviço da educação permanente das ESF, a análise dos documentos permitiu observar a ausência de conteúdos sobre família que permitam aos profissionais intervir respaldados num marco teórico que possibilite uma prática compreensiva, reflexiva e crítica sobre a família.

3. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode ser entendida como uma resposta do Ministério da Saúde às reivindicações das equipes de saúde família para a inclusão de profissionais de outras áreas. Isto diante da diversidade de situações surgidas no cotidiano das unidades de saúde da família e fora do alcance e da competência dos profissionais das USF. Em sua composição os NASF priorizam em termos qualitativos profissionais, que não fazem parte da equipe de saúde da família, e em termos quantitativos, o número de habitantes existentes no município com ressalvas para a região norte do país. Desta forma existem duas modalidades de NASF. O NASF I, vinculado a oito equipes de saúde, no mínimo, e vinte, no máximo, e o NASF II vinculado a no mínimo três equipes de saúde da família. O NASF I é composto por pelo menos cinco dos profissionais citados a seguir: fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, nutricionista, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicólogo acupunturista, médico acupunturista, médico homeopata, médico psiquiatra, médico ginecologista e médico pediatra. O NASF II é composto por três do elenco dos profissionais mencionados excetuando-se a categoria médica. A tarefa delegada aos NASF é de apoiar as equipes não se constituindo em equipes adicionais para atuar como porta de entrada do sistema, portanto seu papel é somar-se às já existentes e ampliar o campo de ação, tornando-as mais resolutivas na busca pela integralidade da atenção.

A família não é destacada entre as justificativas para a criação do NASF ainda que este Núcleo seja apoio à Estratégia que tem na família o centro da atenção. A família não está presente na concepção do Núcleo, que elenca em seus considerandos portarias, resoluções e outros documentos até 2007 para justificar sua criação. Não está presente também nas atribuições dos profissionais que compõem o Núcleo.

A família aparece, junto com o indivíduo, nas competências das Secretarias de Saúde do Estado e Município, na organização do processo de trabalho entre o NASF e as equipes. Nestas competências a família aparece como o alvo de cuidados das equipes de Saúde da Família de modo contínuo “definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra- referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias” (Brasil, 2008:3). Nota-se que a família está presente no Detalhamento das ações que pode ser visto como as atribuições dos profissionais. A coluna *Nº de atribuições* indica fora do parêntesis o número de atribuições referida a família e entre parêntesis o número total de atribuições.

Quadro 16 –Atribuições dos profissionais que compõem o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

Áreas de apoio do NASF (Brasil, 2008b)	Nº atribuições*	Ocupações	Atribuições voltadas para a família
Atividades físicas/práticas corporais	0 (12)	Prof. Educ. física	Ausente
Práticas integrativas e complementares	0 (10)	Homeopatia Médico homeopata	Ausente
		Médico acupunturista, Fisioterapeuta acupunturista Psicólogo acupunturista	
Ações de reabilitação	1 (18)	Fisioterapeuta	Acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes.
Ações de alimentação e nutrição	0 (4)	Nutricionista	Ausente
Ações de saúde mental	2 (10)	Psicólogo Psiquiatra Terapeuta Ocupacional	- Apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos persistentes, uso abusivo de álcool e outra drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar. - Ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.
Ações de serviço social	3 (13)	Assistente social	- Atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais. - Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento. - Capacitar orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda.
Ações de saúde da criança	2 (10)	Médico Pediatra	- Apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar. - Ampliar o vínculo com as famílias, tê-las como parceiras e constituir redes de apoio e integração.
Ações de saúde da mulher	2 (10)	Médico Ginecologista/ Obstetra –	- Apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da mulher além de situações específica como a de violência intrafamiliar. - Ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.
Ações de assistência farmacêutica	0 (12)	Farmacêutico	Ausente

* Fora do parêntesis o número de atribuições referidas à família e entre parêntesis o número total de atribuições.

A família não aparece no detalhamento das Ações de Atividade Físicas/Práticas Corporais, nas Ações das Práticas Integrativas e Complementares, nas Ações de Alimentação e Nutrição e nas Ações de Assistência Farmacêutica.

Nas ações de Reabilitação, a família é referida quando se analisa o que a deficiência representa no contexto familiar e aponta-se a elaboração de protocolos com a participação dos diferentes profissionais buscando uma visão interdisciplinar do fenômeno. Nas atribuições das ações de Reabilitação a família é mostrada como objeto de cuidados do profissional que começa a assisti-la preparando-a para lidar com a situação de dependência física de um de seus membros. *“Acolher, apoiar e orientar as famílias principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes”*. (Brasil, 2008 c: 6)

Nas Ações de Saúde Mental a família é mostrada sob dois enfoques: como objeto de cuidados indireto do NASF aonde, nos casos de violência intrafamiliar, o profissional do NASF psicólogo/psiquiatra/terapeuta ocupacional irá auxiliar a ESF na prestação de cuidados; e como objeto de cuidados diretos do NASF, onde a família será parceira do serviço no cuidado com seus membros requerendo o estabelecimento de vínculos com os profissionais do NASF.

Nas ações do Serviço Social a família aparece como objeto de cuidado integral, de conhecimento e análise, num trabalho em conjunto entre o profissional do NASF e a ESF. A família aparece ao lado da comunidade como objeto de estudo, na análise de aspectos culturais que possam estar interferindo no processo de adoecimento. Nas ações de Saúde da Criança e Saúde da Mulher, a família aparece como parceira no cuidado de seus membros necessitando alargar seu vínculo com o profissional. Um segundo aspecto focado é o apoio do profissional do NASF às equipes na capacitação destas para lidar com situações dentre outras de violência intrafamiliar.

Em síntese, no NASF a família aparece nas competências do município e do estado como objeto de cuidados das equipes de Saúde da Família, mas, está ausente nas atribuições de alguns profissionais e, nas que se faz presente, pode ter uma intervenção direta do NASF ou indireta, isto é nas situações em que o NASF estiver dando suporte às equipes para intervenção, a exemplo da violência intrafamiliar. Nas intervenções diretas do NASF, as famílias aparecem como parceiras dos serviços no cuidado com seus membros, buscando continuamente a ampliação de vínculos com os profissionais, como objeto de cuidado integral, de estudo quanto a seus padrões e crenças que poderão interferir no processo de adoecimento.

As atribuições das ESF e dos profissionais contidas nos documentos oficiais do MS pouco contemplam ações que apontem para o conhecimento da família e para intervenções que contribuam para sua saúde. Como família, elas estão sempre referidas à saúde de seus membros e quando se referem à família é no sentido de tê-la como parceira do serviço no cuidado com seus integrantes. Neste sentido destaca-se a ênfase dada sobre a família pelo Caderno sobre Envelhecimento da Pessoa Idosa (Brasil, 2006g) quando apresenta os instrumentos para conhecimento da estrutura familiar, avaliação da funcionalidade da família, e avaliação dos recursos familiares e comunitários. Embora o Programa tenha como proposta contribuir para a autonomia das famílias, instrumentalizando-as para a construção da cidadania, apenas o Caderno 20 Carência de micronutrientes (Brasil, 2006h), no quesito atribuições, aborda temas que privilegiam tal proposta.

CAPÍTULO V – CONCEPÇÃO SOBRE FAMÍLIA DE PROFISSIONAIS DAS ESF E FAMÍLIAS CADASTRADAS

A compreensão sobre o que é família apresenta visões distintas tanto no campo pessoal quanto no conjunto das ciências. Bruschini (1989), Macedo (1994), Angelo e Bousso (2001), Brodersen et al (2005), Gaíva (2006), consideram que a depender da área de conhecimento a família terá uma perspectiva diferente. Assim, a biologia a tomará sob o enfoque da consanguinidade, a sociologia a verá como um grupo de pessoas que vivem juntas, a psicologia como um grupo permeado por laços afetivos e o campo jurídico por meio dos vínculos sanguíneos, casamento, adoção e tutela. Além disso, convivem com estas concepções as percepções dos especialistas de cada área, construídas por sua própria história de vida familiar.

Medeiros e Osório (2002) consideram que a família sob o olhar jurídico e antropológico é vista como grupo de parentes, compreendendo tanto as filiações por adoção quanto as alianças por casamento, que mantêm certa convivência independente de coabitação. No entanto, parte da sociologia ao considerar as funções da família como a da socialização primária e a reprodução da cultura tende a tomar a família referida ao espaço doméstico da mesma forma que a economia. Quando considera a família nos estudos sobre consumo, de reprodução da força de trabalho e distribuição de renda remete a família ao espaço doméstico.

Sob outra leitura Dessen e Biasoli-Alves (2001) fazem um recorte da abordagem da família em três dimensões: uma abordagem tradicional representada pela consanguinidade, uma abordagem sociológica moderna fundamentada nos sentimentos pessoais dos indivíduos, e uma abordagem ecopsicológica que vê a família de forma bastante ampla incorporando relações íntimas e intergeracionais e relações externas. A família nesta abordagem teria 196 formas possíveis de família.

Angelo e Bousso (2001), referindo-se à Estratégia Saúde da Família, advertem que como se trata de desenvolver uma política, direcionada à família, é necessário ter uma definição sob um mesmo referencial, a ser compartilhada com aqueles que estejam envolvidos na operacionalização desta política. Necessário também se faz conhecer a concepção dos profissionais que estejam envolvidos em tal política como uma forma de diminuir excessos buscando o consenso, evitando que concepções pessoais se

sobreponham à proposta institucional. Ouvir aqueles para quem a política é dirigida também se constitui em uma boa prática, no sentido de cotejar expectativas do grupo para quem as ações se direcionam, com as concepções e propostas desta política.

Como sugere Neder (2005), aproximando mais as lentes: ouvir os profissionais das ESF e as famílias cadastradas sobre o que é família é tarefa necessária quando a política de saúde se propõe a ter a família como o centro da atenção, na perspectiva de se identificar de qual família se está falando, como está organizada e como funciona. De igual modo conhecer a centralidade da família no PSF de Manaus exigiu ouvir os profissionais das ESF e as famílias cadastradas no Programa. Assim sendo, este capítulo tem como objetivo analisar as concepções sobre família dos membros das ESF e das famílias cadastradas.

A análise da concepção sobre família de profissionais das ESF e das famílias cadastradas foi construída com base nos seguintes tópicos: concepções de família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas; composição do núcleo familiar das famílias cadastradas segundo os profissionais das ESF e segundo as famílias cadastradas; e do entendimento dos profissionais das ESF sobre a concepção de família com a qual o PSF de Manaus opera com base nas tipologias de Rocha et al (2002), Moraes (2003) e Ribeiro (2004).

1. CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESF SOBRE FAMÍLIA

A concepção sobre família dos profissionais das ESF foi analisada em separado para enfermeiros e médicos, ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem uma vez que se trata de grupos com distinta inserção social.

Concepção de enfermeiros e médicos sobre família

As concepções sobre família verbalizadas por enfermeiros e médicos estiveram atravessadas pelo significado de família para o PSF e por suas próprias concepções. Os profissionais foram estimulados a dizer o que era família em sua opinião. Observou-se certa dificuldade em definir família, com momentos de pausa, um esforço para organização das idéias, da tentativa de apreensão do objeto – família. Tal situação pode ser explicada pelo conflito entre os conceitos incorporados de família nuclear burguesa, um ideal de família, em contraposição à família atual, à sua própria família, à realidade que vêem e vivenciam hoje como família. Prado (1983) considera ser tarefa difícil definir família, uma vez que todos possuem família parecendo óbvia sua definição,

opinião reforçada por Macedo (1994) quando diz que cada indivíduo tem uma concepção particular de família, de acordo com a imagem que constrói de família. Quando instigadas a definir, as pessoas se reportam à sua própria família como se todas as famílias pudessem ser definidas pela sua família. Gomes et al (2002) considera que conceituar família é tarefa complexa, pois existe o risco de se excluir diferentes tipos de família.

Enfermeiros e médicos apresentaram uma tendência inicial a expressar o conceito de família do PSF em substituição ao seu próprio conceito. Nele a família é definida pela presença de laços de parentesco, normas de convivência, coabitação e dependência doméstica. (Brasil, 1998). Ainda que expressa em documento oficial, a observação de campo mostrou que em algumas circunstâncias a realidade se sobrepõe a norma, pela diversidade de situações presentes e pela concepção dos profissionais, em particular o ACS, a quem é dada a atribuição de cadastrar as famílias da área e atualizar o cadastro. Desta forma em não muitas situações as UBSF adotavam diferentes concepções sobre o que é família no processo de cadastramento. Segundo as normas do Programa família é

“o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados” (Brasil, 1998:6).

A observação participante, no entanto mostrou que nos quatro distritos sanitários existiam domicílios com apenas uma pessoa que era cadastrada como família, carecendo por parte do MS de uma orientação sobre tais ocorrências.

Da análise de seus discursos sobre família foram construídas categorias orientadas pela literatura e da fala dos profissionais: família como perspectiva biológica, família como adoção, família como lugar de convivência e partilha, família como grupo de pessoas que mora junto, família como espaço compartilhado de hábitos, valores e crenças/grupo de semelhantes, família como estrutura e família como um campo complexo. Estas categorias são apresentadas e discutidas a seguir.

- família como perspectiva biológica

“família é isso esses laços maternos, paternos de irmãos. Então é meio complicado, família é isso de repente se falar que ele [indivíduo] foi criado, por um desconhecido que acabou se agregando aí eu não consideraria como família. Eu ligo muito pra essa correlação sanguínea da família mesmo”
(M- DN)

A família foi apresentada como um grupo fechado, restrito a laços de sangue. A menção a pai, mãe e filhos coloca-a numa condição de família nuclear não cabendo em sua estrutura a inclusão de agregados, nem participantes com outros laços de parentesco.

- família como adoção

“Família pra mim não precisa necessariamente ser de sangue, eu posso adotar uma criança viver comigo, ser minha filha, ser minha família. É minha filha, mas não é de sangue” (E-DO).

O entendimento de que fazer parte de uma família não se limita a perspectiva biológica mostrou-se por meio da adoção. O cotidiano das famílias adotantes tem mostrado que as relações de consanguinidade já não são determinantes no vínculo que se estabelece entre pais e filhos. A convivência diária, as relações afetivas, o carinho, o diálogo e a solidariedade fazem com que os filhos vejam seus pais adotivos como pais verdadeiros. Deste modo a adoção tem demonstrado outras possibilidades de se construir uma família, uma vez que deixou de ser um desvio quando considerada apenas a perspectiva biológica, para, por laços afetivos se constituir uma família (Schettini, et al, 2006).

- família como lugar de convivência

A categoria convivência emergiu tanto no sentido de coabitação como de convívio, a família como grupo foi mencionada.

“Duas palavras me vem à mente quando você me pergunta o que é família, a primeira é grupo, a segunda é convivência. Então partindo desses pressupostos eu posso dizer que eu tive muitas famílias desde que eu saí de casa, por tudo o que já passei e venho passando eu acho que eu pertenci a alguns grupos e em cada grupo eu construí uma família. Então eu acho que o conceito de família extrapola os laços consanguíneos. Então eu vejo família numa abordagem mais complexa de troca de relações, de saberes, de conhecimentos, de cultura, de problemas de várias outras coisas”. (E-DL)

A fala apresenta subcategorias na construção do conceito de família. A primeira delas a de família como um grupo, isto é, um agrupamento, que pelas características indica ser um grupo social. A diferença entre grupo de pessoas e grupo social está na condição do segundo em compartilhar responsabilidades com seus membros. Outra categoria que emerge é a convivência que aqui aponta para uma compreensão de viver em comum, isto é compartilhar idéias, proximidade, conhecimentos. A categoria pertencimento também emerge, *“então partindo desses pressupostos eu posso dizer que eu tive muitas famílias desde que eu saí de casa”*, isto é pertencer. Embora não apareça explícito

emerge também o caráter temporal deste pertencimento. Isto é, a família não é estática, os arranjos familiares se movem como se move a sociedade (Silva e Lunardi, 2006). São exemplos destes novos arranjos a adoção, os recasamentos e seus desmembramentos, isto é, filhos de casamento(s) anterior(s) convivendo com um novo casamento dos pais. O contato/convivência com novas pessoas é determinante na construção da família.

A concepção de família para além da consanguinidade mostrou-se no fragmento “*Então eu acho que o conceito de família extrapola os laços consanguíneos*” para ancorar na família como espaço de relações.

A categoria relacional foi apresentada antecedida pela palavra “*troca*” que pressupõe reciprocidade, uma via de mão dupla nos relacionamentos.

“desde que eu saí de casa, por tudo o que já passei e venho passando eu acho que eu pertenci a alguns grupos e em cada grupo eu construí uma família [...] então eu vejo família numa abordagem mais complexa de troca de relações, de saberes, de conhecimentos, de cultura de problemas de várias outras coisas”. (E-DL)

Nesta concepção, a família é mutável a depender do contexto, das pessoas e dos momentos com que se dão as relações, por isso extrapola laços de sangue e casa, por isto ser tomada como objeto complexo distanciando-se do conceito burguês de família. Bruschini e Redenti (1994) advertem para a distinção entre casa e família. A concepção de família como convivência parece resvalar para uma concepção de família construída pela afinidade.

Buscando uma aproximação ao conceito de família pelo Programa emergiu também família como convivência.

“Para o Programa, família são todos os que estão ao redor de um fogão, esta foi a orientação que nos foi colocada [pelo Programa] para fazer o cadastro das famílias.” (M-DS)

O conceito de família apresentado encontra-se ancorado nas bases operacionais da Estratégia, para fins estatísticos. Ele pressupõe partilha e convivência como coabitação.

- família como grupo de pessoas que mora junto

A concepção de família foi referida à coabitação

“Um grupo social, pessoas que se juntam e moram no mesmo lugar” (M-DN)

Esta concepção aponta para a família sob dois enfoques: agrupamento de

peessoas ou grupo social que coabitam. A considerar-se a família como agrupamento de pessoas é pertinente atentar para o que dizem Bruschini e Ridenti (1994: 31)

“assim como os laços familiares podem extrapolar os limites de uma moradia nem sempre as pessoas que moram na mesma casa constituem uma família. Casa e família não são a mesma coisa, mas essa separação não é evidente no senso comum. Enquanto o domicílio é uma unidade material de produção e de consumo, a família é um grupo de pessoas ligada por laços afetivos e psicológicos”.

Por outro lado a família entendida como um grupo social remete para uma rede de interações que pressupõe: compromisso compartilhado entre seus membros na tomada de decisão, definição de papéis a serem assumidos por seus membros, responsabilidade entre seus integrantes em relação às funções de proteção, alimentação, socialização, assim como o cuidado pela saúde de seus membros. A coabitação foi referida a morar junto, no entanto a coabitação sem partilha não caracterizaria o grupo como família. Dito de outra forma, o simples ajuntamento de pessoas não se caracterizaria como família.

- família como afinidade

A concepção de família como afinidade manifestou-se na fala a seguir acrescida de outros elementos.

“Agglomerado de pessoas que vivem num mesmo domicílio, com algumas características de laços sanguíneos ou não, de afinidade, que convivem no mesmo espaço/lar, de um modo geral, num mesmo ambiente, e que tem uma cultura muito semelhante. Os hábitos estão inseridos, os hábitos sociais e econômicos em determinado contexto semelhante, um grupo fechado.” (M-DL)

A categoria afinidade é central nesta concepção de família, a fala aponta para características semelhantes que levam as pessoas a morarem juntas e desta forma constituir uma família. A convivência, enquanto coabitação, o comportamento muito semelhante, os mesmos hábitos, indicam a família como uma unidade coesa, um grupo fechado. A consanguinidade é uma condição secundária para os que estão dentro do domicílio, e é excludente porque ficam de fora as pessoas que mesmo tendo laços de sangue morem em outros locais. Em outras palavras, não é família quem não mora junto e para ser família tem que ter afinidade.

- família como estrutura

A família como base emergiu como uma condição necessária ao indivíduo para a vida em sociedade

“Família é a estrutura social do indivíduo, sem ela o indivíduo tende ser um desagregado” (M- DN).

Na fala, a família foi tomada como base, fundamento e, em uma de suas funções, a socialização que visa promover a inserção social do indivíduo. Segundo Prado (1983) e Gomes Szimanski (1994), a família é o primeiro estágio de socialização do indivíduo, uma vez que primeiro reproduz-se a si mesma, por meio dos hábitos, costumes, valores a serem sucessivamente transmitidos às gerações futuras. É na família que se inicia as trocas afetivas que vão definir as relações humanas. Dessen e Biasoli-Alves (2001) analisam o fato de que a despeito da diversidade de tipos de família, em uma mesma cultura a função de socialização se mantém preparando as crianças para o convívio em sociedade. Analisando criticamente esta função delegada à família, Gomes Szimanski (1994) chama a atenção para as conseqüências de atribuir à família a tarefa de socialização primária dos indivíduos uma vez que por conta disto é continuamente responsabilizada pelo comportamento reprovado de seus membros, pela sociedade.

- um campo complexo

A complexidade da família como categoria empírica emergiu sob vários aspectos, chegando alguns a serem contraditórios entre si. Numa visão dialética a família é vista como produtora de saúde e produtora de doença.

“[...] o que eu considero complexidade na família em si é porque eu não posso abordar a família pensando somente num pai que um é diabético, ou até na família de cinco membros que tem um que é hipertenso. Não, é uma família de cinco membros onde realmente tem um que é hipertenso., mas tem os outros quatro membros que estão de alguma forma colaborando para a piora daquela hipertensão ou colaborando para o tratamento daquela hipertensão, isto eu considero complexidade” (M- DO.)

Esta forma de ver a família foi compartilhada com os outros profissionais tanto no decorrer do grupo focal como na observação participante quando identificaram situações de produção de saúde/doença no contexto familiar. São relatos de apoio aos seus membros diante das vicissitudes da vida, mas relatos também de situação de sofrimento/adoecimento gerados por seus membros em situação de violência, e uso de drogas ilícitas que colocam a família em situações de insegurança física e emocional.

Uma segunda complexidade é pensar a individualidade da família e a individualidade dos membros da família.

“[...] a gente nunca lida com todas as famílias de um mesmo jeito a gente sempre lida com essa individualidade de família, e muitas das vezes tem a individualidade da pessoa dentro da família, porque também existe a diferença das pessoas que pertencem à mesma família, elas são diferentes,

com certeza.” (M-DO)

A fala, (também compartilhada por ACS), advoga por uma abordagem que respeite a singularidade da família e a singularidade de seus membros. Os profissionais consideraram que assim como existem diferenças entre as famílias, o que lhes requer uma abordagem diferente para cada grupo familiar no sentido de respeitar suas especificidades, existe também uma diferença entre os membros da família, requerendo também um modo peculiar de atendê-los. Sobre este aspecto é pertinente considerar o que dizem Silva e Lunardi (2006: 70)

“... cada família estabelece suas próprias finalidades, constituindo-se assim numa unidade singular que produz singularidades, já que seus membros são diferentes entre si, mas juntos, são diferentes das demais famílias”.

Deste modo, trabalhar com famílias requer dos profissionais sensibilidade para entender suas diferenças: valores, crenças, hábitos construídos por sua história, o que deve ser extensivo a seus membros. Requer entender que seus membros têm visões de mundo diferentes com base nas quais agem. Sobre este aspecto Vasconcelos (2000) adverte que a modernidade produziu mudanças no comportamento das pessoas tornando-as mais individualistas, nem sempre dispostas a compartilhar seus problemas com os familiares, além de fazerem escolhas bastante individuais. Trabalhar nestas duas perspectivas constitui-se em desafio para o PSF.

E uma terceira complexidade emergiu sobre a família como espaço de conflitos

“mesmo assim é complexo viver em família, eu brigo com a minha irmã quando eu não concordo com o que ela fala ou com o que ela faz em relação ao meu pai e a minha mãe, eu brigo, e isto é complexidade. Então quando eu falei em complexidade eu quero abordar estes outros aspectos, sociais, econômicos, culturais, sociais, religiosos. A gente tem que ser pastor, tem que ser padre, freira, tem que levar uma palavra de aconchego de acalmia para uma pessoa que já está doente, sofrida, pela miséria social e pela miséria física também. A gente tem que levar nem que seja uma palavra de conforto”. (M-DO)

A categoria conflito emergiu simultaneamente a relacional uma vez que estão interligadas. Silva e Lunardi (2006), ao analisar a família como sistema complexo, consideram, com base no princípio dialógico, que existem sim relações opostas tanto no interior das famílias como na relação das famílias com o seu contexto. As relações de poder existentes na sociedade também estão presentes no interior das famílias, o que gera um cenário diferente daquele instituído na família tradicional na qual as relações seriam tomadas como harmoniosas. Barreto (2008) indica que os conflitos familiares ocupam o segundo lugar dos temas da terapia comunitária. Elsen (1994) e Gaíva (2006)

os explicam por meio da teoria do conflito na qual a família é entendida como uma arena onde seus membros lutam na defesa de seus interesses. Mcwhinney e Freemann (2010) encaram os conflitos familiares com naturalidade e que a depender do grau de funcionalidade da família tais situações terão seu desfecho. Embora referida inicialmente ao interior da família, a fala remete tais conflitos a outras esferas que indicam interferir no núcleo familiar. São os aspectos sociais, econômicos e culturais que fogem da competência dos profissionais, mas estes se sentem obrigados a intermediar ainda que de forma bastante limitada. A complexidade parece também apontar para a impotência do serviço/profissional em atender as demandas vindas das famílias.

Concepção dos ACS sobre família

As concepções sobre família de ACS estiveram referidas à família como perspectiva biológica, família para além da consanguinidade, família como base da sociedade e do indivíduo, família como convivência, família como afetividade/envolvimento e família como cuidadora de seus membros. Estas concepções possibilitaram a construção de categorias orientadas pela literatura e pelo que emergiu da fala dos profissionais.

- família como perspectiva biológica

A perspectiva biológica referiu-se a consideração dos ACS, aos laços de sangue na concepção sobre o que é família.

“Família é um grupo de pessoas formado por pai, mãe e filhos.” (ACS-DL)

O discurso remete para uma concepção de família consanguínea família elementar, um modelo de família denominado também de família nuclear burguesa. Este tipo de família, embora ainda hegemônica nos dias atuais, divide espaço com outros arranjos familiares mais elásticos. Amazonas (2003) considera que embora sejam diversos os arranjos familiares, com um crescimento significativo, a família nuclear ainda prevalece sobre os demais arranjos em famílias das classes populares, mais presente nas primeiras fases do ciclo de vida familiar.

- família para além da consanguinidade

A família para além da consanguinidade emergiu na fala dos ACS

“Família não é só laços de sangue, é vínculo afetivo, é união, confiança,

respeito”, (ACS - DO)

Na fala, a perspectiva biológica compartilha com os sentimentos que apontam para o convívio familiar estável, como a afetividade, a aliança entre seus membros, o crédito, e a consideração, a concepção do que é família. A assunção da família para além dos laços consanguíneos, com a incorporação de outras categorias que exprimem reciprocidade, não a afasta da perspectiva biológica, mas adverte que para ser família não é suficiente ter o mesmo sangue, é preciso outros atributos.

- família como base da sociedade e do indivíduo.

A família como base emergiu sob duas vertentes. As intervenções dos participantes, mais que em outros momentos, caminharam num movimento de apreensão/aprofundamento desta “base” entre a família como base para a sociedade e família como base para o indivíduo. A ausência de estabilidade desta base pode resultar nas famílias desestruturadas. Isto é, a depender de sua estabilidade, de seus fundamentos, as famílias poderão tornar-se estruturadas ou desestruturadas.

“família é a base que sustenta o indivíduo na sociedade. O indivíduo sem essa base vai pra sociedade e se perde. Muitas vezes vai pelo caminho errado, caminhos obscuros, onde tem a droga, pela falta de uma boa educação familiar e até mesmo outros princípios” (ACS-DO)

A concepção de família como base remete à idéia da família como uma estrutura que oferece aos indivíduos, ainda quando crianças, normas que irão ditar sua inserção na sociedade (Prado, 1983; Dessen e Biasoli-Alves, 2001). O discurso remete para as conseqüências da ausência da família na socialização primária de seus membros que trazem como resultado os comportamentos que o meio social reprova. (Gomes Szymanski, 1994). Uma questão necessária à reflexão é a de que não sendo um sistema fechado a família influencia e sofre influências da sociedade e que, a depender das condições concretas de sua existência, é provável que algumas de suas boas intenções possam ser frustradas.

A família como base foi referida, também se reportando à sociedade, isto é, a família como alicerce da sociedade.

“Família é a base, a base da sociedade” (ACS DL)

A concepção da família como a base da sociedade está contida na Constituição Federal tendo para tanto a proteção do Estado (Brasil, 1988). Responsabilidades lhe são atribuídas nos documentos oficiais, em particular no Estatuto da Criança e do Adolescente, para que garanta às crianças e adolescentes sua inserção na sociedade.

Ferrari e Kaloustian (2005) consideram que mesmo com os reveses produzidos na modernidade ainda permanecem em vigor as funções da família: de socialização de seus membros, espaço de construção e exercício da cidadania, organização da vida de seus membros, espaço de acolhimento e transmissão da cultura, sendo estas características possibilitadoras de manutenção da sociedade.

Nesta linha de raciocínio pensar a família e pensar as mudanças ocorridas na sociedade, tanto econômicas como as de valores morais que envolvem sua estrutura e funcionamento, irá resultar em uma visão de família diferente daquela idealizada a partir da ideologia burguesa na qual sua estrutura é restrita aos pais e filhos com funções já historicamente definidas. O pai provedor, a mãe cuidadora da casa e das crianças, e os filhos obedientes aos pais. Modelos de família diferentes destes são considerados, principalmente referidos às classes mais empobrecidas, como famílias desorganizadas ou desestruturadas quando de fato “está organizada de maneira diferente segundo as necessidades que lhe são peculiares” (Mello, 2003:58).

- família como convivência

A família como convivência esteve referida tanto às relações que os ACS estabelecem com a ESF na UBSF assim como com as famílias pelas quais são responsáveis. Com os profissionais das ESF, o ACS convive cinco dias por semana. Com as famílias cadastradas, quando residem na área de abrangência, sua convivência é diária. Ambas as situações favorecem o estabelecimento de vínculos, às vezes tão fortes quanto os que se firmam no contexto familiar.

“Onde nós trabalhamos é a nossa segunda casa. E muitas vezes dependendo destas características nós nos damos bem com o próprio colega que passou a fazer parte da nossa família, mais do que a nossa própria família mesmo”.(ACS – DO)

A UBSF foi tomada pelos ACS como sua segunda casa e aqueles que ali estão, os profissionais das ESF, como sua família também. Segundo os ACS, o fato de em momentos de dificuldades acessarem mais facilmente o colega que está ao lado, do que a própria família, e a disponibilidade deste em servir, criam vínculos fraternos que se configuram em laços familiares.

A categoria convivência emergiu também referida às relações estabelecidas entre ACS e famílias cadastradas, e novamente à ESF.

“Eu concordo com ela [com outra ACS], Deus nos deu essa oportunidade de ter a nossa família e mais estas 150 famílias e mais a equipe. Hoje eu não posso dizer que tenho só a minha família, eu tenho a minha família de dentro

de casa, meu lar, meus filhos. Tenho a minha família que eu passo o dia todo que é a equipe [ESF], e, mais 150 famílias que eu convivo diariamente, então eu não sou mais só eu e a minha família". (ACS-DN)

Definir família como convivência adquiriu nesta fala do ACS certa elasticidade chegando a se estender para além de seu núcleo familiar de origem, isto é, para a UBSF e para as famílias adscritas sob sua responsabilidade; chegando a tomá-las como sua família também, ainda que residam em outro espaço domiciliar. A convivência neste caso foi tomada como convívio, trato diário, e não como coabitação.

A fala apresentada aponta também para a maneira do ACS ver o seu trabalho. Seu trabalho não se constitui apenas como um conjunto de ações técnicas e pedagógicas que povoa as expectativas das ESF em contraposição às expectativas da comunidade que quer ter suas necessidades pessoais assistidas, mesmo que nem sempre situadas no campo biomédico (Nunes et al, 2002). Neste caso, apesar de profissionalmente dividido entre estas duas esferas, o ACS tende mais para a segunda, fruto de sua convivência diária, e vê nestas famílias uma extensão da sua.

Outro aspecto que chama a atenção na fala é a ausência de referência à família ampliada. Observa-se um hiato entre a família nuclear/restrita e a família ampliada, isto é, sua relação de parentesco. Para Prado (1983), a depender do convívio, os laços afetivos podem se tornar mais fortes com quem não é parente do que os laços estabelecidos pela consanguinidade com os parentes e, embora os laços com os parentes não acabem, eles podem se tornar inexpressivos.

- família como afetividade/envolvimento

A afetividade emergiu como produto de uma construção das relações diárias, do trabalho do ACS com as famílias.

"[...] assim, hoje, pro ACS distinguir isso [distinção entre a sua família e as famílias cadastradas], ele tem que saber fazer. Mas pra gente é muito complicado, você acaba entrando nas casas, você acaba absorvendo os problemas deles e você querendo ou não acaba levando pra casa, como eu, que estou há nove anos trabalhando com as mesmas pessoas. Então você acaba fazendo parte da família dela e permitindo que ela também faça parte da sua. Então é isso, você acaba criando laços". (ACS-DN)

A fala indica as relações situadas no campo da subjetividade que se estabelecem entre o ACS e as famílias cadastradas. A permanência do ACS no território, por ali residir e dele fazer parte, finda proporcionando situações com as quais se envolvem e a intimidade, própria do ambiente familiar, é compartilhada pelas famílias e pelo ACS.

Campos e Matta (2007) consideram que as famílias não somente abrem as portas

de suas casas para receber uma atenção em saúde pelo ACS, as famílias abrem também aspectos de sua vida privada, suas dificuldades, crenças, costumes e isto desenvolve a afetividade, categoria também definidora do que seja família. E aí reside a diferença na natureza do trabalho do ACS. Como sua atividade laboral está mais voltada para o domicílio ela se dá com mais informalidade e subjetividade, diferente dos demais profissionais das ESF cujas ações se dão mais no espaço da UBSF local em que há mais formalidade, mais objetividade (Campos e Matta, 2007). Desta forma as relações subjetivas criam mais possibilidades para a construção de laços afetivos.

- família como cuidadora de seus membros

O cuidado familiar emergiu na fala dos ACS como algo que caracteriza a família, como ter cuidado e proteger.

“família é ter cuidado com seus membros” (ACS -DO)

O cuidado familiar se expressa na preocupação que os membros da família nutrem entre si, ou seja, uma postura de auxílio recíproco entre seus integrantes de forma permanente. Prado (1983) indica que faz parte das funções da família o cuidado com seus membros, e que alguns destes cuidados são divididos com o Estado, a exemplo da socialização das crianças que é dividida com a escola e a saúde de seus membros com os serviços de saúde. Depreende-se, desta forma, que o cuidado familiar atravessa as funções da família e que neste sentido o cuidado em saúde é parte do cuidado familiar. A consequência do cuidado familiar é a continuidade do núcleo familiar, pelo cuidado de um com o outro, de todos se ajudando mutuamente.

Concepção de auxiliares/técnicos de enfermagem sobre família

A família mostrou-se na concepção dos auxiliares/técnicos de enfermagem, como: família como para além da consanguinidade, família como base e família como porto seguro. Estas categorias foram construídas orientadas pela literatura e pelo que emergiu da fala dos profissionais.

- para além da consangüinidade

A fala a seguir aponta para a perspectiva biológica como algo de menor importância quando comparada à expectativa de apoio que a família tem em relação a seus membros.

“Família não é só laços de sangue. Na minha casa de saúde são duas equipes, então pra mim é a minha família, é com eles que eu divido meus problemas então é minha família também”. (Aux. Enf- DN)

A família emergiu sob duas vertentes: a de que família não é definida somente pela consanguinidade e a perspectiva de apoio como um traço de família. A questão da consanguinidade dada pela biologia e pela legislação para definir o que é família, tomou nesta fala caráter menos importante, quando comparado à possibilidade de contar com o outro. A fala aponta para uma família que permite na entrada de seu núcleo aqueles que compartilhem sentimentos de ajuda mútua, e neste sentido a UBSF se constituiu também em um núcleo familiar. Esta perspectiva é assinalada por Duarte (1995) quando considera que o que define família para as classes populares é sua relação com as atividades domésticas e a reciprocidade em termos de ajuda. Diferente das famílias das elites que se aproximam da classe média no conceito de família hegemônico, a família burguesa, mas distanciam-se ao privilegiar a riqueza que produziram e que detêm, valorizando assim mais sua estirpe. Quando analisado do ponto de vista da convivência, Patrício (1994) considera como família um grupo de pessoas que interage por diversas razões, sem necessariamente morarem juntas.

- família como base

A família como estrutura foi mostrada na produção e reprodução de si mesma e como um agente socializador dos indivíduos.

“Na minha concepção, família pra mim é estrutura, tem que vir de uma estrutura, de uma base”. (Tec. Enf- DS)

A fala apresenta a família como uma base, um alicerce provido de crenças, valores, ideais que são transmitidos a seus membros. Ser uma estrutura e ter que vir de uma estrutura indica uma reprodução de si mesma, e isto é garantido pela transmissão desses valores, crenças e ideais para as futuras gerações. (Prado, 1983). Para Silveira (2000) a família ao transmitir os padrões culturais, valores e objetivos sociais transforma um ser biológico num ser social.

“Eu acredito também que seja a base principal, né, a partir do convívio familiar, do local que você nasce, cresce desenvolve sua personalidade, é a família que no caso direciona muitas das vezes”. (Tec. Enf - DO)

A fala aponta para a família e seu contexto social como o alicerce do indivíduo, isto é, o contexto no qual se dará o processo de desenvolvimento de seus membros para a vida adulta. A tarefa de preparação do indivíduo para o convívio em sociedade é da família e isto ela faz por meio da socialização primária como mencionado por Prado (1983), Gomes Szimanski (1994) e Pinheiro e Biasoli-Alves (2008).

- família como porto seguro

A família como um porto seguro, lugar de proteção, de amparo, mostrou-se na fala dos auxiliares/técnicos de enfermagem

“[...] eu pelo menos sou assim se eu estiver passando por algum problema, se eu estiver na rua, se acontecer alguma coisa, a primeira coisa que eu penso é na minha família”. (Tec Enf - DO)

A fala aponta para o valor da família como um porto seguro ao qual podem retornar, como último refúgio frente a qualquer necessidade. Segundo Pinheiro e Biasoli-Alves (2008), não obstante as críticas que recebe e sobre as previsões de sua extinção e dos reveses que atravessa, a família ainda é um lugar de aconchego, de proteção e afeto. Para estas autoras, as dificuldades que a família atravessa não são um fato novo em sua existência, eles já foram vivenciados em outros momentos e superados, o que demonstra a potencialidade da família em sua reestruturação por meio de sua própria experiência e da sociedade na qual se insere.

2. CONCEPÇÃO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS SOBRE FAMÍLIA

Tal qual para os profissionais das ESF, conceituar família foi inicialmente tarefa difícil para as famílias entrevistadas, requerendo um tempo para reflexão mesmo a pergunta tendo sido precedida de certo período de aquecimento. Em algumas situações a questão foi novamente retomada no final da entrevista.

Embora conceituar família não seja aparentemente tarefa complexa, uma vez que todas as pessoas pertencem a um grupo familiar, defini-la sempre se constitui uma dificuldade (Prado, 1983), pelos conceitos hegemônicos incorporados e seu confronto com a realidade, e pela possibilidade de se tomar a experiência individual para generalizá-la na coletividade. Pinheiro e Biasoli-Alves, (2008) corroborando esta compreensão, indicam que embora possa haver uma representação social comum, sobre família, os indivíduos têm suas próprias concepções a partir de suas especificidades e ao defini-las tomam suas próprias famílias como parâmetro.

O exercício de conciliar estas duas situações, ou seja, a concepção de família construída e veiculada pela mídia, pelos profissionais e também pelas populações, e, a concepção de família de um grupo familiar, de membros da família, confirmou sua

dificuldade. Está expressa na pausa para reflexão e em palavras soltas, quando famílias foram perguntadas sobre o que é família.

Da análise de conteúdo das falas das famílias cadastradas sobre sua concepção de família foram construídas categorias orientadas pela literatura e outras que emergiram da fala das famílias emergiram as seguintes categorias: família é tudo, família como perspectiva biológica, família para além da consanguinidade, família como aqueles com quem se pode contar, família como estrutura, família como um porto seguro, família como cuidadora de seus membros, família como espaço de relações, família como espaço de conflitos, família como espaço de transmissão da cultura.

Em todas as entrevistas, e em algumas apenas inicialmente, a família foi conceituada pelo vocábulo, tudo.

- família é tudo

Uma formulação considerando “*tudo*” pode referir ao essencial, fundamental. Ao mesmo tempo é um tanto vaga se considerarmos “*tudo*” como todas as coisas, caindo num vazio conceitual, o que exigiu uma decodificação do vocábulo por seus emissores, adjetivando-se tudo como: união, amor, organização, ajuda, responsabilidade, confraternização, preocupação, afeto, responsabilidade, tudo na vida.

“É uma união, se não tiver união não tem família. Família é tudo” (F-DL)

“Família é tudo, é organização, é ajuda” (F-DO)

“família é tudo” (F-DN), (F- DS), (F-DL), (F - DO)

“Tudo: preocupação, amor, afeto, respeito um com o outro. Tem que ter responsabilidade para resolver os problemas, de tudo. Tem que ter o diálogo que é indispensável. Família é união, amor” (F-DS)

Não sei nem explicar. Família é tudo na vida. Na família tem que ter amor, responsabilidade, união, e confraternização (F- DO)

Buscando-se uma taxonomia das características da família complementares à “*família é tudo*”, é possível agrupá-las em duas ordens de classificação: características de ordem afetiva que dizem respeito às relações afetuosas que se estabelecem no núcleo familiar, e características de ordem utilitária que respondem pelo caráter de utilidade/responsabilidades, expectativas que os membros fazem em torno da e para a família. Como características de ordem afetiva podem ser considerados o amor, o afeto, a união e a confraternização. Estas características exprimem não só sentimentos, mas o bom relacionamento que se espera existir no núcleo familiar. Campos e Matta (2007), analisando a família atual em suas dificuldades diante das transformações sociais,

questionam se seria a afetividade capaz o suficiente para enfrentar os reveses e garantir a coesão familiar. E concluem que desde que seja uma intervenção emergencial a afetividade poderá mobilizar a família para a coesão, no entanto do ponto de vista estrutural, a afetividade, sozinha, mostra-se impotente para promover o resgate social da família.

Como características de ordem utilitária poderiam ser agrupados os vocábulos compromisso, responsabilidade, organização, ajuda, respeito e preocupação, uma vez que todas estas palavras remetem a uma postura da família em relação aos seus membros. Dito de outra forma, a família serve para cuidar de seus membros, ou, a expectativa que a sociedade tem da família é a de que cuide de seus membros, esta é uma de suas funções, ao lado da transmissão da cultura.

A utilização de expressões consagradas e que abrigam muitos conceitos também foram apresentadas. Em algumas situações seguiu-se a uma fala complementar para lhe dar sustentação, em outras situações foram apresentadas de forma isolada caracterizando-se mais como um chavão, a exemplo de “*família é a base de tudo*”.

- *família como perspectiva biológica*

A perspectiva biológica foi bastante acentuada na fala das famílias, no entanto ela sozinha não conceituou família, foram agregados outros elementos tais como ajuda união, amor para caracterizá-la como família. Aqui emergiram tipos de família indo desde a família nuclear à família trigeracional (Marconi e Presotto, 2005; Marconi, 1996)

“A família começa com o homem e a mulher porque quando se casam deixam pai e mãe, depois vêm os filhos, aí é a família completa Família é aliança, é compromisso, é responsabilidade.” (F-DO)

A família emergiu dentro de uma concepção de família nuclear, compatível com a forma que está estruturada. Tal situação corrobora com enunciados de Prado (1983) e Pinheiro e Biasoli-Alves (2008) quando consideram as concepções sobre família construídas a partir de experiências particulares, ainda que existam inúmeras, a depender de quem as formula. A família nuclear é também identificada como família restrita, família conjugal, elementar, simples, imediata, primária (Marconi e Presotto, 2005). Prado (1983) considera como família conjugal somente aquela referida aos cônjuges. A família nuclear é referida também como família nuclear burguesa. Marconi e Presotto (2005) consideram que este tipo de família é a base da sociedade, o começo das relações primárias de parentesco.

“Família são meus filhos, netos e parentes.” (F-DO)

A família trigeracional mostrou-se, em companhia da família ampliada, referida à consanguinidade e relações de parentesco. A família trigeracional é caracterizada por se compor de três gerações consanguíneas distintas. A família ampliada, também referida como família extensa, é composta pela família nuclear acrescida de outros membros com laços sanguíneos e/ou laços de afinidade podendo incluir primos, tios, cunhados e agregados. O parentesco tem na família nuclear sua origem, e se apresenta sob três vertentes: parentesco por afinidade, que se constrói pelas relações maritais, parentesco por consanguinidade, o que é gerado por laços de sangue e o parentesco fictício ou pseudoparente, referindo-se aos que se agregam às famílias com as quais não possuem laços consanguíneos (Marconi e Presotto, 2005).

“Família é só eu mesmo e esta aí (filha), o resto pra mim é o resto, não significa nada [...] só pra dizer que tenho filhos, que não me ajudam em nada.” (F-DO)

Embora esta fala tenha soado mais como um desabafo, uma vez que no decorrer da entrevista os outros filhos foram referidos como família, ela reflete o modelo idealizado, a *“família pensada”* de Gomes Szymanski (1994:35) como um modelo certo e bom de família para as classes populares, e reforça a expectativa que têm as classes populares sobre a família, isto é: aqueles com quem se pode contar (Sarti, 1995).

- família para além da consanguinidade

O caráter utilitário da família emergiu ao lado de outras categorias. A crença religiosa que gera outro tipo de filiação, e os sentimentos afetivos emergiram na fala.

“É família aqueles que estão juntos para se ajudar, eu tenho uma irmã [uma amiga], que acabou de sair daqui [de casa] que é minha família, na dor, na tristeza, em todos os momentos. Tenho irmãos na igreja que são minha família. O que diz o que é família é o amor, a solidariedade, o carinho entre as pessoas” (F-DN)

A consanguinidade mostrou-se como condição dispensável para conceituar família. Em algumas falas a solidariedade, a união, as relações afetivas emergem como suficientes para conceituar família. Para outras famílias não basta ter laços de sangue, é preciso outros elementos para conceituar família. Assim emergiram concepções associadas ou não à consanguinidade, tais como: amor, respeito, paciência, união, convivência, compromisso, responsabilidade (assumir e compartilhar), união, carinho, amizade, confraternização, organização, ajuda.

“É uma união, se não tiver união não tem família. Família é aqueles que se ajudam, não precisa ser de sangue” (F-DL)

A ênfase na exclusão da perspectiva biológica, que por si só não garante laços familiares permeou o discurso ao lado do sentimento afetivo e de reciprocidade entre os membros da família.

- família como aqueles com quem se pode contar

“Uma união porque somos irmãos. Nas horas das dificuldades e tristezas, compartilhar tristezas, alegria, problemas, dificuldades, felicidade. Se sentimos (nós), como família, apesar de nossa mãe morar separado (de nós). Família é a que ajuda, a que está presente, a que entende” (F- DN).

A referência à família como com quem se pode contar permeou as falas indicando a expectativa que os membros têm em torno da família como uma rede de apoio. A coabitação mostrou-se, a exemplo da consanguinidade referida na fala anterior, como uma condição dispensável à concepção de família. Duarte (1995) considera como categoria definidora de família as redes de ajuda mútua e Sarti (1995:147), sob o mesmo enfoque, considera o princípio da reciprocidade que começa no âmbito familiar extrapolando para o espaço externo do domicílio.

- família como estrutura

A família mostrou-se na fala das famílias como alicerce e, ao mesmo tempo, como reprodutora de si própria.

“Família é a base, é a estrutura do ser humano (F-DL)

“Família é a base de tudo na vida. A família começa com o homem e a mulher porque quando se casam deixam pai e mãe depois vêm os filhos, aí é a família completa”. (F-DO)

A família aparece como estruturante de seus membros ao mesmo tempo em que se reproduz pela composição de um novo núcleo familiar. A concepção que emerge é a da família nuclear referida à consanguinidade.

- família como um porto seguro

A família como um porto seguro emergiu em contexto de crise e como uma postura incorporada em seus membros.

“Família é tudo, sem minha família não sei se conseguiria viver bem, já tive esta experiência e não é nada boa.” (F- DO)

A fala remete a uma situação particular em que a família foi acionada e respondeu dentro das expectativas de seu integrante, isto fortaleceu o vínculo familiar.

A assunção da família no cuidado com seus membros podem extrapolar seus próprios recursos:

“É uma responsabilidade que a pessoa toma e adquire. Primeiro assume responsabilidade e se for o caso busca ajuda. O fundamental na família é o companheirismo, que haja paz entre si, que permaneçam lado a lado dignamente” (F- DL).

A família na perspectiva de um porto seguro atua ao mesmo tempo como uma rede de apoio a seus membros e como uma mobilizadora de apoio junto às redes sociais de seu entorno. O apoio aos seus membros pode se dar em âmbito restrito à unidade familiar enquanto as condições concretas de assisti-los lhe são possíveis. Uma vez esgotadas estas condições, a família busca ajuda junto às redes de apoio que podem ser tanto pessoais, ou de ajuda informal de vizinhos, amigos, parentes, patrão, como as redes sociais, igrejas, associações do bairro, ONG's (Rodrigues, 2008).

Dentre as funções da família, Prado (1983) destaca a adoção de estratégias de segurança econômica de seus membros. Ainda que esta função esteja restrita ao campo econômico a segurança da qual precisam os seus integrantes e da qual a família é depositária pode ser compreendida também, dentre outros, no campo emocional. Ângelo e Bousso (2001) consideram como funções da família, a proteção, alimentação e a socialização de seus membros. Campos e Matta (2007), analisando as críticas feitas à família em suas adversidades, consideram que mesmo assim a família ainda é lugar de afeto e proteção.

“Família é se dar bem com os parentes, não ter mal querência, não brigar, não xingar. Tem que estar unido, existe as divergências, mas tem que manter o diálogo. A minha família é a base de tudo para uma vida melhor. Se não tiver o apoio da família não se tem nada” (F- DO).

A fala aponta para três ordens de questão: o relacionamento familiar, que prima pelas boas relações a despeito dos conflitos internos privilegiando-se a conversa como estratégia para resolução dos conflitos; o valor da família para seus membros, sendo fundamental para a qualidade de vida; e a expectativa em torno da família como um apoio aos seus integrantes. Mcwhinney e Freeman (2010) consideram como natural a existência de conflitos no ambiente familiar, pois a maneira como se lida e se resolve os conflitos diz o quanto a família é funcional. Uma categoria também presente na fala é o parentesco, definido de forma bastante elástica por Marconi e Presotto (2005). Silveira (2000), no entanto considera que o parentesco, às vezes, é utilizado em referência à família, oriunda de concepções culturais sobre a genealogia, mas que pouco tem a ver

com a genética ou a biologia. Assim, a depender dos contextos sócio-culturais em que estão inseridas, as pessoas irão considerar um primo distante, do ponto de vista da consanguinidade, ainda como primo, ou considerarão que já não é mais parente, pela distância consanguínea.

- família como cuidadora de seus membros

O cuidado familiar emergiu como desvelo, isto é, o zelo, a atenção que permeia os membros da família nas relações familiares.

“Quem cuida de mim é ele. Família é um cuidando do outro. Família é a coisa mais unida que tem, pai, mãe, tios, filhos. Tem muitas famílias que são unidas e muitas que não são unidas, brigam entre si, aquela confusão, filhos que judiam dos pais”. (F- DN)

A família que aparece é a família consanguínea, na qual o cuidado e as boas relações emergem como características favoráveis, mas emergem também os conflitos e a violência na referência a filhos que maltratam os pais. O cuidado é avesso ao maltrato, sendo o segundo prática reprovável no contexto familiar.

“Família é ser tudo unido. Quando acontece alguma coisa grave a pessoa vai em frente, procura saber o que aconteceu, pra ficar informado. Ficar em dívida é a pior coisa, ficar sem saber é começo sem fim. Família é a preocupação de um com o outro. Família é um suporte, uma estrutura dos filhos com os pais, com os netos (F- DS)

A fala aponta para o cuidado que deveria circular entre os membros da família, a preocupação em saber do outro, estar vigilante principalmente nas situações que ofereçam risco à integridade de seus membros. A família trigeracional é o modelo referido.

“Família é parentes reunidos, todos se dando bem, tudo bem. Família é que a gente seja legal, obedeça, dê dinheiro quando alguém precisar é o que a gente quer. Se for mal criado, maltratar a gente não é família. Família é união, se dar bem, se respeitar. Pelo que eu já vi é muita responsabilidade, é muita coisa. Família é estar todo mundo reunido, dividindo seus momentos de alegria e de tristeza. Tem dia que está bem, tem dia que não está”. (F- DN)

A fala aponta o cuidado como um divisor do que é família e do que não é família. O cuidado familiar implica em atender as necessidades dos membros da família, é compartilhar alegrias e tristezas, solidarizar-se. Não existe família se houver maus tratos, violência. As boas relações intrafamiliares e o compartilhar o cotidiano, independente de ser bom ou ruim, faz parte da vida em família. A família emerge

também como um local de acolhimento, espaço onde as pessoas cuidam umas das outras, onde são aceitas e se apóiam.

- família como espaço de relações

“Tem que estar unido, existe as divergências, mas tem que manter o diálogo”. (F- DO)

“Família é tudo. Família unida é tudo. A pessoa se entende, conversa, entra em acordo, divide os problemas, na saúde na doença, na alegria na tristeza, tem que dividir. Dividir opinião, união, problemas, dificuldades, na hora que um precisa o outro tem, pelo menos nós vivemos aqui assim”. (F-DS)

A referência ao ambiente familiar como um espaço de relações abrigou a possibilidade de problemas, alegrias, tristezas, doenças, saúde. Existe, no entanto, uma tolerância para com estas situações mediadas pelo diálogo. As relações que se estabelecem no contexto familiar permitem trocas, interações entre seus membros, na divisão tanto de suas vicissitudes, quanto de suas alegrias, alinhavados pelo cuidado constante. Sentimentos agregadores como, ajuda mútua, companheirismo, união também foram utilizados para conceituar família como espaço de relações.

- família como espaço de conflitos

“Tem que ter muito amor para lidar com família, porque família é um caso sério. Tem cada pepino que é um caso sério. Os problemas que tem na família tem que resolver.” (F- DO)

“União entre si, entre as pessoas, respeito entre nós. Todas as famílias têm que ter atrito, mas na hora de qualquer de problema, doença tem que estar junto. Nós somos unidos, tem família que não está nem aí”. (F- DS)

A família foi tomada como um espaço de conflitos, ainda que eles não se constituam em quebra da unidade familiar. Entendê-la como espaço de conflitos remete a pensá-la como uma arena, palco de embates que visem à negociação (Elsen, 1994; Gaíva 2006). Está prevista a sua existência, e eles têm que ser resolvidos, o que vem a corroborar com o afirmado por Mcwhinney e Freeman (2010) quando consideram como natural os conflitos familiares, estando sua capacidade de resolução, na dependência da funcionalidade da família. A funcionalidade da família é definida por Berthoud (1997) como o convívio em seu interior e entre seus membros, das relações de hierarquia, poder, afetividade, de organização e desempenho dos papéis familiares.

Há uma tensão entre família ideal e família real nas entrelinhas dos discursos, que se cristalizaram no decorrer das entrevistas. Embora conceituando família como responsabilidade, compromisso e cuidados, alguns idosos queixaram-se que seus filhos “endeusam” seu trabalho. Consequentemente não lhes restando tempo para acompanhá-los em uma consulta, ou a um atendimento de urgência, o que na opinião deles implica em compromisso dos filhos para com os pais, com a desculpa de não poderem se atrasar ou faltar ao trabalho.

-família como espaço de transmissão da cultura

A idéia de transmissão de valores construídos nas relações familiares também esteve presente a despeito das transformações pelas quais as famílias têm passado.

“Família é a base de tudo, para nós filhos nos espelhamos nos nossos pais”. (F-DL.)

A fala aponta para a família como possibilidade de continuidade.

“Tentar passar para os (nossos) filhos o que os pais da gente nos ensinaram” (F-DL)

O desejo de repassar valores, crenças e símbolos às gerações futuras indica o quanto cada indivíduo carrega de família dentro de si e da importância que a família adquire na transmissão da cultura, valores, crenças, o que lhe permite manter-se, a despeito das mudanças em sua configuração e hierarquia. Mcwhinnney e Freeman, (2010) ao estabelecer a diferença entre “*a pessoa na família*” e “*a família na pessoa*”, consideram que esta última representa os valores familiares incorporados que o indivíduo carrega consigo para o resto da vida, até a sua morte. Enquanto que a primeira, a pessoa na família, representa as relações entre o indivíduo e os membros da família.

O Quadro a seguir permite observar a distribuição das categorias empíricas das ESF e das famílias cadastradas.

Quadro 17 – Concepções de família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas, Manaus, 2009

Enfermeiros/ médicos	ACS	Aux/técnicos de enfermagem	Famílias
			Família é tudo
Família como perspectiva biológica	Família como perspectiva biológica		Família como perspectiva biológica
Família como adoção			
	Família como afetividade/envolvimento		
	Família para além da consanguinidade	Família para além da consanguinidade	Família para além da consanguinidade
			Família como aqueles com quem se pode contar
Família como estrutura	Família como base	Família como base	Família como estrutura
		Família como porto seguro	Família como porto seguro
Família como lugar de convivência.	Família como convivência.		
	Família como cuidadora de seus membros		Família como cuidadora de seus membros
			Família como espaço de relações
			Família como espaço de conflitos
Família como grupo de pessoas que mora junto			
			Família como espaço de transmissão da cultura
Família como afinidade			
Família como um campo complexo			

O quadro a seguir busca cotejar as categorias sobre as concepções de família dos membros das ESF e das famílias cadastradas.

Quadro 18 – Concepções comuns sobre família de profissionais das ESF e das famílias cadastradas, Manaus, 2009

Categorias	Enfermeiro/ médico	ACS	Auxiliares /técnicos de enf.	Famílias
Família é tudo: perspectivas emocionais e utilitárias.				X
Família como perspectiva biológica	X	X		X
Família como afetividade/ Envolvimento		X		
Família para além da consanguinidade		X	X	X
Família como estrutura	X	X	X	X
Família como porto seguro			X	X
Família como lugar de convivência	X	X		
Família como cuidadora de seus membros		X		X
Família como espaço de relações				X
Família como espaço de conflitos				X
Família como grupo de pessoas que mora junto	X			
Família como espaço de transmissão da cultura				X
Família como um campo complexo	X			
Família como afinidade	X			
Família como aqueles com quem se pode contar				X
Família como adoção	X			

3. COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DAS ESF

Existe uma vasta sinonímia na literatura para descrever a tipologia das famílias e uma diversidade de tipologia a depender dos aspectos de consanguinidade, coabitação, variáveis econômicas, desempenho de papéis, relações afetivas, sistema de parentesco e outras. De acordo com Dessen e Lewis (1998) o modelo ecopsicológico de família comporta 196 variedades de família.

Nesta perspectiva, a referência à composição do núcleo familiar está na dependência da concepção de família que se adota, isto é, se a concepção de família é a de pessoas que moram juntas, então a composição do núcleo familiar estará restrita ao domicílio, portanto família como arranjo domiciliar. Se, porém família for tida na perspectiva de Bruschini e Ridente (1994) a composição familiar extrapolará o ambiente domiciliar por considerar os laços afetivos, podendo ser a família mais elástica.

A consideração, por vezes, a duas interpretações para um mesmo tipo de família pode ser encontrada, como é o caso da família conjugal que para Prado (1983) refere-se “*somente um casal*” (p11) e para Campos e Matta (2007) a família conjugal “*é formada pelos pais e seus filhos*” (p: 128).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000) informam que em Manaus 22,9% das famílias é composta por três pessoas e 22,4% é composta por quatro pessoas. Famílias com cinco componentes ou mais correspondam a 30% e domicílios com apenas uma pessoa corresponde a 6,3% do total⁵.

Neste quesito busca-se identificar o conhecimento dos profissionais das ESF sobre os tipos de famílias cadastradas, e, a auto concepção das famílias cadastradas sobre sua composição.

Composição do núcleo familiar segundo enfermeiros e médicos

Enfermeiros e médicos ao descrever as famílias cadastradas em sua área de abrangência referiram tipos de família quanto à sua composição e suas características, presentes na literatura e oriundos de uma definição muito particular do grupo: Deste modo emergiram: *i)* família nuclear, *ii)* família ampliada, *iii)* família trigeracional matriarcal, *iv)* família extensa, *v)* família transitória e *vi)* família satélite.

- família nuclear

“De um modo geral nós temos de 70 a 85% [família] nuclear e o restante que comportam todas essas outras formas, esses núcleos, sub-núcleos, famílias satélites, [...]. De um modo geral nós ainda temos uma constituição familiar tradicional, mas nós temos as exceções (M -DL)

Em relação à composição familiar a família nuclear foi considerada hegemônica, o que confirma os dados da PNAD (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000) que indicam que em Manaus o percentual de famílias nucleares é de 46,9% ligeiramente acima do percentual nacional que é 49,5%. No entanto, outros tipos de famílias menos frequentes foram referidas.

⁵ Informação disponível em www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000fd.asp?o=9&=P

- família ampliada

A família ampliada, composta pelas relações consanguíneas próximas e distantes e pelas relações de afinidade, mostrou-se como uma configuração de família.

“pode ser uma família pequena pai, mãe, filhos, mas pode também ter outras pessoas, cunhados, tios, sobrinhos”. (E- DS)

A fala aponta de início para uma família nuclear fazendo referência a seguir à família ampliada. Bilac (1995) considera que a família das classes populares é inicialmente nuclear, podendo ser ampliada com a chegada dos filhos e incorporação dos descendentes, podendo também abrigar os agregados como uma forma de ajuda mútua, e para dividir despesas possibilitando a sua sobrevivência.

- família trigeracional matriarcal

“Eu diria que a maioria [referindo-se à família trigeracional]. Na mesma casa, você tem praticamente três gerações. Você vê a avó, principalmente, a mãe e o neto, isto você tem muito, na maioria dos casos você vê isso e muitas das vezes a avó é que acaba criando os netos. A mãe é novinha, isso depende do perfil da área. Na minha em particular, você vê uma faixa etária muito baixa com relação à maternidade. Há garotas de doze, catorze, quinze anos já grávidas com filho, então muitas das vezes pela idade é uma criança cuidando de outra criança. É imatura você vê naquela casa as três gerações, mas quem toma à frente inclusive em relação a aquela criança, aquele bebê é a avó”. (M - DO.)

A família trigeracional comporta três gerações. A referência à composição familiar apresentada no relato aponta a convivência de três gerações: avó, filhas e netos, com chefia familiar efetiva pela avó.

Indica ao mesmo tempo famílias em situação de vulnerabilidade social, a gravidez na adolescência é destacada como uma situação característica desta área e sobre a qual a mulher mãe intervém, assumindo as funções da família: de proteção e de sustento financeiro. Poder-se-ia dizer que se trata também de uma família monoparental, ainda que referida à avó.

Segundo enfermeiros e médicos a família trigeracional contribui para o aumento do número de membros por família. Um dos fatores que motivam este arranjo familiar é a situação financeira das famílias. Juntar as pessoas sob o mesmo teto é uma estratégia de sobrevivência que as famílias articulam para diluir custos fazendo frente às suas necessidades.

“É, muitas vezes você vê naquela casa as três gerações. Em muitas casas que a gente pega moram seis sete oito pessoas por causa disso”. (M- DO)

A estratégia de compartilhar custos pode estender-se na composição de famílias com integrantes sem laços de sangue, ainda que por pouco tempo, e que para isto, se perca a privacidade.

- família extensa

A família composta por várias famílias nucleares é considerada por Medeiros e Ósório (2002) como família estendida, ela é em sua origem uma família nuclear composta por várias famílias nucleares.

“A gente vê mais de uma família dentro do domicílio que convivem temporariamente por problemas econômicos e sociais. (M-DL)

A referência à “a gente vê mais de uma família dentro do domicílio” pode expressar tanto a premissa de que nem todas as pessoas que vivem na mesma casa pertencem a uma mesma família quanto a de que é possível a convivência de vários núcleos familiares sob o mesmo teto e/ou vários núcleos familiares dentro de uma mesma família. Mello (2005), pesquisando família nas classes populares, descreve situação próxima e sugere a necessidade de ampliar o conceito tradicional de família. Para a autora, família e parente indicam no mínimo três tipos de laços: a família nuclear propriamente dita; a família composta por várias famílias nucleares, que se juntam por questão de sobrevivência; e a família que abrange parentes de parentes e compadres, sem vínculo sanguíneo.

- família transitória (flutuante)

“Até mesmo pessoas que não tem laços de sangue, casos de amigos que moram com famílias. Às vezes é aquela pessoa que aprontou alguma por onde mora daí a polícia está atrás, ele se muda leva até mulher e filhos para outra casa em outra área até as coisas se acalmarem”. (E- DS)

A estada temporária de famílias em outros núcleos familiares emergiu tanto das fugas eventuais da polícia, como das situações de famílias que vêm do interior do Estado e permanecem por um tempo na casa de parentes, retornando depois de um período aos seus locais de origem.

“Eu acho que é assim, uns 10% aquela família que agrega o idoso, mas a maior parte é a família tradicional, e alguns agregados, geralmente o idoso, o avô a avó a tia, tem essa coisa do interior também. Muita família nuclear e aí conforme eles vão, por exemplo ‘- ah eu vou trazer minha mãe, eu vou trazer meu pai, minha avó, minha tia. Não é aquela família permanente é uma coisa também flutuante, hoje ele está aqui, final do ano

começo do ano vêm os agregados, né. Ai, depois março, depois do carnaval aí já vai embora". (M-DL)

A fala aponta para uma realidade diferente de uma área adscrita no Distrito Oeste no qual a presença da família trigeracional é expressiva. Nesta realidade, chamam a atenção as características de transitoriedade e de movimentação. E esta particularidade requer das ESF um olhar ajustado no planejamento e execução das ações.

- família satélite

"De um modo geral nós temos de 70 a 85% [família] nuclear e o restante que comportam todas essas outras formas, esses núcleos, sub-núcleos, famílias satélites, [...]. De um modo geral nós ainda temos uma constituição familiar tradicional, mas nós temos as exceções (M -DL)

A fala, embora aponte a família nuclear como hegemônica, descreve outros tipos de família, a exemplo das famílias satélites, aquelas oriundas do interior do estado cujos membros vêm para Manaus submeter-se a algum tipo de tratamento médico, ou resolver alguma situação que não é possível ser resolvida em seu local de origem. Por tempo indefinido convivem com as famílias cadastradas na área, com quem mantêm um relacionamento anterior. Estas famílias, oriundas do interior do estado "orbitam" por tempo indeterminado junto às famílias cadastradas. Retornam aos seus domicílios quando têm resolvidos seus problemas de forma completa ou parcial. Alguns poucos aderem ao núcleo familiar das famílias cadastradas em caráter mais permanente.

Composição do núcleo familiar segundo ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem descreveram as famílias cadastradas quanto à sua composição e características, tal descrição permite uma aproximação com a tipologia descrita na literatura: *i)* família monoparental, tipo de família formada por pai e filhos ou mãe e filhos, sendo a chefia exercida pelo pai ou pela mãe; família trigeracional, *ii)* família trigeracional, composta por três gerações consangüíneas distintas, avós, filhos e netos; *iii)* família multigeracional, formada por quatro gerações distintas ou mais: bisavós, avós, filhos e netos; *iv)* e família em situação de crise, isto é, família vivendo situação aflitiva podendo ser em caráter agudo ou crônico.

- família monoparental

"Na minha área eu tenho mãe e filhos, eu não tenho uma quantidade muito grande de casais, pai e mãe". (Aux. Enf-- DN)

“[...] Então você vai encontrar famílias de todo o tipo, tudo que imaginar. Família que o chefe é a mãe, família que o chefe é só o pai” (ACS-DL)

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem ao descrever as famílias estabeleceram relações que diferenciavam áreas adscritas próximas entre si. Desta forma emergiu a família monoparental chefiada por mulheres. Amazonas (2003) considera a participação das mulheres na chefia da família. Para a autora esta situação tem-se dado não só em função do abandono do lar pelo homem, mas também pelo desemprego e pelo alcoolismo que o colocam em situação de dependência econômica e química respectivamente. Sobre tal aspecto Silveira (2000) considera que o modelo hegemônico de família das classes populares não é o nuclear e sim o monoparental, chefiadas por mulheres, embora o exercício da autoridade permaneça a favor dos homens. Dados da PNAD ((Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000) informam que em Manaus o percentual de famílias monoparentais chefiadas por mulheres é de 14,9%, enquanto que o percentual de famílias monoparentais chefiadas por homens é de 2 %.

-família trigeracional

“na minha [área] como é o mutirão já é mais estruturado, não tem muitos separados, é pouco pessoal assim que vive com padrasto, lá é muito família, muitos idosos. (Tec. Enf- DN)

Uma menção à diferença de configuração do núcleo familiar no mesmo distrito emergiu na fala da ACS, na fala anterior emergiu a família monoparental chefiada por mulher de forma mais expressiva, na presente fala a realidade é de família nuclear, daí a referência a *“já é mais estruturado”*. O contexto da referência ao idoso parece indicar para a presença da família trigeracional. A referência a *“já é mais estruturado”* indica a utilização de conceitos de família estruturada e desestruturada para designar tanto arranjos familiares que fujam do padrão da família nuclear como para famílias em situação de crise.

- família multigeracional

“É lá são várias gerações morando na mesma casa. Tem agregados, gente que vem do interior, separou vai morar com conhecidos, é difícil numa família morar só pai, mãe, filhos” (Tec. Enf- DN)

A fala remete tanto para a família multigeracional pela referência a *“várias gerações”*, assim como para a família ampliada, em razão da presença de agregados. O parentesco se divide entre aquele referido à consanguinidade e à afinidade.

- família em situação de crise – “desestruturada”

“Tem famílias completamente desestruturadas, o pai é um viciado a mãe é uma viciada, família que só o pai é alcoólatra a mãe está na igreja tentando levar os filhos. Outras que os filhos se perdem na prostituição, nós temos famílias que nós podemos ver que elas são totalmente diferenciadas por causa da religião deles, um tipo de cultura diferente. [...] Vamos falar numa zona, a zona leste é a zona mais carente que tem aqui em Manaus. Então você vai encontrar famílias de todo o tipo, tudo que imaginar. Família que o chefe é a mãe, família que o chefe é só o pai” (ACS-DL)

A menção à família desestruturada é referida na fala tanto para designar a família em situação de crise crônica, mãe e pai viciados, ou pai viciado e mãe ligada à igreja, quanto para referir-se a famílias com configurações familiares diferente do modelo dominante, família monoparental chefiada pela mãe ou chefiada pelo pai, e outros diversos arranjos familiares.

A referência às famílias estruturadas e desestruturadas para descrever como eram as famílias cadastradas foi manifestada em todos os grupos focais, tanto de enfermeiros e médicos quanto nos de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, tanto para designar a família em situação de crise, aguda ou crônica, como para se referir aos arranjos familiares com configurações marginalizadas.

“Existem as famílias estruturadas, pai, mãe e filhos e existem também as famílias desestruturadas por uma questão até de desentendimento mesmo entre eles. Por exemplo, tá casado hoje e aí amanhã eu chego lá e o pai foi embora, não quis mais ficar porque não deu certo, e tem aquela que não é casada é mãe solteira e tem filhos com cada um namorado ela teve um garotinho, aí o que é que a gente faz? A gente tenta ver o que sustenta a família, é o pai e a mãe, então é o que eu falo são vários casos” (ACS- DO).

A fala apresentada corrobora uma concepção de família idealizada no modelo burguês. Isto é, toda a estrutura familiar que fuja do padrão da família nuclear, composta por pai, mãe e filhos, é encarada por aqueles que ainda mantêm esta visão idealizada de família como uma família desorganizada, desestruturada ou em crise. Desta visão, compactuam alguns profissionais, e em geral a mídia. Aqueles que já superaram esta visão ingênua sobre a família conseguem ver seus abalos, mas vêm também seus novos rearranjos, como uma estratégia de superação das adversidades com as quais se deparam (Campos e Matta, 2007).

4. COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR SEGUNDO AS FAMÍLIAS CADASTRADAS

A entrevista com famílias mostrou uma composição de famílias com diferentes configurações. Perguntadas sobre como era composta sua família, as famílias responderam indicando as pessoas por laços de sangue ou afinidade que moravam sob o mesmo teto, as que moravam no mesmo terreno, embora em casas separadas, e por vezes pessoas que moravam em outro terreno, outro bairro e em outra cidade. Houve quem indicasse também como não sendo família, filhos, marido e neto, embora morassem sob o mesmo teto. Deste modo, emergiram dois tipos de família: a família como arranjo domiciliar, isto é, situação em que uma pessoa vive só ou um grupo de pessoas que vive em um domicílio, podendo ter laços de sangue ou não, e, a família estendida, referida ao núcleo familiar acrescido de parentes (Medeiros e Osório, 2002), neste caso os parentes residiam em outros domicílios.

A família estendida mostrou-se mais ampla. A ela se podem adicionar integrantes, consanguíneos ou não, a depender de critérios subjetivos, uma dívida financeira ou afetiva, favores, mas, pelos mesmos critérios podem-se subtrair integrantes. Embora do ponto vista legal o mesmo não possa ocorrer com a família consanguínea, a falta de reciprocidade na assunção de responsabilidades junto ao núcleo familiar constitui-se para as classes populares um desejo de subtração de seus membros.

“Família é só eu mesmo e esta aí (dirige-se para a filha deficiente mental). O resto pra mim é o resto [marido, com seqüelas de AVC, filhas e neto moradores do mesmo domicílio], não significam nada. [entrevistadora- Mas a senhora tem outros filhos] Tenho, mas o que é que adianta? Só pra dizer que tenho filhos, que não me ajudam em nada!” (F- DO)

A fala apresentada advém de uma família em situação de grave vulnerabilidade social. A história de infidelidade conjugal e maus tratos por parte do esposo e a ausência dos filhos na produção dos cuidados para com o pai, com seqüelas de AVC, e a irmã, com distúrbio mental crônico, contribuíram para o acirramento dos conflitos familiares, na qual a falta de ajuda desautoriza marido e filhas, na concepção da esposa, a se considerar membros de uma família resumida a duas pessoas, mãe e filha. A falta de ajuda mostrou-se como uma condição definidora para indicar a pertinência de ser ou não da família. Duarte (1995) considera que o que caracteriza a família das classes populares é a disposição de ajuda entre seus membros.

As famílias cadastradas consideraram sua composição familiar sob duas vertentes que podem ser aproximadas àquelas descritas na literatura como arranjo

domiciliar (Medeiros e Osório, 2002) isto é, referindo-se apenas àqueles que moram no mesmo domicílio, e família estendida abrigoando outras pessoas, em ambas as situações, independente da perspectiva biológica.

A análise sobre quem as famílias referem como sua família permitiu identificar alguns tipos de família citados na literatura (Prado, 1983; Medeiros e Osório, 2002; Bilac 1995; Marconi e Presotto, 2005). Desta forma emergiram a família conjugal, formada por um casal; família nuclear, composta por pai, mãe e filhos; a família monoparental, composta por pai e filhos ou mãe e filhos chefiada respectivamente por homem ou por mulher; a família trigeracional, composta por avô/avó, filhos e netos; a família multigeracional composta por bisavô/ bisavó, filhos, netos, bisnetos; a família extensa, composta por várias famílias nucleares ligadas a uma família nuclear e a família ampliada, composta por pai, mãe, filhos, sobrinhos, cunhados dos filhos e agregados.

O quadro a seguir permite uma visão, em termos qualitativos, dos tipos de família existentes nos distritos, segundo as famílias entrevistadas. Nem sempre a composição familiar correspondeu aos arranjos domiciliares, a composição familiar esteve mais representada pela família estendida. Assim, fora dos parêntesis estão os integrantes da família por arranjo domiciliar, e entre parêntesis os integrantes da família estendida residentes em outros domicílios. Observa-se que a família consangüínea está presente em todas as composições familiares e um número expressivo de famílias trigeracionais. A família nuclear está presente em oito casos ainda que os profissionais a tenham considerado hegemônica. A família estendida se faz representar tanto pela consanguinidade quanto pelos laços afetivos.

Quadro 19 – Composição familiar observada e referida das famílias entrevistadas, Manaus, 2009

Distrito Sanitário	FAMÍLIAS ENTREVISTADAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Disa norte	Marido e mulher	Irmãos sobrinhos (mãe)	Pai, (filho e filha)	Mãe, filha, genro, nora, neto, bisneto	Pai, mãe filhos irmãos cunhado, sobrinho	Pai, mãe filhos	Pai, filhos, netos	Mãe, filho, nora neto bisneto	Pai, mãe filho	Pai, mãe, filha, (filho)	Mãe, avô, filhas, netos, (tios)	Pai, mãe, filhas, filho (filha, genro, netos)
Disa sul	Pai, mãe, filho, nora, netos (filha, genro, netos)	Pai, mãe e filha, (vizinha, compadre e comadre)	Pai, mãe, filhos, genros, netos.	Pai, mãe, filha, genro e netas.	Mãe, filho, nora, netos, bisnetos, sobrinho e irmã da nora	Mãe, filhos, netos, bisnetos	Mãe, pai filhas genro, netos	Mãe, pai filho, filha, nora, neto	Mãe, filho filha, nora, neto, bisneto	Pai, mãe, filha, genro, netos, (filha, nora, netos)	Mãe, filha, (filho, nora, netos)	Mãe, filhas, netos
Disa leste	Avó, filhas, filho, nora, netos	Avó, filhos, netos, bisnetos.	Pai, mãe, filhos e neto	Avó, filhas, genros, noras, netos, bisnetos	Mãe, filho, nora, neto e sobrinho	Pai, mãe, filhos, genros, noras, netos, bisnetos.	Avó, pai, mãe, filhos, noras, netos.	Avó, filha, genro, netos, bisnetos	Mãe, pai, filhos neta, primas	Mãe, filhas	Marido, mulher	Pai, mãe, filha, genro, neta, (filho, nora, netos)
Disa oeste	Avó, filha, genro, netos	Pai, mãe, filhas e neto.	Pai, mãe, filho, nora, netos.	Mãe, filho, neto	Avó, filha, genro, netos, bisneto	Pai, mãe, filha	Pai, mãe e filho	Pai, mãe e filhos	Pai, mãe, filhos	Avó, filha, genro, netos, bisneta	Pai, mãe, filho	Marido e mulher

Fonte: Entrevista com famílias

Obs. Entre parêntesis – Família referida

Fora do parêntesis – Família observada, residente no mesmo domicílio

Quando justapostas as percepções sobre composição familiar de profissionais e famílias reiteram a literatura sobre a diversidade de composição das famílias das classes populares.

O quadro a seguir sintetiza a concepção dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas sobre a composição das famílias das áreas adscritas. Enfermeiros e médicos referiram à família nuclear, no distrito leste, e a família trigeracional, no distrito oeste como os tipos de família mais representativos nestas áreas. A família ampliada se mostrou em uma família nuclear tendo como agregado os parentes. A família extensa esteve referida aos vários núcleos familiares que habitam em um domicílio como uma estratégia de sobrevivência, e a família transitória e satélite se constituíram nas famílias que têm nas famílias cadastradas um suporte nas situações de intempéries.

Quadro 20 – Composição do núcleo familiar segundo os profissionais das ESF e das famílias cadastradas, Manaus, 2009

Profissionais das ESF e Famílias	Tipos/Características das Famílias					
	Enfermeiros e médicos	Família nuclear	Família ampliada	Família trigeracional	Família extensa	Família transitória
ACS/auxiliares/técnicos de enfermagem	Família monoparental	Família trigeracional	Família multigeracional	Família em situação de crise	–	–
Famílias Cadastradas	Arranjo domiciliar	Família estendida	–	–	–	–

A composição da família para os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem emergiu de forma mais significativa com a família monoparental, tendo a mulher na chefia do núcleo familiar, a família trigeracional e a família multigeracional. Chama a atenção tais tipologias serem de um mesmo distrito, caracterizando realidades bastante distintas e exigindo a consideração destas diferenças no planejamento e desenvolvimento das ações. A referência à família em situação de crise foi expressa numa menção a arranjos familiares de monoparentalidade e crise familiar caracterizando as famílias como desestruturadas.

5. CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CONCEPÇÃO DE FAMÍLIA COM A QUAL O PSF DE MANAUS OPERA, COM BASE EM ROCHA ET AL, (2002), MORAES (2003) E RIBEIRO (2004)

A concepção de família que norteia a prática dos profissionais de saúde tem sido assunto estudado por alguns teóricos: Rocha et al (2002), Moraes (2003) e Ribeiro (2004). Para estes autores embora se apregoe uma atenção à família, esta atenção não tem tido como foco a família, mas sim seus representantes e substitutos, isto é, o indivíduo, o ambiente, a comunidade, e de forma parcial, nas situações de risco social, a família como unidade de cuidados. Deste modo, com base nos autores mencionados buscou-se identificar qual a concepção de família com a qual o PSF de Manaus opera. Como penúltima etapa dos grupos focais, foi realizada uma exposição sobre a abordagem da família com base em Rocha et al (2002), Moraes (2003) e Ribeiro (2004), solicitando-se aos profissionais que indicassem em sua opinião qual abordagem mais se aproximava do PSF de Manaus. Os profissionais emitiram sua opinião, alguns justificando com base em sua atuação diária e outros, limitando-se apenas a indicar a abordagem.

Quadro 21 – Concepções de família no PSF

Autores	Abordagens	
Rocha, Nascimento e Lima (2002) *	Indivíduo no contexto familiar	O indivíduo é o objeto do cuidado, a família é a referência de que ele, indivíduo, não esta só. A família funciona como suporte.
	Família com o indivíduo como contexto	Família e indivíduo se apresentam como foco da atenção.
	Família como unidade de cuidados	O espaço familiar é o local onde primária e continuamente se dão os cuidados.
Moraes (2003)	Consanguinidade	A família é definida pelo fator consangüneo entre seus membros.
	Coabitação	A noção de pertencimento do grupo está presente acrescida dos aspectos relacionados aos fatores emocionais econômicos, higiene e estilo de vida.
	Unidade de cuidados -cuidadora -fonte de apoio e colaboração -ambiente de cuidados	O cuidado como uma das funções da família. A família como o espaço onde se iniciam os cuidados e se busca apoio quando os recursos da família se extinguem.
Ribeiro (2004)	Família- indivíduo	O foco da atenção é o indivíduo, a família interfere a favor ou contra o processo saúde-doença do indivíduo e é responsável pelo cuidado deste
	Família –domicílio	O foco da atenção é o lugar onde habita a família, referência para captação de dados estatísticos e epidemiológicos.
	Família –indivíduo-ambiente	O foco da atenção é o indivíduo referido ao domicílio, agora sob a ação da educação em saúde e como uma estratégia de não sobrecarregar o sistema de saúde, ex: idoso, puerpéra.
	Família risco-social	O foco da atenção são as famílias em situação de exclusão social que são vistas como disfuncionais.
	Família-comunidade	O foco da atenção são as famílias. A família não é vista em suas particularidades, mas sim universalizados. As famílias têm responsabilidades com os problemas da comunidade, como violência, marginalidade.
	Família - família	O foco da atenção é a família considerada em suas especificidades e contexto, a família é maior que a soma de seus integrantes e é sob esta compreensão que as ações são pensadas.

* As concepções de família referida pelos autores foram direcionadas à enfermagem pediátrica, optou-se por utilizá-las porque se referem a uma forma de abordar a família na APS.

A concepção dos profissionais das ESF sobre a concepção de família com a qual o PSF de Manaus opera, com base em Rocha et al (2002), Moraes (2003) e Ribeiro (2004), apontou para: família-indivíduo, família ambiente e família-indivíduo no contexto familiar.

Concepção de enfermeiros e médicos

- família-indivíduo

“a abordagem do PSF de Manaus é família-indivíduo, deveria ser família-família, todo mundo sabe, mas na realidade a abordagem é família-indivíduo. Assim, é só a pessoa: é o hipertenso, ele vai faz a consulta, e fica por aí mesmo, sem abordar quantos filhos tem, como eles são....”. (M- DN)

A fala aponta para a abordagem família-indivíduo de Ribeiro (2004). O indivíduo emerge como o foco do PSF de Manaus embora tenha sido assumido que o foco da atenção deveria ser a família. O indivíduo está referido ao inscrito nos programas por agravo prevalente e como se constitui o centro da atenção, a família permanece desconhecida pelo Programa.

- família ambiente

“Família ambiente de Ribeiro” (E- DS)

“A instituição nos cobra esta visão, de um modo geral nos guia para um atendimento direcionado ao ambiente, de um modo geral ela tenta todo tempo atingir isso. Agora a ANVISA [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] também. Cai de cheio em Moraes”. (M- DL)

O ambiente foi tomado em dois referenciais que se complementam, o de Ribeiro (2004) que o denomina de família-domicílio e o de Moraes (2003) denominado de coabitação. Para Ribeiro (2004) o domicílio é o ambiente/espço físico em que a família habita local onde são colhidos os dados sobre a família para análise dos riscos sócio-ambiental a que está exposta. A referência à família ambiente em Moraes (2003) aponta para uma abordagem sobre a dimensão da coabitação e para a relação risco-proteção referida a: transmissão de doenças, relações interpessoais, aspectos econômicos e estilo de vida. Em ambas as falas, as ações de controle da dengue tiveram uma forte influência. O fato da coordenação do distrito ter desencadeado algumas campanhas de prevenção, mobilizando os profissionais para as ações de eliminação dos focos da doença junto aos profissionais pode ter, de alguma forma, contribuído para esta visão.

- família indivíduo/indivíduo no contexto familiar

“Eu diria que seria família-indivíduo de Ribeiro, e indivíduo no contexto familiar de Rocha. Transita entre estes dois hoje. Já foi um dia indivíduo-ambiente e [família] risco social em gestão anterior [referindo-se a gestão em que o PSF foi implantado em Manaus]”. (E-DL)

A fala aponta para dois momentos da Estratégia, um referido ao momento atual e o outro datado do período de sua implantação. Neste sentido emergiu uma abordagem

entre a família-indivíduo de Ribeiro (2004) e a indivíduo no contexto familiar de Rocha (2003). Em ambas as abordagens o foco é o indivíduo, ainda que a família esteja como pano de fundo deste processo. A referência ao que foi a abordagem do Programa à época de sua implantação aponta para as concepções de indivíduo-ambiente e risco social, ambas as concepções de Ribeiro (2004). A menção às abordagens que foram foco da Estratégia Saúde da Família em Manaus, por ocasião de sua implantação, aponta para as prioridades do Programa, isto é, o Programa foi implantado prioritariamente em áreas desassistidas e consideradas de risco social.

- indivíduo no contexto familiar

“Então eu tenho esta visão do indivíduo no contexto familiar. Tenho porque eu acho que hoje a gente bota o doente e não a prevenção. Saúde da Família pra mim hoje, na minha opinião, não é preventivo, não é um Programa de saúde como o Ministério propõe que é educar em saúde, promover saúde, tararararara. Hoje a gente trabalha correndo atrás do leite que já derramou e eu não consigo ter outra visão a não ser o indivíduo no contexto da família. Então a família é vista dentro do contexto doença daquele indivíduo. Por exemplo, tem uma criança doente, o modo da família agir é analisado, mas porque eu estou com uma criança desnutrida, o que é que eu posso mudar naquela família, naquele contexto pra cuidar daquela criança? Na minha opinião, o que eu percebo que o Programa me cobra, o que é que eu sou cobrada? Eu sou cobrada dessa maneira. Não sei dizer se é isto que o gestor quer, mas é o que eu servidora percebo” (M - DO)

A concepção de família-indivíduo na perspectiva da doença foi referida como uma opção do Programa em Manaus o que estaria na contramão da proposta ministerial. A referência a “*correr atrás do leite derramado*” retrata o redirecionamento para o atendimento da doença com pouca ênfase na prevenção e promoção.

A fala indica que a opção pela atenção ao indivíduo no lugar da família é fruto da demora de implantação de serviços de saúde por motivo de uma demanda que se acumulou, fazendo com que a família só seja vista quando tem algum doente, ou seja, na ausência de um doente não se conhece a família, e, na atenção ao doente mesmo se aproximando da família o foco é o doente, “*o que é que eu posso mudar naquela família, naquele contexto pra cuidar daquela criança*” (M-DO).

Concepção de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem

A concepção de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem sobre a concepção de família com a qual o PSF de Manaus opera com base nos autores referidos apontou para: indivíduo no contexto familiar e família-indivíduo.

- indivíduo no contexto familiar

“Pra mim é o Rocha, o indivíduo no contexto familiar. Por que por mais que eu diga assim, ah é uma família eu visito a família toda, a que tem hipertenso a minha atenção vai estar mais direcionada única e exclusivamente ao hipertenso desde que não tenha dois hipertensos, que não tenha um com AVC. A família, digamos assim pai, mãe quatro filhos, então eu vou estar ali preocupada se a mãe está saudável, se o pai está saudável se os filhos estão saudáveis? Eu me preocupo ali com o hipertenso. Eu até chego, tudo bem com a senhora, como é que a senhora está? Está sentindo alguma coisa, está precisando de alguma coisa? Mas a minha atenção está diretamente ligada no hipertenso. O Programa trabalha assim, eu cuido aqui da família do hipertenso, o vizinho do lado tem diabetes, tem hipertenso, tem gestante? Não. Eu cuido? Cuido, mas eu cuido menos. Eu cuido mais do hipertenso. Eu entendo que Rocha tem a ver”. (ACS-DN)

A fala aponta tanto para o indivíduo no contexto familiar (Rocha et al, 2002), como para uma abordagem família-indivíduo (Ribeiro, 2004), uma vez que o foco da atenção está sobre o indivíduo inscrito nos programas do MS, ou não. A abordagem da família é secundária, a depender de um doente, isto é, requer a existência de um doente para que ocorra. Tal situação é mais preocupante quando se observa que a atenção centra-se nas queixas de doença, de enfermidades, estando ausente uma abordagem integral dos membros da família e da família.

- família-indivíduo

“O PSF é cheio de programas, eu trabalhei com um médico cubano que começou a trabalhar assim conosco [na visão de família/família]. Ele ia visitar a dona Maria chegava lá na família, ele atendia toda a família, ele consultava todos, da criança ao idoso, naquele dia ele saía pra visitar a família. Então era assim que ele trabalhava. Só que o Programa exige programas, exige papel, estatística e acaba fugindo do foco, mas eu gostava do jeito que ele trabalhava, ele atendia a família”. (Tec. Enf- DL)

A fala inicia e conclui indicando que a abordagem do PSF em Manaus está centrada no indivíduo inscrito nos programas de saúde do MS. A menção ao “o Programa [PSF] é cheio de Programas” e “o PSF exige Programas” permitem tal afirmativa. A referência recorrente ao que já foi a Estratégia em Manaus, indicando que em seus primeiros anos a família era mais bem assistida, estimula uma análise histórica do Programa. De todo o modo, a concepção presente na fala de que a família era assistida não deve ser tomada como tal. O que ela expressa é um atendimento aos membros da família “da criança ao idoso”, como se a família fosse a soma de seus integrantes. Na perspectiva sistêmica a família é maior que a soma de suas partes, isto é, a família é mais que a soma de seus membros. Assistir os membros da família em separado não é o mesmo que assistir a família, uma vez que ao individualizar seus

membros o conhecimento de como a família interage entre si fica inviabilizado (Wright e Leahey, 2002).

“No início do Programa a meta era essa, era médico da família. O médico ir lá na casa, consultar toda a família. Agora é totalmente diferente, a família é que tem que vir ao médico, se quiser!” (ACS-DL)

A fala aponta para o domicílio como o local onde a família era assistida. Faz menção ao funcionamento do Programa nesta lógica, e as mudanças processadas que não permitem assistir às famílias. A atenção às famílias não se restringe à ida dos profissionais ao domicílio, ainda que este seja o espaço propício para sua atenção. A assistência à família pode se dar também no espaço da UBSF no atendimento a seus membros. A fala indica mais que um desabafo, uma crítica com a situação atual do Programa, para apontar que um dia a família foi o foco da atenção da Estratégia.

Em síntese, as concepções sobre família dos profissionais das ESF e das famílias cadastradas apresentaram ora visões consensuadas, ora visões díspares. A família como estrutura referida ao indivíduo e à sociedade esteve presente tanto na fala dos profissionais da ESF como das famílias cadastradas. A perspectiva da família para além da consanguinidade esteve presente na fala dos profissionais das ESF. Tal perspectiva não se trata da ausência de laços consanguíneos para caracterizar família, mas sim dos laços de sangue serem insuficientes para conceituar família, carecendo de outras categorias para defini-la. A família como uma perspectiva biológica mostrou-se na fala de enfermeiros/médicos, ACS e famílias e esteve ausente entre os auxiliares/técnicos de enfermagem. A família como porto seguro foi referida pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e famílias. A família como convivência mostrou-se na fala enfermeiros/médicos e ACS. A família como cuidadora emergiu na fala dos ACS e das famílias cadastradas.

Tanto enfermeiros/médicos quanto as famílias cadastradas apresentaram outras categorias não compartilhadas pelos grupos entre si. Enfermeiros/médicos apresentaram as seguintes categorias: família como adoção, família como grupo de pessoas que mora junto, família como campo complexo, e família como afinidade. As famílias cadastradas apresentaram as seguintes categorias: família como tudo nas perspectivas emocional e utilitária, família como ajuda mútua, família como espaço de relações, família como espaço de conflitos, e família como espaço de transmissão da cultura.

Chama a atenção a concepção de família como convivência de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem quando consideram os membros das ESF como sua

família e de ACS quando consideram as famílias cadastradas como sua família, também ancorados na categoria família como convivência; tal referência não aparece entre enfermeiros e médicos. A concepção de família na perspectiva afetiva esteve mais próxima entre ACS e as famílias cadastradas e mais distante entre enfermeiros e médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. Observa-se também que enfermeiros e médicos se aproximam mais dos ACS do que dos auxiliares/técnicos de enfermagem em algumas perspectivas, e distanciam-se em concepções muito particulares do restante dos grupos estudados. As famílias cadastradas também apresentaram categorias distantes dos profissionais, suas concepções estiveram bastante referidas a aspectos emocionais/afetivos, daí aproximando-se dos ACS.

Chama a atenção as concepções das famílias sobre família como espaço de conflito e família como tudo: perspectiva emocional e utilitária construídas pelo convívio diário entre seus membros. As formulações sugerem concepções muito particulares forjadas na experiência familiar, diferente dos profissionais das ESF que definem família no bojo de algum campo de conhecimento mesclado à sua vivência pessoal. As concepções de família das famílias são carregadas de subjetividade, longe da concepção de família como grupo de pessoas bastante referidas pelos membros das ESF, e mais de família como união, como cuidado, como ajuda mútua.

Deste modo as concepções de família apontam a considerá-la como um grupo social, unido pela convivência nem sempre referido à coabitação, ligado pela perspectiva biológica, mas também a uma rede de parentesco e/ou sentimentos de afinidade e afetividade. As funções da família estão referidas à socialização de seus membros, de cuidados, de transmissão da cultura, a ser um espaço de relações, de compartilhamento de alegrias, tristezas, problemas, doença, saúde e auxílio em suas dificuldades. Este compartilhamento se estende para as responsabilidades entre os membros da família de forma a preservar sua continuidade. Tal postura se estende para os espaços externos da família alcançando aqueles que por se ajudarem mutuamente passam a se constituir família, independente de laços consanguíneos.

A categoria complexidade emergiu em oposição à visão reducionista da família em ser um espaço desprovido de conflitos e pelo reconhecimento de que mudanças sociais e econômicas têm repercutido sobre a família. No entanto, a menção à família desestruturada para designar tanto arranjos familiares diferentes do modelo idealizado de família, quanto à família em situação de crise, esteve presente na fala dos

profissionais.

As concepções sobre família e as composições familiares que emergiram na fala tanto dos profissionais quanto das famílias cadastradas são acolhidas na literatura sobre o tema corroborando a tese da diversidade de olhares sobre a instituição família. A consideração do conceito de família como um grupo ligado pela consanguinidade ou não, pela coabitação ou não, pesando mais a convivência, a solidariedade como forma de garantir a sobrevivência (Bilac, 1995), permitem ter um conceito mais elástico, contemplado no modelo ecopsicológico de família (Dessen e Lewis, 1998). Esta elasticidade é principalmente visível nas classes populares, espaço prioritário de intervenção do PSF em termos nacional, inclusive em Manaus.

Interessa, portanto, à Estratégia saber o que é família para as classes populares e como os núcleos familiares se compõem, uma vez que a concepção de família leva à construção da composição do núcleo familiar, e, estes núcleos se constituem nas redes de apoio pessoal destas famílias. A referência à família como *‘apoio, ajuda, aqueles com quem se pode contar’* presente na fala das famílias cadastradas encontra guarida em trabalhos realizados como o de Sarti (1995) e Amazonas (2003). Nesta perspectiva é preciso que as ESF conheçam as famílias sob seus cuidados: além de conhecer sua estrutura, funcionalidade é preciso que conheçam suas concepções de família, quem referem como família, de maneira a identificar as potencialidades e fragilidades da família intervindo com conhecimento de causa.

No que se refere à abordagem da família no PSF com base em Rocha et al (2002), Moraes (2003), e Ribeiro (2004), a análise permite dizer que para os profissionais das ESF a concepção de família que opera no PSF de Manaus está referida à família-indivíduo, indivíduo no contexto familiar e família-ambiente. A concepção de família-indivíduo esteve voltada prioritariamente sobre os inscritos nas ações programáticas do MS e àqueles que estão impossibilitados de chegar até a UBSF por algum tipo de dependência física. A concepção de indivíduo no contexto familiar requer o indivíduo doente para que a família seja alcançada. A concepção de família-ambiente esteve referida às ações sobre o ambiente, a exemplo da adoção de medidas de controle da dengue e malária que mobilizaram as ESF, mais os ACS, para um contato mais amigável com os domicílios na fiscalização das condições ambientais/saneamento. A concepção de família-família não emergiu na fala dos profissionais como presente no PSF de Manaus, sendo reconhecida como apropriada para o Programa.

CAPITULO VI – CONTEXTO FAMILIAR E ATENÇÃO À SAÚDE

Assistir as famílias requer um conhecimento sobre a família e seu contexto permitindo sistematizar as ações que lhe são direcionadas. Neste intento, este capítulo procura articular o conhecimento dos membros das ESF sobre as famílias cadastradas e a concepção destas famílias sobre este conhecimento.

Para analisar a consideração do contexto familiar nas políticas assistenciais buscou-se identificar: o conhecimento dos enfermeiros, médicos, ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, sobre as famílias cadastradas; os fatores que dificultavam este conhecimento; a compreensão das famílias sobre o conhecimento da família pela ESF; o conhecimento dos profissionais sobre a relação entre as condições do meio em que vivem as famílias e a procura à UBSF; e o conhecimento dos profissionais sobre as redes de apoio social das famílias.

1. CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE AS FAMÍLIAS CADASTRADAS

Enfermeiros e médicos disseram conhecer grande parte das famílias sob seus cuidados e arbitraram percentuais para estimar este conhecimento entre 60 a 70%. A análise dos grupos focais e a observação na UBSF mostraram que o conhecimento destes profissionais era principalmente, sobre as pessoas que mais procuravam a UBSF, sobre os membros da família por gênero e ciclo vital, sobre as famílias dos grupos prioritários, sobre o conhecimento de pacientes acamados e com dificuldade de deambular, sobre as famílias de risco, sobre o conhecimento, a situação social e econômica das famílias e o conhecimento da comunidade em lugar da família. Dados colhidos no trabalho de campo junto às ESF dão conta que o conhecimento destas famílias se dá no cotidiano do serviço pela interação com as mesmas e pelas informações trazidas pelos ACS.

- conhecimento sobre quem mais procura a UBSF

Segundo médicos e enfermeiros o conhecimento das famílias tem-se dado no cotidiano de sua prática pelo contato com quem mais procura a UBSF.

“[...] ai o que é que acontece, depois de um ano a gente conhece a família que mais procura a gente, a gestante, a mulher se cuida mais, como o nosso público mais freqüente são as mulheres então depois de um tempo você conhece digamos 50% bem; você conhece quem são as mulheres, as crianças você conhece mais, ” (M-DL)

A referência a “*a gente conhece a família que mais procura a gente*” vem ao encontro do modelo queixa consulta referido por Paim (1999) como característica do modelo médico-assistencial privatista. A família aqui referida são seus membros, retratada por ciclo de vida e gênero, a criança e a mulher, clientela historicamente mais assídua aos serviços de saúde. A observação de campo mostrou que a ida dos membros da família à UBSF, se dá para uma consulta por queixas de adoecimento ou para o acompanhamento em algum programa. Em ambas as ocasiões, a abordagem é centrada no indivíduo com pouca referência à família. Ademais, o contato que se dá na UBSF entre os membros das ESF e os membros das famílias, em pouco favorece ao conhecimento da família, a como está composta e organizada e como se relaciona com seus membros e seu entorno.

- conhecimento sobre os membros da família por gênero e ciclo vital

O quesito gênero emergiu referido às mulheres como quem procura mais a UBSF e ao homem como aquele que quase nunca vai à unidade.

“[...] como o nosso público mais freqüente são as mulheres então, depois de um tempo você conhece digamos 50% bem; você conhece quem são as mulheres, as crianças você conhece mais. Os homens, a gente tem pouco conhecimento dos homens de um modo geral do adoecer masculino” (M-DL)

Embora atribuído como um conhecimento da *família*, a fala refere-se ao conhecimento de indivíduos: as mulheres e as crianças. Os homens não, porque não procuram a unidade.

Há um reconhecimento expresso do desconhecimento da saúde-doença na população masculina, e uma ausência dos serviços de saúde para sua atenção, no entanto, esta situação começa a mudar. A observação de campo mostrou que algumas UBSF começaram a agendar um horário durante a semana para atender os homens, assim como se agenda o atendimento para as crianças, as grávidas e os hipertensos.

- conhecimento sobre as famílias atribuído aos grupos prioritários

A referência ao indivíduo como família é reiterada no fragmento a seguir quando considera o indivíduo por gênero, ciclo de vida e na condição de portador de um agravo, neste último, de indivíduo inscrito em algum dos programas de saúde do MS.

“a gente fica meio que à parte, se ele não for idoso, hipertenso, diabético, é muito difícil a gente conhecer o homem da comunidade as mulheres não, as crianças é muito fácil a gente conhecer”. (M-DL)

Dos indivíduos, o homem é aquele que é menos conhecido na UBSF, quem menos procura, a não ser que esteja inscrito em alguma ação programática. Ademais a

referência aos indivíduos por ciclo de vida e grupos prioritários não podem ser tomados como família, uma vez que família não é a soma de seus integrantes.

- conhecimento da família de pacientes acamados e com dificuldade de deambular

A observação de campo mostrou que algumas famílias tornaram-se conhecidas pelos profissionais por terem em seu ambiente familiares com limitação física, apresentarem efeito colateral de alguma medicação prescrita na UBSF ou outra situação relacionada à doença e/ou ao tratamento. Foram observados casos de limitação física, principalmente de hipertensos e diabéticos, que os impediam de chegar até a UBSF e que justificavam a ida do enfermeiro ou médico ao domicílio. Sobre este aspecto, enfermeiros e médicos referiram à visita domiciliar como uma estratégia, ainda que pouco utilizada, para conhecimento das famílias sob seus cuidados.

- conhecimento das famílias de risco

Segundo relatos das ESF, por ocasião da implantação da Estratégia foi realizado o cadastramento das famílias, mas o diagnóstico de saúde do território e a identificação das famílias de risco não foram realizados. Todavia, a necessidade de atenção impõe conhecê-las.

“Nós conhecemos as famílias de risco porque já estamos aqui há algum tempo convivendo com elas” (M-DO).

No fragmento apresentado é possível destacar que o conhecimento sobre as famílias é muito maior que as informações colhidas ou fornecidas no cadastro. Embora o profissional considere “*conhecer as famílias de risco*”, pode-se questionar em qual nível encontra-se tal conhecimento, no plano superficial, de informação ou num plano mais profundo, de compreensão do fenômeno. O conhecimento pelo profissional advém da interpretação do papel de cada membro da família, sua relação com a rede comunitária, os fatores de vulnerabilidade e o tempo de convivência com esta que permite a apreensão desse processo.

“O agente de saúde, o técnico, o enfermeiro, o médico, nós conhecemos a nossa realidade [...] sabe quem é o problemático, sabe quem pode engravidar de novo no ano que vem, o que não toma remédio, o idoso que é maltratado, a criança que é rejeitada a gente sabe....não digo bem, mas já se tem uma boa noção, mas pra contornar isso.....”. (M2- DL)

O conhecimento gerado pela convivência nem sempre é suficiente para gerar uma atenção qualificada, pois ele precisa ser refletido, e não somente derivar da experiência empírica. Outro aspecto é o de que ao utilizar a associação entre família e risco, reduz-se a dimensão do processo saúde-doença-cuidado a uma perspectiva

individual, em lugar da perspectiva da vulnerabilidade que retira a família da posição de responsabilização individual por seus processos, e a considera em situações que geram exposição (Ayres et al, 2003).

- conhecimento sobre a situação social e econômica das famílias.

Enfermeiros e médicos apontaram as precárias condições sociais e econômicas que povoam o cotidiano das famílias chegando às vezes a situar-se em polos opostos num mesmo território.

“[...] então às vezes a gente fala que existe um abismo entre algumas áreas da cidade; eu dentro do Conjunto Castanheiras que no caso é arrumadinho, todo bonitinho e as pessoas... [referindo-se as áreas menos favorecidas], o menino não vai pra escola, só vai pra escola quando quer, só vai pra escola porque tem Bolsa Família e se levar falta vai perder então este trabalho é muito difícil e nós como profissionais de saúde todos sabem que tem que orientar colocar os ensinamentos. [...]” (M-DL)

As diferenças econômicas e sociais das famílias que habitam nos distritos sanitários emergiram nesta fala assim como as dificuldades dos profissionais em lidar com o cotidiano das classes populares. Os profissionais reconhecem as diferenças sociais e econômicas existentes entre as famílias da mesma área de abrangência da UBSF e como estas determinam o cotidiano das famílias e, por isso, assumiram como responsabilidade sua intervir nestas situações. Neder (2005) recomenda que se compreenda e se respeite as diferenças étnico-culturais existentes na sociedade brasileira, desta forma evitar-se-á visões estereotipadas nas quais se responsabiliza tão somente as famílias por comportamentos reprováveis pela sociedade. Neste sentido, a autora sugere que a formação dos profissionais que atuam junto às famílias contemple conteúdos que apresentem a história e a construção da identidade social das famílias brasileiras.

- conhecimento da comunidade em lugar da família

O conhecimento sobre família emergiu como o conhecimento que os profissionais ao longo do tempo adquiriram sobre a comunidade.

“Depois de um ano todo mundo [o agente de saúde, o técnico, o enfermeiro, o médico] conhece um pouco a sua comunidade [...]” (M- DL)

A referência à família como comunidade aponta para o conhecimento sobre a população adscrita, sobre a área de abrangência do território e, sobre este aspecto, o conhecimento parece ser universal, geral, ‘das famílias’ em contraposição a um conhecimento singular ‘da família’.

E, embora a família esteja referida como objeto de conhecimento destes profissionais é pertinente se perguntar no que consiste este conhecimento. Em saber o nome dos membros da família? Em saber quem é filho de quem, quem é irmão de quem, cunhado de quem? É saber quem tem um idoso ou uma grávida ou uma criança na família? Não restam dúvidas de que tais aspectos são importantes, mas não suficientes para uma abordagem que tenha como objetivo assistir a família. Sobre tal aspecto, a observação participante acrescentou a necessidade de um maior conhecimento das famílias propiciado pelo contato dos profissionais com as mesmas, assim como pela utilização de instrumentos de trabalho que sistematizem o processo de conhecer estas famílias.

Ainda que exista uma ficha de cadastramento destinada a este fim, a observação de campo mostrou que sua utilização é pouco democratizada pela equipe, uma vez que fica, via de regra, sob a guarda do ACS que a atualiza periodicamente, ficando sua função restrita à produção estatística e ao conhecimento de apenas um dos membros da equipe, o ACS.

Dificuldades para o conhecimento das famílias na concepção de enfermeiros e médicos

Enfermeiros e médicos apontaram como fatores limitantes ao conhecimento das famílias: o número elevado de famílias em relação ao número de profissionais por ESF, a recusa da família à interferência das ESF em sua privacidade, transitoriedade das famílias nas microáreas e áreas, por parte dos Distritos ênfase na produção estatística e ausência das famílias nos domicílios durante o dia.

- número elevado de famílias em relação ao número de profissionais por ESF

O número elevado de famílias cadastradas por ESF emergiu no discurso de médicos e enfermeiros como uma dificuldade para seu conhecimento e atenção.

“Eu atendo por micro-área, [...] é impossível a gente conhecer toda a demanda, o defeito do Programa é esse uma quantidade de gente muito maior do que a gente poderia atender”. (M-DN)

Segundo as normas do Programa cada ESF deve se responsabilizar por no máximo 4.000 habitantes sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (Brasil, 2006j), número considerado elevado por enfermeiros e médicos. Agregue-se a isto o fato de que, segundo informações dos profissionais, em geral caberiam em torno de 1.200 famílias. Em razão destes números elevados, tanto em sua origem quanto ao que

extrapola a norma, os profissionais disseram estabelecer prioridades para conhecer pelo menos aquelas famílias que estão em situação de risco.

- recusa da família à interferência das ESF em sua privacidade

Enfermeiros e médicos consideraram como um obstáculo ao conhecimento das famílias a resistência que algumas têm à sua interferência

“A família nem todo tempo aceita que a gente interfira, nem me conhece já quer me julgar, quer se meter na minha vida? Porque que ela não vem cuidar aqui do meu pai? Eles falam isto”. (E-DO)

Segundo os profissionais, em alguns casos, uma tentativa de aproximação para conhecer a família, prestar alguma orientação sobre um cuidado com algum de seus membros soa como uma intromissão em sua intimidade. Por vezes, é interpretada como uma postura dos profissionais em dar ordens à família, que reage cobrando destes uma postura mais ativa na prestação de cuidados, em vez de apenas prescrevê-los. Na interpretação dos profissionais, por sua vez, esta atitude é mais entendida como uma postura da família em delegar para eles uma tarefa sua, a de cuidados com seus membros. A fala reflete também o sentimento de distanciamento da família em relação aos profissionais quando diz *“nem me conhece já quer me julgar”* o que aponta para o conhecimento como algo anterior à intervenção, seja de que tipo for, e para a possibilidade de que se os profissionais a conhecerem talvez possam intervir em sua intimidade.

- transitoriedade das famílias nas micro-áreas e áreas.

Enfermeiros e médicos referiram entre os aspectos que dificultavam seu conhecimento sobre as famílias: a movimentação das famílias nas microáreas e áreas. Os profissionais ponderaram que são inúmeras as situações de instabilidade das famílias com as quais convivem no dia-a-dia. São famílias que vêm de diversas procedências, se instalam nas casas de famílias de seu relacionamento e/ou aparentadas e buscam assistência à saúde também nas UBSF tendo como referência as famílias ali inscritas. Famílias *‘satélite’*, descritas também por sua instabilidade. Famílias *“transitórias”* fruto da gravidez na adolescência, cuja sobrevivência é fugaz desaparecendo com a mesma rapidez com que foram formadas. Estas últimas se instalam em casas de aluguel, em *‘estâncias’* por um tempo. Dada as dificuldades financeiras, depois de pouco tempo, o casal retorna para a casa dos pais, juntos ou separados.

“É porque é assim vamos dizer, eu tenho os meus filhos, no caso mulher que está gestante que vem morar com a família enquanto não se define um local pra eles morarem porque eles não têm condições de sustentar. Eles ficam aqui às vezes eles trazem o irmão, casal, outra vez filho doente aí fica um

tempo, vem se tratar no CECOM, vem se tratar no HEMOAM aí fica uns dois meses ali dentro daquele núcleo orbitando por um espaço de tempo e depois ou ele vai para um local , ou vai embora ou volta pro interior e depois recomeça tudo de novo”.(M- DL)

A rotatividade se dá também, como mencionado, por dificuldades financeiras, por fuga da polícia, por rivalidade na disputa pelo poder e/ou pela prática de atos ilícitos. Assim, as famílias se rearranjam, umas saem da área para se juntar com outras e vice-versa. O acolhimento destas famílias à UBSF dá-se por meio de critérios bastante subjetivos estimando-se o tempo de permanência na área, se pequeno, médio ou longo para então proceder ao cadastramento ou arrolar no grupo dos “fora de área”.

“Eu sinto também uma dificuldade muito grande em trabalhar a família. É a questão da alta rotatividade delas nas microáreas. Então é assim: hoje ela está na microárea 1 depois, amanhã ela esta na 2, depois ela está na 3, depois ela está fora da área. Hoje mesmo eu atendi uma grávida porque ela está morando na Nova Floresta, e todo dia ela vai deixar o filho dela na escola, lá perto da unidade” (E-DO)

Dentre as razões que levam as famílias a mudarem de endereço está a moradia de aluguel, situação análoga à vivida por muitos ACS. A mobilidade das famílias foi referida por enfermeiros e médicos como uma dificuldade também para o planejamento das ações, uma vez que quando as famílias estão fora da área adscrita daquela UBSF, e passam a ser atendidas por outra unidade. Dada a inexistência do sistema de informações interligado entre as UBSF e UBS, e o fato de não se utilizar do mecanismo de transferência do usuário, a outra unidade não toma conhecimento das ações até então desenvolvidas pela UBSF de origem e reinicia quase todos os procedimentos, resgatando com certa dificuldade alguns que foram desenvolvidos.

“não ter unidade onde ela mora é outro problema também. Ela disse que está gestante, ela está grávida fazendo acompanhamento na unidade. Então eu só sei que o meu puerpério com ela já está prejudicado, eu não vou ter aquele acompanhamento, eu vou ter sim as consultas até os oito meses,depois ela vai sumir, e se não começou o trimestre na unidade aí que piora porque ela vai ter que procurar um médico em outra unidade, então isso também eu acho que dificulta”. (E- DO)

Os profissionais tentam evitar tais situações uma vez que interferem negativamente nas metas estimadas da UBSF, com repercussões para os outros níveis do sistema. O fato do sistema não estar interligado em rede, a despeito dos avanços tecnológicos, gera dados incorretos e falhas na produção estatística das UBSF, dos distritos e dos demais níveis. Neste caso, do ponto de vista da produção estatística, um pré-natal não foi concluído, mesmo que esta gestante o continue em outra UBSF onde gera uma nova inscrição. Perdem também no quesito continuidade da atenção uma vez

que as informações da cliente não são repassadas para a nova unidade na qual dará continuidade ao pré-natal. Estima-se a superação desta situação a médio espaço de tempo, uma vez que a instalação da rede com prontuário eletrônico se iniciou em algumas UBSF.

- a ênfase, por parte dos Distritos na produção estatística

A ênfase na produção estatística, para alcance das metas pactuadas, imposta pela coordenação dos distritos foi referida pelos profissionais de forma recorrente e incisiva

“você é muito mais cobrado em termos de produção. Quando você estiver na unidade atendendo o próximo, o próximo, o próximo entre aspas pro distrito vai ser melhor, pro distrito ter a quantidade, quantas pessoas por dia. Então é muito complicado, eu também vejo este lado, então se a chefia não enxerga deste modo, o gestor neste caso, não enxerga deste modo [referindo-se a situações que demandam tempo para assistir as famílias] a gente vai estar habituado no sentido de estar ali, produzindo e muitas vezes não agindo como deveria agir frente a essa situação, porque uma situação dessa demora uma manhã, uma tarde, às vezes o dia todo. (E- DO)

Segundo os profissionais, atualmente imprimiu-se uma lógica de trabalho que privilegia a produção estatística. Isto fez com que houvesse uma priorização dos procedimentos realizados na UBSF, que se dão de forma mais acelerada, e a visita domiciliar (VD) na modalidade de atenção domiciliar⁶ fosse suprimida da rotina destes profissionais, dando-se prioridade, em seu lugar à assistência domiciliar preferencialmente para os pacientes acamados e com dificuldade de deambular. Assim sendo, o contato com as famílias em seus domicílios, espaço singular para conhecimento destas, ficou bastante escasso.

“Antes eu fazia aquela visita pra conhecer a família ver a condição. Hoje em dia a gente só faz a visita quando é necessário”. (M- DL)

Alie-se a isto o fato de que ao caminhar da UBSF para os domicílios e vice-versa os profissionais estabeleciam um contato com a população no qual se faziam mais conhecidos e conhecedores de aspectos de suas condições de vida e de seu território, o que gerava vínculos importantes para o conhecimento das famílias.

“[...] então são “n” situações que a gente, se não convive, se não participa complica, e, se a gente sai quando é uma visita domiciliar a gente acaba encontrando todos da casa, então aí se perde na produção do dia, mas se ganha em qualidade. (E-DL)

A fala apresenta três condições necessárias ao conhecimento das famílias. A primeira - convivência, que indica estabelecer relações, aproximar-se para estreitar laços. A segunda - participação, abrir-se para a vida comunitária, isto é participar mais

⁶ A diferença entre VD como atenção e assistência domiciliar será discutida no Capítulo VII.

do que acontece no território, diminuindo o tempo de permanência na UBSF, e a terceira - visita domiciliar, espaço singular para uma abordagem com a família. Ganhar em qualidade é lograr o conhecimento das famílias.

“Realmente quando o gestor cobra produção demais as visitas domiciliares diminuem, pelo menos eu tive que usar deste artifício pra ter uma produção que ele queria”. (M -DO)

A fala reitera a concepção do quanto a ênfase na produção estatística pode prejudicar uma abordagem que privilegie a família. No fragmento apresentado, a estratégia utilizada pelo profissional foi a de reduzir o número de visitas domiciliares realizadas, que dispõem mais tempo, em substituição ao procedimento na UBSF que por se fazer de maneira mais ágil, permite um maior número de procedimentos em menor tempo.

-ausência das famílias nos domicílios durante o dia

Outro aspecto considerado como dificultoso foi o Distrito ser uma espécie de dormitório, isto é, as pessoas saem cedo para trabalhar e só voltam à noite.

“Como nós somos o dormitório dos distritos, muitas famílias têm casas fechadas o dia inteiro por mais que você volte lá. Nos conjuntos [habitacionais] a gente tem dificuldade., com o tempo quando eles ouvem falar do programa que funciona, é que eles deixam o seu Unimed seus convênios e ficam com a gente”. (M-DL)

Embora esta referência tenha sido apenas de um dos quatro distritos, a observação participante permitiu constatar que a situação de casas fechadas durante todo o dia é comum a todos os distritos. É pertinente considerar esse fato como uma limitação do PSF para o vínculo com as famílias e as visitas domiciliares do ACS.

2. CONHECIMENTO DE ACS SOBRE AS FAMÍLIAS CADASTRADAS

Os ACS estimaram conhecer entre 80 a 100% das famílias cadastradas de sua microárea. Emergiu como categorias deste conhecimento, o conhecimento como algo inerente ao seu trabalho, possibilitado pelo tempo de atuação no território, como necessidade de ser conhecido, pela condição econômica, gerado pela convivência que cria vínculos, pela sua movimentação no território. Chamou a atenção a utilização por vezes dos vocábulos ‘comunitário’, ‘microárea’ e ‘comunidade’ como sinônimos de família, pelos ACS.

- conhecimento da família como algo inerente ao seu trabalho

Os ACS consideraram que conhecer a família/comunidade é algo inerente à sua profissão e que o tempo que atuavam na Estratégia justificava seu grau de conhecimento sobre o território e conseqüentemente sobre as famílias. Perguntados sobre se conheciam as famílias sob seus cuidados eles responderam...

“Eu me daria nota dez porque eu conheço toda a minha microárea [...] tem os que moram alugados que a gente não consegue criar vínculo, mas os que estão ali há mais de ano tem que conhecer, porque a nossa profissão exige conhecer nosso comunitário”. (ACS –DL)

A fala indica que o conhecimento sobre as famílias/microárea é de domínio completo do ACS. A falta de conhecimento está limitada àquelas famílias que moram de aluguel, que mudam de endereço com certa frequência, sendo substituídas por outras. O conhecimento exige tempo para que se estabeleça, requer sucessivas aproximações ao núcleo familiar até que se efetive, sendo este processo estimado a partir de um ano, aí sim a família torna-se conhecida do ACS.

- conhecimento das famílias pelo tempo de atuação no território

Uma segunda questão importante para o conhecimento das famílias é o tempo de atuação no território.

“Eu já estou há dez anos na mesma área e eu conheço os meus comunitários, lá nós temos um grupo de idosos quem quiser ir lá ver eu tenho 85 idosos” (ACS -DL).

O grupo de ACS mostrou-se diferente dos demais profissionais, de médicos e enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, no quesito tempo de atuação na Estratégia. A referência a oito ou dez anos no Programa esteve presente em todos os grupos focais e em todas as UBSF observadas, isto é, em cada uma destas situações, grupo focal ou UBSF, tinha no mínimo um ACS com oito a dez anos de Programa. De forma recorrente os ACS expressaram suas opiniões sobre o desempenho do Programa nestes dez anos de implantação.

“Então eu vejo na minha comunidade que eu já estou contribuindo muito, também nestes dez anos tinha muita mortalidade infantil, hoje, graças a Deus a gente não vê muito. Grávidas a gente não vê mais muitas também. Então enquanto eu estiver batendo nas portas fazendo minhas visitas, às vezes não é só uma vez, porque ele (PSF) pede uma vez, mas a gente vai três quatro vezes na casa, ali onde eu tenho hipertensão, muitas mães que deixam os cartões de vacina atrasados a gente tem que estar lá. (ACS-DL)

O trabalho diário e contínuo desenvolvido pelo ACS, às vezes para além do que está previsto nas normas do Programa, possibilita o conhecimento das

famílias/comunidade e o acompanhamento das mudanças processadas no contexto familiar/território.

Embora o número de famílias previsto pelo Programa seja de 150 por ACS, em algumas situações observou-se que este número estava acima do estimado, entre 170 e 198 famílias, o que lhes exige mais esforço no sentido de percorrer toda a microárea cadastrando e atualizando o cadastro das famílias e acompanhando o seu estado de saúde-doença. Mesmo assim os ACS consideraram-se conhecedores dos membros de cada uma de suas famílias, com uma ressalva

“às vezes só é preciso parar..., olhar um pouco... pra dizer de qual família é”
(ACS – DN)

- conhecimento como uma necessidade de ser conhecido

O conhecimento do ACS sobre as famílias/microáreas mostrou-se como não sendo suficiente para o seu trabalho no dia-a-dia. Mostrou que é preciso também fazer-se conhecido

“A gente tem que conhecer toda a microárea e conhecer toda a comunidade (área). Você é conhecido de todo mundo Ah! aquela ali eu conheço. Até porque acontece da tua colega adoecer e aí a área (dela) não pode ficar descoberta, ela tem que ser visitada. A minha área [na qual trabalha] é considerada uma área nobre e eu moro numa área eu sou uma comunitária de área vermelha eu moro numa rua que tão pegando fogo tão puxando faca, tão se matando, depois estão tudo rindo”. (ACS-DL)

O relato aponta para o conhecimento que o ACS precisa ter sobre o território, além de ser uma condição importante para uma boa prestação de cuidados, aponta também para a necessidade do ACS fazer-se conhecido, uma condição importante também para sua segurança física, quando precisa adentrar em outras microáreas que ofereçam perigo à sua integridade, locais referidos pelas ESF como áreas vermelhas. O cuidado sobre o território, conjunto de microáreas, exige também um domínio ainda que parcial de sua totalidade pelo ACS no caso da falta de um colega. A observação participante mostrou que os ACS assumem os cuidados à família nas microáreas dos que estão ausentes por férias, licenças e faltas. Deste modo, mesmo com deficiências as microáreas não deixam de ser assistidas.

Um segundo aspecto é o fato do ACS residir em uma área vermelha, de elevado índice de violência. Tal fato passa a ser um ponto favorável em seu currículo oculto, uma vez que isto lhe permite um trânsito mais competente do que os demais

profissionais, por conhecer as regras/códigos e símbolos que circulam nestes espaços. O discurso da ACS mostra as relações de violência física que se estabelecem.

- conhecimento das famílias pela condição econômica

De um modo geral os ACS descrevem seus territórios por diferenciação sócio-econômica entre áreas

“existem aqueles [comunitários] que tem um poder aquisitivo, mesmo dentro da nossa área de trabalho, um pouco melhor que o outro, entendeu, que aí ele acha que ele sabe, que ele não precisa, até porque ele pode pagar um médico particular ou ele tem um convênio, ele mora numa casa boa, tem uma estrutura financeira boa. E, tem um outro que mora numa casinha mais humilde não tem a mesma condição, então aquele lá, o humildezinho ele vai querer acolher os nossos serviços, procura a nossa casa de saúde ele vai fazer o que a gente passa [orienta], reparte com a família dele, não é família de sangue mas ele nos acolhe. Ai ele [o que tem boa condição financeira] procura se chegar, isso já aconteceu muito, aconteceu deles rejeitaram e depois eles nos procurarem pra que a gente possa dar a mesma assistência pra aquele outro que não tinha nem poder aquisitivo e que estava muitas vezes sozinho aí sem saber pra onde correr,[...] são uma pequena minoria [de bom poder aquisitivo], mas existe”. (ACS-DO)

A fala faz referências às famílias de baixa renda que aderem mais facilmente à Estratégia e famílias que por terem uma condição econômica mais favorável são inicialmente resistentes ao Programa. Torna-se mais difícil conhecê-las, algumas cedendo um pouco, à medida que, de alguma forma, vêem a possibilidade de serem beneficiadas pelo Programa. Outras há que continuam preferindo ser assistidas pelos seus planos de saúde. A menção à predominância das famílias de baixa renda vem ao encontro do processo de implantação da Estratégia que a exemplo de cidades em Manaus instalou-se em áreas de difícil acesso e populações empobrecidas.

- conhecimento gerado pela convivência que cria vínculos

O conhecimento das famílias por meio da convivência prolongada gerou vínculos com as famílias, sendo os ACS mais que o auxiliar/técnico de enfermagem, confidentes de segredos que consomem as pessoas e que sentem necessidade de compartilhar como uma forma de alívio. O ACS se vê nestas situações fazendo uma ‘psicoterapia de apoio’, uma vez que procura ao ouvir e, pelos seus conselhos, tranquilizar estas pessoas sugerindo mecanismos de resolução dos problemas.

“Nós somos os psicólogos deles [comunitários], coisas que eles não conseguem conversar entre os parentes, conosco que estamos lá eles conseguem. Casos, por exemplo: na minha área tem uma senhora que há muitos anos [conta o fato], mas ela nunca falou isso pra ninguém. Tem muitos casos..” (ACS-DO)

O contato diário que se estabelece entre os ACS e alguns membros das famílias, estreita as relações gerando vínculos que permitem confidências. Tal situação se por um

lado envaidece e/ou aumenta a auto-estima dos ACS, colocando-os numa situação privilegiada perante os demais integrantes da equipe e os níveis superiores, também lhes preocupa. As demandas advindas das famílias constituem-se em uma preocupação do grupo no que se refere a sua própria saúde mental.

“... então quer dizer o agente comunitário é suporte, é o suporte principal, porque que os governantes os secretários, os prefeitos todos os outros falam que o carro chefe (do PSF) é o ACS, porque o médico ele não vai inúmeras vezes (nos domicílios). Vamos abrir exceção algumas vezes até eles vão, mas inúmeras eles nem sabem disso [problemas que a família enfrenta], quando você pede ajuda eles não sabem o que fazer, eles nem se interessam. Vai chegar o momento em que o ACS vai adoecer, ele não tem aparato psicológico, ele fica diante só de doenças, nós vivemos já pegando a depressão dessas pessoas e mais outras depressões. (ACS-DL).

A fala mostra como o ACS se vê em meio aos conflitos familiares no exercício de sua profissão. Embora referido como um profissional importante para a Estratégia, e se colocando ou sendo colocado à frente dos reveses familiares, este profissional por vezes se vê sozinho e impotente em agir. A referência do ACS à “quando você pede ajuda eles não sabem o que fazer”, certamente não se refere à competência técnica dos profissionais, mas sim aos conflitos familiares que se poupam de intervir. Em sua análise a falta de um apoio institucional que ofereça um suporte emocional para lidar com as vicissitudes das famílias têm levado os ACS ao adoecimento.

Sobre tal aspecto é importante considerar que todos os membros da ESF estão descobertos de suporte emocional e que esta relação se reproduz entre cuidadores e famílias, isto é, assim como a gerência do SUS não oferece suporte emocional aos membros das ESF, as ESF não podem oferecer suporte emocional aos cuidadores familiares.

A observação de campo mostrou que a construção de vínculos é patente na relação dos ACS com as famílias, como dito anteriormente, maior do que com os demais membros da ESF.

“Pra senhora ter idéia a gente está com o médico ou com o enfermeiro na casa do comunitário ele está conversando, falando ali da problemática da patologia que ele está sentindo, mas ele [o paciente] olha pra ti (ACS), ele não olha pro médico entendeu? Porque o elo é tão grande com a gente que ele olha pra gente”. (ACS-DS)

A fala evidencia uma teia de relações inacessíveis aos demais profissionais, a comunicação que se estabelece entre as famílias e o ACS no “olha pra ti” pode indicar a aceitação, ou não, do que está sendo prescrito, a confirmação, ou não, de uma

suspeita, um pedido de ajuda para o que precisa ser feito, um agradecimento por aquela situação (Nunes et al, 2002)

- conhecimento das famílias em sua movimentação no território

Os ACS em particular referiram a movimentação das famílias no território como dificuldades para conhecê-las e as estratégias que utilizam para mesmo com sua movimentação, manterem-nas sob seu controle.

“Elas [famílias], saem de uma área e vão pra outra depois vão pra outra...”
(ACS -DL)

“Na unidade em que eu trabalho não tem assim..., nós temos a nossa micro-área, mas nós não nos pegamos somente à nossa microárea, as minhas colegas conhecem as minhas famílias, querendo ou não você vai trabalhar com todas as microáreas, então você não pode se limitar somente a sua micro área. Eu conheço as minhas famílias as famílias das minhas colegas e quando precisa fazer um agrupamento, fichário, vai pra área da minha colega vai conhecendo, às vezes uma área nova colega nossa cuida lá com ela eu vou ajudando você vai, querendo ou não, trabalhar com todas as famílias você não vai se limitar somente a sua micro área. O atendimento é geral. (ACS-DS)

Se para enfermeiros e médicos as mudanças de moradia das famílias, gerando sua movimentação no território é uma dificuldade para conhecê-las, os ACS buscam nesta situação uma estratégia de superação. Diante desta situação, os ACS referiram que desenvolviam um processo de trabalho no qual todos têm um conhecimento de suas famílias em particular e todos têm um conhecimento global das famílias das microáreas.

3. CONHECIMENTO DE AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AS FAMÍLIAS CADASTRADAS

Auxiliares/técnicos de enfermagem optaram por não fixar percentuais para expressar seu conhecimento sobre as famílias, assumindo mais o bom desempenho do ACS sobre tal questão. Neste grupo emergiram como categorias o conhecimento sobre o indivíduo em lugar do conhecimento sobre a família e o conhecimento das famílias gerado pelas relações interpessoais.

- conhecimento sobre o indivíduo em lugar da família

Perguntados se conheciam as famílias sob seus cuidados auxiliares/técnicos de enfermagem ponderaram,

“a gente não chega a conhecer como eles [ACS], de dizer naquela casa tem fulano, fulano, fulano, mas a gente conhece bastante gente das áreas, mais hipertensos, diabéticos. E também tem uma coisa, os hipertensos, os diabéticos, ,aliás, as pessoas nos conhecem, os meninos [ACS] tem mais contato”. (Téc de enf-DO)

O conhecimento sobre a família mostrou-se nesta fala como referido aos indivíduos deslocados de suas famílias, em geral, os inscritos nos programas, sendo tal conhecimento compartilhado entre auxiliares/técnicos de enfermagem e pacientes. Um conhecimento mais amíúde destes núcleos familiares foi referido como de domínio dos ACS. Houve, no entanto, técnico de enfermagem que considerou ser conhecedor das famílias, e conhecido por elas também.

- conhecimento das famílias gerado pelas relações interpessoais.

As relações interpessoais emergiram na fala da técnica de enfermagem como uma categoria para o conhecimento das famílias

“Olha apesar de estar há 4 anos lá eu conheço quase todas as famílias da minha área porque, porque o meu jeito é esse, eu trato todo mundo da mesma forma. Quando eu estou de férias eles perguntam cadê a fulana (técnica)? Pô, quando é que ela volta? Aí quando eu desço do ônibus já encontro eles no meio da rua “Cadê o médico?” Eu sou mais conhecida do que o próprio comunitário que mora ali na área deles, eu moro em Petrópolis. Eles são assim, o que é que acontece? Eu dou um 9 porque eu sei que eu conheço quase todo mundo, falo com todos eles, inclusive eu trabalho numa área perigosa não tem disso não. Já foi assaltada [a UBSF] 14 vezes, seja o que Deus quiser”. (Tec. Enf-DS)

As relações interpessoais mostram-se nesta fala como uma facilitadora para o conhecimento das famílias, uma vez que estabelece vínculos e tornam ambos mais receptivos ao contato. A comunicação cordial entre a ESF e as famílias foi referida tanto por médicos e enfermeiros como por ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem como uma forma de proteger-se em áreas, principalmente perigosas, referidas como área vermelha e como uma forma de estabelecer uma proximidade com a população adscrita. A observação de campo mostrou durante o deslocamento no território uma postura cordial entre ESF e famílias, com um - *Bom dia! Boa tarde! Hoje o dia tá quente! Parece que vai chover!* - abrindo possibilidade de um diálogo com a família, para seu conhecimento. Tal postura parece contribuir também para a construção de vínculos nas relações de ambas as partes.

4. CONCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O CONHECIMENTO DA FAMÍLIA PELA ESF

A compreensão das famílias sobre o conhecimento da família pela ESF apontou o ACS como o membro da ESF que mais lhes conhece. As categorias que emergiram das falas dos usuários foram todas referidas aos ACS. Para as famílias, o ACS conhece sua família por morar próximo a elas, por sempre visitá-la e/ou por convivência anterior. As famílias consideraram que os profissionais das ESF conhecem dos seus problemas, somente aqueles referidos a doenças.

Arguídas, por ocasião da entrevista, se a ESF conhecia a sua família, 73% das famílias consideraram que eram conhecidas, e que dos membros da ESF o ACS (71%) era quem mais lhe conhecia.

- conhecimento da família por morar próximo a elas.

O conhecimento do ACS, na opinião das famílias se dá por sua aproximação com as famílias no domicílio

“A nossa ACS conhece melhor a gente, porque ela já é do bairro, ela vai nas casas, ela conversa com as pessoas então ela conhece todo mundo”. (F- DN)

O fato de morar no bairro coloca o ACS em situação de vantagem em relação aos demais profissionais da ESF. As famílias reforçaram que o grau de conhecimento do ACS sobre si é maior que os demais membros da ESF em razão dele (ACS) morar próximo, na mesma microárea ou área, e ir aos domicílios. Condição que em muito favorece sua aproximação e o estabelecimento de vínculo com as famílias.

- conhecimento da família por sempre visitá-las

“[...] sempre ela [ACS] vem aqui, porque ela toma conta desta rua, porque os agentes tomam conta de três ruas, ela fica nessa rua aqui. Tudo o que acontece [mudanças no atendimento da UBSF que beneficiem as famílias] ela conta pra gente”. (F- DO)

Da fala emerge o processo de trabalho do ACS junto às famílias que é visitá-las para munir-se de informações que possibilitem o seu cuidado pela ESF e informar-lhes sobre as ações de saúde do serviço em seu favor. E isto parece gerar uma satisfação das famílias por terem um canal de comunicação na UBSF. Assim como aumenta o poder e o prestígio do ACS junto às famílias, aumenta também seu vínculo com elas.

- conhecimento da família por convivência anterior

Um conhecimento anterior entre agentes e famílias mostrou-se nas entrevistas com famílias, ocasionado por diversas circunstâncias, desde um contato longínquo, quando ainda nem existia o PSF

“Porque a gente se conhece desde o interior, quando a gente ainda era moça, aí a gente veio pra cá e nos encontramos aqui” (F-DN)

Até, um conhecimento mais recente

“Conhecíamos. Ela morava aqui vizinha” (F- DS)

- conhecimento por laços de parentesco

O conhecimento adveio também de laços de família

“Ela [ACS] é nossa sobrinha” (F- DL)

O conhecimento diferenciado do ACS sobre algumas famílias pode interferir no atendimento prestado. Nunes et al, (2002) adverte que na relação do ACS com as famílias um aspecto a considerar é o poder deste profissional em aproximá-las ou distanciá-las do acesso aos serviços de saúde uma vez que em algumas situações é responsável pela marcação de procedimentos a serem realizados pela UBSF. Segundo os autores, a depender dos laços estabelecidos pelo ACS, algumas famílias podem ser mais assistidas que outras, ou podem se sentir desprestigiadas/desassistidas. Tal situação emergiu nas entrevistas com famílias.

“[...] antigamente quem sabia era a [ACS X], que vivia por aqui visitando toda semana, agora ó! Por isso que eu falei naquele dia, [em que a pesquisadora foi agendar a entrevista na companhia da ACS], ah se eu tivesse que morrer já tinha morrido! Mas é verdade mesmo..” (F- DO)

Conhecimento dos profissionais sobre os problemas da família segundo as famílias

Perguntadas sobre se o ACS conhecia bem a família, elas, as famílias, responderam que eles conheciam somente os problemas de doença:

“Não, só os problemas de doença” (F-DS) (F-DL)

“Não porque eu nunca falei, só falei coisas de doença” (F- DN)

Embora esta resposta tenha sido recorrente por parte das famílias, os relatos dos grupos focais e a observação participante mostraram que é significativa a abordagem das famílias com os ACS para dividir algum problema familiar em outras áreas, que não necessariamente a da saúde. Entretanto, com repercussões sobre ela, tais como: relações conflituosas entre os membros da família, desemprego, abandono de lar de um dos parceiros e consumo de drogas ilícitas por um de seus membros.

O conhecimento pela ESF sobre as condições de vida das famílias, na opinião das famílias, foi considerado como parcial. Referiram conhecimento sobre quem estava trabalhando e quem estava desempregado e novamente quanto ao estado de saúde-

doença de seus membros. De todo modo, o ACS continuou sendo referido pelas famílias como aquele, dentre os demais membros da ESF, que mais sabe sobre a família.

“A dona.... [ACS] sabe sim [quem estava desempregado e quem estava empregado]” (F-DN)

Arguídos porque era a pessoa que sabia mais sobre a família, responde

“Porque ela é a agente que atende nós aqui. Essa área aqui pertence a ela”.
(F- DN).

Novamente o ACS emerge como aquele, dentre os demais membros da ESF, que mais estabelece vínculos com a família.

5. CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DO MEIO EM QUE AS FAMÍLIAS VIVEM E A PROCURA À UBSF

Outro aspecto analisado para conhecer como o contexto familiar é considerado nos trabalhos das ESF foi se em sua prática diária os profissionais estabeleciam alguma relação entre as condições de vida dos usuários e os problemas de saúde.

Conhecimento de enfermeiros e médicos sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF

As relações entre o motivo do comparecimento à UBSF e as condições do meio onde a família vive foram apresentadas de forma bastante ampla na fala dos profissionais. O fato de a Estratégia ter sido implantada em áreas mais desassistidas, promovendo a extensão de cobertura, homogênea sob um mesmo contexto as famílias adscritas. Numa alusão ao domicílio as causas de adoecimento foram atribuídas às condições precárias de habitação e de saneamento. Sendo assim, os profissionais inclinam-se a estabelecer relações entre o adoecimento e o ambiente familiar ditado pelos determinantes sociais e econômicos.

Enfermeiros e médicos relacionaram as causas de adoecimento das famílias/comparecimento à UBSF ao seu contexto domiciliar.

“Sim dá pra relacionar as patologias com os locais de moradia deles” (M-DS)

A descrição feita por enfermeiros e médicos de sua área adscrita demonstrou um conhecimento global das características das famílias sob seus cuidados. Ainda que, segundo eles seja difícil conhecer todas as famílias, uma vez que são muitas famílias por área.

“A gente acaba tendo alguns indicadores, por exemplo, as doenças são multifatoriais, mas querendo ou não elas estão relacionadas ao local, são

“pessoas que não têm condições de saneamento, a casa não tem boa condição estrutural e favorece as doenças. Na minha área hoje eu tenho três casos de tuberculose, que tem uma relação com essa parte social, tenho dois casos de hanseníase, e assim de vez em quando eu tenho duas crianças desnutridas e todos os meses sempre tem um caso de diarreia. O que leva pra esse lado, você consegue tendo uma noção de como está realmente o perfil do local que a gente está trabalhando. Então tem algumas coisas que dá pra você estabelecer parâmetros como é que está, e assim é meio complicado” (M-DN)

Na fala que aponta para as relações entre o adoecimento e as condições de vida das famílias, as causas de adoecimento foram atribuídas às condições precárias de habitação e de saneamento, isto, é aos determinantes sociais e econômicos e sanitários. Esta é uma realidade comum onde a Estratégia foi implantada. Constituiu-se, então, um dos pré-requisitos para instalação das UBSF.

As condições precárias de habitação foram associadas às condições econômicas e de saneamento, foram tomadas como entraves às mudanças de comportamento almejadas, via educação em saúde, uma vez que esbarram nas condições de vida das famílias; impedimento para colocar em prática as informações transmitidas pelos profissionais.

“A minha [área] não é muito diferente da de vocês, a gente sabe que a Estratégia Saúde da Família seria pra prevenir... as palestras, ninguém consegue ter sucesso. Primeiro, por mais que oriente de que adianta só orientação se eles não têm nada pra fazer higiene dentro de casa, eles não têm comida pra se alimentar dentro de casa!” (E-DN)

A fala exprime uma visão reducionista das famílias das classes populares e uma visão equivocada da educação em saúde. A primeira, visão sobre as famílias, por negar, pela simplificação, seu potencial de mudança e suas aspirações, levando os profissionais à imobilidade. A segunda, educação em saúde por tomá-la como um conjunto de prescrições das ESF a serem cumpridas pelas famílias. É preciso apropriar-se da educação em saúde e de outras ações que levem ao empoderamento. A educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde, que identifique e trabalhe as potencialidades das famílias e não se restrinja às suas dificuldades e limitações (Carvalho, 2004; Souza et al, 2006). Ao mesmo tempo reconhece limites da atuação setorial.

Enfermeiros e médicos referiram que o conhecimento sobre as condições do meio em que as famílias vivem é potencializado pelas informações que o ACS traz para a ESF quando perguntados se estabeleciam relações entre as condições do meio e o motivo de comparecimento à unidade.

“Sim, sim os ACS também nos trazem informações das áreas que nos ajudam”. (E1-DS)

Munir as ESF sobre informações do território constitui-se em uma das atribuições do ACS no cuidado com as famílias cadastradas que foram observadas na pesquisa.

Conhecimento de ACS sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF

A observação participante e os relatos dos grupos focais mostraram que os ACS em algumas situações estabelecem relações entre as condições do meio em que as famílias vivem e sua procura à UBSF. A participação freqüente em ações de controle de algumas doenças no território, a exemplo da dengue e malária, e a educação em serviço promovida pelos distritos, lhes capacita minimamente a relacionar alguns sinais e sintomas com os casos que chegam à UBSF e às condições do meio. Situação diferente dá-se na presença de outras patologias menos comuns e sobre as quais não receberam treinamento. Portanto, nem sempre conseguem estabelecer esta relação.

“É, com as áreas de risco, de igarapé”. (ACS-DL)

“Sim, você relaciona com a área que a pessoa mora mesmo, nós orientamos sobre cuidado com a água, só que a gente fala, fala.... Na hora tudo bem, mas depois... eu sinto falta de interesse mesmo”. (ACS- DL)

Os relatos indicam que as doenças de veiculação hídrica parecem ser as de domínio maior dos ACS na relação condições do meio e procura à UBSF

Conhecimento de auxiliares/técnicos de enfermagem sobre a relação entre as condições do meio em que as famílias vivem e a procura à UBSF

Auxiliares/técnicos de enfermagem novamente se reportaram ao ACS para mencionar sua contribuição ao conhecimento das famílias cadastradas possibilitando por meio de suas informações o estabelecimento entre as condições do meio em que vivem as famílias e a procura à UBSF.

“Dá porque o ACS mora na própria comunidade, não dá pra fazer o trabalho da casinha sem o ACS.” (Tec. Enf - DS)

Em outra situação auxiliares/técnicos de enfermagem consideram que, a depender da patologia e da disposição dos pacientes em tornar conhecida sua doença, é possível estabelecerem tais relações

“A gente consegue sim, dependendo da patologia, porque tem uns que não falam, pode até ser uma doença grave, pode até ser uma doença transmissível; eles não falam. A gente vai pelos sintomas, pelos sintomas a gente vai vendo e acaba estabelecendo. A gente tenta encaixar, tenta marcar. (Tec. Enf-DN)

A observação participante mostrou que o fato destes profissionais terem passado por um processo de formação e de muitos deles atuarem ou terem atuado em hospitais e prontos-socorros, facilita a identificação da doença, mas pouco relaciona com as condições de vida. Esta relação é potencializada pelas informações advindas do conhecimento dos ACS.

6. CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS REDES DE APOIO SOCIAL DAS FAMÍLIAS

As redes sociais são relações interpessoais estabelecidas pela família ou por indivíduos com grupos com os quais compartilham hábitos, crenças, valores. Sua função é ajudá-las a superar as dificuldades, prover-lhe de informações e condições necessárias à sua subsistência e aumentar-lhe a auto-estima, ou seja, dar suporte às famílias (Rodrigues, 2008). Silveira (2000), utilizando a figura da rede como um entrelaçamento de fios, considera que a família é um dos nós desta rede, uma das malhas na qual os sujeitos estão incluídos. A autora considera que a família pode ou não ser uma rede de apoio aos seus membros, ou seja, ela pode ajudá-los ou não. Aproximando esta concepção ao contexto do PSF, pensando a família como rede de apoio, as ESF terão que esmiuçar estas redes e conhecê-las, de maneira a identificar os seus membros que possam atuar em parceria, na atenção aos membros que estejam fragilizados, em caráter transitório ou permanente. Quando pensada na família como uma articuladora de redes no cuidado com seus membros, cabe a ESF colaborar na identificação e aproximação das famílias às redes de apoio social. Para tanto, é necessário da parte destes profissionais um conhecimento tanto dos recursos locais disponíveis quanto das relações externas estabelecidas pela família.

A observação participante e a análise de prontuários permitiram observar que ainda que limitadas à Ficha A, a qual inclui campos de informações sobre a participação da família em grupos comunitários, em associações, grupos religiosos, cooperativas e outros, estas informações não são utilizadas pela ESF. Servindo a Ficha A, então, como instrumento para monitorar o número de famílias/pessoas no território, ficando de posse do ACS que deve atualizá-la permanentemente.

Quando investigada a existência de articulação das famílias com as redes de apoio social, os relatos mostraram que este é um assunto menos conhecido por médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem do que por ACS.

Conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as redes de apoio social

O conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as redes de apoio social esteve referido à gestão municipal anterior quando algumas UBSF desenvolviam um trabalho em parceria com a do Programa Mãe Social no atendimento às crianças beneficiárias do programa. Com a extinção deste programa nenhuma outra ação desta natureza tem sido feita pela UBSF. Outros referiram um apoio dado pela UBSF à uma instituição de dependentes químicos como apoio social às famílias.

“Ao lado da minha unidade tem uma organização para tratamento de viciados, quando eles precisam de uma consulta, de um exame ou algum outro procedimento eles são atendidos pela unidade. Antes era meio complicado, mas nós conversamos com o responsável por eles e agora nós atendemos eles com o que dispomos”. (M-DS)

Enfermeiros e médicos não souberam informar das aproximações que as famílias estabelecem informalmente com a comunidade, como um suporte em seus momentos de intempéries. Referiram à inexistência de redes institucionalizadas e em algumas situações assumiram desconhecer sua existência nas áreas adscritas.

Por ocasião do cadastramento das famílias esta informação é levantada. No entanto, em seu dia-a-dia tais informações, contidas na ficha A, não são atualizadas tampouco levadas em consideração. O registro se faz de forma bastante limitada tornando-se um círculo vicioso, não se registra porque não se utiliza a informação e não se utiliza a informação porque não existe ou é insuficientemente registrada.

Enfermeiros e médicos referiram ainda à existência de redes de apoio social se reportando às atividades educativas extramuros, desenvolvidas pela UBSF a convite de uma escola ou igreja, ou por iniciativa própria. Estas atividades têm a finalidade de alcançar grupos, por ciclo vital, de idosos, adolescentes, e já eram realizadas pelas unidades básicas não PSF nas escolas, nas igrejas, nos Chapéus de Palha construídos como anexos das unidades.

“Na nossa unidade é na Comunidade de São Pedro, na igreja católica e na igreja evangélica, lá na católica é onde faço minhas palestras porque lá tem uma área externa do lado da igreja onde faço minhas palestras”. (E-DO)

Embora o discurso tenha feito menção a ações referidas às famílias, estas dizem respeito a atividades que sempre se realizaram nas unidades tradicionais, dirigidas ao público por ciclo vital e agravos prevalentes, como exemplo, hipertensão, diabetes.

Aqueles que disseram que já existiu em seu território rede de apoio social se referiram às mesmas como um lugar, um espaço físico para o desenvolvimento de práticas educativas coletivas.

“na minha área não tem [rede de apoio social]. Antes tinha, mas agora não tem mais. Quando preciso fazer alguma atividade o pastor é quem cede o espaço para palestras”. (M-DO)

Novamente as redes de apoio social foram tomadas como um espaço/lugar para o desenvolvimento de práticas educativas coletivas em detrimento de um suporte, uma ajuda para as famílias. A observação participante permitiu constatar que nestes espaços, igrejas e Chapéus de Palha, o que se fazia eram atividades educativas coletivas por ciclo de vida, programas e agravos prevalentes, numa visão fragmentada e individualizada da doença.

Conhecimento de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem sobre as redes de apoio social

Segundo os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem as redes de apoio social foram iniciativas já existentes em seu território, sendo o Projeto Mãe Social uma referência de suporte às famílias, uma vez que estava presente em todos os Distritos Sanitários. Neste, projeto mães da comunidade patrocinadas pela Prefeitura de Manaus assumiam o cuidado diurno de 10 crianças, de mães que também moravam na comunidade e trabalhavam fora do domicílio.

Na minha área já teve, mas agora não tem mais. Acabou a Mãe Social” (ACS-DL)

Pelos relatos nos grupos focais a referência atual é de iniciativas pontuais. Isto é, não existente em todos os distritos e nem em todas as áreas, sendo apenas uma área de um distrito, referido. Foi relatada uma experiência de suporte social para famílias voltada para as relações com seu contexto social, dirigida às suas condições de vida. Tal iniciativa contou com apoio de organismo internacional. Neste a participação da UBSF deu-se no desenvolvimento de atividades educativas coletivas e divulgação das atividades realizadas pela rede social.

“Tem [suporte social]. Lá a gente faz [participa], quando eles precisam, por exemplo, de palestras, eles vão lá com a gente [UBSF]. Pra divulgar também, muita gente nos procura lá pra fazer divulgação, eu mesmo com as minhas colegas já participamos de eventos, que a gente vai e divulga pra eles, porque o ACS está ali e dentro da comunidade, então a gente sabe tudo

que se passa, e eles [comunitários] esquecem de tudo”. O trabalho é patrocinado pela UNICEF, então anualmente vêem pessoas, da UNICEF, pra ver no que está sendo investido o dinheiro, no que está sendo aplicado. Inclusive, agora lá tem ginástica pras mulheres, aí estão convidando todas as mães aquelas senhoras que estão obesas pra fazer ginástica. Tem aula de dança pra comunidade, tem teatro, são várias atividades que eles desenvolvem lá. Tem o centro social que também trabalha com a terceira idade que agora é no Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CAIS), a terceira idade desenvolve um programa muito bom lá”. (ACS- DO)

A fala, ao descrever a iniciativa, refere o envolvimento da UBSF em sua realização. O ACS é aquele que contribui na divulgação das ações ficando as atividades de educação em saúde diluídas entre os demais integrantes da ESF.

Uma segunda iniciativa de suporte social às famílias foi referida também por ACS, sendo esta voltada para o funcionamento interno das famílias, isto é, para as relações que se travam em seu interior entre seus membros, patrocinada pela igreja de caráter mais permanente,

“Tem [rede social]. Principalmente as duas igrejas que ficam dentro das nossas áreas a igreja católica e a igreja evangélica fazem trabalhos sociais, principalmente social voltados pra família, no caso das famílias desestruturadas né, o marido muitas vezes é viciado em drogas e álcool aí eles procuram visitar estas famílias pra fazer com que as famílias sejam resgatadas. Porque como eu falei né, o pai e a mãe é uma base e ao mesmo tempo é uma estrutura pra que os filhos se vejam neles. Se o pai é um drogado ou um alcoólatra e os filhos passam a ver tudo aquilo e muitas vezes ele espanca a mãe os filhos vão se desestruturando, vão por caminhos que não vão levar a nada, eles vêem muito isso lá”. (ACS – DO)

A fala corrobora com o contido na literatura quanto à participação da igreja no apoio às famílias. Ribeiro (2004:661) chega a afirmar que a Igreja interveio nas famílias antes mesmo do que o Estado. São alguns exemplos desta intervenção: curso de noivos, encontro de casais e pastoral da criança. As duas primeiras iniciativas tinham como objetivo apoiar a construção e solidificar um modelo de família, a segunda ajudar a família a proteger a criança de enfermidades pelo cuidado contínuo com peso, vacinas, alimentação, higiene, uma assistência integral à criança.

A fala dos profissionais tanto médicos e enfermeiros quanto ACS e auxiliares /técnicos de enfermagem deixa transparecer certa distância das ESF com os serviços que desenvolvem este apoio. Perguntados sobre o envolvimento da UBSF junto a estas redes os profissionais informaram que realizam palestras e divulgam o calendário das atividades junto aos comunitários. Ainda assim, a realização de tais ações é centrada no ACS justificando-se pelo seu trânsito no território.

CAPITULO VII – PRÁTICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS ÀS FAMÍLIAS E PARTICIPAÇÃO DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS

A análise das práticas de saúde direcionada às famílias teve como objetivo examinar a incorporação da família como foco da atenção no cotidiano do trabalho dos profissionais das ESF. Emergiram como práticas mais especificamente direcionadas às famílias: a família como foco da atenção, registros de informações sobre a família, atenção prestada às famílias em domicílio, abordagem familiar dos profissionais das ESF no atendimento individual na UBSF, reunião com a família, intermediação entre a família e redes de apoio social, terapia comunitária, prática de educação em saúde direcionada às famílias, participação da família no cuidado dos familiares e auto-avaliação da ESF sobre a abordagem familiar nas práticas de saúde.

1. COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A FAMÍLIA COMO O FOCO DA ATENÇÃO

A família como foco da atenção constitui-se na mudança da reorganização da AB proposta para reorientar o novo modelo de atenção à saúde. Com efeito, o cotidiano dos profissionais das ESF deverá refletir esta concepção. Nesta perspectiva do exame da centralidade, a centralidade da família na prática diária dos profissionais das ESF fez emergirem as seguintes categorias: atenção à família no dia-a-dia, contribuição da família para uma melhor atenção, a família em situação de risco como foco da atenção.

Atenção à família no dia-a-dia

A Estratégia Saúde da Família teria como foco a assistência à família, mas quando se perguntou a enfermeiros e médicos se a família era assistida no dia-a-dia destes profissionais as respostas circularam entre um silêncio, ainda que estimulados ao diálogo, dúvidas sobre o que seria esta atenção e dificuldades de diversas ordens, a exemplo de: não encontrar todos os seus membros no domicílio...

“não porque também a gente não encontra todos. Não dá pra você conhecer a família toda, porque eles trabalham, são muito itinerantes, hoje estão, mas amanhã não estão mais”. (M-DO)

A preferência a atender aos que estão inscritos em algum programa:

“Sim, nós atendemos os pacientes dos programas e aqueles agendados, tanto os de área como os fora de área”. (M-DS)

A surpresa com a pergunta e/ou verbalização de dúvidas suscitadas sobre a questão.

“O que é assistir a família?” (E-DN)

O conjunto de respostas mostrou que estes profissionais têm pouca clareza do que seja assistir as famílias no dia-a-dia para aqueles que consideram que assistem. Numa perspectiva sistêmica assistir à família implica em considerar todos os seus integrantes, embora na prática habitual a família seja sempre representada por um de seus membros, em geral a mulher/mãe. Há que se considerar que a abordagem familiar é preferível à individual pelo seu caráter mais fidedigno. Como apontam Galera e Luis, (2002), ouvir cada um dos membros da família potencializa a construção de hipóteses sobre o universo familiar com melhor qualidade, do que com base em apenas um de seus membros.

O discurso de que atender mais nas famílias/domicílio do que nas casinhas/UBSF é também assistir as famílias, revela que este atendimento parece estar mais referido ao ambiente domiciliar do que a família propriamente dita. O impedimento em conhecer todos os membros da família conduz os profissionais à compreensão de uma dificuldade posta para que a mesma seja alcançada, e por fim o silêncio e a surpresa/dúvida apontam que a família como objeto de sua atenção pouco foi trabalhada.

A dúvida quanto se assistiam as famílias no dia-a-dia expressa por enfermeiros e médicos também foi presente entre ACS e auxiliar/técnico de enfermagem, chegando a não ser comentada por um dos grupos. Situação diferente foi observada em outro grupo focal entre os ACS e aux/técnicos de enfermagem.

“Com certeza, a gente atende mais nas famílias do que nas casinhas, de segunda a sexta a gente não se desliga da comunidade.” (ACS - DS)

A fala indica a atuação do ACS no território e sua proximidade com as famílias, objeto de sua atuação diária. A família e a comunidade emergem como o foco de atenção dos ACS.

Contribuição da família para uma melhor atenção

Perguntados sobre em que uma abordagem familiar poderia contribuir para uma melhor atenção enfermeiros e médicos consideraram que resultaria em ações de saúde mais eficazes

“Em tudo, porque a partir do momento que a gente trata a família como um todo nós resolveríamos assim 80 a 90% das doenças, porque nós temos doentes com problemas infecciosos e parasitários, o problema não é só a criança quem é que está cheio de ameba e de ascaris? É um problema da família. A família é um grupo social”. (M-DL)

A abordagem familiar emergiu numa perspectiva biológica, tendo como espaço o domicílio no qual os indivíduos compartilham os mesmos hábitos e as doenças se transmitem pelo contato entre as pessoas. A abordagem familiar neste sentido contribui na definição do diagnóstico, tratamento e na indicação de medidas preventivas que poderiam ser potencializadas pela adesão do núcleo familiar. Neste sentido tomar em conta a família contribuiria para uma melhor atenção, segundo os profissionais.

Observa-se certo consenso entre enfermeiros e médicos a respeito do quanto o olhar sobre a família, uma abordagem familiar, contribui para uma boa atenção. Nesta perspectiva, o trabalho com famílias carece de um maior investimento sobre os profissionais e seu processo de trabalho, de forma a reverter esta lógica linear de tem problema – chama a família. De só ver a família quando se identifica um problema, e, no problema só ver o indivíduo no contexto da família, nunca abordando a família numa visão sistêmica.

“[...] olha, pressão alta tem que fazer esses exames. Um belo dia resolveu fazer, além de tudo diabetes. O cara se desesperou aí mandei chamar a esposa, não é um bicho de sete cabeças, tem que entender, a família está consciente do problema, sabe o que é preciso pra corrigir. O apoio familiar constrói, ele ajuda, ele soma. A desorganização familiar põe a perder todo o trabalho que a gente faz, eu disse pro paciente se você sair daqui entendendo qual é o teu problema e o que é preciso que você faça pra que isso se resolva você ganha, não adianta ser o melhor remédio se você não segue as orientações que a gente faz, se a tua família não está nem aí pra te apoiar você não vai vencer”. (M-DO)

A família, representada pela mulher/esposa, foi tomada levando em consideração seu potencial de convencimento para adesão ao tratamento uma vez que não se trata apenas de uma terapêutica medicamentosa, envolve também uma mudança no estilo de vida. Para alcançar êxito, o tratamento requer mudanças comportamentais nas quais a família tem grande contribuição a oferecer, seja do ponto de vista da persuasão, seja do ponto de vista da viabilidade de condições concretas, tais como: alimentação e

diminuição de fatores estressantes. Mas, qual tipo de ação foi dirigido à família que agora tem uma doença e um doente em seu contexto? Na fala o indivíduo emerge como foco da atenção e a família aparece como parceira do serviço de saúde, no cuidado com seus integrantes.

A família em situação de risco como foco da atenção

“Em alguns casos a gente assiste a família, em alguns casos, exemplo: problema da queda da casa de uma paciente aí a gente foi... e compra fogão e botija, entra com serviço social e presidente do bairro”. (E-DL)

De forma concomitante, outros setores de políticas públicas e as redes de apoio pessoal e social desempenham papel importante no suporte à família, não podendo as ESF prescindir de seu potencial. A fala apresentada mostra a família como sujeito da atenção não só dos serviços de saúde, mas também de outros setores, mediadas pela ação das ESF. Os relatos dos profissionais sobre abordagem familiar evidenciaram que as famílias estão em foco principalmente em situações de risco e momentos de crise. Os contatos se processam prioritariamente para as famílias de risco, uma vez que a indicação do programa é voltada para as prioridades (Brasil, 2000a) e estes contatos se dão, conforme situações relatadas, apenas nos momentos de tensão: é a gravidez na adolescência, o idoso que precisa de cuidados, a diabetes descompensada, situações emblemáticas de crise.

“Em alguns casos aqui já deu pra assistir à família, tipo adolescente que foi fazer pré-natal. Ela foi fazer o pré-natal, mas é adolescente, então aquilo ali já deu pra ver que é um problema que não é só dela. Então o que acontece: o pré-natal é dela, mas eu marco logo uma visita com a família, geralmente eu gosto de fazer uma visita nestes casos”. (E-DL)

A família, neste fragmento aparece sendo alcançada pela situação de vulnerabilidade social presente. O que motivou a aproximação do serviço com a família foi a situação de vulnerabilidade, na ausência desta, a família não teria sido observada. Marsiglia (2005) recomenda que as ESF identifiquem situações de risco atual ou potencial (o que deverá iniciar por ocasião do cadastramento), desencadeiem ações que contemplem tanto aquelas voltadas para a saúde propriamente dita como para o risco social, para a composição da família e para sua dinâmica interna. Deste modo, além da possibilidade de evitar ou amenizar os momentos de crise os profissionais estabelecerão vínculos, o que poderá de alguma forma, facilitar sua presença junto às famílias nos

momentos de conflito. Esta intervenção logo no início ajudará a conhecer melhor as famílias sob seus cuidados.

Enfermeiros e médicos referiram que por vezes são solicitados pelas famílias para intervir em situações de crise familiar. Tais situações chegam a seu conhecimento por meio de um sintoma, inicialmente mal definido, configurando-se posteriormente em uma queixa de doença gerada ou potencializada por um problema familiar, diagnosticada, mas nem sempre acompanhada pelo profissional.

“a gente além de médico, de enfermeiro, de ACS de técnico a gente é psicólogo, assistente social, nutricionista, a gente é político, vereador, porque eles querem que a gente é que peça pra asfaltar a rua deles, fazer a limpeza do quintal, ver a lixeira, então isto eu considero complexidade dentro do grupo familiar também, porque interfere na convivência familiar, a gente tem que interferir sim.” (M-DO)

A fala aponta para uma expectativa das famílias em relação à ESF. Embora a informação não tenha chegado às famílias a ESF é responsável por aquele território no qual elas, famílias, estão inseridas e as ESF parecem não ter se dado conta de sua responsabilidade. As reivindicações das famílias chegam até as ESF porque em alguns territórios elas são o único representante do Estado a quem as famílias buscam para resolver seus problemas.

Para ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem a proximidade com a família contribui para assisti-la melhor. A aproximação com as famílias possibilita o conhecimento de suas condições de vida e saúde e constitui-se um instrumento necessário ao planejamento das ações de saúde que lhes são direcionadas.

“Ter a família próximo de nós.” (Tec. Enf - DS)

2. REGISTROS DE INFORMAÇÕES SOBRE FAMÍLIA

O trato com a documentação das famílias foi um aspecto da abordagem familiar considerado na investigação nas práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais das ESF direcionadas às famílias. Considerou-se neste aspecto a rotina estabelecida pelo programa, a socialização das informações pela ESF, a organização da documentação por núcleo familiar, o arquivamento e manejo das fichas de Assistência Médico Sanitária (AMS) e da Ficha A, ficha de cadastramento das famílias por unidade familiar.

Buscou-se também analisar a compatibilidade entre a concepção e a execução dos registros, uma vez que a forma de por em movimento os documentos reflete uma

concepção que pode estar articulada com aquilo que se tem como inovador ou denuncia que as mudanças desejadas ainda não foram incorporadas, seja de forma inconsciente ou intencional. A análise dos registros deu-se sobre o cadastramento das famílias e do prontuário de família.

Cadastramento das famílias

O cadastramento das famílias é realizado mediante o preenchimento de um impresso, a Ficha A. Este é o primeiro contato da ESF com as famílias. Acontece durante a visita ao domicílio, por meio de preenchimento de quesitos objetivos, definidos pelo programa. A observação participante mostrou que periodicamente a Ficha A ou ficha de cadastro das famílias, era atualizada especificamente nas informações sobre número de pessoas no domicílio, isto é, inclusão de novos membros por nascimento, casamento, acordo, e, exclusão por morte e mudança de endereço e em algumas UBSF, condição de moradia, se casa de aluguel ou própria. As demais informações tais como escolaridade, situação da moradia e saneamento e participação em grupos comunitários não eram atualizadas por serem tidas como secundárias, dando-se pouca importância às alterações produzidas nestes quesitos.

O trabalho de campo mostrou que para o próprio cadastramento o ACS também utilizou de quesitos subjetivos fruto de sua observação e intuição. Desta forma, em algumas UBSF, a depender do pressentimento do ACS sobre o tempo de permanência das famílias que moravam de aluguel nas áreas adscritas, o cadastramento era realizado de imediato ou esperava um pouco mais para se efetivar, ou não se efetivava, no caso de curta permanência. A subjetividade também esteve presente na definição do núcleo familiar embora haja uma orientação nacional sobre este procedimento (Brasil, 1998). Exemplo disto foram em algumas situações, famílias ampliadas e/ou multigeracionais morando sob o mesmo teto e dependência econômica serem cadastradas como mais de uma família, dada a possibilidade de mudança de endereço de alguns de seus integrantes.

Organização do prontuário da família

Os registros sobre a assistência à família devem ser reunidos no prontuário familiar. O prontuário familiar é composto pela ficha A, e pela ficha de Assistência Médico Sanitária (AMS) de cada um dos integrantes da família. Relatos dos grupos

focais e observação na UBSF indicaram que existem diferentes formas de organização da documentação das famílias, e de que quase todas fragmentam o núcleo familiar. Em algumas UBSF, as fichas de AMS dos indivíduos são arquivadas por ciclo de vida e agravos, e a ficha A em pasta separada sob a responsabilidade do ACS. Noutras UBSF, as fichas de AMS ficam arquivadas juntas mantendo-se a unidade familiar. No entanto, por ocasião do atendimento de um dos membros da família apenas a AMS é acessada, neste caso, a ficha A é mantida com o ACS. Noutras UBSF as fichas de AMS são mantidas juntas por unidade familiar separando-se aquelas cujos membros fazem parte de uma ação programática, em geral mulher e criança e agravos prevalentes como hipertensão e diabetes; a ficha A mantém-se separada com o ACS. E por último, as fichas de AMS são arquivadas por família junto com a ficha A, mantendo-se sua unidade por ocasião do atendimento, embora a abordagem não necessariamente se estenda à família, e a permanência da ficha A junto ao prontuário familiar sirva apenas para o monitoramento do número de famílias e do número de pessoas por família como já referido anteriormente.

“[...] Sabe por que eu passei a fazer isto [juntar fichas A e AMS], deixa eu lhe dizer, porque as fichas A nunca eram atualizadas, então você nunca tinha como acompanhar na época das minhas 1.600 famílias entendeu [...] eu não tinha condições de atualizar todas as 1.600 em visita domiciliar. Na consulta mais a visita foi possível atualizar um pouquinho mais a ficha A. Isto foi uma orientação da supervisão [...], ele disse vocês nunca vão ter um olhar sobre a família, de controle, de avaliação, de monitoramento da família. O introdutório do Saúde da Família de Manaus ensinava assim. Só que cada profissional chega na unidade e encontra uma realidade (E-DL)

A proposta de se ter os prontuários organizados por família, reunindo todos os membros da família é conciliável com o princípio da integralidade em oposição à fragmentação. Traduz-se a ideia de que as pessoas estão inseridas em um contexto, o familiar. Todavia, a fala apresentada acima corrobora com o pressuposto de que mesmo nas situações em que o prontuário seja mantido por núcleo familiar, ainda assim, os seus objetivos são mais burocráticos e administrativos do que para ter a família como foco da atenção. Embora se reconheça a importância de ter um controle nas informações cadastrais da família é necessário registrar outros aspectos, tais como: funcionalidade, relações de poder, dinâmica interna e externa das famílias.

Conquanto tenha havido referência à UBSF, que mantém a ficha de cadastro da família junto com o prontuário, a leitura dos dados cadastrais ainda não foi incorporada à prática dos profissionais. Permanece mais como um mecanismo para a ficha não ser

extraviada, do que como um recurso a mais para conhecimento das famílias. Outras unidades mantêm as fichas cadastrais sob a guarda do ACS responsável por aquelas famílias. E outras há onde médicos e enfermeiros não levam a ficha de AMS para a visita domiciliar como uma forma de salvaguardar a privacidade dos membros da família. A observação de campo mostrou que no atendimento às famílias, a consulta à ficha A, para munir-se de informações sobre a família, é prática ausente no cotidiano de enfermeiros e médicos, ficando esta ficha sob a guarda do ACS.

Posto que prática instituída, fichas AMS separadas da ficha A, os profissionais reconhecem que as informações sobre as condições sócio-econômicas da família deveriam ficar-lhes acessíveis, pois isto os ajudaria a situar-se sobre o universo do grupo familiar e contribuiria para a incorporação do enfoque familiar substituindo o enfoque do indivíduo.

“Na realidade a ficha A tinha que ficar junto com o prontuário”. (E-DO)

Outra questão a ser destacada é a de que, embora a ficha de cadastramento das famílias seja um instrumento para conhecimento das famílias e que possibilite o planejamento das ações pela ESF, a observação participante evidenciou que não ficam registradas neste instrumento as mudanças pelas quais as famílias passam, uma vez que por ocasião da atualização, pelo ACS, os registros são apagados para que em seu lugar, novos sejam realizados. Perde-se desta forma a possibilidade de se ter informações que reconstruam a trajetória da família ao logo do tempo na perspectiva da longitudinalidade, assim como estudos retrospectivos.

O sistema de organização dos arquivos das fichas AMS varia de unidade para unidade. Em algumas se mantêm as fichas AMS separadas por agravos, mais acentuadamente hipertensão e diabetes, em outras unidades a fragmentação é maior, uma vez que também são separadas por programas.

“eu não levo muito em mérito como eles [ACS e aux/técnicos de enfermagem] vão organizar, tem que estar tipo a ficha ok para o atendimento. O modo como cada uma vai organizar (o arquivo) é o modo como cada uma acha que vai ficar pra facilitar o trabalho delas, pra localização [das fichas]. Têm algumas [ACS e aux/técnicos de enfermagem] que separam os hipertensos e os diabéticos, outras não. Desde que as fichas estejam lá tudo direitinho, ok pra poder atender sem problemas, eu não interfiro”. (E-DO)

A fala aponta para a lógica da praticidade buscada pelo serviço sem considerar a abordagem familiar. Tal postura denuncia a não incorporação da família como o foco da atenção, mesmo que sem a intenção.

Com a implantação do Gerenciamento de Informações Locais (GIL) este quadro se agravou mais, uma vez que a inscrição no sistema é feita por indivíduo.

“Quando teve a reunião para ser implantado o GIL, eu falei: isto quebra o núcleo familiar da Estratégia de Saúde da Família, porque agora o indivíduo não vai ser visto como pertencente a uma família. Ele é visto individualmente, ele é um número; tanto que o cadastro do GIL não pede nada da família, pede o que é obrigatório: é identidade, certidão de nascimento, pai da mãe e data do nascimento; isto já entra no cadastro, isto já é o suficiente, eu critico muito este GIL, dificulta nosso trabalho, e a gente só tem produção se tiver documento” (M-DO).

No cadastro do Gerenciamento de Informações Locais (GIL), todas as pessoas atendidas pela UBSF são cadastradas. No entanto, este sistema, se por um lado vem para atender a lógica do cartão SUS, a do cadastro individual, por outro lado não estabelece nenhum diálogo com a família. Para enfermeiros e médicos, o GIL opera numa lógica individual que fragmenta a concepção e conseqüentemente os procedimentos de se ter o núcleo familiar como foco da atenção, constituindo-se sob tal aspecto em um retrocesso.

Registros nos prontuários sobre as famílias

A análise de prontuários também mostrou fragilidades quanto ao registro sobre as relações interna e externa da família. Ainda que a ficha A solicite informações sobre a participação da família em grupos comunitários, associações, cooperativas e grupos religiosos, como uma forma de mapear a rede social, os poucos registros solicitados geralmente não são colhidos, demonstrando o baixo valor que lhes é atribuído. No que se refere à dinâmica interna da família não foram encontrados registros sobre a funcionalidade da família, embora alguns profissionais durante o grupo focal tenham informado fazê-los.

“Eu registro porque a rotatividade é grande então assim eu procuro deixar o máximo de informação que eu puder porque se vier, por exemplo.... até a enfermeira que trabalha comigo, ela não participou daquela visita que eu fiz, mas ela sabe o que aconteceu. Às vezes eu não tenho tempo de relatar pra ela, eu estou vendo outro problema e ela vai lá na visita fazer orientação dela dar as orientações então ela fica sabendo como foi minha visita, até a orientação que eu faço, orientado sobre o tipo de alimentação eu registro, e

também pra segurança pessoal nossa também. Com certeza as duas coisas”.
(M-DO)

Embora referido como registros sobre a funcionalidade da família, os relatos dos grupos focais e da observação mostraram que tais registros estão mais relacionados à interação estabelecida entre os profissionais e as famílias, isto é, a responsabilidade compartilhada no cuidado de doentes, acordos firmados, aceitação ou não de um procedimento por parte do paciente ou da família e a assunção dos cuidados de seus membros. Tais registros atendem ainda a necessidade da equipe de comunicar-se, em razão da rotatividade de seus membros e no sentido de salvaguardá-los da acusação de omissão de cuidados, e menos como uma forma de identificar fatores desencadeadores de doenças e/ou informar sobre a evolução do caso, apontando para os procedimentos a serem adotados. A observação de campo e análise de prontuário não identificou a realização deste procedimento, ou seja, de como se dão as relações familiares entre seus membros e com a comunidade, ainda que se tenha presenciado situações que indicariam tais registros.

A ESF não dispõe de formulários específicos para registros das dinâmicas familiares. Não foram encontradas nas UBSF ou relatadas pelos profissionais as ferramentas para conhecimento das famílias, o genograma, o apgar e o ecomapa. Os relatos nos grupos focais e a observação na UBSF informam que os profissionais não utilizavam tais instrumentos chegando a ser desconhecidos por quase todos os membros da ESF, embora estejam descritos no documento Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006g), material instrucional para a prática dos profissionais na AB.

A análise das fichas AMS mostrou que não existe interlocução entre os registros dos membros da família mesmo nas situações em que um mesmo agravo tenha atingido mais de um membro da família. Os registros sobre os antecedentes familiares também são bastante escassos.

Embora as fichas de AMS sejam manipuladas por todos os membros da ESF, existe uma orientação de procedência imprecisa e vagamente explicada que não permite ao ACS fazer o registro de suas atividades no prontuário. Adota-se em algumas unidades uma caderneta para cada ACS comprada pelo enfermeiro, e que serve tanto para o controle de suas atividades, pelo enfermeiro, como para sua defesa, ou seja, comprovação de realização da visita domiciliar, junto à comunidade. Noutras unidades,

onde não existe a caderneta, as visitas são rubricadas num formulário afixado nos domicílios das famílias, e, na ausência deste procedimento, esta atividade fica sem o registro de seu conteúdo, computando-se apenas sua realização para efeito estatístico.

A despeito das limitações sobre a análise de prontuários apontada por Vuori (1991; 23), de que pouco se registra do que se faz, os achados acrescentam a ausência de registro daquele que mais mantém contato com o núcleo familiar, o ACS, e reforçam a questão de registros escassos, gerados mais pela ausência da perspectiva de tomar a família como foco da atenção, do que mesmo pela omissão daquilo que foi feito. A observação das consultas, visitas domiciliares, e demais procedimentos realizados durante o trabalho de campo permitem tal afirmativa.

Os resultados da pesquisa de campo/análise de prontuários e dos grupos focais mostraram que a ficha A, que reúne as informações sobre as famílias nem sempre acompanha a documentação desta, assim como nem sempre está acessível a toda a equipe como uma fonte de informações da família, e quando está, é subutilizada. A organização das fichas AMS dos indivíduos que compõem a família nem sempre se dá de forma a possibilitar aos profissionais uma visão de sua integralidade. Elas são arquivadas, em muitas UBSF, de forma isolada, numa lógica que privilegia a individualidade, na contra-mão do que se buscaria hoje como modelo de atenção da ESF.

3. ATENÇÃO PRESTADA ÀS FAMÍLIAS EM DOMICÍLIO: VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é prática antiga no campo da saúde, foi atividade exercida inicialmente por médicos, depois por mulheres sem escolarização e mais tarde por enfermeiras visitadoras (Rosen, 1994). No Brasil esta atividade iniciou seu processo de escolarização em 1920, na Cruz Vermelha onde foi criado o curso de visitadora sanitária (Nogueira & Fonseca, 1977), categoria profissional que passou a integrar as equipes das Unidades de Saúde da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. A visita domiciliar foi resgatada por ocasião da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente da Estratégia, como atribuição de todos os membros das ESF.

Mais recentemente, a ANVISA (2006) com base na Resolução 11/2006 definiu as ações de saúde domiciliares/visita domiciliar sob três modalidades: *i)* atenção domiciliar que congrega as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação realizados no domicílio; *ii)* assistência domiciliar como uma atividade na qual os procedimentos ambulatoriais são realizados no domicílio; e a *iii)* internação domiciliar como uma atividade, na qual dado a complexidade do estado do paciente os cuidados são realizados nas 24 horas com a utilização de tecnologias mais complexas para o espaço domiciliar. A observação participante e os relatos nos grupos focais mostraram que esta terminologia não foi incorporada ao cotidiano dos profissionais que utilizam genericamente a expressão ‘visita domiciliar’ sem definir seus propósitos, isto é, se seria para atenção domiciliar ou para assistência domiciliar.

No PSF, a visita domiciliar é um instrumento a serviço da família, tanto de coleta de informações sobre o seu contexto, que contribua para o planejamento e execução das ações de saúde por parte das ESF, como do repasse de informações das ESF para as famílias. É também atividade na qual, enfermeiros e médicos prestam assistência domiciliar e acompanham as internações domiciliares. Para Takahashi e Oliveira (2001) o objetivo da visita domiciliar no PSF é possibilitar aos membros das ESF conhecer as condições de vida e saúde das famílias pelas quais são responsáveis. Tal conhecimento inclui as condições ambientais, a estrutura e as relações familiares, que facilite o planejamento das ações em razão do conhecimento das potencialidades da família.

No PSF de Manaus, a visita domiciliar é realizada em duas modalidades, a atenção domiciliar e a assistência domiciliar. A internação domiciliar ainda não foi implantada. Sob tal premissa os relatos dos grupos focais e a observação participante possibilitaram analisar a assistência domiciliar e a visita domiciliar realizada pelos membros das ESF, a saber: enfermeiros/ médicos, e ACS e aux/técnicos de enfermagem, respectivamente.

Visita domiciliar/assistência domiciliar de enfermeiros e médicos para as famílias cadastradas

Segundo informam enfermeiros e médicos a visita domiciliar na modalidade de atenção domiciliar foi prática corrente durante a implantação da Estratégia, sendo

substituída atualmente pela assistência domiciliar. A visita domiciliar ao indivíduo foi considerada por enfermeiros e médicos como assistência domiciliar à família.

- visita domiciliar ao indivíduo

Segundo relato dos grupos focais e observação de campo, as visitas domiciliares na modalidade de assistência domiciliar realizadas por médicos e enfermeiros são agendadas pelos ACS e destinam-se prioritariamente aos pacientes acamados, idosos, os inscritos nos programas de saúde do MS com problemas de deambulação.

“Acamados, idosos, portadores de hipertensão diabetes, e puerperas prioritariamente. O ACS nos informa sobre alguma ocorrência e nós vamos até a casa do paciente ver as suas necessidades”. (E-DS)

“Ver os pacientes inscritos no programa, os acamados e outros casos que o ACS nos traz como demanda”. (M-DS)

A visita domiciliar emergiu nesta fala como uma atividade destinada ao indivíduo, na condição de dependente físico, de inserido em alguma ação programática ou agravo, estando a abordagem da família ausente nas visitas de enfermeiros e médicos.

O fragmento apresentado a seguir informa sobre uma realidade de visita domiciliar como ‘atenção domiciliar’ que já esteve presente na Estratégia e, que por mudanças na operacionalização do Programa, promovidas pela coordenação da AB no município de Manaus, sofreu alterações.

“Antes eu fazia aquela visita pra conhecer a família, ver a condição econômica, social. Hoje em dia a gente só faz a visita quando é necessário [a assistência], hoje eu só visito os acamados, as pessoas com dificuldade de locomoção, os pós- parto. Eu e a enfermeira não fazemos aquela visita como era antigamente”. (M-DL)

A visita domiciliar, conforme refere a fala, foi no início do Programa uma atividade realizada com foco na família, com o objetivo de conhecê-la. Com as mudanças instituídas no Programa estes profissionais foram se afastando da abordagem familiar e se aproximando da abordagem do indivíduo, foram se afastando da atenção domiciliar e se aproximando da assistência domiciliar. Como resultado, a atenção domiciliar para a família foi substituída pela assistência domiciliar para os indivíduos.

A observação participante mostrou que existiam famílias que nunca foram visitadas, algumas das quais nunca compareceram à UBSF, e nenhum de seus membros fazia parte dos programas de saúde. Tal questão reitera o fato de que a visita domiciliar de enfermeiros e médicos tem-se destinado aos indivíduos doentes e às ações programáticas.

Chama também a atenção, na fala do profissional, que considera como necessária somente as visitas que têm como objetivo uma intervenção pré-definida, situada no campo biológico, em detrimento do conhecimento das condições de vida da família, igualmente importantes quando se busca uma atenção integral.

A observação participante mostrou que em algumas UBSF, as visitas passavam por um processo de triagem, no sentido de delegar para o médico as situações mais complexas, de fato. Isto é, situações que o técnico não resolveu, encaminhou para o enfermeiro que, se não resolveu, solicitava o médico. Em outras UBSF, a observação participante mostrou uma agenda na qual o ACS indicava as visitas dentre prioridades já apontadas: os limitados fisicamente, as puérperas e os inscritos nas ações programáticas em saúde.

“De um modo geral como existe uma parceria muito boa na minha equipe e a enfermeira comigo, então o que é que acontece a gente apaga os incêndios, a gente tenta [...] a gente faz aquela consulta domiciliar pros acamados ou algum caso de risco. Quando tem que fazer intervenção que a enfermeira, a colega, não conseguiu ela diz, não, é contigo mesmo, aí a gente vai lá; aí faz o corte”. (M-DL)

A menção aos acamados como foco da assistência domiciliar se mantém nesta fala. Simultaneamente emerge o fator risco, mas não referido a quem, se indivíduo ou família. A fala também indica que embora a Estratégia Saúde da Família pressuponha uma nova forma de relacionamento com os serviços de saúde, em algumas situações parece não ter sofrido mudanças. A expressão “*apagar incêndio*” parece exprimir uma ação rápida, pontual, focalizada e fragmentada sobre determinado problema, de fazer algo bastante limitado em função do muito que ainda se terá que fazer. O que se esperaria da Estratégia, como um novo modelo seria uma nova lógica, que primasse pela integralidade das ações.

Visita domiciliar de ACS

A visita domiciliar para atenção às famílias é atividade compulsória à prática dos ACS. Por meio da visita eles devem tomar conhecimento da situação das famílias e informar as ESF, ao mesmo tempo em que devem informar as famílias sobre os recursos disponíveis na UBSF, no território, e de forma adicional fora dele, que favoreçam a saúde das famílias. A observação de campo mostrou que em seu processo de planejamento os ACS dividem o total de famílias sob seus cuidados pela quantidade de dias a serem trabalhados no mês, obtendo o número de visitas que deverão realizar por dia, em média sete a oito visitas.

A análise desta atividade direcionada às famílias junto aos ACS mostrou-se sob dois enfoques: a concepção do que é visita para as famílias e de seus objetivos. Observou-se como concepção de visita para as famílias: visita domiciliar ao indivíduo, visita domiciliar ao ambiente e visita domiciliar à família. Como objetivo da visita para as famílias emergiu: visita domiciliar como uma atividade administrativa de coleta de dados, como uma atividade assistencial, como estratégia de informar tanto famílias como ESF, estabelecer vínculos, resgatar os faltosos e agendar os procedimentos para os indivíduos na UBSF.

- visita domiciliar ao indivíduo

A visita domiciliar às famílias foi assumida pelos ACS como visita domiciliar aos indivíduos inscritos ou não nos programas de saúde do MS.

“Nós fazemos em média 7 a 8 visitas por dia, nós temos que fazer uma visita mensal a cada casa, mas tem situações que nós fazemos mais de uma visita na mesma casa, quando tem um doente, pra ver como está a situação dele [do doente], se melhorou ou não”. (ACS-DL)

A visita domiciliar realizada pelos ACS, nesta fala, indica não ter como foco a família, mas sim, os domicílios e os doentes. A referência ao domicílio é de que sete a oito casas deverão ser visitadas por dia, situação que poderá ser mudada, a depender da existência de doente que a ESF precise ter informações sobre a evolução de seu estado de saúde. Emergem neste caso o domicílio e o doente como focos da visita.

“Eu faço assim, eu sei quem está doente aí eu tiro um dia [na semana] e vou naquelas casas dos doentes, e a programação é pra gente levar o médico e o enfermeiro. Eu vou visitando casa por casa daí eu já vou selecionar pro médico”. (ACS- DO)

A descrição da rotina de trabalho diário indica o indivíduo como o foco da atenção na visita domiciliar do ACS, não necessariamente o inscrito em algum programa, mas aquele que se encontra doente.

-visita domiciliar ao ambiente

A visita domiciliar direcionada às famílias mostrou-se na fala a seguir referida como ao controle sobre o ambiente

“[...] então na minha área eu tenho 178 famílias, mas eu faço mais que 178 visitas, mas eu não posso registrar todas as visitas que eu faço porque é glosado. Nós trabalhamos com estatística, a gente não pode ultrapassar muito do índice de famílias que nós temos, porque nós podemos ser penalizados. Eu só posso ultrapassar vinte visitas no máximo. Na realidade você visita muito mais, quando tem a dengue, aí já fugiu das nossas visitas, mas tem que fazer a visita normal e fazer as orientações”. (ACS-DL).

As visitas domiciliares às famílias, em alguns momentos são confundidas pelos ACS com as ações de controle da dengue e da malária, que tem como foco o espaço domiciliar e seu entorno. Sobre tal questão é importante considerar que a ida ao domicílio nem sempre se constitui uma visita à família (Takahashi e Oliveira, 2001), o segundo, a de que a abordagem familiar não se resume à abordagem sobre os riscos biológicos de seu contexto ambiental.

Segundo os ACS o ambiente domiciliar constituiu-se, nestes dez anos de Programa, como seu alvo de intervenção, indicando mudanças positivas sobre os domicílios. As orientações sobre a higiene da casa e do quintal, segundo eles, produziram mudanças junto à população diminuindo o número de casos de diarreia e escabiose. A baixa rotatividade dos ACS e o longo tempo de permanência de muitos deles junto ao programa permitiu, de forma recorrente, uma avaliação dos avanços e retrocessos da Estratégia, em sua opinião.

“Melhorou, diminuíram as diarreias, as feridas. Cartão de vacina atrasados, a gente tem, mas agora são poucos. Melhorou também a limpeza dos quintais, limpeza da casa, a água a gente orienta pra colocar K boa (água sanitária) duas gotinhas em cada litro de água, deixar entreaberta meia hora depois pode consumir”. (ACS-DN)

A intervenção sobre o ambiente mostrou-se na fala, com resultados positivos sobre a saúde dos indivíduos, mas a família parece permanecer ausente na avaliação dos ACS nestes dez anos de Estratégia.

- visita domiciliar à família

A ida de enfermeiros e médicos ao domicílio, foi indicada na concepção do ACS, como uma visita domiciliar à família.

“Quando o médico ou o enfermeiro vão no domicílio dos cadastrados eles fazem uma visita, ou consulta para a família, o que é mais demorado do que se eles ficarem no consultório, onde o ritmo [de trabalho] é mais rápido”
(ACS-DL)

Os ACS consideraram que o fato de enfermeiros e médicos irem ao domicílio das famílias já se constitui em uma abordagem familiar, dado o tempo que desprenderão na atividade, neste caso maior, em relação ao tempo utilizado na UBSF e a presença de um maior número de integrantes da família, o que sugere que no domicílio, todos, ou alguns de seus membros serão consultados. A observação de campo corrobora esta compreensão.

Durante as visitas ao domicílio das famílias cadastradas na companhia de enfermeiros e médicos, foi possível observar, em alguns distritos que as consultas se realizavam a mais de um membro da família. Em tais oportunidades, mesmo não sendo possível considerar como uma consulta à família, mas sim aos seus membros individualmente, os profissionais tinham oportunidade de conhecer aspectos da família, como composição e estrutura do núcleo familiar, conhecimento das relações familiares e como estas relações poderiam contribuir de forma positiva ou negativa para a saúde ou doença da família e de seus membros, potencialidades e fragilidades da família e conhecimento dos fatores determinantes do processo saúde-doença no espaço domiciliar.

Tomando como exemplo uma família em que um de seus membros tenha hipertensão arterial, as relações familiares positivas ou negativas podem ser consideradas, como a disposição da família para o cuidado ou não com sua dieta; as potencialidades indicam os recursos financeiros, as informações que tem a família sobre o agravo e as redes de apoio social que a família dispõe para solução de eventualidades e/ou problemas de curso mais longo; e os fatores determinantes seriam as causas de elevação ou instabilidade da pressão arterial, subtraídos os fatores biológicos.

Sobre tal aspecto a ida ao domicílio tanto para atenção domiciliar quanto para assistência domiciliar, constitui-se em oportunidade importante para o conhecimento das famílias, e a referência dos ACS indica sua potencialidade para a abordagem familiar.

Argüidos sobre os objetivos da visita domiciliar às famílias, os ACS indicaram como mencionado o seguinte: como uma atividade administrativa de coleta de dados, como atividade assistencial, como estratégia de informar tanto famílias como ESF, com o objetivo de estabelecer vínculos, para resgatar os faltosos e agendar os procedimentos para os indivíduos na UBSF.

- visita domiciliar como uma atividade administrativa de coleta de dados

Foram consideradas pelos ACS, como objetivos da visita domiciliar, as atividades administrativas de controle e coleta de dados.

“Tem que atualizar, às vezes nasce bebê, às vezes saiu aquela família, eu vou num mês aí quando eu vou no outro ainda mais quando é família morando em quarto alugado, a gente vai num mês quando é no outro aí já é outra família, então a gente tem que tirar tudinho e fazer um novo cadastramento”.
(ACS - DO)

As atividades administrativas referiram-se à coleta de dados das famílias, isto é, o cadastramento e atualização destes dados. No grupo das atividades administrativas pode-se considerar a presença da família, uma vez que o cadastramento e sua atualização referem-se à composição familiar, isto é, indica a entrada e/ou saída de membros. Informações estas mais trabalhadas pelos ACS do que pelos demais membros da ESF, para quem parece se tratar mais de uma coleta de dados para se alimentar o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Oliveira & Marcon, 2007) do que mesmo uma possibilidade de mudança estrutural e conjuntural da família.

- visita domiciliar como uma atividade assistencial

A visita como atividade assistencial emergiu referida a grupos prioritários.

“Atualizar a ficha A, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, idosos, acamados, orientação para tomar os remédios de forma correta. Acompanhar as crianças e puerpéras” (ACS-DS).

Nas atividades assistenciais retorna o foco sobre o indivíduo, tanto dos inscritos nos programas do MS quanto dos casos de dependência física. A consideração de que a ida ao domicílio para levar uma receita médica, uma requisição para exame laboratorial e até mesmo para lembrar uma consulta na UBSF no dia seguinte, pode ser tomada como uma visita domiciliar. A observação de campo permitiu notar que tais idas ao domicílio são computadas, muitas vezes pelo ACS, como uma visita domiciliar.

- visita domiciliar como estratégia de informar tanto famílias como ESF

A visita domiciliar emergiu como uma atividade de mão dupla, na qual o ACS informa tanto as famílias como as ESF.

“Levar informação e trazer. Da mesma forma que você leva você acaba trazendo. O objetivo da visita deveria ser só este, mas a gente acaba sabendo do marido que passou o fim de semana bebendo, você tem que conversar com a mulher pra quando ele chegar não brigar, porque senão vai piorar a situação. Que o marido está gastando todo o dinheiro, do filho que está usando droga, da filha que tem treze anos e que já está com a vida sexual ativa, aí a mãe está preocupada se vai engravidar, então tudo isto aí...”
(ACS-DN)

A primeira sentença apresentada expressa com muita propriedade o movimento pela via da mão dupla que deve fazer o ACS, isto é, levar informações das famílias às ESF, que possibilitem o conhecimento delas e de suas necessidades, e, trazer até às famílias as informações da UBSF (Nunes et al, 2002). A fala faz referência à família nuclear em meio à crise, pela condição de vulnerabilidade em que se encontra, como objeto de cuidado do ACS.

- visita domiciliar com o objetivo de estabelecer vínculos

Uma segunda ordem de questão permitida pelas visitas domiciliares dos ACS é o contato rotineiro que cria vínculos, facilitando confidências, um tipo de desabafo que alivia ao mesmo tempo em que anuncia a existência de situações que podem levar ao adoecimento.

“Sabemos que diversas pessoas, muitas vezes nos procuram como se nós fossemos psicólogos. Eu como sou homem, eu sou o pai muitas das vezes daquelas famílias que só tem a mãe. [ela pede] vai conversa com meu filho ele tem 12 anos e está se envolvendo com pessoas..... Aí você vai, traz essa pessoa pro time de futebol que a gente fundou justamente pra suprir essa necessidade. Aí muitas vezes as nossas amigas, que é o pai, é o chefe (da família), aí chega e pede: tu dá um conselho pra minha filha, sabe ela já está na idade [...]”. (ACS-DL)

A família que aparece na fala é a família monoparental, chefiada por mulher numa situação de vulnerabilidade social, foco de cuidado do ACS que se vê ora na condição de ‘psicólogo de apoio’, ora na condição de pai. Os ACS informaram deparar-se com situações as mais diversas e que nem sempre estão no domínio de sua competência, mas o fato de já ter de alguma forma vivenciado situações com as quais se defrontam, consideram-se habilitados a dar um conselho ou uma palavra de conforto.

- visita domiciliar para resgatar os faltosos e agendar os procedimentos para os indivíduos na UBSF

A visita domiciliar com os ACS durante o trabalho de campo permitiu observar que ela também se destina a informar os indivíduos sobre os procedimentos para os quais estavam agendados na UBSF.

“Quando eles [pacientes] esquecem, a gente tem que ir à casa, olha sua consulta é na segunda feira. Nós fazemos o agendamento da consulta médica. Fazemos o cadastramento e atualizamos este cadastro”. (ACS-DN)

A fala indica que a visita domiciliar à família foi tomada como uma visita domiciliar aos pacientes faltosos a algum agendamento, assim como a marcação de consultas na UBSF. Neste caso a visita à família teve como objetivo tanto o resgate de indivíduos como seu agendamento. A observação de campo permitiu ver a ida dos ACS aos domicílios para lembrar, principalmente aos idosos, do dia da consulta, avisar que determinado remédio que estava em falta na UBSF chegou, a conferir se a medicação foi tomada corretamente, e, nos casos em que havia dificuldade de compreensão, realizar novas orientações sobre a tomada da medicação.

Uma dificuldade de assistir às famílias está relacionada ao número de famílias que de fato estão vinculadas à UBSF, embora não estejam cadastradas. A este segmento deu-se a terminologia de os “fora de área”, que são atendidos sem diferença das demais famílias à exceção de seu registro estatístico e pelo cadastro GIL. Segundo relatos são muitas famílias nesta condição, o que desencadeia periodicamente pelo Distrito de Saúde os mutirões de saúde, no sentido de atender a demanda de procedimentos que a UBSF não consegue atender em condições normais de funcionamento. Nestes casos, dada sua finalidade e dinâmica, o foco da atenção é o indivíduo independente de inscrição ou não, nos programas de saúde do MS.

Visita domiciliar do auxiliar/técnico de enfermagem

Para o auxiliar/técnico de enfermagem a visita domiciliar na modalidade de atenção domiciliar não é atividade compulsória. A ação destes profissionais está mais ligada à assistência domiciliar, uma vez que sua ida ao domicílio é para realizar procedimentos ambulatoriais, verificação da pressão arterial, realização da glicemia, realização de curativo aos pacientes que estão impedidos de chegar até a UBSF em razão de limitação física. A observação de campo permitiu constatar o contido em trabalho já realizado (Shimizu et al, 2004) que evidencia a formação do auxiliar/técnico de enfermagem distante da proposta da Estratégia e para quem poucos cursos de

capacitação foram desenvolvidos, sendo esta uma queixa destes profissionais. A visita domiciliar emergiu para eles como visita domiciliar ao indivíduo em lugar da assistência domiciliar às famílias.

- visita domiciliar ao indivíduo

A visita domiciliar para assistência domiciliar à família foi considerada por auxiliares/técnicos de enfermagem como uma visita para os indivíduos cadastrados, inscritos nos programas do MS, ou com limitações físicas para caminhar até a UBSF.

“Bem, nós temos muitos hipertensos, diabéticos e acamados, aí tem aqueles rebeldes, aí eu tiro uma semana pra gente visitar criança, orientar pra pesar, ver se está magrinha, amarelinha, pra pesar e pra marcar a consulta. As grávidas que estão com pressão alta, as puérperas, os curativos, fazer medicação de acamados” (Aux. Enf-DN).

A família não aparece como foco da visita domiciliar de auxiliares/técnicos de enfermagem. A fala aponta para uma abordagem sobre os indivíduos inscritos nos programas e por ciclo de vida. Indicam também atividades de verificação de peso, realização de curativos, administração de medicamentos, todas referidas aos indivíduos. As atividades citadas se enquadram na tipologia de visita domiciliar (Anvisa, 2006) para os aux/técnicos de enfermagem como assistência domiciliar.

Em síntese, a observação de campo e os relatos dos grupos focais dos profissionais das ESF, enfermeiros e médicos e ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, permitiram concluir que a visita domiciliar no PSF de Manaus se dá sob dois enfoques: a atenção domiciliar e a assistência domiciliar. A atenção domiciliar foi no início da Estratégia uma atividade de todos os membros da ESF, mas dada as mudanças pelas quais passou o Programa, hoje é atividade compulsória somente do ACS. A assistência domiciliar é atividade de responsabilidade de enfermeiros, médicos e aux/técnicos de enfermagem e sua realização acontece prioritariamente sobre os indivíduos que tem dificuldades de locomoção e acamados.

A visita domiciliar à família foi tomada tanto por enfermeiros e médicos como por ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem como visita ao ambiente e visita domiciliar ao indivíduo. A visita domiciliar à família foi assumida como visita à família, somente pelos ACS.

A visita ao ambiente refere-se à observação das condições do ambiente onde mora a família, do que significa uma ameaça, um risco para sua saúde, a exemplo de águas paradas, tanques a céu aberto, lixo. Nesta perspectiva o foco é o ambiente, o contexto em que vive a família, mas a família neste momento está ausente da abordagem/foco do profissional. A visita ao ambiente esteve referida à casa, lugar de habitação das famílias, e seu entorno no controle de dengue e malária.

A visita ao indivíduo tem como foco um integrante da família que por uma dada situação, dificuldade de locomoção, necessidade de algum tipo de proteção leva o serviço a assisti-lo em seu local de moradia. A família pode até se fazer presente neste momento, mas o foco da atenção é o indivíduo. A observação de campo mostrou situações em que mesmo a família estando presente no momento da visita toda a atenção recaiu sobre o indivíduo, mesmo quando o diálogo lhe foi estendido à abordagem para o indivíduo.

A ‘visita à família’, quase que ausente da prática dos profissionais das ESF de Manaus, tem como premissa assisti-la com base no conhecimento de sua funcionalidade, “*de seu ser e viver*” (Ribeiro, 2004). Tomá-la como uma unidade/em sua totalidade em oposição à soma de seus integrantes antes, durante e após situações de crise, independente de situações de risco ou vulnerabilidade social.

4. ABORDAGEM FAMILIAR DOS PROFISSIONAIS DAS ESF NO ATENDIMENTO INDIVIDUAL NA UBSF

A abordagem familiar dos profissionais das ESF no atendimento individual na UBSF foi objeto de observação durante o atendimento na sala de espera e durante as consultas de enfermeiros e médicos. Foi objeto de investigação também nas falas das ESF durante os grupos focais.

Nos grupos focais se introduziu a doença hipertensão arterial como uma condição traçadora, à semelhança da condição marcadora descrita por Penna (1997) citando Kessner, Kalk & Singer (1992) por reunir em sua abordagem múltiplas possibilidades de se analisar como a família é abordada, pelas ESF, no atendimento individual de seus membros.

Nos grupos focais, informar-se sobre os demais membros da família durante a consulta de um de seus integrantes mostrou-se não ser prática corriqueira dos profissionais das ESF. A resposta a esta pergunta gerou um silêncio e uma expressão de ‘pegos de surpresa’. Sobre tal aspecto a análise dos prontuários mostrou uma lacuna de registros que contemplem tal informação e a entrevista realizada com famílias também indica ser prática pouco presente no cotidiano dos profissionais. Foi analisada a abordagem familiar no atendimento individual na UBSF, de enfermeiros e médicos, de ACS e de auxiliares/técnicos de enfermagem, na concepção das famílias cadastradas.

Abordagem familiar de enfermeiros e médicos no atendimento individual na UBSF

A abordagem familiar de enfermeiros e médicos no atendimento individual na UBSF foi observada durante as consultas destes profissionais e nos contatos de passagem pela sala de espera da unidade. Foi observado o atendimento de indivíduos cadastrados e dos de ‘fora de área’. Tanto dos cadastrados quanto dos de fora de área, observou-se o atendimento dos inscritos nos programas de saúde do MS e os advindos de demanda espontânea. A observação na UBSF permitiu notar que o atendimento individual tanto de enfermeiros quanto de médicos, de indivíduos cadastrados e dos fora de área desenvolveu-se centrado no indivíduo, com ênfase na queixa da doença atual.

Um exemplo desta situação foi uma consulta de enfermagem à criança acima do peso para idade e estatura, que compareceu em companhia da mãe, também acima do peso. Criança pertencente a uma família nuclear formada por pai, mãe e três irmãos, cadastrados na UBSF. Foram investigados os hábitos alimentares da criança, que quando relatados pela mãe indicavam ser os hábitos alimentares da família. Estes hábitos indicaram uma dieta à base de massas e açúcar, rica em carboidratos e gorduras e pobre em proteínas, legumes e verduras. Foi referido pela mãe peso acima do normal dos demais familiares. A consulta teve como foco o indivíduo, a criança, mesmo numa situação compartilhada por toda a família, sobrepeso, ligado a hábito alimentar incorreto, necessitando o núcleo familiar de uma reeducação alimentar.

Nos grupos focais a abordagem familiar de enfermeiros e médicos no atendimento à família emergiu mais como uma dificuldade do que como uma possibilidade, justificados pelos profissionais pelo pouco conhecimento que detêm

sobre o núcleo familiar. Perguntados se conheciam as famílias sob seus cuidados, responderam:

“As famílias, todo mundo dentro da casa? Não [...] médicos e enfermeiros não tem tantas condições de conhecerem todos os locais porque [a área] é muito grande. Uma ACS minha tem 200 famílias, a outra tem 147 a outra 180 a outra tem 170, mas elas têm um acesso maior, aquela afinidade na família, elas conhecem o irmão, o pai, beltrano, o cicrano. Se a gente fizer esse levantamento saúde da família em equipe, dá pra gente chegar até a família através deles que são uma ponte entre nós, uma ponte extremamente eficaz” (E- DN).

A fala indica a dificuldade em articular uma abordagem familiar no atendimento individual, justificada como uma necessidade de conhecer todos os integrantes da família por núcleo familiar. Esta dificuldade parece imobilizar os profissionais.

Na análise da abordagem familiar de enfermeiros e médicos no atendimento individual na UBSF emergiram as seguintes categorias: investigação de antecedentes familiares para doença específica, perguntas sobre a família para estabelecer vínculo, e abordagem do indivíduo com foco na família.

- investigação de antecedentes familiares para doença específica

Perguntados se durante a consulta investigavam doenças de natureza familiar entre os membros da família enfermeiros e médicos mostraram-se mais à vontade que os demais profissionais das ESF, em responder, indicando que sim.

“Mesmo que a gente não queira tem que perguntar, a gente tem que puxar”.
(E- DL)

As falas indicam a necessidade da abordagem familiar no atendimento individual referidos a fatores genéticos, hereditários e de predisposição familiar.

“A gente chega lá com a esposa e com o marido, a gente questiona. Quem fuma já relata que as crianças têm problema de asma. Quem é que fuma aqui? A gente investiga toda a história patológica pregressa da família” (M-DL)

A investigação dos antecedentes familiares mostrou ser um instrumento valioso pra estabelecer os nexos causais, mas não necessariamente um instrumento de intervenção, tanto no campo da prevenção como do tratamento. A observação participante mostrou pouca incorporação do enfoque familiar na abordagem individual

para além do diagnóstico, assim como a análise dos prontuários indicou poucos registros desta natureza.

- perguntas sobre a família para estabelecer vínculo

Outras situações que articularam abordagem familiar no atendimento individual fora do campo específico da saúde foram referidas:

“Algum contato eu tenho, eu sempre pergunto, aí como está tua filha, tá fazendo tratamento? Quando há reclamação, aconselho para ser tolerante, ter paciência, mas são coisas de momento, não é sempre”. (M-DN)

A fala indica uma abordagem familiar mais construtora de vínculos do que uma abordagem que vise assistir a família integralmente. São ações pontuais, descontínuas, não se constituindo como uma prática incorporada na rotina dos profissionais.

A observação participante mostrou situações em que enfermeiros e médicos buscaram no atendimento individual uma aproximação com a família para o cuidado com seus integrantes como para o cuidado com o núcleo familiar.

“Eu particularmente na consulta com o idoso a gente consegue ainda elaborar um pouco de família, porque o idoso é o que mais sofre nesse processo família, porque muitas vezes ele tá pobrezinho já hipertenso ele não consegue controlar a pressão, mas geralmente cuida de cinco seis netos em casa e a filha bebe ou seja lá o que for [...], mas com o grupo da mulher por exemplo mesmo da mãe do pré-natal que tem tudo pra trabalhar seria abertura de trabalhar, seu marido trabalha ele não quer vir na consulta com você? Nem quer, nem quer, nem quer”. (E - DO)

A fala apresenta duas situações distintas. A primeira, uma família trigeracional, avô, filha e netos, na qual o avô é o responsável pela família, que se mostra em conflito. O idoso é buscado pela ESF para uma aproximação com a família que tem como objetivo o seu cuidado e não a situação de conflito vivida pela família. A segunda situação, família nuclear: marido e mulher à espera de um filho, parece caminhar para uma ação mais direcionada à família que não se concretiza pela ausência do marido à UBSF, explicada pela distância entre a população masculina e os serviços de saúde. Tem-se desta forma uma abordagem individual no atendimento, na qual a família é buscada para assistir o indivíduo, para ser parceira do serviço no cuidado com seus membros. A segunda sugere uma abordagem familiar no atendimento individual, apesar do insucesso da iniciativa.

-abordagem do indivíduo com foco na família

A hipertensão arterial emergiu nos grupos focais como um dos indícios de disfuncionalidade familiar.

“Olha a maior parte das pessoas que vão verificar pressão na casa de saúde e que dá pressão mais alta mesmo tomando medicação pode perguntar, a senhor dormiu? ah eu tive um aborrecimento na minha família” (E- DO)

A despeito de sua repercussão/de seus reflexos sobre a família do ponto de vista emocional e como uma condição fisiológica, de predisposição familiar, a ação de enfermeiros e médicos sobre a hipertensão arterial esteve bastante limitada a uma abordagem individual.

Perguntados, durante o grupo focal, sobre como enfermeiros e médicos prestavam assistência a um portador de hipertensão, por vezes a ação se deu num plano restrito ao indivíduo.

“Faço a consulta de enfermagem e dou orientação sobre dieta, medicamentos, exercícios...” (E-DS)

A fala evidencia que mesmo sendo a hipertensão arterial uma patologia que tem em seus fatores de risco a predisposição familiar, a abordagem permaneceu centrada no indivíduo, descolada do núcleo familiar, o que corrobora com a observação realizada nas consultas de enfermagem e médica, onde se notou que as orientações higiênico-dietéticas tinham recorrentemente como foco o indivíduo doente excluindo-se a família, como objeto de prevenção, para retardar a manifestação da doença e/ou prevenir sua ocorrência.

Outros relatos dos grupos focais indicam a abordagem familiar referida aos antecedentes familiares na qual a hipertensão aparece.

“De hipertensão, diabetes, câncer.... eu investigo. Sua avó, sua mãe alguém da família já teve câncer, eu procuro investigar assim”. (M - DN)

Um resgate até a terceira geração apontou para uma abordagem familiar referida aos antecedentes familiares, informação importante na construção de diagnóstico de doenças hereditárias e de predisposição familiar. No entanto, a observação mostrou que tais informações nem sempre eram utilizadas para a prevenção, em membros mais jovens da família.

Exemplo disto foram as consultas para os hipertensos e diabéticos nas quais o núcleo familiar, em algumas situações, esteve ausente da abordagem, mesmo naquelas

oportunidades em que o indivíduo estava acompanhado de um familiar. As orientações sobre dieta restringiam-se ao doente. Situação que deveria ser extensiva para toda a família, considerado, os fatores de risco familiar e hábitos alimentares saudáveis. Delegava-se à família o preparo dos alimentos com pouco sal e pouca gordura dirigidos aos hipertensos, contudo, a abordagem sobre os demais aspectos da doença, causas, fatores predisponentes, orientação sobre exercícios físicos regulares, que poderiam alcançar as famílias não as incluía, sendo-lhes destinado apenas o papel de cuidar de seus familiares.

O relato de situações de crise familiar durante a consulta foi apontado como uma situação recorrente.

“é simples a gente já identifica, mãe chegou com aquela cara de choro na sua frente você já sabe que tem problema familiar misturado. E aí você já vai fazendo a vasculhada. O que está acontecendo? Ah meu marido me deixou, meu filho foi morto, meu filho ta envolvido com droga, outro dia eu recebi uma mãe no consultório Dr. minha filha tem 12 anos e eu não sei o que fazer com ela [...]. Então aí você já sabe que aquela mãe não tem paz, aí você já vai conhecendo todo o histórico da família o que é comum no meu caso, é quase que diário”. (M-DL)

A fala indica uma intimidade do profissional com situações de crise e conflito familiar, outras menções foram feitas em que os profissionais intervêm na tentativa de auxiliar para o equilíbrio das relações familiares, no sentido de restabelecer a saúde do membro da família. A atenção à família pressupõe a busca pela saúde da família, que não é o mesmo objeto que a saúde de seus membros, tampouco deve limitar-se a isto. Angelo e Bousso (2001) consideram que a saúde da família deve ser entendida como a saúde de seus membros e a saúde da família em si.

Abordagem familiar de ACS no atendimento individual na UBSF

A abordagem familiar de ACS no atendimento individual na UBSF foi observada na sala de espera enquanto os pacientes tinham sua pressão arterial aferida, enquanto realizavam glicemia, faziam nebulização, aguardavam para fazer curativo, ou aguardavam sua vez para serem consultados pela enfermeira ou pelo médico. Nestas ocasiões alguma referência ao núcleo familiar foi observada, no sentido de levar um recado sobre uma consulta agendada, uma requisição de exame a ser entregue, a chegada de um medicamento que estava em falta. Tais situações reforçaram a existência de vínculos entre estes profissionais e as famílias e o conhecimento que detêm sobre o núcleo familiar. Nos grupos focais este tema foi pouco explorado junto a este grupo,

haja vista que o trabalho do ACS se dá mais nos domicílios das famílias, por onde fica a maior parte do tempo em que está trabalhando. Em Manaus os ACS comparecem diariamente à UBSF no início de cada turno de trabalho e sua atuação é restrita à sala de espera no arquivamento e desarquivamento das fichas AMS e na recepção dos usuários.

Para os ACS a abordagem familiar no atendimento individual é difícil porque o paciente vai sozinho a UBSF.

“Porque muitas das vezes o hipertenso sempre vai só. O hipertenso sempre vai só é muito difícil alguém acompanhar ele, é muito difícil o hipertenso ter alguém que vá com ele até a casinha, ele vai só”. (ACS- DS)

A fala indica que para que se dê abordagem familiar no atendimento individual, é preciso que alguém da família acompanhe o paciente na unidade, e isto é difícil acontecer, o que inviabiliza esta interação.

Perguntados sobre como realizavam uma orientação para um paciente portador de hipertensão arterial, os ACS, referindo-se à visita domiciliar, informaram:

“Uma visita com um técnico de enfermagem é para verificar a pressão dele, saber se ele está tomando a medicação qual o horário, qual a medicação e muitas outras coisas que relatam isso “(ACS-DL)

Na fala o ACS reporta-se à visita domiciliar em companhia do auxiliar/técnico de enfermagem que afere a pressão arterial, e o ACS presta as orientações ao indivíduo. A família não aparece nesta abordagem, o atendimento foi feito ao indivíduo e restringiu-se a ele.

Abordagem familiar de auxiliar/técnico de enfermagem no atendimento individual na UBSF

A abordagem familiar de aux/técnicos de enfermagem foi observada na sala de espera durante a realização de procedimentos, a saber: aferição da pressão arterial, realização de glicemia, nebulização, curativo, ou enquanto aguardavam sua vez para serem consultados pela enfermeira ou pelo médico. A observação mostrou um atendimento pautado mais sobre o indivíduo, com referências à família, nos casos de hipertensão e diabetes, voltados mais para o cuidado a ser dispensado pelas famílias com seus familiares do que com o que representava a patologia para o universo familiar.

Buscando identificar a abordagem familiar no atendimento individual de aux/técnicos de enfermagem foi-lhes perguntado como agiam diante de um caso de hipertensão arterial:

“Faço a medicação. Vejo o que é que ele está comendo” (Tec. Enf-DS)

A fala apresentada indica, a exemplo dos enfermeiros, médicos e ACS, uma ação dos auxiliares/técnicos de enfermagem sobre o indivíduo, sem considerar seu contexto familiar.

Diferente situação pode ser observada na fala a seguir.

“Muitas pessoas que vão pra consulta sem ser hipertensa muitas pessoas já apresentam pressão elevada, a gente já dá aquela orientação, olhe seu pai e sua mãe tem pressão alta? Ah, meu avô tinha. Pois é daqui a uns 30 anos, você tem que começar a se preocupar”. (Tec Enf - DL)

A abordagem da família aparece na predisposição familiar em que se insere a hipertensão arterial. Embora a orientação ao caso fuja da orientação recomendada na literatura especializada, o enfoque familiar esteve presente na abordagem do profissional durante o atendimento individual.

Concepção das famílias cadastradas sobre a abordagem familiar na UBSF

A análise da abordagem familiar dos profissionais das ESF no atendimento individual na UBSF, na concepção das famílias cadastradas, confirmou a pouca ênfase dada à família. Perguntado para as famílias se durante as consultas de enfermeiros e médicos eles perguntavam sobre os demais membros da família, as famílias informaram:

“Não, não perguntam. Só perguntam pela gente (que está fazendo a consulta). Só pergunta do paciente que está consultando, nunca pergunta sobre quem está em casa, quem não está doente”

(F- DN).

“Não procuram não [informações dos demais familiares]. Antigamente quem sabia [informações sobre os membros da família] era a.... [ACS], que vivia por aqui visitando toda semana, agora ó! Por isso que eu falei naquele dia, ah se eu tivesse que morrer já tinha morrido! Mas é verdade mesmo” (F-DO)

A fala aponta para três ordens de questão: a primeira central na análise a de que no atendimento individual não foi perguntada à família informação sobre seus integrantes; a segunda, referida ao ACS como aquele que sabe sobre os membros da família; e a terceira, atrelada à segunda questão, a de que o conhecimento da ACS se

deu por meio da visita domiciliar, e sobre a ausência da qual, a família se ressentiu. A fala sugere um sentimento de família em situação de abandono por parte do serviço de saúde e indica que em algum dia a família esteve mais bem assistida, ainda que por apenas um dos integrantes da ESF, o ACS.

Sobre a mesma questão emergiu relato de famílias em que os profissionais das ESF perguntavam no atendimento individual sobre a saúde de seus outros membros.

“Perguntam, inclusive minha esposa faz tratamento lá [na mesma UBSF]”.
(F- DO)

Perguntado para a família, se seus membros costumavam se referir a outros integrantes da família durante a consulta individual, as respostas se dividiram entre os que buscavam informar-se sobre doenças em membros de sua família.

“É eu falo que ele está com esse problema aí (Parkinson) porque eu acho assim que seja de família, porque o pai dele era assim, o irmão também, mas só complicou mesmo pra ele por causa do derrame que pegou ele, antes nunca tinha acontecido” (F- DN)

E entre aqueles que preferiam centrar a atenção da consulta sobre si mesmo.

“Não, eu pergunto mais sobre mim mesmo” (F-DL)

5. REUNIÃO COM A FAMÍLIA

A conferência familiar é um tipo de abordagem para resolver conflitos familiares, possibilitando a comunicação entre seus integrantes. Os conflitos no interior das famílias podem ser explicados, segundo Silva e Lunardi (2006), pelas mudanças produzidas na sociedade, aumentando a desigualdade social, desemprego e emergência do subemprego, a entrada precoce no mercado de trabalho de adolescentes e jovens e a participação efetiva da mulher no mercado de trabalho (Silva e Lunardi, 2006). Estes conflitos, porém, não necessariamente imobilizam a família a resolvê-los, uma vez que pode ser capaz de usar as situações de crise em seu favor. Numa perspectiva sistêmica a família teria capacidade de conseguir equilibrar-se em meio à crise. Gaíva (2006) assinala como estratégias de enfrentamento o olhar da família para si mesmo que leve à união de seus membros, a comunicação, a solidariedade, a busca de suporte social, espiritual, as redes de apoio pessoal e social. Neste sentido a Estratégia tem sua contribuição, e procede a preocupação dos profissionais em assumir outros papéis.

A conferência familiar poderia ser uma importante ação das ESF no apoio às famílias nos momentos de crise. O profissional de saúde poderia atuar como mediador, oportunizando aos membros da família expor sua opinião sobre o problema gerador da conferência na busca de soluções. (Lima et al, 2008).

Mcwhinney e Freeman (2010) consideram que a reunião com a família é prática menos comum no cotidiano dos médicos do que os encontros com membros da família em separado. A reunião familiar requer a participação do maior número de membros da família e pode tratar tanto de assuntos relativos à informação sobre o fato gerador da reunião, como para auxiliar emocionalmente a família. Neste sentido, estimular o diálogo entre os membros da família é questão importante para redução de conflitos.

Reunir a família para melhor conhecê-la ou buscar soluções para algum problema seu ou de seus integrantes não se constitui uma prática habitual das ESF. Embora seja reconhecida sua necessidade e importância, é situação bastante rara, representando às vezes uma única ocorrência na prática de profissionais que estão há oito anos no programa. Indagados sobre sua realização alguns profissionais não se pronunciaram, o que leva a crer que nunca experienciaram tal situação. Outros justificaram ser inviável pela recusa das famílias, por sentirem-se invadidas em sua privacidade, ou por impossibilidade de diálogo num contexto de dependência química, e situações de violência.

Os grupos de ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem consideraram que a realização pouco freqüente de reunião com a família se deve a que nunca conseguiam encontrar em casa todos os membros da família, uma vez que trabalhavam fora e que nem sempre a família recebe bem uma interferência em sua vida privada, ainda que nas questões relacionadas à doença. Quando ocorre, a aproximação se dá mais com a mulher que é mais sensível e culturalmente responsável pela saúde da família.

“Não, porque eles dizem que é uma área particular deles, de família. A gente conversa muito com as mães, aí elas vem, a gente orienta aí a gente já vai ouvir elas e conversar, os homens são mais turrões”. (ACS-DO)

A referência à família como *“uma área particular deles”* indica a determinação da família em manter sua privacidade, sua história, segredos, crenças como um legado de seus membros, algo que só diz respeito a eles. Uma maior aproximação com as mulheres pode ser explicada numa perspectiva de gênero, pelo fato das mulheres

compõem a maioria dos quadros das ESF, e pela vinculação cultural com os serviços de saúde no cuidado com as crianças e com a saúde da família; situação diferente dos homens que buscam os serviços em situações extremas.⁷

Em raras ocasiões foram realizadas reuniões com as famílias. Foi relatada uma experiência de uma ACS em que a família foi reunida para discutir problema de um de seus membros no qual se obteve êxito.

“Não, eu acho que nós ACS temos mais facilidade, de estar dentro daquela família, estar dentro daquele problema. Eu não sinto dificuldade não, de ter de conversar, de chegar com o esposo, de chegar com a esposa. Eu aprendi que pelo fato da gente estar sempre mais junto do que os técnicos e os enfermeiros, acredito que a gente tem mais facilidade pra fazer isso. Eu tive que fazer isso recentemente porque tinha um dependente químico na família aí eu consegui uma vaga na Colônia Esperança” (ACS-DN)

O fragmento apresentado mostra a desenvoltura apresentada pela profissional em solucionar um problema existente em seu território, de uma família sob sua responsabilidade, papel que a mesma incorporou consciente de que entre os membros da equipe é a que está mais perto destas famílias. O relato corrobora a ideia de que os vínculos instituídos antes dos momentos de crise contribuem sobremaneira para a família aceitar a intervenção dos profissionais em seu interior. E continua:

[...] aí eu tive que reunir toda a família pra traçar responsabilidade, pra conscientizar que a gente tinha que pegar lá aquele biscoito pra vender, então eu tive que reunir a família eu consegui, com facilidade. Consegui visitá-lo durante dois meses, e a mãe não queria, não queria. Hoje eu já não vou mais (visitar), é ela quem vai, de três em três meses, é, hoje ela já vai visitar, então eu consegui fazer isso, e assim, eu acredito acho que a gente tem responsabilidade pra fazer, nós ACS temos responsabilidade [...] (ACS - DN)

No caso em pauta a ação foi desencadeada por apenas um profissional da equipe, que transitou desde a conferência familiar reunindo seus integrantes para traçar estratégias de enfrentamento do problema, passando pela articulação com outros serviços, disponibilizou suporte pessoal e social até que a família pudesse assumir seu papel de forma integral.

[...] Pela experiência que a gente já tem de conhecer a família, mais intimidade, vamos dizer assim, vamos colocar dessa forma porque com os

⁷ Esta realidade começa a ser mudada pela introdução da saúde do homem na agenda dos serviços de saúde/SF.

técnicos já é mais difícil, quando a gente solicita, quando a gente tem um problema aí eles não podem estar diariamente nas casas das famílias nós estamos. Então se está com problema todo dia eu vou passar lá, todo dia eu estou passando lá. Embora eu não faça a visita diariamente, todo dia eu estou passando lá. É diferente do técnico, do médico e do enfermeiro, que só vai quando a gente solicita, uma ou duas vezes por semana. “Não pode estar todo dia, toda hora como nós temos que estar”. (ACS-DN)

Novamente reforça a idéia do vínculo pelo contato diário, pela presença constante, fora e dentro dos momentos de crise, situação justificada pelos outros membros como nem sempre possível em função de outras atividades sob sua responsabilidade. A permanência do ACS junto ao território em horários fora do expediente e o fato de conviver com dupla inserção, ora ser um deles, comunitário, ora ser um representante do Estado, contribui para melhorar seu status junto ao grupo, ao mesmo tempo como sendo alguém com quem podem contar a qualquer momento.

Uma segunda situação de conferência familiar foi apresentada também como uma intervenção isolada do ACS.

“Na minha área tinha um casal com cinco filhos, uma família que eu gostava muito, que eu gosto muito, hoje eu só tenho 60 famílias, eu tinha 155, mas, elas inclusive foram pra zona leste. Antes de irem pra lá eles se separaram, a esposa arrumou outro marido e deixou as crianças com o ex-marido, só que eles recebiam o Bolsa Família e o cartão estava no nome dela, e ela levou o cartão. O rapaz que ela vive é usuário de droga, o atual, e o ex-marido me chamou pra conversar, pra chamar pra pegar o cartão, que ele precisava do dinheiro, e o cartão estava sendo usado pra sustentar o vício do atual marido. Foi quando eu liguei pra ela e pedi pra ela vir até a casa do ex-marido, aí conversei com eles e eu sei que ela findou dando o cartão, aí eles foram pra lá, resolveram entendeu. Eu sei que eu me senti realizada, a gente se sente valorizada, você vê que o seu trabalho, eles confiam né, que o seu trabalho..., eu tive só que ligar aí ela veio entendeu, a gente conversou e resolveu o problema”.(ACS-DO)

6. INTERMEDIACÃO ENTRE A FAMÍLIA E REDES DE APOIO SOCIAL

Enfermeiros e médicos concordaram com ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem sobre a ideia de que o programa não lhes oferece condições sólidas para assistir as famílias, consideraram que a base para que elas se dêem são a sua boa vontade e o sentimento de humanidade. Destacaram que a ênfase no alcance da meta instituída pelo programa não torna possível uma atenção de qualidade.

O relato aponta para uma situação em que a abordagem familiar transcendeu a uma reunião com a família englobando todo um grupo religioso. Tal situação mostra a família em interação com o contexto social. Na perspectiva sistêmica a família é ao

mesmo tempo formada de subsistemas: irmãos, cônjuge, pais, e compõem sistemas maiores, como igreja e vizinhança (Wright & Leahey, 2002). Deste modo, ela tanto pode influenciar como pode sofrer influência, e isto a coloca numa condição de um sistema aberto.

“se você fechou a ferida, se você resolveu o problema, até social, da menina que disse aos 14 anos que não era mais virgem e que queria casar com um menino de 15 e não tinha nem beijado na boca só que ela é evangélica e aí o pastor afastou a menina porque ela disse que estava grávida. A mãe foi comigo, queria um laudo pra atestar a virgindade da menina, pra ela provar pro pastor que ela era virgem que era mentira. O que eu fiz, conversei com a menina em particular porque apesar de ser menor de idade ela tem o direito dela de sigilo, ela falou não enfermeira... e ta. Aí eu fui fiz uma palestra na igreja ainda pedi o apoio das meninas que são evangélicas lá, dei todo o respaldo na biblia. Cheguei lá afiada, eles aceitaram ela de novo na igreja, ta tudo lindo, tudo maravilhoso. Agora isto foram o que? Cinco dias, né. Pô enfermeira em vez de tu atenderes 18, atendestes 10 (pacientes)? Gente, mas eu estava estudando a biblia pra poder chegar, argumentar, fui de Gênesis a Apocalipse. Eu resolvi o problema porque a mãe estava desesperada, a mãe tinha pico hipertensivo, porque pra ela a comunidade dela, a igreja, era tudo na vida dela. Não tem nada, não tem dinheiro, não tem diversão, ela tinha a igreja, e a igreja afastou a pobre, pra ela (mãe da menina) ela (a menina) estava morta. Acham pouco eu fazer um curativo de 3 horas (situação referida a respeito de um paciente com numerosas e grandes escaras) falar, ler a biblia, defender a menina, eu produzi demais da conta”. (E-DS)

Emergem nesta fala uma concepção ampla de assistir a família e o engajamento da profissional para alcançar seu intento. Assistir a família é considerar o cuidado integral, isto é, o cuidado bio-psico-social, promovendo seu equilíbrio. No caso em pauta, é promover o cuidado integral ainda que para isso um esforço em outros campos do conhecimento tenha que ser empreendido e se dispense um tempo maior para a ação. Em outras palavras, a ESF advoga por uma nova racionalidade na organização do serviço que privilegie uma assistência integral à família.

7. TERAPIA COMUNITÁRIA

Entre as práticas direcionadas às famílias emergiu uma experiência de terapia comunitária, prática que vem sendo difundida pelo DAB/MS. A terapia comunitária é uma dinâmica de grupo que favorece a construção de redes de apoio solidárias. Para uma roda de conversa são levados espontaneamente problemas individuais e/ou familiares que preocupam os integrantes do grupo. A construção de redes de ajuda se dá no estabelecimento do diálogo entre os integrantes e em compartilhar vivências que poderão ser capturadas como possibilidade de ajuda para resolução da situação exposta.

A terapia comunitária é prática recente, iniciou-se no Brasil há três décadas, e vem sendo difundida em outros países como França, México e Suíça (Holanda et al, 2007). Há pouco tempo foi incorporada pelo MS como uma prática de saúde e em Manaus dois cursos de capacitação para terapeutas comunitários foram realizados nos quais profissionais do PSF tomaram parte. Algumas UBSF já começaram a por em prática emergindo um relato que contempla esta atividade na prática dos profissionais ainda que não tenha sido realizada pelo profissional que relatou, mas por profissional de outra UBSF.

“[...] pra isso [terapia comunitária] a agente não vai ter uma produção porque não é uma atividade individual. Geralmente a gente faz uma terapia, terapia em grupo. Ela (a mulher) começa a ver que tem outras pessoas que passam pela mesma coisa e que conseguiram solucionar de alguma maneira. Então vai abrindo o horizonte que é muito difícil fazer. A gente não é psicóloga nem, estudou pra isso, mas a gente conversa no individual, mas ela sai com aquelas barreiras na cabeça dela que ela não consegue superar, então, é muito melhor quando ela se reúne como a gente está aqui, e elas veem que têm outras pessoas que passam pelas mesmas coisas pelas mesmas dificuldades e que conseguiram solucionar aí vai se formando vínculo e eu sinto que vai se abrindo uma esperança ali, vamos lá, tudo bem, mas eu particularmente eu não me importo com a produção, minha produção é baixa. (M-DO)

Na terapia comunitária busca-se por em evidência aquilo que ao afligir pode desencadear o adoecimento, o que causa sofrimento e que pode ser socializado. A partir da vivência do grupo são compartilhadas estratégias de enfrentamento para superação das dificuldades. A terapia comunitária é uma estratégia que articula diferentes dimensões: resgate da auto-estima, solidariedade, criação de vínculos, clarificação do problema, otimizando seu ajuizamento e solução. Segundo Barreto (2008), ela está inserida no modelo de promoção da saúde, das redes de solidariedade e de inclusão social com vistas ao empoderamento. Neste sentido é um instrumento valioso aos objetivos da Estratégia. A fala aponta para a terapia comunitária como uma alternativa buscada pelos profissionais no atendimento aos membros da família, embora a estratégia pareça ter pouco prestígio no elenco das atividades reconhecidas como prática oficial.

8. PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIRECIONADAS ÀS FAMILIAS

As práticas educativas em saúde referidas às famílias foram apontadas nos grupos focais como atividade de difícil realização pelas ESF. Uma questão citada tanto

por médicos e enfermeiros quanto por ACS e aux/técnicos de enfermagem é a falta de infraestrutura institucional para o desenvolvimento destas ações quando pensadas no plano coletivo.

“É complicado porque quando você pensa em família e você pensa especificamente na Estratégia de Saúde da Família é prevenção, então seria o que? É educação em saúde. [...] seria ótimo., mas a gente não tem auditório, depende da gente conseguir uma parceria com os outros bairros que tem uma escola, uma igreja que abre espaço, [...] tem unidade de saúde que eu sei que não tem esse espaço. Vai fazer na recepção da unidade de saúde? não tem condições, não tem. [...] é um entra e sai de pacientes querendo receita, é o aparelho de inalação que é barulhento, então assim você não tem esse espaço, outra coisa o próprio material de educação em saúde é escasso, muito poucas vezes tem um folheto, um banner, um pôster, alguma coisa assim, você não tem essa estrutura”. (M-DN)

A fala apresentada informa sobre as dificuldades operacionais para a realização de uma prática educativa coletiva e, embora esteja referida à família, a observação de campo não identificou nenhuma delas que estabelecesse articulação com as famílias. A realização de atividades educativas coletivas na UBSF esteve voltada para a demanda espontânea que compareceu para consulta e em uma UBSF para comunitários convidados. Os temas abordados foram hipertensão arterial, tuberculose e dengue. As sessões educativas coletivas foram realizadas pelos ACS e aux/técnicos de enfermagem na sala de espera e como mencionado, no fragmento apresentado, sofreram interferência da movimentação da clientela a ser atendida no espaço físico da unidade e ruído no ambiente. Ainda no espaço físico da unidade foram observadas as atividades educativas individuais na sala de espera e nos consultórios, durante as consultas de enfermagem e médica.

Em apenas uma das UBSF observadas foi referida a realização mensal de trabalho educativo coletivo destinado aos grupos de mães de menores de 4 anos, gestantes, planejamento familiar e idosos. Nesta UBSF, foram realizadas durante o período de observação duas atividades educativas coletivas, uma ao grupo de demanda espontânea sobre hipertensão arterial e outra ao grupo de mulheres inscritas no planejamento familiar. Esta última foi desenvolvida pela pesquisadora em função da ausência da pessoa responsável e o tema planejado e abordado foi tuberculose pulmonar. Destaca-se que a presença na reunião foi requisito compulsório para receber os métodos contraceptivos.

A observação de campo acompanhou ainda as atividades educativas realizadas nos domicílios, que seguiram um enfoque tradicional, unidirecional, voltado para a patologia e suas complicações. Mostrou que, de todas estas oportunidades, a que mais possibilita uma ação voltada para a família é a atividade realizada no domicílio e secundariamente no consultório, por razões bastante práticas. Nos domicílios pelo motivo que leva à visita, pela possibilidade de contar com um maior número de integrantes da família, portanto uma maior representatividade, pela privacidade, pela flexibilidade de tempo e pela imersão na realidade cotidiana e contextual da família. No consultório pela privacidade e por ter concretamente uma situação de saúde-doença que desencadearia uma ação educativa. A observação de campo mostrou que em ambas as situações a abordagem deu-se numa perspectiva tradicional e individual caracterizando-se como oportunidades perdidas no alcance das famílias. Apesar de algumas consultas terem sido desencadeadas por patologias que envolviam aspectos como predisposição familiar, estilo de vida e hereditariedade, a participação/interação familiar foi desconsiderada dando-se em seu lugar atenção apenas para o aspecto técnico do agravo.

9. PARTICIPAÇÃO DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DOS FAMILIARES

A participação das famílias no cuidado dos familiares foi analisada nos seguintes aspectos: a família como um apoio no cuidado de seus membros, a família como produtora de doenças, a participação da ESF na orientação à família para o cuidado com seus membros e a capacitação da família para o cuidado com seus membros. Todas estas categorias emergiram nos discursos de enfermeiros e médicos e ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, à exceção da família como produtora de doenças que não emergiu no discurso dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

A família como um apoio no cuidado de seus membros

O apoio à saúde de seus membros por parte da família emergiu na fala de enfermeiros e médicos como um quesito nem sempre presente na vida das famílias.

“Em algumas circunstâncias [são um apoio]”. (E - DL)

“Em outras [circunstâncias] são um peso” (E -DL)

“Sim, ela é um apoio (M- DS)

As falas indicam que enfermeiros e médicos têm experiências complementares e divergentes quando analisam o apoio da família a seus membros. Em suas falas a

família emergiu como um apoio, ainda que nem sempre, mas também como um impedimento à saúde de seus membros.

Os ACS também consideraram que as famílias nem sempre são um apoio aos seus familiares:

“Tem que ser, mas às vezes....”. (ACS- DL)

“Algumas sim, outras não.” (ACS- SUL)

“Tem família que ajuda o irmão, o parente que está doente, mas tem família que não ajuda não. A gente é que fica dando apoio e até resgatando amor quando não tem o parente”. (ACS -DL)

As falas indicam situações nas quais as famílias são um apoio aos seus familiares e situações nas quais isto não ocorre. Nos relatos dos grupos focais os ACS narraram situações de abandono de idosos e dependentes físicos, em que tiveram que intervir com outras famílias e setores governamentais para salvaguardar a integridade de seus membros dependentes e que buscaram suprir algumas de suas necessidades. Os ACS consideraram que cabe às famílias apoiarem seus membros, mas que nem sempre isto acontece. Em algumas, a situação de abandono é tão grande que os ACS buscam recuperar a autoestima.

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem, as famílias cuidam de seus membros, são solidárias às situações de restrição de alguma ordem, mas nem todas. Perguntados se orientavam as famílias no cuidado com seus membros aux/técnicos de enfermagem indicaram que sim.

“Tem umas que aceitam bastante, pouco recusam.” (Tec. Enf- DN)

“Sim, mas tem umas que não cumprem.” (Tec. Enf-DN)

As falas indicam que a aceitação destas orientações pelas famílias se dá de maneira diferente, isto é, umas aceitam melhor que as outras e outras há que as ouvem, mas não as cumprem.

A família como produtora de doenças

A concepção de família como causadora de doença emergiu nos grupos focais na fala tanto de médicos como enfermeiros

“Na minha área as pessoas ficam doentes é da alma, é da estrutura familiar, muitas principalmente as mulheres porque elas são as cuidadoras, elas que cuidam dos maridos que traem que batem que humilham que matam, do filho drogado, do neto, do idoso. Então a gente vê que a maioria das mães se acomete de hipertensão, diabetes, depressão, tristeza profunda, descontentamento pela vida por tudo, a gente vê tudo isso a estrutura familiar as pessoas perderam o foco completamente e esse problema é o maior problema que nós temos é a estrutura familiar porque tem acarretado várias doenças porque se você não tem uma boa estrutura familiar você não cuida bem, a mulher geralmente ela cuida da família dela, mas ela não é cuidada em nenhum momento, ela só é agredida. As pessoas não sabem se comunicar, as famílias com o filho, o marido, o pai, o neto, eles não conseguem se comunicar de uma maneira sadia e isso gera, e descuido, de violência, violência psicológica, psíquica, e o que eu tenho visto e o que eu tento trabalhar na minha área é isso: família como causadora de doença”.
(M- DN)

A família pode ser um lugar de afeto, de solidariedade e de compromisso entre seus membros, mas pode também ser um instrumento de repressão dos homens sobre as mulheres, dos mais velhos sobre os mais novos e de conflitos diversos. A modernidade produziu mudanças nas relações familiares, em sua estrutura e no papel de seus membros e isto tem repercussões sobre a saúde de seus membros e sobre a saúde da própria família. As relações conflituosas que se estabelecem no seio familiar de desagregação e violência evidenciam a disfuncionalidade da família colocando-a numa condição de causadora de doença.

No grupo de ACS e auxiliar/técnico de enfermagem a família apareceu também como causadora de sofrimento e produtora de doença.

“Sempre o problema da mulher é o homem ali que causou esse problema, às vezes com os idosos ou no pós-parto, aí vai conversar com ela aí foi o marido aquele problema todo, aquela coisa toda, sempre ta voltado pra família”. (Tec.enf - DS)

“Ate mesmo do dependente químico tem a ver mais com a família” (ACS-DS)

As falas indicam a participação da família nos processos de sofrimento e adoecimento, dependência química. A família pode ter uma participação de atenuar, potencializar ou gerar tanto o sofrimento quanto a doença.

A participação da ESF na orientação à família para o cuidado com seus membros

Perguntado a enfermeiros e médicos se sugeriam às famílias o cuidado de seus membros, eles consideraram as dificuldades encontradas

“A gente tenta, mas eles têm muita resistência principalmente com o idoso, o acamado o deficiente, doentes mentais, a gente tenta, mas eles são muitos

resistentes, principalmente com os pacientes que dão muito trabalho. E eu até comentei um dia destes que o profissional de saúde tem um papel, mas a família também tem o seu papel. A dificuldade é essa ela [enfermeira] passa por isso e todos nós já passamos. Eu pequei uma idosa 92 anos doente há 20 dias e estavam esperando eu voltar de férias lá na UBSF. Eu fiquei danada né como é que é, já são 20 dias, a filha não quer, não cuida da mãe porque trabalha a outra não posso porque eu vou pra faculdade. Ninguém queria assumir, eu disse isso daí é crime, vai pro Conselho Tutelar, vai ou não vai, não vou, e fiquei muito atacada” (M- Leste)

A fala faz menção à postura e preocupação dos profissionais diante do descaso de famílias com seus familiares, principalmente com aqueles que se encontram num grau de dependência maior, a exemplo dos idosos e dos acamados. A responsabilidade compartilhada é requerida das famílias pelos profissionais, sendo este um dos pressupostos da Estratégia.

Os ACS consideraram que orientam as famílias para o cuidado com seus membros, mas que nem sempre obtêm uma resposta favorável para o cuidado.

“Geralmente aceitam bem [as orientações].” (ACS-DS)

“Aceitam, mas não cumprem.” (ACS-DO)

“Sim, [aceitam as orientações], principalmente para os idosos, hipertensos e diabéticos.” (ACS-DN)

Segundo os ACS uma de suas funções é observar como está a família, ocasião em que eles se deparam com situações nas quais são obrigados a intervir. A aceitação desta intervenção é bastante variada indo desde uma boa receptividade, um obrigado pela ajuda, até a completa desconsideração daquilo que foi orientado. A situação que se torna mais visível à falta de apoio e de cuidados é junto aos pacientes com dependência física. Os idosos, principalmente, demandam uma maior atenção por parte da família que nem sempre está preparada para atendê-los. Às vezes são famílias numerosas com muitas crianças que são priorizadas em lugar do idoso, são também as condições econômicas que esbarram numa alimentação mais adequada para o seu atendimento. É o cuidado que exigem algumas renúncias por parte do cuidador, função às vezes rejeitada pela maioria dos membros da família e delegado a apenas um de seus integrantes. É o aspecto cultural das populações ocidentais que desvalorizando a contribuição que estas pessoas deram quando jovens, em diversas instâncias, as consideram inúteis e sem serventia. São as mágoas e ressentimentos acumulados por anos, lembranças de uma infância traumática pela ação dos mais velhos e que no atual momento os mais jovens, que foram mal cuidados na infância não vêem motivos, isto é, se sentem desobrigados

para prestação de cuidados que lhe consumam tempo, energia e paciência, dentre outros elementos.

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem referiram situações de maus tratos e abandono de idosos, que foram identificados a partir de suas observações com investigação junto aos vizinhos, queixas destes pacientes e denúncia de terceiros. As investigações, confirmadas em todos os casos, geraram a intervenção de outros profissionais com uma conversa com as famílias e reversão do quadro.

Um trabalho de sensibilização é desencadeado pelos ACS para obter a parceria da família no cuidado de seus membros

“Eu peço da família. Olha, eu não vou poder estar aqui todo dia, mas você vai vigiar, vai ser o fiscal dele pra tomar o remédio, porque eu não vou poder estar aqui, todo dia, todo dia, todo dia. Eu tenho outros [pacientes] pra visitar, mas vocês podem me ajudar, porque senão ele vai ter um AVC, a diabetes pode complicar. A família tem que ser fiscal do seu paciente, do seu familiar”. (ACS- DN)

A fala ainda que aponte para o conteúdo de controle, acena para a parceria que o serviço de saúde deve buscar com a família no cuidado de seus membros, um dos pressupostos da Estratégia. No entanto esta parceria não deveria se restringir à administração de medicamentos. A proposta seria construir junto com as famílias sua autonomia.

Situação análoga a de enfermeiros, médicos e ACS, sobre o apoio das famílias aos seus familiares, mostrou-se junto aos aux/técnicos de enfermagem,

“Sim, tem famílias que cuidam. (Tec. Enf-DO)

“Também tem a questão da alimentação, quando é o esposo ou a esposa que tem que ter uma alimentação diferenciada, então eles ajudam sim”. (ACS- DN)

O relato de auxiliares/técnicos de enfermagem sobre o apoio das famílias aos seus familiares indicou ser presente, embora ausente em algumas famílias, e uma ação solidária na prestação do cuidado.

A família como cuidadora de seus membros

O cuidado com a saúde de seus membros é atividade bastante antiga da família assumida na maioria das situações pela mulher/mãe. Não é por acaso que se diz

corriqueiramente que a primeira enfermeira do mundo foi a mãe, atribuindo-lhe a tarefa de cuidadora.

“Família é um cuidando do outro” (F- DN)

“[...] no meu caso, eu estava internado, se não tivesse família tinha ficado sozinho.” (F-DO)

A ausência da família neste caso traz como sentimento uma sensação de estar só, talvez desassistido, ainda que dentro de um espaço público como uma unidade de saúde.

O cuidado com a saúde de seus membros e a socialização das crianças são funções da família a serem divididas com as instituições sociais. A primeira com a escola e a segunda com os serviços de saúde (Prado, 1983).

Por outro lado, Fonseca (2005) analisa as dificuldades das famílias das classes populares em assumir o cuidado com seus membros, ao mesmo tempo em que questiona como o Estado busca utilizar a família em lugar dos investimentos que deveria fazer nos serviços para o cuidado com a população. Embora se proponha a viabilizar políticas sociais para fortalecimento da família como uma etapa prévia a esta assunção, o que se vê na prática é a responsabilização da família no cuidado de seus integrantes, antes mesmo da implantação de qualquer política para seu fortalecimento.

A mulher como cuidadora

A observação de campo e os relatos dos grupos focais mostraram que a participação no cuidado de seus membros em muitas situações tem sido assumida por apenas um de seus integrantes, em geral a mulher, a mais idosa do núcleo familiar mesmo que ela não reúna as melhores condições de saúde, mas sim por ser a matriarca, a que fica em casa, enquanto os outros vão trabalhar ou simplesmente se omitem desta tarefa. Nas situações em que existe uma condição de doença mais complexa, uma situação de dependência física, por exemplo, novamente a mulher assume sendo alçada à condição de cuidadora.

[...] Numa outra casa uma senhora idosa também o marido tem Alzheimer há quatro anos e ela tem hipertensão, diabetes, os filhos não ajudam em nada. Nenhum deles ajuda a mãe a cuidar do pai, então tudo é nas costas dela, e ela cada dia mais doente”. (M-DN).

Embora incentivada pelos serviços de saúde, a função de cuidador é uma questão que necessita ser discutida e revista pelas famílias e por estes serviços de saúde. O cotidiano dos cuidados com portadores de qualquer tipo de dependência mostra em

geral um retraimento, por diversos motivos, de grande parte dos membros da família elegendo-se alguém a quem se atribui características importantes para a prática do cuidado, tais como paciência, jeito, e sobre este recai todo o cuidado, não lhe restando tempo na maioria das vezes para cuidar de si mesmo.

“reunir com a família não, mas, conversar com os cuidadores, com os mais próximos a gente tenta orientá-los pra cuidar melhor tem uns que tem mais jeito, tem mais paciência, mas eu agora vou procurar ficar mais atento” (M-DN)

A fala em evidência mostra a postura do serviço em reforçar a centralização do cuidado sobre uma pessoa, excluindo os demais integrantes da família e legitimando a figura do cuidador. Tal postura pode induzir no seio familiar sentimentos de incompetência de uns, assim como de super competência de outros, abrandando a responsabilidade daqueles e sobrecarregando esses. Pode também servir de evasiva para os que querem se furtar desta responsabilidade.

O trabalho de campo mostrou paradoxalmente o quanto a atenção à saúde do cuidador está ausente da prática dos profissionais, a despeito do previsto no discurso oficial, de ter a família como aliada no cuidado de seus membros (Brasil, 2000a). Para que isto se torne real é preciso cuidar da família, neste caso, é preciso cuidar do cuidador. A observação participante mostrou durante a visita domiciliar ao paciente acamado que, embora a cuidadora tenha referido dor muscular relacionada à prática do cuidado com o paciente, tal queixa passou despercebida pelo profissional. Situação análoga ocorreu durante visita domiciliar a um portador de Alzheimer, cuja cuidadora referiu distúrbio do sono e desgaste emocional, dado o longo tempo de prestação de cuidados diuturnamente, e que nenhuma ação foi empreendida pelo profissional no sentido de assisti-la. Em ambos os casos, as cuidadoras eram familiares dos pacientes visitados além de serem inscritas na UBSF.

A observação de campo mostrou também que os familiares desejam que as ESF cuidem de seus membros ou os auxiliem no cuidado destes. Emergiram neste contexto situações em que as famílias careciam de uma orientação sobre como cuidar de doenças como o Alzheimer e que não se sentiam preparadas. Segundo relatos dos familiares foram vivenciadas muitas situações que poderiam ter sido evitadas se tivessem tido acesso, há mais tempo, sobre os cuidados com os portadores desta enfermidade.

Capacitação da família para o cuidado de seus membros

Segundo médicos e enfermeiros uma forma de capacitar a família para o cuidado com seus membros foi desencadeada pelos DS com o curso de cuidadores. Um curso para cuidadores foi realizado pela coordenação do Programa do Idoso, sendo disponibilizadas, em média, dez vagas por Distrito Sanitário (DS). Dois entraves foram identificados neste curso, o primeiro relacionado ao número de vagas muito reduzido, dez por distrito, considerando que os DS tem entre 45 a 53 UBSF e cada uma destas tem sete microáreas. O segundo, a rejeição de algumas famílias que em lugar de buscar aprender a cuidar queriam que as ESF cuidassem de seus integrantes, isto é que a UBSF assumisse esta responsabilidade.

A realização destes cursos se deu de duas formas: uma capacitando os ACS para serem multiplicadores junto às famílias:

“Foi realizado pro ACS pra que ele seja multiplicador e alguns já fizeram. Eu tenho um ACS que começou a multiplicar este curso na área. Ela conseguiu ir na casa da pessoa que cuida do idoso e ela conseguia, ela ia lá devagar, ela ia lá duas a três vezes por semana na mesma casa ia dando as orientações, depois ia em outra casa, mas é difícil também porque os próprios ACS tem vergonha.” (M-DO)

E a outra capacitando diretamente os cuidadores para a função:

“Foi difícil a participação deles [deles], porque foi realizado durante uma semana pela manhã, e alguns não podiam ir porque cuidavam do pai que é acamado, tinham que fazer a comida. Eles tinham muita dificuldade em sair de casa” (M-DO)

A capacitação mais exitosa deu-se junto aos ACS que, segundo os enfermeiros e médicos, tiveram uma boa desenvoltura tanto em sua aprendizagem quanto no processo de transmissão das orientações aos cuidadores, mesmo com sua timidez inicial. A capacitação dos cuidadores teve dificuldades em sua implementação pela dificuldade dos cuidadores em sair de casa, deixando o paciente sob seus cuidados sem assistência. Quando os ACS reproduziam o curso no domicílio a interferência na rotina do cuidador foi menos sentida.

A capacitação da família para o cuidado com seus membros, segundo os ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem, ainda está aquém da necessidade das famílias, uma vez que é grande o número de idosos dependentes e dependentes físicos.

“Na nossa área foram [capacitadas] umas três pessoas [cuidadores].” (Tec. Enf-DL)

Neste percurso, algumas dificuldades ainda surgiram impedindo que um maior número de cuidadores fosse capacitado:

“Na nossa [a capacitação] é feita na Ana Braga [hospital], só que limitaram dois cuidadores por micro-área, as vagas eram limitadas, alguns deram o nome depois não puderam ir e não teve como colocar outra pessoa no lugar.” (ACS -DL)

A ausência dos cuidadores ao treinamento a que se refere a fala pode ter-se dado em razão das dificuldades que têm os cuidadores de ausentar-se do cuidado de seus familiares.

10. CONCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA PRESTADA PELO PSF

A análise da concepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF pautou-se: i) no exame das práticas de saúde direcionadas às famílias na opinião das famílias; ii) no estudo da saúde da família; e iii) na análise da participação da família no cuidado de seus membros orientada pela ESF.

Práticas de saúde na UBSF e no domicílio direcionadas às famílias

A análise das práticas de saúde direcionadas às famílias mostrou, por meio das entrevistas com famílias, que estas se dão de forma a contemplar o indivíduo, sendo recorrente a afirmação de que a situação de doença de um dos familiares é raramente apreciada com a família.

As famílias foram argüidas se em alguma oportunidade reuniram-se com a ESF para tratar de algum assunto, e sobre esta pergunta todas responderam que não. As famílias com idosos e portadores de doenças neurológicas referiram que precisavam do apoio da ESF para discutir com seus membros o cuidado compartilhado, assim como receber orientação para o cuidado em saúde de seus membros.

No que se refere à visita domiciliar, as famílias informaram que o ACS é o profissional da ESF que mais lhe visita, mas que também já recebeu visita dos demais profissionais da ESF: para consulta, aferição de pressão arterial, curativo, orientação sobre o tratamento e realização de glicemia. Embora os profissionais das ESF tenham contato com os outros membros da família por ocasião da visita domiciliar, as famílias referiram que a consulta restringe-se ao doente, não sendo perguntado sobre a saúde dos

outros membros da família. No entanto, houve famílias que indicaram que os profissionais perguntavam sobre a saúde dos demais membros da família.

“às vezes eles [ACS] marcam consulta na casa da pessoa com a doutora e às vezes eles marcam consulta na casinha. Ai quando ele vem na casa da pessoa eles sempre procuram saber se todo mundo está bem” (F- DO)

Perguntadas sobre como transcorriam as consultas, tanto na UBSF quanto nos domicílios, as famílias as descreveram como uma abordagem individual sem referência de sua parte aos demais membros da família. De igual modo, não fizeram menção a que os profissionais das ESF perguntassem sobre os demais membros da família. Argüidas se durante a consulta as famílias costumavam perguntar sobre doenças ou problemas de outros membros, houve indicação que sim:

“É eu falo que ele está com esse problema aí [Mal de Parkinson] porque eu acho assim que seja de família, porque o pai dele era assim, o irmão também. Mas só complicou mesmo pra ele por causa do derrame [AVC]. Antes nunca tinha acontecido” (F - DO).

Entretanto, a menção de que a consulta era centrada no indivíduo prevaleceu sobre uma abordagem familiar. O não como resposta a esta questão foi recorrente sugerindo, pela entonação da voz, estranheza diante da possibilidade de acolher na consulta do indivíduo outros membros da família.

“Não, na consulta a gente só fala da gente” (F - DO)

Em outra situação a não referência aos demais membros da família teve como justificativa a existência de vínculos com outros prestadores de serviços de saúde.

“Não, porque ela tem o convênio dela, onde ela trabalha. Ai sempre ela vai no médico da empresa” (F- DO).

A abordagem do indivíduo fora do contexto familiar mostrou-se bastante presente na fala dos membros das famílias, e não se pode negar a contribuição dos serviços de saúde neste processo. A proposta da Estratégia em ter a família como o centro da atenção contribui para a desconstrução deste modo de pensar. Algumas iniciativas podem ser referidas como indicativas de mudança, a exemplo de algumas UBSF que estimulam a participação dos cônjuges na consulta de pré-natal.

Argüidas sobre se os profissionais das ESF procuravam saber como as famílias se relacionavam interna e externamente, as famílias responderam que não. A família que

respondeu que sim se referiu a uma situação que, embora envolva a funcionalidade da família, parece não ir além da preocupação, sem uma ação mais efetiva.

“Sim. Tenho uma filha que é um problema [dependente química] e isto me deixa muito nervoso, todo mundo da casinha [UBSF] sabe disso. Então, eles [profissionais da ESF] sempre perguntam como vão as coisas” (F-DS).

Participação das famílias no cuidado dos familiares

A participação das famílias no cuidado com seus membros se mostrou sob dois aspectos: a participação dos profissionais das ESF nestes cuidados, e a assunção da família nos cuidados da saúde de seus membros. Perguntadas se foram orientadas sobre como cuidar de seus familiares em caso de doença, o ‘não’ foi resposta recorrente. A referência a casos de famílias cujos membros se submeteram a procedimentos com relativo grau de complexidade, e que as ESF não tomaram conhecimento, tanto foi referido pelas famílias como observado durante o trabalho de campo. Mas, houve família que respondeu que sim, que as ESF as auxiliaram a cuidar de seus familiares.

“Sim. Eles [profissionais das ESF] explicaram como cuidar do operado [familiar que se submeteu à cirurgia], e como fazer curativo” (F- DS)

No tocante à responsabilização das famílias pela saúde de seus familiares os relatos indicaram que a família tem assumido o cuidado em saúde de seus membros com o auxílio dos profissionais das ESF:

“Sim. Quando minha mãe operou, eles [profissionais das ESF] orientaram com relação a não tossir, não fazer esforços, manter a higiene. Nós, (filhos) dividimos as tarefas dos cuidados. (F – DL).

No entanto, que também tem assumido este cuidado sem o auxílio das ESF, a observação de campo flagrou tais situações. Perguntadas se as ESF auxiliaram no cuidado da saúde de seus membros as famílias responderam que não, e consideraram.

“Não, nós aprendemos a cuidar sozinhos” (F- DS).

Perguntadas sobre qual nota, entre zero a dez, atribuiriam ao PSF pelo cuidado com seus membros, as famílias transitaram em todo o intervalo. As justificativas das notas atribuídas estiveram mais relacionadas à avaliação do desempenho do Programa no atendimento individual do que com a atenção à família dispensada pelas ESF. Tal fato pode ser justificado pelo fato da família como foco da atenção ser objeto novo,

ainda não incorporado plenamente pelos profissionais das ESF, de modo a refletir em sua prática na produção de resultados mais favoráveis às famílias. Desta forma emergiram: carência de médicos nas ESF, alta rotatividade de profissionais das ESF, inviabilizando o contato destes profissionais com as famílias, e conseqüente formação de vínculos, falta de medicamentos, falta de informação sobre os recursos disponíveis da UBSF, tratamento hostil por parte de alguns profissionais das ESF e baixa da qualidade no atendimento quando comparado à época de implantação do Programa e acesso a outros níveis da atenção com menos dificuldade.

Perguntado às famílias sobre como as ESF poderiam ser um apoio para a saúde de seus membros, as respostas pareceram situar-se no plano das necessidades individuais que podem estar relacionadas com a família, uma vez que procuram amenizar e resolver os problemas financeiros da família nos gastos com assistência à saúde. Neste sentido emergiram: mais medicamentos, mais exames laboratoriais, dentista, mais consultas médicas e transporte para deslocamento da área para outros serviços de saúde, mais especificamente serviços de urgência. Tais reivindicações esbarram nos limites de competência da ESF ainda que possam ser encaminhadas a outras instâncias de decisão. As famílias também referiram problemas situados no domicílio e seu entorno na expectativa de apoio por parte da ESF para solucioná-los. A menção de que, embora a ESF do território tenha sido acionada e os problemas não tenham sido resolvidos, carregou certa dose de descrédito na equipe e insatisfação destas famílias com o Programa.

11. AUTO-AVALIAÇÃO DA ESF SOBRE A ORIENTAÇÃO FAMILIAR NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Estrutura do Programa e condições concretas para assistir as famílias

Quando perguntados sobre quais as condições concretas que as ESF tinham para assistir as famílias, enfermeiros e médicos se posicionaram considerando-as inexistentes ou quase inexistentes.

“Acho que em nada”. (M-DN)

Enfermeiros e médicos referiram as condições de trabalho, tamanho da UBSF, extensão geográfica do território, número elevado de famílias e a falta de outras categorias profissionais para justificar porque consideravam como inexistentes as

condições para assistir as famílias. Mas, consideraram também fatores que permitiam o trabalho com famílias, a exemplo de:

“Ter acesso às famílias por meio da visita domiciliar” (E-DO)

A possibilidade de poder aproximar-se das famílias por meio da visita domiciliar constituiu-se para enfermeiros e médicos uma condição real para assistir as famílias.

“Tem estes centros sociais [NASF] que vão funcionar com psicólogo e assistente social; alguns bairros têm, eu acredito que cada três quatro casas deveria ter uma unidade destas pra haver interação de assistência à família.” (M-DN)

O NASF, embora ainda não implantado, emergiu como uma condição concreta para assistir as famílias e motivado pela inclusão de outras categorias profissionais das quais os profissionais das ESF sentem falta para dar respostas às diversas necessidades das famílias.

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem consideraram como condições concretas para assistir as famílias:

“Trabalhar com a visita domiciliar”. (ACS- DS)

Isto constitui uma condição real para assistir as famílias sob seus cuidados. O fato de estar cotidianamente nos domicílios possibilita o conhecimento das famílias, de suas dificuldades e formas de enfrentar as adversidades e possibilita, também, mantê-las informadas sobre os recursos disponíveis em seu favor.

Argüidos se da maneira como o Programa estava implantado era possível assistir as famílias, enfermeiros e médicos ponderaram não ser possível em razão da ênfase que se tem dado à produção estatística pelos gerentes do PSF e a ausência de outras categorias profissionais junto a ESF.

“Não. Pra ele [gestor] enfermeiro bom, profissional bom é aquele que alcança mais de 100% da sua meta, não importa se a sua abordagem foi boa, se você conseguiu desenvolver um bom trabalho com aquela família” (E-DL)

“Na minha opinião, não. Porque no caso eu gostaria que as minhas famílias tivessem assistência dentária, uma boa assistência social. Naquela época a gente podia pegar a assistente social e levar, ela se empenhava. Em 2003/2004 ainda funcionava assim.” (E-DO)

A ênfase no alcance das metas de produtividade exigidas pelos gerentes e a falta de profissionais de outras áreas foram temas recorrentes nos grupos focais e na observação participante. Segundo enfermeiros e médicos, estas duas situações tinham

tratamento diferente no início do Programa. À época não existia ênfase na produção estatística, o contato com as famílias e com o território era mais próximo em razão das visitas domiciliares que aconteciam em maior número porque lhes era destinado mais tempo, e havia uma equipe de supervisão composta por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos de algumas especialidades que auxiliavam as ESF em suas áreas específicas, inclusive com interconsultas pelos médicos.

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem analisaram o Programa em sua estrutura e organização e apontaram os obstáculos em ter a família como foco da atenção. Destes emergiram dois aspectos referidos à quantidade de profissionais por UBSF e mudanças na rotina de trabalho que impedem ter a família como foco da atenção.

“Acho que a demanda muito grande compromete, porque se tivesse mais profissionais acho que seria bem melhor, as famílias seriam melhor assistidas” (ACS- DO)

A relação número de profissionais por ESF e o número de famílias adscritas, inviabiliza o conhecimento e a atenção dos profissionais da ESF sobre as famílias pertencentes ao território, sendo este um fator impeditivo para que a família se constitua como foco da atenção da Estratégia.

“Não. [o Programa] tinha que ser como era no início” (ACS - DN)

As mudanças produzidas no Programa em relação à substituição da visita domiciliar à família pela assistência domiciliar aos indivíduos por grupos prioritários, na concepção dos ACS e aux/técnicos de enfermagem, são impedimentos para que a família seja o foco da Estratégia. Tal procedimento dificulta o conhecimento das famílias pelos profissionais.

“Mas o que aconteceu aí foi o seguinte, o Programa quando ele foi criado, quando ele foi implantado, era exatamente para que o médico visitasse as famílias, todas as casas da visita. Só que de dez anos para cá houve mudanças, houve mudanças de no caso como ele falou a prioridade é para o paciente acamado, [...] eu conversei sobre isto com o (secretário atual) e ele disse que o programa tem que voltar, tem que resgatar o que ele era antes” (ACS - DO)

Fatores facilitadores para uma abordagem familiar

Enfermeiros e médicos apesar das dificuldades apontaram questões que em seu trabalho facilitavam a abordagem familiar. Neste sentido indicaram: disposição favorável para o trabalho com famílias, capacitação para a função, visita domiciliar e cuidado ao idoso. ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem consideraram o trabalho em

equipe e seu bom relacionamento, o contato freqüente com as famílias, o fato de a equipe estar com todos os seus membros em atividade e trabalhar com a prevenção de doenças.

- disposição favorável para o trabalho com famílias

“A boa vontade” (M-DL) (E- DL)

“Pra trabalhar na rede tem que ter um perfil pra Estratégia.” (M-DO)

“Humanização... porque não adianta você ter bagagem [conhecimento]...” (E-DS)

- capacitação para a função

“O que facilita eu acho que é a boa vontade do profissional, boa vontade é um bom termo e o perfil do profissional, um outro bom termo, porque a gente lida com profissionais e pessoas (M-DO)

A disposição favorável, a vontade movida por questões éticas, a noção do dever, a identificação com o tipo de trabalho e a humanização foram referidas como os aspectos de ordem pessoal que contribuem para uma abordagem familiar.

“Primeiro pela formação do profissional, se você tem uma boa estrutura, se você teve um bom berço, começa daí, da formação técnica. (M- DS)

A qualificação profissional para a função mostrou-se como um fator facilitador na abordagem familiar, uma vez que trabalhar com famílias requer conhecimentos específicos deste campo.

- visita domiciliar

“A visita domiciliar. Mas a visita domiciliar não é tão fácil de fazer, a área é longe, quando você vai você tem que levar o GIL, você tem que levar várias coisas. Antes eu não tinha carro, ninguém da casa [UBSF] tinha. Então a gente carregava tudo de ônibus, ficava todo mundo com dor no sacro, nas costas, de carregar tanta coisa e o prefeito não dava nada, não dá combustível”. (M-DO)

Enfermeiros e médicos consideraram que a visita domiciliar é um aspecto facilitador em seu trabalho para a abordagem com famílias. Ponderaram, no entanto, as dificuldades que envolvem esta atividade dada a extensão geográfica das áreas e microáreas. Para a família tal situação também se constitui em dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ocasionado por barreira geográfica (Fekete, 1997).

- acesso à família por meio do idoso

Tanto enfermeiros e médicos, quanto ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, ponderaram que o idoso é um bom canal para estabelecer uma aproximação com as famílias, uma vez que sua condição de dependência requer desta família cuidados que poderão ser compartilhados com as ESF. Nesta perspectiva, a ESF lhes disponibilizaria saberes que auxiliassem as famílias na prática de cuidados, estabelecendo-se desta forma uma parceria entre o serviço e as famílias com vistas a contribuir para sua autonomia. Esta é em essência a proposta da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2000a).

“Eu particularmente na consulta com o idoso a gente consegue ainda elaborar um pouco de família, porque o idoso é o que mais sofre nesse processo família, porque muitas vezes ele ta pobrezinho já hipertenso ele não consegue controlar a pressão, mas geralmente cuida de cinco seis netos em casa e a filha bebe ou seja lá o que for, enfim esse grupo do idoso acho que a gente tem mais como trabalhar junto assim.” (E-DO)

Todavia também se mostram dificuldades neste cuidado. Há situações em que o idoso comparece sozinho à UBSF, inviabilizando um contato com a família. Outras situações há em que os familiares não estão receptivos ao contato com os profissionais, pois os conflitos familiares presentes ou latentes são desconhecidos dos profissionais das ESF. A fala aponta para estas duas ordens de questão: se por um lado o idoso é um acesso à família pelas limitações desta em prestar-lhe cuidados, estes cuidados podem ser inviabilizados pelo baixo grau de adesão dos familiares ao cuidado com o idoso.

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem consideraram como aspectos favoráveis à abordagem com famílias, o trabalho em equipe, o contato freqüente com as famílias, o fato de a equipe estar com todos os seus membros em atividade, trabalhar com a prevenção de doenças e manter contato diário com as famílias.

- trabalho em equipe e seu bom relacionamento

“Sintonia com a equipe, não adianta nada ter acesso chegar até a casa, se de repente alguém não trate bem, a equipe tem que estar toda sintonizada e resgatar a família, aceitar o Programa é outro ponto positivo” (Tec Enf-DO)

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem apontam para o trabalho em equipe como um aspecto favorável à abordagem com famílias. Isto é, um acordo mútuo em torno do objeto família. O trabalho em equipe é uma das características do novo modelo de atenção tido como um de seus pressupostos mais importantes. Seu caráter inovador

reside na forma de articular os diversos saberes considerando a contribuição que possam trazer para o cuidado com as famílias. Um exemplo disto é o aporte, em termos de saberes, que traz o ACS para a equipe, sobre o cotidiano das famílias que auxiliem no conhecimento das famílias e de suas necessidades, e os capacite para prestar uma melhor atenção. A recomendação do Programa é que sejam realizadas reuniões periódicas da equipe, no sentido de socializar as informações e planejar conjuntamente as ações a serem desenvolvidas.

- contato freqüente com as famílias

O contato freqüente com as famílias foi referido como um fator facilitador para a abordagem familiar pelos ACS.

“Bem para nós o que facilita é que nós estamos constantemente na casa das famílias”. (ACS- DS)

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem apontaram o contato amíúde com as famílias, propiciado tanto pelo seu trabalho nas visitas domiciliares quanto pela convivência diária, como um fator que facilitava a abordagem familiar.

“Estar todo dia com as famílias” (ACS- DN)

O contato diário que leva ao estabelecimento de vínculo foi referido como um fator facilitador à prática do ACS. Tal contato é oportunizado pela visita domiciliar, mas também pelo fato do ACS em geral morar na área em que trabalha. O contato diário permite um conhecimento da família a ser socializado entre os membros da ESF, de maneira que favoreça o planejamento das ações direcionadas a elas.

- a equipe estar com todos os seus membros em atividade

“Estar com a equipe completa”. (ACS- DL)

A referência à equipe completa emergiu em meio às colocações dos ACS sobre a demanda em relação ao número de membros das ESF tidos como aquém das necessidades. Tal fato se agrava quando por férias, licenças ou demissão a ESF fica reduzida. Nas situações em que não é possível substituir o profissional, ocorre uma sobrecarga de trabalho para quem está na ativa, e mesmo quando é possível, a substituição gera um descontentamento da população assistida, sendo o ACS aquele que mais convive com estas reclamações.

- trabalhar com a prevenção de doenças

“Fazer um trabalho preventivo”. (ACS-DS)

O trabalho preventivo emergiu como um fator facilitador à prática do ACS com as famílias. Tal identificação pode ter relação com o vínculo que o ACS estabelece no dia-a-dia com a população onde aconselha, esclarece dúvidas, encaminha à UBSF e repassa as informações da ESF. A identificação também tem relação com a visita domiciliar na modalidade de atenção domiciliar que contempla as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença (ANVISA, 2006), prática quase que integral do trabalho do ACS.

Fatores limitantes para uma abordagem familiar segundo enfermeiros e médicos

Enfermeiros e médicos referiram como dificuldades para realizar um trabalho com foco na família: postura refratária das famílias, carência de outros profissionais para atender as famílias, baixa valorização da atenção à família pela gerência da Atenção Básica, dificuldades de intervir em conflitos latentes, ‘falência’ do grupo familiar, o excesso de demandas do território no qual as famílias estão inseridas, condições da estrutura física da UBSF, famílias em situação de vulnerabilidade social e o pouco tempo para abordar famílias.

- postura refratária das famílias

“A família nem todo tempo aceita que a gente interfira, nem me conhece já quer me julgar, quer se meter na minha vida, porque que ela não vem cuidar do meu pai? Eles falam isto” (E- DO)

Enfermeiros e médicos consideraram como dificuldade para assistir a família, a postura refratária à intromissão de outrem em sua vida privada. O que pode ser entendido tanto como um mecanismo de salvaguardar sua unidade, quanto como uma estratégia de alguns de seus membros na manutenção de poder em seu interior. Pode ser entendida ainda como uma opção por sua privacidade, pela história de vida construída entre seus membros com códigos e símbolos muito particulares.

- carência de outros profissionais para atender as famílias

“Tem que ter como tinha a antiga equipe de supervisão que eu acho que nem é o nome adequado. Teria que ser equipe de apoio, sei lá, mas antigamente, no começo do programa tínhamos a equipe de supervisão multiprofissional fazia com a gente a interconsulta. Precisamos do apoio da assistente social, do psicólogo [...] não enxergo isto à curto prazo. Até pela morosidade que

está hoje, a gente está sem remédio. Imagina ter o fisioterapeuta [...] imagina contar com o NASF, o meu sonho de consumo. Antes a gente tinha esse apoio e hoje não temos mais, e aí o que é que a gente tem que fazer?” (M-DO)

A carência de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, que poderiam contribuir em situações nas quais se veem impotentes é referida pelos enfermeiros, médicos, ACS e aux/técnicos de enfermagem. Resta lembrar também que já se esteve melhor, na época em que existia as equipes de supervisão compostas por outros profissionais que davam este suporte às ESF. Neste sentido, o NASF foi indicado como um possível apoio importante ao cotidiano dos profissionais e na melhora das respostas às necessidades das famílias.

- baixa valorização da atenção à família pela gerência da Atenção Básica

“[...] Em alguns casos a gente assiste a família, agora como existe a cobrança da produção a gente deixa de assistir a família porque a família não dá número, repito família não dá número, não dá índice, número pro gestor. O tempo que você gasta com a família, vamos dizer assim entre aspas você, porque você ficou a manhã inteira no caso com uma família você poderia ter atendido 18 no consultório. Então é assim, em alguns casos sim, você consegue atender a família, na maioria deles não”. (E-DL)

Os profissionais referem que assistir a família em suas necessidades, fora do âmbito biológico, tem pouco reconhecimento ou valor pela instância superior da gerência da AB quando, em função do tempo despendido, as metas deixam de ser alcançadas. A ênfase do serviço sobre a produção constitui-se, nesta perspectiva, em um entrave a uma abordagem familiar integral.

- dificuldades de intervir em conflitos latentes

“Logo que eu entrei na unidade saúde da família, eu fui fazer visita [domiciliar]. Aí a ACS disse enfermeira tem um idoso ali, que fica num local que não é adequado, sozinho, e isto e aquilo, sabe, aí eu fui lá, [com a família]. Conversei tudo como tinha que ser, eles ouviram tudo o que eu disse, eu disse conversem comigo eu não vim aqui só pra dizer o que vocês têm que fazer, a gente tá conversando. Aí a filha olhou assim pra mim e disse ‘enfermeira a senhora conheceu meu pai, como pai, como marido?’ Eu fiquei sem resposta, eu não tive resposta pra dar. [...] eu não soube o que responder.” (E-DO)

A fala apresentada corrobora a compreensão que o profissional da ESF, ao assistir a família, terá que conhecer ao lidar cotidianamente com sua história de vida, adentrando por vezes em sua privacidade, o que requer formação específica e tato. Permite apontar a necessidade de capacitação destes profissionais para lidar com

situações que até então não faziam parte de seu repertório técnico. A proximidade com as pessoas, resultante do processo de trabalho do PSF coloca os profissionais em situações nunca vivenciadas, pegando-lhes de surpresa e despreparados para intervir. São contextos que extrapolam o campo da saúde, melhor dizendo, do biológico, da queixa de dor que leva a um procedimento terapêutico. São eventos que envolvem aspectos psicológicos e sociais. A ingenuidade da interação relatada abaixo por uma enfermeira mostra o pouco preparo dos profissionais para intervir nos conflitos familiares.

Por outro lado situações como esta causam desconforto aos profissionais a despeito de toda a boa vontade e compromisso que têm com o seu trabalho. Sobre tal aspecto, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) pode se constituir numa importante estratégia de suporte às ESF, seja no contato direto com as famílias, a depender da complexidade da situação, seja na capacitação dos profissionais para lidarem com acontecimentos desta natureza.

- ‘falência’ do grupo familiar

No contato com as famílias, os profissionais se defrontam com situações em que se sentem impotentes para intervir: é a falta de recursos financeiros para atender as necessidades dos membros da família, o envolvimento familiar com as drogas ilícitas, o modo de viver das famílias:

“A dificuldade maior dentro da família no programa... existe uma coisa que todo mundo sabe, é a falência desse grupo familiar normal que a maioria de nós já viveu, no tempo que tinha pai, mãe, filhos porque antigamente tinha a mãe em casa tomando conta daqueles filhos, hoje em dia a diversidade é tão grande e essa coisa de não ter o pai presente..., aqui uma boa parte é ausente, aí vem a questão educacional [...] tem a criança que estuda no (turno) intermediário aí fica, ele sai sem almoçar e não gosta do lanche da escola aí volta pra casa não tem mais o que comer, aquela mãe ausente, ou ela tem um sub-emprego ou ela não tem emprego mas também não está presente, não está educando não tem uma estrutura familiar adequada, não tem uma escola adequada [...]” (M-DL)

Na fala do profissional a família emergiu em dois momentos. No primeiro, a família tradicional resgatada como um ideal de família, na qual tudo concorre para seu equilíbrio, sua estrutura formada por pai, mãe e filhos, o pai no papel de provedor e a mãe no papel de dona da casa e responsável pela criação dos filhos. Na segunda, a família atual em meio a dificuldades geradas tanto por questões internas à sua estrutura (separação conjugal, surgimento de um novo arranjo familiar, no caso família

monoparental com assunção do núcleo familiar pela mãe), quanto por questões externas, pelas dificuldades do sistema educacional que não tendo capacidade física de atender a demanda cria horários de aula alternativos nem sempre adequados à aprendizagem dos alunos e o desemprego ou o sub-emprego que não atende às necessidades financeiras da família.

“[...] e nós, que fazemos esta ponte Saúde da Família ficamos numa encruzilhada terrível porque adianta a gente dizer pra mãe: - olha tu tens que limpar a casa, colocar a tua criança pra escovar os dentes, pra ir à escola, pra fazer a tarefa? Não existe mais isso. Isto é o nosso dia-a-dia, em algumas casas as crianças estão todas sujas, não foram pra escola, se foram pra escola, chegam, jogam tudo pro ar. A mãe não tem aquela coisa de ver se realmente a criança foi pra escola se aprendeu alguma coisa, é muito complicado, [...] (M-DL).

A fala mostra o sentimento de impotência, diante de uma situação real de família vivenciada pelos profissionais. A relação entre médicos/enfermeiras e famílias parece se dar, por vezes, de forma unilateral e autoritária, dos primeiros sobre as segundas. O tom prescritivo e policialesco e declarado, com o qual se dirigem às famílias, sugere este comportamento.

Os profissionais reiteram seu conhecimento sobre as famílias, ainda que limitado, focado mais nos problemas já instalados, ao mesmo tempo em que emerge novamente o sentimento de impotência diante dos reveses da família.

- excesso de demandas do território no qual as famílias estão inseridas

Uma dificuldade adicional decorre de um excesso de demandas dada a responsabilidade sobre o território. O cotidiano do território foi referido pelos profissionais como sendo, para as famílias cadastradas, objeto de intervenção por parte da ESF. São pedidos de solução de problemas cuja complexidade as famílias consideram estar na competência dos profissionais, mas que as extrapolam.

“a gente além de médico, de enfermeiro, de ACS de técnico a gente é psicólogo, assistente social, nutricionista, a gente é político, vereador, porque eles querem que a gente é que peça pra asfaltar a rua deles, fazer a limpeza do quintal, ver a lixeira, então isto eu considero complexidade dentro do grupo familiar também, porque interfere na convivência familiar, a gente tem que interferir sim. Aponte, levanta a mão qual de vocês nunca interferiu na convivência familiar. Eu já interferei várias vezes, me policiando, é claro, mas já interferei várias vezes. Muitas vezes eu acho que a gente nem deve meter a colher, mas de certa forma temos obrigação porque no fim eu só vou alcançar aquele fim se eu tiver esse meio. Eu tenho que desatar aquele nó pra eu chegar neste fim, isto eu considero complexidade”.
(M-DO)

A fala evidencia que a postura das famílias é a de quem sabe que a ESF é responsável pelo território, por isto a procura na busca de soluções para seus problemas e que os profissionais ainda pouco incorporaram a ação comunitária como uma premissa do PSF. Obviamente que não terão, nem têm competência, para resolver todos estes problemas, precisarão ter como parceiros outros segmentos, preferencialmente presentes no território: as redes de apoio pessoal e social e, estrutura do DISA para intermediar ações de outros setores de políticas públicas.

- condições da estrutura física da UBSF

Enfermeiros e médicos indicaram a estrutura física da UBSF⁸ como uma limitação à abordagem familiar.

“[...] a nossa própria unidade é um exemplo de que está longe de ser uma estrutura boa pra se trabalhar, você viu muito a gente discutindo naquela reunião do distrito porque realmente não tem essas condições. É um cubículo. Por isso que chama de casinha. O pessoal quer que chame de UBS. A própria casa de saúde é insalubre, a minha casa de saúde não tem tampa para caixa d’água, a fossa vive entupida, não tem a mínima condição, é meio complicado”.(M- DN)

Segundo eles, o tamanho minúsculo da UBSF inviabiliza o desenvolvimento de ações educativas e compromete a privacidade das famílias. Como solução, os profissionais referiram que desenvolviam as ações educativas dirigidas a grupos, em outros espaços no território, o que se por um lado os aproximava das entidades locais, por outro, além de expô-los a manobras politiqueras, inviabiliza ações coletivas de algumas ESF, por não conseguirem acesso a estes espaços.

- famílias em situação de vulnerabilidade social

Enfermeiros e médicos reconhecem que conversar com a família e obter sua ajuda para promover a saúde de seus membros facilita seu trabalho. Ponderaram, no entanto, como limite, a situação de vulnerabilidade em que a população se encontra. Não vislumbrando que avanços um trabalho com a família poderia produzir na realidade concreta.

“É muito complicado, a gente lida com comunidade que é economicamente instável, emocionalmente instável por conta da instabilidade econômica, e, com uma saúde, até pelo conceito de saúde que envolve vários aspectos da

⁸ A UBSF denominadas por ocasião da implantação do Programa como Casas de Saúde são estruturas físicas com um consultório que funciona também como sala de coleta para preventivo do câncer de colo do útero, uma sala de recepção, que funciona como recepção, arquivo e sala de nebulização, uma farmácia que funciona também como cozinha, e um banheiro que funciona como depósito de material de limpeza.

nossa vida, não somente o fato de estar com problema ou não, a gente lida com comunidade doente”. (M-DO)

A situação de vulnerabilidade em que se encontram as famílias mostrou-se na menção as condições vividas pelas famílias, ou seja, na referência a fatores biológicos, sociais, econômicos e políticos que ao interagir ampliam o risco de um grupo populacional frente a uma doença, condição ou dano. Tal situação repercute no âmbito familiar e dada sua amplitude esbarra nas limitações da ESF.

A fala a seguir indica os rumos que a Estratégia tomou, e as dificuldades que têm os membros das ESF em entender as relações intrafamiliares e interagir com as famílias.

“Hoje a Estratégia é saúde do indivíduo não é saúde da família, ela está muito individualista, eu não sei querendo ou não o que é que acontece? O objetivo maior é curar cuidar aquela pessoa naquele momento, não a família. Mas daí você tem vários problemas que estão incluídos porque na verdade eu acho que não só a mulher, mas a família como um todo ela está desamparada, seja dentro de casa seja socialmente, quantas mulheres já choraram, já desabafaram comigo e eu sou a única pessoa que estou escutando. Então eu acho que existe desamparo do governo como um todo porque essa mulher não teve oportunidade. Como eu vejo aquela mulher cuidando da mãe idosa, acamada ela não tem onde recorrer pra fazer a fisioterapia. Então ela se sente desamparada, ela se sente de lado, ninguém dá atenção a ela. Agora da mesma forma também os maridos, às vezes essa mulher é agredida mas aí você não pode olhar só pras mulheres, muitas vezes porque é que este marido bebe? Porque não tem emprego, é uma pessoa que também não tem estímulo, não tem apoio, não é produtivo, então o único objetivo da vida dele é encher a cara. Então a gente tem que ter uma visão clara como um todo. É complicado você nunca deve colocar como uma coisa só. Acho que por mais que a gente fizesse a idealização a coisa perfeita do programa, só o programa em si a parte da saúde não daria jeito, eu acho que é todo um apoio.”(M-DN).

A fala indica um distanciamento dos pressupostos do Programa. Nela o indivíduo é o foco da atenção em lugar da família, e as ações curativas prevalecem sobre as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A fala apresentada remete a uma sensação ou um sentimento de impotência diante da condição da família, uma desconhecida, difícil de ser alcançada. Tal desconhecimento é, provavelmente, fruto de uma concepção idealizada de família superada já há algumas décadas, a família nuclear. Nela não existiriam conflitos, seus membros desempenham papéis culturalmente definidos e sua estrutura é composta por pai, mãe e filhos.

- pouco tempo para abordar as famílias

“Pouco tempo para abordar a família você tem que resolver no momento, a gente tem que ser muito mais curativo, centrar na doença ver qual é o melhor remédio do que sentar com a família porque se nós tivéssemos este tempo de abordar a família seria muito mais produtivo, muito mais proveitoso”. (M-DL)

Embora reconhecendo a importância de uma abordagem familiar, os profissionais desenvolvem uma prática tradicional, curativa e centrada no indivíduo.

Fatores limitantes para uma abordagem familiar segundo ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem.

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem referiram como fatores limitantes para uma abordagem familiar: descontinuidade da atenção, excesso de famílias adscritas por ESF, falta de apoio do DISA e da ESF, necessidade de outras categorias profissionais para compor as ESF, dificuldades em atender as demandas do território, dimensão da estrutura física da UBSF e dificuldades em conciliar os procedimentos realizados e cotidianos das famílias com vistas a assisti-las.

- descontinuidade da atenção

ACS e aux/técnicos consideraram as dificuldades que a população vivencia, quando precisa de cuidados situados nos outros níveis de atenção, como um problema para atender as famílias. Segundo eles não existia apoio do Distrito para dar continuidade à atenção que foi iniciada na UBSF.

“Não. Porque falta apoio do DISA nos casos de urgência e emergência. Dos profissionais da unidade, médico e enfermeiro, a população tem apoio, mas do DISA não. Antes nós tínhamos, do SAMU [Serviço de Assistência Médica de Urgência].” (ACS-DN)

A dificuldade de acesso a outros níveis de atenção mostrou-se também na fala de aux/técnicos de enfermagem como uma dificuldade no atendimento à família. Problemas de menor complexidade são resolvidos dentro da resolutividade da UBSF, segundo eles. No entanto, as situações que necessitam ser encaminhadas a um nível mais complexo da atenção, sofrem solução de continuidade em função das dificuldades de deslocamento das famílias a estes serviços e da garantia de atendimento.

- excesso de famílias adscritas por ESF

Ainda do ponto de vista operacional as equipes referiram duas dificuldades: o extenso espaço territorial a percorrer, chegando às vezes a ter que ir de carro ou

transporte coletivo, e o número elevado de famílias que às vezes ultrapassa o estimado pelo programa. Estas dificuldades trazem como consequência queda na qualidade da atenção pela dificuldade de acesso.

- falta de apoio do DISA e da ESF

ACS e aux/técnicos de enfermagem referiram que em alguns momentos não se sentem apoiados para um trabalho com famílias.

“O que dificulta é a falta de apoio, de parceria, até mesmo de boa vontade da coordenação das secretarias e dos competentes que deveriam nos apoiar o pessoal que trabalha com as crianças e adolescentes, você não tem o apoio deles, é mais fácil você chamar a polícia do que eles irem lá”. (Tec Enf - DL)

“Falta de apoio dos outros profissionais, da casa de saúde e do distrito. Por exemplo, na casa a gente passa o problema, as dificuldades. O que é que vocês podem nos ajudar?”.(ACS-DN.)

A referência à falta de apoio nominou as diversas instâncias de decisão, tanto do campo da saúde como fora dela, indo desde a UBSF passando pelo distrito sanitário até as outras secretarias do município. A expressão “*boa vontade*” foi retomada, ficando a interrogação de qual boa vontade se fala: se da disposição favorável ou se da vontade movida por pura noção do dever.

- necessidade de outras categorias profissionais para compor as ESF

Há uma referência recorrente de como já foi o programa em sua implantação e das dificuldades que enfrenta hoje, decorridos dez anos de implantação.

“No início a gente tinha às vezes visita da assistente social, nós tínhamos orientação de serviço social, tinha uma equipe de serviço de social que ia na casa de saúde e orientava a equipe sobre determinados problemas de pensão, aposentadoria”. (ACS-DN)

Foram repetidamente citadas a participação de outras categorias profissionais, como o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta, algumas especialidades médicas, que integravam as equipes de supervisão. Estes profissionais além de assessorar as ESF, na medida em que eram solicitados pelas ESF, atendiam as famílias na condução de processos de aposentadoria, pensão e outros benefícios previdenciários. De igual modo, os advogados que orientavam as famílias sobre os mais variados aspectos as ajudavam a pleitear seus direitos.

- dificuldades em atender as demandas do território

Dificuldades na solução de problemas referidos ao espaço físico dos domicílios e seu entorno foram considerados na atenção às famílias.

“[...] O outro (problema) é um comunitário que não faz a fossa, fui pro DISA, levei, nas reuniões eu sempre contava lá, uma queixa, uma coisa eu contava lá pra fazer visita. Já que tinha a chamada vigilância. [...] faz as necessidades (fisiológicas) no saco e joga no quintal do vizinho, aí o DISA me chama pra ir falar com ele, eu já fui falar, pedi apoio ao médico que passou pro DISA, não tive retorno”.(ACS-DS)

A fala apresentada oriunda dos grupos focais e a situação verificada na observação participante indicaram que algumas famílias têm procurado a UBSF para solucionar problemas referidos ao contexto domiciliar, e sobre os quais as UBSF têm demonstrado baixa capacidade de solução, mesmo quando se reportam ao Distrito e à Fundação de Vigilância em Saúde. Situação igual à apresentada no relato foi referida durante a visita à família que expressou uma expectativa de solução pela ESF para problema idêntico: falta de fossa no domicílio vizinho, que afligia sua família, embora não tenha sido resolvido à época.

- dimensão da estrutura física da UBSF

ACS e aux/técnicos de enfermagem apontaram o tamanho da “casinha” como uma limitação à abordagem familiar

“Estrutura da casa que é muito pequena, ter mais profissionais também, o psicólogo, a equipe toda em geral, assistente social, dentista”. (Aux. ENF-DO)

Segundo ACS e auxiliar/técnico de enfermagem, por ocasião da implantação do Programa foram construídas estruturas denominadas Casas de Saúde da Família com o objetivo de servir mais como um ponto de encontro das ESF do que como um local de atuação dos profissionais destas equipes, uma vez que tais ações seriam desenvolvidas nos domicílios. Ocorre que com as mudanças realizadas no Programa, as UBSF passaram a concentrar os profissionais por um maior espaço de tempo para consultas médicas e de enfermagem, e em algumas UBSF, para realização de coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo de útero, aumentando desta forma o fluxo da demanda sem capacidade instalada para tal. Uma segunda limitação, referida na fala, é a necessidade de outros profissionais nas ESF, já apresentada anteriormente.

- dificuldades em conciliar os procedimentos realizados e cotidianos das famílias com vistas a assisti-las

O alcance da Estratégia na melhoria da qualidade de vida da população entendida como objetivo da atenção familiar foi colocado em xeque durante o grupo focal de ACS auxiliares/técnicos de enfermagem. O distanciamento entre os procedimentos realizados pelo serviço e seu impacto na vida das populações assistidas foi mostrado por meio de alegoria instigando instâncias superiores do programa a uma aproximação de fato ao território, no sentido de conhecer melhor a realidade das populações e famílias ali residentes. A fala a seguir apresenta este distanciamento:

“Eu tenho pra mim que o pessoal do Distrito conhece o programa em foto colorida, a partir do momento que eles começarem a conhecer em fotos preto e branco eles vão começar a agir de forma diferente, porque eles não conhecem, não conhecem a realidade do Programa, [...] No dia em que eles resolverem saírem de lá [da coordenação] e ir pras áreas, irem pros bairros, eu acredito que muita coisa vai mudar no Programa. A foto preta e branca é a verdade do Programa, é o dia-a-dia do ACS lá dentro da micro-área, porque você chega na casa de saúde você passa para o técnico o que ele pode te ajudar a resolver, você não passa tudo que você vê lá. Você não tem apoio de ninguém, você não tem assistente social, você não tem psicólogo, você não tem nada, nada, nada, nada. Ai você pega e absorve tudo aquilo, tem dia que você não consegue nem respirar, porque você vai passar pro técnico você vai chegar com o técnico e dizer olha colega, quero conversar contigo que a dona fulana está com problema assim, assim, assim, assim. Se ela (dona fulana) estiver fazendo uma pressão alta, se ela estiver precisando fazer um curativo, precisando fazer uma medicação, é interessante pro técnico, ele vai me ouvir, mas se não for isso, ele não vai me ouvir, ele não vai me ouvir. Vou chegar com a enfermeira ela tem mil e quinhentos pacientes pra atender, ela também não vai me ouvir. Pra mim muitas vezes não é nem má vontade, eu acredito, não sei, eu acho que deveria ser diferente, se a gente está ali com a tentativa de ajudar as pessoas eu acho que deveria ter apoio, entendeu, e não funciona. A foto colorida são as estatísticas dizendo que está bonitinho que aparece lá na SEMSA, linda e maravilhosa, que aparece lá no Ministério da Saúde que é o lado bonito do Programa que é só o que eles conhecem. O lado feio eles não conhecem. Que o Programa está crescendo, que o ACS é a coisa mais importante pra eles, mas por quê?. Porque a gente alimenta o banco de dados, porque o MS sabe o que está acontecendo aqui em Manaus, mas sabe através de dados, de números, e que não resolvem nada. Eu estou já nove anos no Programa Médico da Família e tem um caso assim um caso que eu posso falar pra você que é um caso de uma família que tinha uma criança desnutrida, no início do Programa quem trabalhou com a família foi exatamente a enfermeira então assim eles ajudavam muito pegavam, levavam pra consulta, levavam pra fazer exame, a criança precisou tomar um leite especial que o Programa fornecia, aí sim aí resolveu o problema, mas até então são só cobranças, a enfermeira chega lá com os técnicos, trazer o PNI, trazer uma estatística pra ontem, tudo no Programa é pra ontem, nada é pra hoje ou pra amanhã, tudo o que eles querem do Programa é pra ontem, aí você tem que correr pra micro-área, tem que correr pra tudo; é só pra cobrar, e eles não oferecem não aparece os resultados o que eles oferecem pra gente é só papéis, papéis, papéis”. (ACS-DN)

A alusão às fotos coloridas e em preto e branco tem como intenção mostrar que o Programa vai bem quando considerada a produção estatística divulgada, dos procedimentos realizados. Existe, no entanto, uma realidade que os números não

retratam e pelo tom da fala é algo conhecível somente àqueles que chegam mais perto onde a população está, daqueles que participam de seu cotidiano. A alegoria parece apontar para que o Programa de longe esteja indo bem, mas visto de perto vai mal, uma vez que não consegue dar resposta ou solução e produzir mudanças que impactem para melhorar a vida das famílias.

Voltam à tona questões como o vínculo, a necessidade de equipe multiprofissional, o trabalho intersetorial, redes de apoio pessoal e social e redimensionamento das ESF em relação ao território. No âmbito da UBSF, o diagnóstico de saúde do território e a identificação das famílias de risco ou vulnerabilidade social, a abordagem comunitária e a criação dos conselhos locais de saúde podem ser ações de capturar melhor o território e melhorar a qualidade das respostas dadas até aqui.

Em síntese, a análise das práticas de saúde direcionadas às famílias mostra que tais práticas estão voltadas em grande parte para o indivíduo, ainda que algumas ações contemplem a família como o foco da atenção. A abordagem dos profissionais das ESF tanto no atendimento na UBSF quanto nos domicílios, espaço favorável para a atenção familiar, privilegiou o indivíduo por critérios de prioridade e grupos de indivíduos por programas do MS. Oliveira e Marcon (2007) ao analisar o trabalho com famílias no PSF também concluem que práticas de saúde como a visita domiciliar, a educação em saúde e a coleta de dados privilegiam o indivíduo em detrimento da família, não estimulando a família para a construção de sua autonomia.

Os profissionais reconhecem a importância da família como parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros, mas apontam as fragilidades do Programa para que tal parceria se consolide: a impotência da ESF para dar respostas às demandas oriundas dos territórios/famílias. Seja no campo da assistência urgente ou emergencial, pela descontinuidade da atenção, ferindo frontalmente o princípio da integralidade pelo expressivo número dos “fora de área” e pelo elevado número de famílias cadastradas, extrapolando o definido pela Estratégia 3000 pessoas em média. Os profissionais consideraram a proximidade com as famílias que permite um contato diário, o trabalho de prevenção que desenvolvem e a sua própria identificação com a Estratégia como aspectos favoráveis para seu trabalho com as famílias.

Elsen et al (2001), ao discutir a atuação da enfermagem, aponta ações que podem ser extensivas às ESF que pretendam tomar a família como foco da atenção. Considera que a enfermagem toma a família como foco da atenção quando: reconhece e respeita sua singularidade, procura fortalecer a família para o cuidado com seus membros, pondera com a família suas condições concretas de existência, põe em diálogo o cuidado familiar e o cuidado profissional compartilhando saberes e quando subsidia e encoraja os recursos internos e externos da família. Acrescenta que a enfermagem atua no cuidado à família quando: luta pelos direitos da família nos serviços de saúde, estimula as famílias à participação comunitária, estimula a flexibilização das relações interpessoais entre as famílias e os serviços de saúde e toma parte na formulação e operacionalização de políticas e programas que contribuam para a saúde e o bem estar das famílias.

No tocante à participação das famílias nos cuidados dos familiares, os profissionais referiram tanto situações de assunção das famílias desta sua função como sua ausência e até mesmo como causadora de doenças em seus membros. Na figura de cuidador emergiu a mulher como cuidadora coadunando-se a estudos já realizados.

As famílias, por vezes, apontaram a necessidade de uma maior aproximação da ESF que a capacite para o cuidado com seus membros, uma vez que existem situações em que não se sentem preparadas para agir.

Buscando uma aproximação das práticas de saúde dos profissionais das ESF direcionadas às famílias e a proposta da Estratégia, pode-se dizer que elas têm vestígios da abordagem familiar, uma vez que sua ênfase recai sobre o indivíduo. Shimizu e Rosales (2009), Shimizu e Rosales (2009), também analisando o tema práticas de saúde no PSF, concluíram que estas práticas têm sido direcionadas aos indivíduos e aos grupos e que a família tem sido vista predominantemente sob o modelo biológico. Torna-se necessário ampliar este conhecimento, isto é, estender o conhecimento da família em relação às suas necessidades físicas, psicológicas, culturais, sociais e econômicas de modo a vê-la sob uma perspectiva integral. Nesta perspectiva para construção da autonomia das famílias como prevê o Programa, é preciso avançar.

CAPITULO VIII – A ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA REALIZADA EM MANAUS

A constatação da carência de recursos humanos qualificados para uma nova modalidade de assistência foi tema inquestionável à ocasião da implantação da Estratégia e continuamente é referido quando se analisam os entraves e perspectivas à implantação do novo modelo. Iwamoto et al (2000) e Felisbino e Ribeiro (2000), consideram que o PSF tem na família e na comunidade o ponto de partida para a mudança do modelo assistencial e conseqüentemente mudança da atual situação de saúde no país. No entanto, é necessário capacitar os profissionais para tal. O perfil inadequado desses profissionais, que é fruto de seu processo de formação, constitui-se em um dos entraves para de fato vislumbrar-se um novo modelo de atenção. Daí a exigência de construção de uma proposta visando à qualificação desses profissionais

“para o efetivo alcance dos objetivos da estratégia do Programa Saúde da Família, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidos por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades” (Brasil, 1997:32).

Em vista disto, no ano de 2000, desencadeou-se um processo de educação permanente com a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde da Família, mais tarde ampliado para os Polos de Capacitação Formação e Educação Permanente, com atuação na formação por meio da graduação, e qualificação via treinamento introdutório, curso de especialização e residência em Saúde da Família.

Contida em documentos oficiais (Brasil 1997, 2000a, 2000b, 2000c, 2001c, 2006i) a recomendação do MS é de que as ESF vivam um processo de capacitação permanente, se iniciando com o treinamento introdutório que deverá acontecer antes que os profissionais sejam incorporados às ESF junto a Estratégia (Brasil, 2006i).

Buscando identificar como tem se dado a abordagem familiar na capacitação dos profissionais das ESF do PSF de Manaus, foi realizada análise de documentos ministeriais que orientam a Educação Permanente em Saúde da Família (Brasil, 2000c), e do Treinamento Introdutório em Saúde da Família (Brasil, 2000b) e análise de Treinamento Introdutório e de Curso de Especialização em Saúde da Família realizados em Manaus. Estas informações foram completadas pelas entrevistas com os coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e dos Cursos de Especialização em Saúde da Família.

1. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOCUMENTOS OFICIAIS

A análise de documentos para conhecer como a família é abordada na Educação Permanente (EP) foi feita no documento Cadernos de Atenção Básica/Programa Saúde da Família – Educação Permanente, Caderno 3 (Brasil, 2000c), sob dois aspectos: da concepção da Educação Permanente e dos conteúdos da proposta da Educação Permanente.

Ressalte-se que a Educação Permanente (EP) em Saúde da Família está contida nos Cadernos de Atenção Básica – Saúde da Família do número 1 (Brasil 2000a) ao número 21 (Brasil, 2008a) objeto de análise desta tese no Capítulo IV Abordagem da Família na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família.

Da concepção da Educação Permanente em Saúde da Família

A Educação Permanente tem como objetivo produzir mudanças no processo de trabalho buscando sempre melhorar a qualidade dos serviços. No caso da Estratégia Saúde da Família a EP deve possibilitar, dentre outras ações, o fortalecimento do processo de trabalho em novas bases, entre elas, que contemplem a família e a comunidade como o foco da atenção. O novo modelo prevê uma nova forma de relação entre a população e os serviços de saúde, fazendo-se necessária a capacitação dos profissionais que atuam na Estratégia. A EP em Saúde da Família teve início com o treinamento introdutório e, com a criação dos Polos de Formação e Capacitação em Saúde da Família, alcançou os cursos de graduação e pós-graduação, prioritariamente, da área da saúde.

A abordagem da família na EP, contida no documento (Brasil, 2000c), parte do pressuposto que a família e a comunidade são o foco da atenção, característica do novo modelo assistencial. Este modelo prevê uma maior participação da família e da comunidade na atenção à saúde, exigindo assim novas formas de relacionamento entre os profissionais e a população. Algumas competências nesta relação são indicadas à prática dos profissionais, tais como: criatividade, senso crítico, humanização, capacidade de identificar as necessidades da população e intervir coletivamente na solução dos problemas, interagindo de forma permanente com a comunidade, estimulando-a para a participação social. A capacitação dos profissionais vem ao encontro deste novo modelo no sentido de prepará-los para esta nova realidade no campo da saúde.

O documento (Brasil, 2000c) apresenta um projeto pedagógico para a EP, estando nele contido: os objetivos da EP, a apresentação e descrição das etapas de um Projeto de EP, apresentação de linhas pedagógicas, com opção pela pedagogia da problematização como uma proposta à Saúde da Família, e três propostas metodológicas: a aprendizagem baseada em problemas (PBL), a auto-instrução e a educação à distância.

Dos conteúdos da proposta da Educação Permanente em Saúde da Família

Em anexo ao documento é apresentada uma proposta de conteúdos programáticos por ciclo de vida dos indivíduos para orientar a elaboração do projeto de EP. É feita referência à responsabilidade dos profissionais em assistir todos os membros da família de acordo com o ciclo de vida em que estejam inseridos. São apresentados os ciclos de vida individual e os agravos na vida adulta. A família aparece nos seguintes ciclos de vida: fase da criança, da adolescência, da mulher, do adulto e do idoso.

Fase da Criança - a família aparece como um espaço propiciador para o crescimento e desenvolvimento da criança e como unidade de cuidados de seus membros, a ser considerada e estimulada pelos profissionais da ESF. Menção é feita à família ampliada (avós, tios, etc) como contribuições favoráveis ao desenvolvimento da criança. A família aparece como um fator de risco, gerado pelos antecedentes familiares e como cuidadora e parceira dos serviços de saúde, quando considerado o cuidado com a criança como uma atribuição da família e da ESF..

Fase da Adolescência – A família aparece junto com a sociedade como um potencial fator de risco ao adolescente quando presente um “*relacionamento sócio-familiar frequentemente conflituoso*” (Brasil, 2000c: 22), sendo recomendada uma atenção integral ao adolescente na fase maior do que em outras fases.

Fase do Adulto – A família aparece referida ao processo saúde-doença na população adulta. Considera-se que a família “*estrutura familiar*” (Brasil, 2000c: 23) em conjunto com o social “*meio social*” (Brasil, 2000c: 23) são responsáveis pelas diferentes formas de como as doenças se manifestam. Desta forma o olhar das ESF sobre as condições de saúde de sua população não pode estar descolado do contexto familiar e social.

Na hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose, situações de urgência clínica e cirúrgica e demais agravos ligados ao adulto, a saber, problemas neurológicos, dermatológicos, pulmonares e articulares, a família não aparece. No Diabetes Mellitus a família aparece como condição de risco para a doença sob a rubrica “*história familiar*”

(Brasil, 2000c: 25) e como co-participe com a ESF na descoberta e acompanhamento dos casos em seus integrantes. Nas doenças sexualmente transmissíveis/AIDS a família e seu integrante contaminado aparecem como alvo dos cuidados da ESF. Na Saúde mental a família aparece em conjunto com a sociedade no processo de reinserção dos portadores de desordem mental.

Nos aspectos ligados à saúde integral da mulher a família aparece sobre a rubrica “*planejamento familiar*” (Brasil, 2000c: 28) fazendo-se um contraponto com o fato de ser a mulher na maioria das vezes responsável por tal atividade, o documento aponta para a necessidade de mudança ampliando-se para o parceiro o direito à saúde e a responsabilidade compartilhada. Na atenção pré-natal a família aparece como “*contexto familiar*” (2000c: 29) da grávida que deve ser vista de forma integral sendo a gestação uma fase/etapa em sua vida. Referindo-se o documento à abordagem integral da mulher no climatério, a família aparece como “*meio familiar*” (Brasil, 2000c: 29), acompanhada do meio social, com possibilidade de quebrar preconceitos em relação à idade.

Fase do Idoso – A família aparece junto com a sociedade, como “*contexto familiar e social*’ do idoso, isto é, espaço ou lugar de cuidados da pessoa idosa. Aparece como assunto da capacitação para o cuidado com a pessoa idosa “*trabalhando sempre com a família [...] evitando sua apartação da família e da sociedade [...] inserção permanente do idoso em sua família e na comunidade...*” (Brasil, 2000c: 31) como possibilidades de um envelhecer saudável. A família aparece como “*família das pessoas idosas*” (2000c: 32), parceira dos serviços de saúde no cuidado com o idoso e responsável junto com as ESF na identificação e eliminação de riscos que ameaçam a integridade física do idoso.

Em síntese, a família emerge neste documento (Brasil, 2000c) como: lugar/espaço de desenvolvimento e de convivência de seus membros, como unidade de cuidados, fator de risco biológico e social para seus membros, produtora de doenças, alvo de cuidados da ESF, apoiadora de seus membros e parceira dos serviços de saúde.

2. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO TREINAMENTO INTRODUTÓRIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOCUMENTOS OFICIAIS

A análise da abordagem da família no Treinamento Introdutório em Saúde da Família foi realizada nos documentos ministeriais sobre o Treinamento Introdutório em Saúde da Família, a saber: Cadernos de Atenção Básica/Programa de Saúde da Família - Treinamento Introdutório, Caderno 2 (Brasil, 2000b), Guia Prático do Programa de

Saúde da Família (Brasil, 2001c), e Portaria nº 2.527 de 19 de outubro de 2006 (Brasil, 2006h), que atualiza e define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais de Saúde da Família e na realização de treinamento introdutório em Saúde da Família em Manaus.

A análise da abordagem da família nos documentos do Ministério da Saúde realizou-se sob dois aspectos: da concepção do treinamento introdutório e dos conteúdos selecionados para o treinamento introdutório. A análise da abordagem da família nos treinamentos introdutórios realizados em Manaus foi feita com base nos conteúdos programáticos dos treinamentos realizados, na entrevista com os coordenadores dos treinamentos e nas sessões dos grupos focais com os profissionais das ESF.

O Treinamento Introdutório em Saúde da Família foi concebido pelo MS no conjunto das ações de implantação da Estratégia visando à qualificação dos profissionais. Em todo o Brasil as primeiras turmas do Treinamento Introdutório foram realizadas com os profissionais que já estavam atuando, uma vez que não havia profissionais com esta qualificação no mercado de trabalho. A proposta inicial do MS quanto à carga horária do curso foi de duas semanas (Brasil, 2000b); uma proposta estruturada apresentada posteriormente indicava 54 horas aula (Brasil, 2006i).

A proposta pedagógica do Treinamento Introdutório desenhada pelo MS (Brasil, 2000b) privilegia a participação do aluno, o diálogo com os instrutores e seus pares, a aprendizagem significativa, a criatividade, a capacidade em resolver problemas, a troca de experiências, os movimentos de concentração/dispersão, reflexão/ação, teoria/prática por meio de aproximações da realidade de seu trabalho, o que permite concluir ser esta uma proposta adequada ao profissional que a Estratégia requer. Do instrutor espera-se: conhecimento sobre política pública de saúde e do PSF neste contexto, conhecimento de propostas pedagógicas, domínio da situação da realidade local e a saúde e seu entorno (Brasil, 2001c: 81-82).

Da concepção do Treinamento Introdutório em Saúde da Família

O treinamento introdutório constitui-se em um primeiro momento de capacitação dos profissionais que atuam na Saúde da Família. Tem como objetivo discutir os princípios e diretrizes do SUS e da Estratégia Saúde da Família e oferecer as informações necessárias para que os profissionais possam iniciar suas atividades junto ao Programa. O documento (Brasil, 2000b) indica que aspectos do trabalho em equipe, processo de trabalho e atividades a serem desenvolvidas no cotidiano das USF devem

fazer parte deste treinamento inicial. De igual modo, a atenção integral à saúde individual e coletiva deve ser vista tendo a família como referência, suas relações com a comunidade na qual está inserida e com o perfil epidemiológico de sua área de abrangência.

A abordagem da família se dá sob três aspectos: i) na união em torno do indivíduo, família e comunidade como um todo articulado, devendo ser objeto de conhecimento e prática dos profissionais, ii) na concepção do PSF, sendo a família seu foco da atenção e nas práticas, quando reportada às novas relações que se estabelecerão entre ela e os profissionais de saúde; e iii) na referência à programação do treinamento, recomendando-se que a abordagem individual e coletiva tome por base a dinâmica familiar e a relação com o seu entorno, articulada com o perfil epidemiológico local.

Dos conteúdos da proposta do Treinamento Introdutório em Saúde da Família

O treinamento introdutório em Saúde da Família teve por parte do MS uma proposta de estruturação incluindo seus conteúdos programáticos. O quadro a seguir apresenta a abordagem da família na proposta do Curso Introdutório em Saúde da Família. Esta proposta foi atualizada em 2006 por meio da Portaria 2.527/GM (Brasil, 2006i).

Quadro 22 – Abordagem da família na Proposta do MS para o Treinamento Introdutório em Saúde da Família. Estrutura Programática da Unidade 1 – Políticas de Saúde da Família

Objetivo	Metodologia	Carga Horária	Recursos
1. Compreender os princípios e diretrizes básicas do programa de saúde da família, relacionando-os com o SUS			
1.1 Identificar os princípios fundamentais da atenção primária em saúde	Estudo dirigido com exercícios e instruções.	2h	Textos
1.2 Identificar os marcos históricos da Reforma Sanitária no Brasil com ênfase no desenvolvimento do SUS	Seminário com texto de apoio	22h	Textos + recursos audiovisuais
1.3 Identificar princípios básicos e estratégias PSF	Mini-aula (20min) + discussão em grupo + exercício em grupo: comparação entre modelo tradicional e o PSF + plenária	4h	Recursos audiovisuais + textos + transparência
1.4 Identificar elementos característicos da lógica de atenção individual e de atenção coletiva no saúde da família			
1.5 Identificar diferenças entre atendimento descentralizado e saúde da família			
1.7 Identificar e discutir os seguintes aspectos em relação à família: conceito, funções, papel na comunidade, influência no processo saúde-doença.	Oficina sobre família: discussão sobre conceito, tipos e funções etc + trabalho em grupo	4h	Textos de apoio + pincéis + transparência
Total		32	

Fonte: DAB/MS (Brasil, 2006b: 14)

A família aparece na Unidade I, da estrutura programática do curso (Brasil, 2000b), nos objetivos específicos: identificar e discutir os seguintes aspectos em relação à família: conceito, funções, papel na comunidade, influência no processo saúde-doença. A metodologia apresentada é oficina sobre família: discussão sobre conceito, tipos e funções e trabalho em grupo. O tempo estimado para esta abordagem é de 4 horas, das 54 horas previstas para o treinamento.

No documento Guia Prático do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2001: c). Os conteúdos selecionados incluem: o conhecimento de ferramentas necessárias à compreensão da realidade de saúde da área de abrangência, a demarcação desta área; a elaboração de um planejamento local e estratégias de intervenção; a família como alvo da assistência; a dinâmica do trabalho em equipe e o trabalho compartilhado entre as famílias e a equipe; e as ações balizadas pelos princípios do SUS de integralidade, resolutividade, intersetorialidade e controle social

Embora a família tenha sido tomada como “*o objeto precípua de atenção*” (Brasil, 1997:8) ou o objeto principal, essencial, fundamental da atenção dentro do novo modelo, observa-se que o conhecimento sobre a mesma nos documentos é pouco enfatizado, mesmo no âmbito do próprio MS (Brasil, 2001 p.82). Ela, a família, está ausente do que se espera que o instrutor deva saber, isto é, a família não aparece no rol de conhecimentos que o instrutor deva ter. É vista de forma superficial no conjunto dos conhecimentos sobre o SUS de domínio dos treinandos/futuros profissionais, “*a noção da família como foco da assistência*”. (Brasil, 2001c: 82).

Não se percebe uma teoria explícita sobre família, tampouco uma metodologia para assisti-las. Não se percebe, também, a utilização das ferramentas/instrumentos existentes que possibilitam um melhor conhecimento sobre as famílias. Arguida sobre a concepção teórica de família que embasa o Programa, a coordenadora à época, em 2000, considerou,

“Entendemos a família como o espaço nuclear de agregação das pessoas, inseridas em um contexto social, devendo ser objeto prioritário e de focalização da atenção à saúde. Existem centros acadêmicos aprofundando esta questão e estas contribuições serão bem vindas ao desenvolvimento dos trabalhos. As equipes poderão se beneficiar de um maior embasamento teórico para melhorar o entendimento de ‘que famílias são estas que estamos lidando?’.” (Souza, 2000:15).

Mais recentemente a Portaria nº 2.527 de 19/10/2006 (Brasil, 2006i) atualizou os conteúdos programáticos do treinamento no item sobre família. Ela define a carga

horária total do curso para 40 horas/aula e amplia a abordagem sobre família em termos de conteúdo, indicando em uma das quatro unidades aspectos relacionados à família. Estes conteúdos estão na unidade que trata do processo de trabalho das equipes, dispostos em dois itens: d) Ciclo vital individual e familiar e g) Instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias. Não estão expressos os objetivos da unidade nem a carga horária para abordagem destes conteúdos.

3. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO TREINAMENTO INTRODUTÓRIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS

Para análise da abordagem da família na capacitação dos profissionais foram realizadas entrevistas com as coordenadoras dos Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família em Manaus e análise documental dos programas destes treinamentos das turmas 2003, 2005 e 2007. Dada a inexistência de um Projeto Pedagógico destes treinamentos, a análise procedeu com base em sua estrutura programática, documentos estes disponibilizados pela SEMSA (SEMSA, 2003, 2005 e 2007).

A abordagem da família na operacionalização do Treinamento Introdutório em Saúde da Família em Manaus

Em Manaus, os Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família foram realizados de 1999 a 2003 sob os auspícios do Departamento de Planejamento da SEMSA de Manaus tendo como monitores os supervisores do programa. A partir da implantação dos Distritos Sanitários (DS) esta atividade ficou sob a responsabilidade dos Distritos que mantiveram como monitores os membros de sua equipe de supervisão. A carga horária do curso foi de 40h, dividida em dois blocos, o teórico com 12 horas e o prático com 28 horas que ocorreram de forma simultânea. Inicialmente, o treinamento capacitou os profissionais que já estavam atuando no programa; nos anos seguintes, capacitou candidatos ao Programa tornando-se o desempenho dos alunos um de seus critérios de seleção.

“Primeiro capacitou as ESF existentes, já atuando na Estratégia, depois começou a capacitar os candidatos sendo um pré-requisito para entrada no Programa. A estrutura do curso era dentro do processo teórico-prático. Família como foco principal. Tema transversal”. (Coord. Int.-.4)

Segundo as coordenadoras do curso à época, o treinamento introdutório foi construído, tomando-se como base a estrutura programática disponibilizada pelo Ministério da Saúde nos Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família (Brasil, 2000b; 2000c) e as orientações dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (RJ), que assessoraram na implantação do Programa de Médico da Família.

Algumas adaptações foram-lhe feitas, à medida que eram identificadas lacunas de conteúdos como, por exemplo, referência e contra-referência, gerenciamento, registros para fins estatísticos, programas de saúde na proporção em que iam sendo implantados pelo MS e visita à Casa de Saúde.

Perguntadas sobre as bases pedagógicas e conteudísticas do treinamento introdutório as entrevistadas responderam.

“É, nós tivemos que ajustar algumas partes, pegamos as orientações do MS e acrescentamos o conteúdo gerenciamento. Foram pequenos ajustes, tais como orientações do registro para fins estatísticos, acrescentamos programas do MS, quando eram introduzidos” (Coord. Introd. 3)

A fala mostra que no processo de construção do treinamento os documentos ministeriais serviram de referência para a elaboração da proposta local. Ainda que, seguindo as orientações do MS em termos de conteúdo as entrevistadas referiram que algumas adaptações foram feitas no sentido de melhorar o desempenho do Programa. A inclusão de outros programas de saúde foi realizada à medida que o MS implantava um novo programa. Estas adaptações, no entanto, não foram direcionadas para suprir a lacuna de conhecimentos sobre a família, o que era de se esperar, uma vez que a formação acadêmica dos profissionais não contemplara tais conteúdos e, ser a centralidade da família, a proposta de substituição do modelo de atenção em vigor.

Um maior enfoque sobre a família também foi objeto de reconsideração, uma vez que a bibliografia à época era restrita e os médicos⁹ sentiam falta de um melhor suporte sobre o tema.

“Tudo era do MS. Na época tinha pouca coisa. O MS tinha portarias, mas era necessária uma bibliografia de suporte. Os médicos se ressentiam mais”. (Coord. Introd. - 4).

Segundo as entrevistadas, a família constituiu-se em um dos objetivos do treinamento ainda que com ressalvas.

“A principal, tirando a papelada” (Coord. Introd. -3)

A fala aponta para os dados estatísticos como uma prioridade sobre a abordagem da família no treinamento introdutório. As entrevistadas informaram que um expressivo período de tempo no treinamento introdutório era destinado para orientação sobre o preenchimento de impressos que informavam a produção estatística dos profissionais e, sobre os quais eles, os profissionais, tinham que ter domínio, isto é, segurança em preenchê-los corretamente.

⁹ A referência apenas aos médicos pode ser justificada pela ausência do enfermeiro na ESF à época.

“A gente tinha o foco na família, no início tivemos dificuldade, depois fomos aprimorando” (Coord. Introd. - 4).

A fala indica a família como um dos objetivos do treinamento, considera as dificuldades iniciais desta abordagem e sua superação em momento posterior. As dificuldades de abordagem familiar podem ser explicadas pela novidade destes conteúdos tanto para os instrutores quanto para os alunos, à exceção dos profissionais com formação em serviço social cuja formação acadêmica já contemplava o tema família, ainda que distante dos objetivos da Estratégia.¹⁰ A fala indica que a família não esteve ausente na perspectiva da coordenação do curso, no entanto, o desconhecimento sobre este novo objeto e a falta de suporte teórico que deveria ser disponibilizado pelos níveis superiores levou os profissionais a uma abordagem com limitações aquém do que se fazia necessária.

A ênfase na “produção” que privilegiava o procedimento individual foi considerada como o principal objetivo do PSF e isto pode ter contribuído, ao lado do desconhecimento sobre a família, para que o curso privilegiasse outros conteúdos em detrimento da família, a exemplo das *“orientações de registro para fins estatísticos”*. (Coord. Introd. - 3). O ritmo acelerado da extensão de cobertura pode ter-se constituído em outro entrave à abordagem da família como um dos objetivos do curso. Analisando-se a estrutura programática dos treinamentos introdutórios observa-se que em todos eles a abordagem da família foi de duas horas, correspondendo a 5% da carga horária total do curso. Observa-se ainda que o tempo de duas horas corresponde ao mesmo tempo para abordagem de outros temas, que se supõem, já conhecidos dos profissionais a exemplo das ações programáticas em saúde.

Uma análise mais esmerada dos conteúdos sobre família apresentados no treinamento introdutório no período de 1999 a 2003 esbarrou na questão da ausência de informações sobre o que foi abordado no assunto família, a que se refere o Quadro 23 (SEMSA, 2003). Embora tenha havido referência ao fato de que o conteúdo programático do ano de 2003 foi o mesmo dos anos 1999 a 2003, menção foi feita ao aprimoramento da abordagem familiar em fala anteriormente apresentada.

¹⁰ A abordagem da família na Estratégia exige um conhecimento sobre sua composição, estrutura e funcionalidade, isto é, como se relaciona com seus membros e seu entorno, qual a sua participação no adoecimento e cuidado de seus membros e como pode constituir-se uma parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus integrantes. Exige ainda um conhecimento sobre a instituição família ao longo do tempo e as mudanças pelas quais passou.

Perguntados sobre em quais conteúdos do curso a família foi abordada, os coordenadores/instrutores responderam.

“Já começava com uma dinâmica simples “o que é família”. Colocávamos todos os conceitos de família “(Coord. Introd. - 1)

“Família vista de vários modos: Tipos, vários grupos familiares. Uma aula específica dentro da unidade SUS.” (Coord. Introd. - 3)

“Num módulo, um tópico sobre a família, comunidade e no Contexto do SUS.” (Entrev. Introd. -4)

As falas indicam uma abordagem ampla sobre família. Esta abordagem, no entanto, parece ser superficial considerando-se: o tempo estimado para abordagem do tema família de duas horas, a amplitude destes conteúdos que envolvem visões diferentes tanto da parte dos coordenadores/instrutores quanto de alunos e da visão assumida pelo Programa no âmbito nacional e, por fim, as estratégias metodológicas e pedagógicas propostas para o curso que envolve uma abordagem participativa, requerendo mais tempo que uma abordagem tradicional. A análise da estrutura programática dos treinamentos permitiu ainda observar os conteúdos que abordaram a família sob dois enfoques: a família em si (conceitos, tipos, relações) e a família como alvo de intervenções da política de saúde (PSF/SUS)

Inquiridas sobre se foram apresentadas metodologias para assistir as famílias, alguns dos entrevistados responderam que sim, porém alguns desconheciam do que se tratava.

“Sim. Fazíamos dinâmica para atendimento em família, diferente de consulta para visita domiciliar. Ver o ambiente familiar. Ver alguns problemas que envolviam o indivíduo e a família era toda afetada”. (Coord. Introd. - 2).

A fala aponta para uma abordagem da família. Pode-se dizer com base em Ribeiro (2004) e Moraes (2003) que oscila entre a abordagem à família e abordagem do indivíduo no contexto familiar. Na primeira, a família é o foco da atenção, na segunda a abordagem é centrada no indivíduo no contexto familiar, isto é, o problema do indivíduo foi o motivo para se chegar até a família e na ausência do indivíduo com problema a família não seria alcançada. Sobre este mesmo aspecto a análise da estrutura programática do curso não identificou a abordagem de tais conteúdos, tampouco de teorias sobre família que instrumentalizassem uma proposta sistematizada de assistência. A opção por uma metodologia e sua utilização deve ser etapa subsequente à opção por uma teoria, isto é, a teoria que norteará as estratégias de

atenção às famílias. Se não for este o caminho, a prática estará fundamentada no senso comum e na melhor das hipóteses, no bom senso.

Uma segunda consideração em relação à apresentação de metodologias para assistir a família indicou tratar-se de formas para estabelecer contato.

“Como fazer abordagem. Ex: se a mulher estivesse só em casa o médico não deveria entrar. Como abordar abuso sexual, não se envolvia nem o ACS, nem o técnico de enfermagem, nem o médico. O ACS informava a equipe de supervisão que ia até o domicílio. O médico não resolvia estes problemas porque lhe faltava habilidade. Eles não aceitavam bem o trabalho”. (Coord. Inrod. - 3)

A fala aponta para questões aparentemente simples na relação entre os profissionais e a população, mas que à época se faziam necessárias em razão de ser uma experiência nova para os profissionais, uma vez que o manejo de algumas situações esteve ausente na formação acadêmica. Nova, da mesma forma, para os coordenadores/instrutores do curso que também eram coordenadores dos Distritos Sanitários. No entanto, a exclusão dos profissionais das ESF de problemas pertencentes ao território, com conseqüente assunção pelas equipes de supervisão, caso fosse para proteger os profissionais das ESF, caso fosse subestimando seu potencial de resolução de problemas, parece não ter contribuído para o desempenho das ESF, uma vez que interferiram na formação de vínculos e não capacitaram minimamente os profissionais das ESF para intervir nestas situações. Agregue-se a isto a insuficiência das equipes de supervisão para as demandas dos territórios, uma para cada distrito que, com este perfil, foram dissolvidas em momento posterior.

Arguidas sobre a inclusão de conteúdos relacionados a instrumentos/ferramentas para assistir as famílias, as entrevistadas consideraram que estes não foram ministrados. Para algumas entrevistadas estes instrumentos, o genograma, o ecomapa e o apgar, eram desconhecidos.

“Sim [referindo-se a utilização de instrumentos para assistir as famílias]. Ficha A, Ficha B, todas as fichas do SIAB.” (Coord. Inrod. -1)

“Não. Desconheço tais instrumentos.” (Coord. Inrod. -2)

Uma referência feita sobre a inclusão destes conteúdos considerou a Ficha A, a Ficha B e todas as demais fichas do SIAB como instrumentos/ferramentas para assistir as famílias. Ressalte-se que estes impressos não se constituem em instrumentos para

assistência à família, ainda que possam colaborar de forma limitada para tal. Dados colhidos nos grupos focais e na observação de campo junto às UBSF mostraram que a Ficha A (que contém informações sobre todos os integrantes da família/idade, escolaridade, condições de habitação e saneamento), na maioria das unidades é de uso exclusivo do ACS ficando sob sua guarda e responsabilidade. Em outras UBSF, embora anexadas às Fichas AMS dos integrantes da família, tal procedimento não é utilizado como um recurso a favor das famílias, mas sim como uma forma de não extravio ou acompanhamento do número de pessoas por família para compor os dados estatísticos, como analisado no Capítulo VII.

A entrevista com as coordenadoras possibilitou também identificar quais práticas relacionadas às famílias foram contempladas no curso.

“Visita domiciliar. Uma coisa que os profissionais se ressentiam era com os problemas sociais: fome, desestruturação familiar. Se ressentiam da ausência de alguns profissionais para suprir as necessidades que eles não tinham condições”. (Coord. Introd. - 4).

A visita domiciliar foi expressivamente a prática referida, seguida das atividades educativas e dos programas do MS. Observa-se, no entanto, que dos conteúdos referidos apenas os programas do MS aparecem na estrutura programática do treinamento, subentendendo-se que a abordagem dos demais temas deu-se como temas transversais. Da fala emergiu o confronto dos profissionais com a realidade das famílias, o fragmento parece indicar que o treinamento introdutório não alcançou os profissionais de modo a desconstruir visões estereotipadas da família; a referência à desestruturação familiar é um exemplo emblemático disto. Mesmo com as equipes de supervisão que davam suporte às ESF, a fala aponta para a queixa dos profissionais das ESF sobre problemas que fugiam de sua competência.

Questionadas sobre se foram definidas competências relacionadas à abordagem familiar, as entrevistadas consideraram aspectos que não estão relacionados à competência profissional, o que indica que as competências não foram construídas.

“Disponibilidade de tempo. Empatia: gostar de trabalhar com a população”. (Coord. Introd. -3)

“Tinha definição de atribuições da equipe, até o limite da equipe. (Coord. Introd. - 4)

Os aspectos referidos como competência não o são. Trata-se de características que o profissional traz como bagagem, compatíveis com a opção profissional feita e que

raramente irá adquiri-las no decorrer do treinamento. O que se espera é que no treinamento, ao adquirir habilidades específicas na área, o profissional demonstre competência ao atuar. O treinamento introdutório que teve como objetivo fazer uma aproximação a estes conteúdos precisaria estabelecer quais competências eram esperadas do profissional/aluno ao final de sua capacitação.

Perguntadas sobre qual teoria de família foi apresentada no treinamento as entrevistadas apontaram.

“Algumas. Eu sempre disse que faltava nos currículos, na nossa formação uma abordagem sobre família”. (Coord. Introd. -1)

“Não lembro.” (Coord. Introd. - 2)

“Nós tínhamos a “Bíblia” do programa que ensinava como fazer a implantação da Estratégia”. (Coord. Introd.- 3)

“Nós trabalhamos alguns teóricos com alguns conceitos. Os profissionais, as pessoas tinham conceitos. A gente trabalhava a base legal (Constituição), base teórica, fundamentação teórica extensiva à comunidade e ao SUS. Fechava com um indivíduo inserido dentro de um contexto social e estrutural”. (Coord. Introd.- 4)

As falas apresentadas não permitem identificar uma teoria sobre família. Elas dizem da necessidade de uma abordagem familiar na capacitação dos profissionais referindo-se à formação acadêmica, às orientações que dispunham sobre a implantação da Estratégia, aos conceitos aludidos a teóricos, sem precisar as fontes, a conceitos do senso comum dos treinandos, a conteúdos do campo jurídico e ao SUS. Nestas referências, o máximo que a abordagem chega é no indivíduo em seu contexto familiar e social, o que aponta para um aspecto da teoria sistêmica, porém referida ao indivíduo.

Abordagem da família nas estruturas programáticas do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus

A análise da estrutura programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus das turmas de 2003, 2005 e 2007, possibilitadas pelo quadro a seguir e pelos Anexos 1, 2, e 3, revela como a abordagem à família foi progressivamente ampliada em relação ao tema e conteúdos. No entanto, não houve ampliação da carga horária de maneira a contemplar as alterações conteudísticas realizadas. O tempo destinado para tal manteve-se inalterado em duas horas de aula. Ressalte-se que tal carga horária vem mantendo-se da versão 2001 até a atual 2007. Embora as estruturas programáticas dos cursos de 2005 e 2007 apontem para uma

ampliação na abordagem sobre família, em consonância com a recomendação ministerial (Brasil, 2006i), a magnitude da proposta de reverter o modelo de assistência em vigor e a necessidade imperiosa em capacitar os profissionais dentro desta nova ótica são incompatíveis com a carga horária disponível, não permitindo que estes avanços se dêem.

Quadro 23 - Abordagem da família nos Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família nos anos 2003, 2005 e 2007 de Manaus

Ano	Tema	Conteúdos	Carga Horária
2003	Família	Não referidos	2h
2005	Família / indivíduo / comunidade / sociedade	Proporcionar a identificação dos conceitos de família e comunidade, suas funções e seu papel na sociedade e as influências da organização, composição e costumes desses grupos no processo saúde-doença	2h
2007	ESF e família no contexto atual	O papel da família na sociedade e no SUS enquanto alvo das ações preventivas, ciclo vital individual e familiar	2h

Fonte: SEMSA (2003, 2005, 2007)

Dados da pesquisa de campo corroboram a necessidade de uma abordagem familiar mais fundamentada na capacitação dos profissionais. Em sessão de grupo focal com enfermeiros/médicos e ACS/técnicos/auxiliares de enfermagem estes profissionais manifestaram sua dificuldade no manejo com famílias em várias situações. Arguidos sobre se receberam capacitação específica para lidar com famílias, enfermeiros e médicos foram unânimes em responder que não, e que sentem falta de tais conteúdos.

“No introdutório eu não vi nada de proveitoso, o proveitoso é que a gente se conheceu, mas eles não ensinaram nada, passaram sobre o SUS, legislação do SUS, quando fizemos prova a gente estudou [sobre o SUS], [...] Eles só mostraram o SIS [Sistema de Informação em Saúde] e o SIGAB [Sistema de Informação Gerencial da Atenção Básica] (M- DN).

A fala aponta para uma crítica ao Treinamento Introdutório quanto aos conteúdos programáticos constantes. Uma referência é feita aos sistemas de informação que veiculam a produção estatística dos procedimentos realizados pelos profissionais das ESF. A família está ausente como um conteúdo abordado no treinamento introdutório.

A fala a seguir corrobora com o depoimento anteriormente apresentado.

“É, na verdade o que eles [Coordenação do Distrito] nos passam é cuidar de cada faixa etária, aí você aprende programa de saúde da mulher, da criança..... a família não. E nos cursos introdutório é pura prática, primeiro porque tem que constar que você fez o curso tem o lado político” (M - DN)

A fala aponta para a ausência da abordagem familiar no treinamento introdutório, e faz menção ao indivíduo numa abordagem por ciclo vital.

“É muito pouco o que a gente recebeu no introdutório, é importante esta abordagem sobre a família” (E - DS).

Para Mendes (2002), o treinamento introdutório por ser de curta duração, uma semana, e focado no conhecimento e na organização do PSF, pouco contribui na formação dos profissionais. Dados da programação de educação continuada do Distrito Sul- DISASUL mostram que no ano de 2007 dos 68 treinamentos realizados nenhum foi sobre abordagem familiar (SEMSA, 2007).

ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem embora não tenham passado pelos primeiros treinamentos introdutórios¹¹, foram submetidos a treinamento em serviço na própria UBSF e em ocasiões programadas pela coordenação dos Distritos. Neste processo, os ACS passaram por um processo de capacitação mais intenso que os auxiliares/técnicos de enfermagem, haja vista ser o trabalho em saúde uma atividade completamente nova para os ACS. Os relatos dos grupos focais apontaram para o descontentamento dos auxiliares/técnicos de enfermagem quanto a sua exclusão nos processos de educação permanente em Saúde da Família.

“Nós técnicos..... eu brigo, porque nós técnicos ficamos de fora de todos os cursos? Eu trabalho em maternidade, então muita coisa que eu coloco como planejamento familiar, aleitamento materno é porque eu aprendi lá pela maternidade. Mas, nem sempre me dão oportunidade de fazer cursos por aqui [pelo DS]. E eu tenho reclamado muito, eu acho que nós deveríamos ter cursos (Téc. Enf. - DL).

Shimizu et al (2004) consideram que os auxiliares/técnicos de enfermagem realizam uma diversidade de ações tanto individuais quanto coletivas bastante influenciadas pelo modelo clínico de atenção, e que eles se queixam da falta de cursos que os capacitem para uma abordagem adequada ao trabalho com famílias no PSF.

Perguntados sobre se haviam recebido capacitação para a abordagem familiar ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem se dividiram entre aqueles que receberam

¹¹ Os Treinamentos Introdutórios em Saúde da Família foram, nas primeiras turmas, realizados apenas para médicos, uma vez que o enfermeiro não fazia parte da ESF. Posteriormente passou a ser realizado para enfermeiros e médicos e mais recentemente por ESF, dele participando junto todos os seus integrantes.

treinamento sobre abordagem familiar, entre aqueles que receberam treinamento sobre violência doméstica e os que não receberam nenhum tipo de treinamento relacionado à família.

Relatos nos grupos focais mostram que apenas os ACS tiveram em seu processo de formação conteúdos sobre abordagem familiar

“Nós aprendemos que quando chegarmos numa casa e estiver tendo uma briga devemos voltar outra hora” (ACS – DO)

“Quando um pai ou uma mãe estiver ensinando seus filhos mesmo que a gente ache errado não devemos nos meter, é a cultura deles” (ACS – DO).

As falas apontam para orientações que quando seguidas não possibilitam aos ACS aproximar-se dos limites colocados na atuação cotidiana. As orientações não incorporam reflexões, capacidade de negociar as diferenças e não simplesmente ignorá-las ou ser tolerante:

“Que nós só poderíamos ajudar até onde eles [família] deixassem, onde eles não quisessem nós não poderíamos tirar nada da cultura deles, nós não poderíamos influenciar nada da cultura deles. Nós poderíamos ajudar a mudar a cultura errada, mas não mudar a cultura deles, familiar. Foi também passado pra gente que como o pai e a mãe trata o filho é uma coisa peculiar da família então a gente só pode orientar, não tentarmos ser o pai ou a mãe deles [filhos]” (ACS – DL).

A abordagem familiar aqui permite limites mais elásticos de negociação ainda que com muitas reticências.

Embora se almeje ter a família como foco da atenção do novo modelo de assistência, como um novo paradigma no campo da saúde, este desejo requer uma nova maneira de pensar e fazer saúde. A abordagem da família, contida no Treinamento Introdutório em Saúde da Família, parece não ter alcançado ainda a posição que lhe foi atribuída.

O Quadro 23 mostra que o tema família esteve presente em todas as versões dos Treinamentos Introdutórios de Manaus e que progressivamente o enfoque explícito nos assuntos/temas/unidades e objetivos/conteúdos foi sendo ampliado. No entanto, a carga-horária manteve-se a mesma desde seu início, 2 horas/aula. Um recorte nas propostas de treinamento do MS, Quadro 22, e da SEMSA, Anexos 1, 2, e 3, sob a rubrica família, permite comparar a pertinência de a primeira ter constituído-se como guia para operacionalização da segunda, conforme depoimento das entrevistadas. Observa-se que as propostas guardam entre si os mesmos objetivos/conteúdos: família - conceitos, tipos,

funções e diferente carga horária, proposta do MS quatro horas, programado e realizado pela SEMSA duas horas.

Comparadas as matrizes do Treinamento Introdutório de Manaus com a proposta do MS, observa-se que a proposta de Manaus seguiu os princípios gerais da proposta ministerial Quadro do MS, o que estava previsto para acontecer. Diferenciando-se, no que se refere à carga horária, com um peso maior para os momentos de dispersão totalizados pelo MS em oito horas e em Manaus quatro horas, e total de carga horária para abordagem sobre família já referido anteriormente. Uma análise mais aprofundada do Treinamento Introdutório de Manaus, no que se refere aos conteúdos, só seria possível com uma matriz programática mais completa.

Em síntese, a abordagem da família na capacitação dos profissionais nos documentos analisados Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família: Treinamento Introdutório, Caderno 2 (Brasil, 2000b) Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família - Educação Permanente, Caderno 3 (Brasil, 2000c), Guia Prático do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2001c) e Portaria 2.527 (Brasil, 2006h) apresentam a importância em capacitar os profissionais para atuar na estratégia que tem a família e a comunidade como o foco da atenção. A abordagem da família no Treinamento Introdutório, contida nos três documentos (Brasil, 2000b; 2000c; 2001c; 2006h), mostra um avanço quando se coteja os programas de ensino e observa-se no documento mais recente, Portaria 2.527/GM (Brasil, 2006i), a introdução de novos conteúdos sobre família, ciclo vital familiar e instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias. A observação de campo e os dados advindos dos grupos focais indicam, no entanto, que estes conteúdos ainda não foram incorporados pelos profissionais das ESF, haja vista a sua ausência no discurso e na prática destes profissionais.

No que se referem à Educação Permanente, os Cadernos de Atenção Básica nº 3 (Brasil, 2000c) em conjunto com os demais do número 1 (Brasil, 2000a) ao número 21(2008a) têm como proposta, ao lado de outras iniciativas, capacitar os profissionais para mudanças na prática com vistas à construção de um novo modelo de atenção que tem na família o centro do cuidado.

Ângelo (1999: 10) explica que faz a distinção entre prática generalista (que optamos por substituir por prática incipiente) da prática avançada com família é “*a maneira como pensamos, a linguagem que utilizamos, as questões que formulamos e os relacionamentos que valorizamos*”. Uma abordagem de maior envergadura sobre o

tema se faz necessária, isto é, prover o treinamento em bases mais sólidas sobre família, de forma sistematizada, crítica, objetiva, analítica e planejada que possibilite o deslocamento de uma prática generalista para uma prática avançada com família.

4. ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS

Para análise da abordagem da família na capacitação dos profissionais foram realizadas entrevistas com coordenadores dos Cursos de Especialização em Saúde da Família em Manaus e análise documental dos programas destes treinamentos das turmas 1/01, 2/02, 3/02, 4/04, 5/05. A análise procedeu com base em sua estrutura programática/programa das disciplinas, documentos estes disponibilizados pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM, 2001, 2002, 2004, 2005).

ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS

A exemplo do Treinamento Introdutório em Saúde da Família o Curso de Especialização em Saúde da Família, nasceu da preocupação do MS em capacitar os profissionais das equipes para um melhor desempenho de suas ações. Em âmbito nacional a Especialização em Saúde da Família constituiu-se, em conjunto com as propostas de mudanças no ensino da graduação e na implantação de residência em Saúde da Família, em uma iniciativa de médio e longo prazo dentro da proposta dos Polos de Capacitação Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, o que difere dos Treinamentos Introdutórios por seu caráter em curto prazo. (Brasil, 2001:83).

Em Manaus os Cursos de Especialização em Saúde da Família podem ser divididos em dois momentos. O primeiro a partir da constatação por parte de alguns técnicos da SEMSA, envolvidos organicamente na Estratégia, sobre o despreparo do profissional médico ¹² no manejo mais amíúde com a comunidade.

“Foi uma proposta de um grupo de profissionais na SEMSA a partir da constatação da falta de preparo, principalmente do médico em lidar com a comunidade (Coord.Esp. -1).

¹² O enfermeiro não fazia parte da ESF

Isto os levou a buscar junto ao gestor municipal uma resposta para tal inquietação que resultou num convênio entre SEMSA e Universidade Federal do Amazonas (UFAM) /Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) para realização do Curso.

Sob este convênio no período de 2001 a 2004 foram realizadas quatro turmas de Especialização em Saúde da Família. Foram matriculados 228 alunos, destes, cem aproximadamente concluíram em tempo hábil. A clientela incluiu médicos enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais das UBS, UBSF e da sede da SEMSA. À época de sua realização os enfermeiros já haviam sido incorporados pelo Programa.

Entraves burocráticos dentro da FCS/UFAM relacionados à tramitação do projeto do curso interromperam sua continuidade elaborando-se e aprovando-se em 2005 um novo projeto - Curso de Especialização em Nutricionista da Família - com demanda específica de nutricionistas, realizado no ano de 2006.

A justificativa para realização deste curso deu-se em função de rumores sobre a contratação do nutricionista para o Programa, o que não se efetivou. Segundo as entrevistadas o curso foi estruturado em bloco teórico e prático com carga horária de 400h.

Os cursos apresentaram diferenças quanto à clientela, financiamento, proposta pedagógica e similaridade quanto à falta de preparo dos professores na temática sobre abordagem familiar. Os primeiros quatro cursos de especialização seguiram as diretrizes do MS com ajustes à realidade local, o quinto, dado sua especificidade de formar nutricionistas para o Programa, não seguiu as orientações do MS.

A análise sobre a presença da família a partir das informações do Quadro 24 e das bibliografias das disciplinas permitem inferir que, dado a importância atribuída à família no PSF, sua abordagem é pouco aprofundada em termos quantitativos/de carga horária e qualitativo/de conteúdo. Das 400 horas que têm os Cursos de Especialização em Saúde da Família, apenas 12 a 20h foram destinadas para o tema família. Em relação ao conteúdo da abordagem aspectos importantes, tais como: teorias sobre família, metodologias de assistência e instrumentos para conhecimento das famílias (genograma, ecomapa, apgar) deixaram de ser apresentados.

Um pouco mais que 50% dos profissionais que estão atuando na Estratégia em Manaus são especialistas em Saúde da Família, destes alguns participaram do grupo focal. Quando perguntados se receberam alguma capacitação sobre abordagem familiar, foram unânimes em responder que não, sem diferenciar dos que não possuem tal

titulação. Mendes (2002) ao analisar os cursos de especialização considera que por ser mais longo que o introdutório, com duração de um ano, apresenta resultados mais positivos quanto à formação dos profissionais. No entanto, ainda deixa a desejar quanto a habilidades clínicas necessárias à sua formação. Este autor considera que a residência por ser o curso mais extenso de todos, com duração de dois a quatro anos, tem resultados mais positivos em relação à formação e institucionalização.

Arguidas sobre como o curso foi estruturado as entrevistadas discorreram sobre sua origem e estrutura

“[...] O curso foi estruturado em aulas teóricas e práticas. Os trabalhos práticos dos módulos eram falando sobre o processo de trabalho. Foco na área onde atuavam. Depois tinha a prática que era o período de dispersão. O curso tinha 400 horas com 60 horas para metodologia da pesquisa. Os alunos apresentavam monografia individual com a obrigatoriedade de ser algum tema ligado à unidade em que eles estavam vinculados” (Coord. Esp. - 1).

A fala apresenta o curso sob dois aspectos: uma abordagem teórica e uma abordagem prática. Na abordagem teórica a fala mostra o território/área de abrangência em lugar da família, como o foco da atenção. Na abordagem prática também não há menção à família. Os temas trabalhados nas monografias estão relacionados à incidência de patologias nas áreas adscritas, aos indivíduos por ciclo de vida e agravos prioritários, às práticas de educação em saúde dirigidas a grupos de hipertensos, diabéticos e à visita domiciliar para os inscritos em programas do MS, portanto sem vinculação com a família.

A fala a seguir indica os conteúdos trabalhados no curso de Especialização em Nutricionista da Família e mostra a ausência da abordagem da família.

“Com disciplinas básicas /teóricas da Saúde da Família acrescidas de medicina baseada em evidências, saúde da mulher, da criança, do idoso, conteúdos de nutrição para ajustar a formação do profissional, da nutrição, à ESF” (Coord. Esp. - 2).

O enfoque familiar também esteve ausente neste quesito. A fala aponta para a abordagem dos programas por grupo prioritário como uma forma de suprir a necessidade de conhecimentos que não fizeram parte da formação do nutricionista.

Buscando-se uma aproximação com a proposta do MS perguntou-se às entrevistadas se os programas dos cursos de especialização seguiam as orientações do MS

“Foi customizado para nossa realidade em termos de conteúdo e carga horária com ênfase na fragilidade dos médicos e enfermeiros, mais dos médicos. Seguiu o básico do MS o que tem que ter. Incluiu plantas medicinais, alimentação utilizando recursos da comunidade- alimentação enriquecida”. (Coord. Esp. - 1)

A fala indica uma adaptação da proposta ministerial para o nível local considerando as especificidades regionais. No entanto, menção sobre conteúdos que ampliassem a abordagem familiar não foram referidos. No caso do curso para nutricionistas temos:

“Não. Não há proposta do MS nestes moldes.” (Coord. Esp. - 2)

O fato de não haver proposta do MS para formação do nutricionista da família parece não justificar tal formação distanciada da proposta ministerial, mesmo porque a finalidade do curso era capacitar este profissional para a Estratégia. De todo modo a família também esteve ausente nos conteúdos programáticos do curso.

Na opinião das entrevistadas a abordagem familiar constituiu-se em um dos objetivos do curso. No entanto, nenhuma disciplina sob a rubrica família foi encontrada. A análise dos programas do curso de especialização em saúde da família mostrou que a família está presente na disciplina Políticas de Saúde, no Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família, na carga horária de 20 horas, nas Turmas 1/01 e 2/02 sendo um dos itens a ser ministrados “conceito de família - O Programa Saúde da Família.” Nas Turmas 3/02 e 4/04 têm-se a disciplina Saúde da Família com carga horária de 12h e 20h respectivamente. A ementa é a mesma das Turmas 1/01 e 2/02, o que significa dizer que a abordagem da família permaneceu nos conteúdos dos programas das disciplinas ainda que não tenham sido ampliados.

“Sim. Eram trazidas pessoas da área da psicologia e pedagogia e nas visitas quando se falava em processo de trabalho se via a família integralmente” (Coord. Esp.- 1).

Na fala a família se mostra tanto na abordagem teórica, com a participação de profissionais cuja formação a família esteja presente, quanto na abordagem prática referida à visita domiciliar. Analisando-se a pertinência da família nos discursos até aqui apresentados, o caráter indutor da pergunta parece ter estimulado a resposta afirmativa.

Segundo as entrevistadas a abordagem da família deu-se nas disciplinas

“Processo de trabalho e Ciências Sociais aplicadas à Saúde.” (Coord. Esp. - 1)

*“No primeiro módulo, na disciplina Dinâmica da Instituição Familiar.”
(Coord. Esp. - 2)*

Interrogadas sobre como a família era/é mencionada nestes cursos as entrevistadas consideram que

“Na saúde o que podia gerar doenças. Fazer alguma intervenção que diminuísse o risco, mas, não tinha visão do risco coletivo”. (Coord. Esp. -1)

“Em todas as disciplinas”. (Coord. Esp. - 2).

Arguidas se o curso apresentou metodologias para assistir as famílias e quais delas, a entrevistada 1 considerou que sim. No entanto, não apresentou qual metodologia e em seu lugar referiu-se às ações intersetoriais desencadeadas pelo governo à medida que inaugurava as Casas de Saúde.

“Sim porque a prefeitura tinha uma proposta para definir problemas e solucionar intersetorialmente, ex: se tinha escola, ônibus, telefone” (Coord. Esp. - 1).

A utilização de metodologias pelos profissionais das ESF para assistir as famílias foi tomada nesta fala como as iniciativas do governo municipal para solucionar problemas referidos à coletividade, o que parece indicar que tal conteúdo não esteve presente na capacitação dos profissionais.

Houve também referência a não abordagem de nenhuma metodologia para assistir as famílias. Quando mencionados os instrumentos, as entrevistadas referiram desconhecer os instrumentos indicando que não foram apresentados aos alunos durante os cursos.

Arguidas sobre quais práticas relacionadas às famílias foram contempladas no curso, as entrevistadas responderam

“Abordagem das doenças, agravos a grupos prioritários. Um profissional ia falar sobre como atender a família em casa e na unidade. Como abordar a doença hipertensão, diabetes, por profissionais especializados. Eram 100 horas de aula” (Coord. Esp. -1).

Embora a família esteja citada, a referência é para a doença e os grupos prioritários, deles fazem parte a hipertensão e a diabetes. Deste modo, as práticas estão dirigidas aos indivíduos inscritos nestes programas. A análise da estrutura curricular potencializa tal observação, na estrutura curricular, na primeira e segunda turma a disciplina Ações de Atenção Básica à Grupos Populacionais Específicos e Morbididades Prioritárias, estão contidos todos os programas do MS assim como algumas patologias

da região. Provavelmente todas estas patologias estiveram presentes na formação acadêmica de enfermeiros e médicos. Situação diferente da abordagem familiar que não fazia parte da formação acadêmica dos profissionais de saúde e mostrou-se ausente na estrutura curricular e ementa dos cursos de especialização.

“Abordagem dos programas do MS” (Coord. Esp. - 2)

A fala apresentada reitera o foco da atenção sobre o indivíduo inscrito nos grupos prioritários, em detrimento da família. Ribeiro (2004) chama a atenção para esta concepção de família dentro do PSF, descrevendo-a como família-indivíduo.

A busca pela identificação na definição de competências relacionadas à abordagem familiar mostrou os obstáculos que colocaram ao curso neste quesito

“Não tinha [definição de competências] porque ninguém conseguia saber qual o conceito de família e todos [os professores] estavam preocupados em não dar receita de bolo. Nem no curso era abordado” (Coord. Esp.).

A fala, ao mesmo tempo em que aponta para uma lacuna do processo de capacitação, pela ausência de definição das competências esperadas e ausência de apreciação do objeto família, procura justificar tal lacuna, argumentando não ser o conceito de família uma fórmula, algo calculável. A questão parece não ser a ausência de um conceito, ou um consenso sobre o que é família, mas sim a necessidade de um referencial teórico que possibilite aos professores e alunos reflexões sobre a família. E esta reflexão deveria se dar, sobretudo no curso, uma vez que se destinava a capacitar os profissionais. Entretanto, tanto o cotidiano das práticas dos membros das ESF quanto a sala de aula, são locais para que estas interações se deem.

Perguntadas a respeito de qual teoria sobre família deu sustentação ao curso temos:

*“Nenhuma. Não existia uma teoria sobre família abordada no curso”
(Coord. Esp. 2)*

A assunção de que não havia uma teoria sobre família indica que os profissionais operavam com uma abordagem genérica, tomando como base seus próprios referenciais e generalizando para o conjunto das famílias sob seus cuidados.

“a da Constituição. Família é a célula da sociedade e está família tem que ser cuidada pelo Estado, tem que ser tutelada pelo Estado. Esta é uma abordagem cartorial, aí quando se partiu para uma abordagem o que é família, aí nós nos perdemos. Nós não sabíamos o que era família. Família são pessoas que moram juntas? Nunca abordamos de forma correta.. Hoje eu sei, a família pra nós era a reunião de pessoas dentro de uma estrutura física, que se situava dentro de um ambiente físico social, que poderia gerar

risco social ou agravo sempre se pautando nas prioridades do MS. Tentava entrar na casa (quatro paredes com pessoas lá dentro), Na parte social estas pessoas se situavam no ambiente. Nós olhamos risco e programamos a intervenção de risco” (Coord. Esp. - 1).

A fala mescla o discurso de quem era executor do Programa, na condição de coordenador do Programa, com o discurso de quem era professor do curso, uma vez que o papel de professor era exercido pelos coordenadores do Programa. Da fala se depreende as sucessivas tentativas de apreensão ao objeto família. Primeiro, vinculando-a à Constituição Federal, uma concepção jurídica que não atendia aos objetivos do Programa. No entanto, era o que de concreto, em termos conceituais, os professores dispunham. Como o conceito era insuficiente os coordenadores/professores tentaram outra ancoragem e como lhes faltava um referencial teórico, eles não avançaram. A leitura possível foi uma concepção operacional de família produzida pelo MS. A família é neste sentido um grupo de pessoas que moram juntas ligadas pela consangüinidade, normas de convivência ou dependência doméstica (Brasil, 1998).

Abordagem da família nos programas das disciplinas dos cursos de Especialização em Saúde da Família realizados em Manaus

Situação diferente ao Treinamento Introdutório em Saúde da Família, o Ministério da Saúde não apresenta proposta de conteúdos especificamente para os cursos de especialização, aproximando-se sua estrutura a uma ampliação do Treinamento Introdutório.

A análise dos programas dos Cursos de Especialização em Saúde da Família de Manaus deu-se com base no Projeto Pedagógico do curso, nos quesitos referentes à estrutura curricular, objetivos, ementas e conteúdos programáticos das disciplinas das Turmas 1/01, 2/02, 3/02, 4/04/ e 5/05 (Anexo 4). A abordagem da família aparece como um conteúdo das disciplinas Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família, nas turmas 1/01 e 2/02 e na disciplina Programa de Saúde da Família nas turmas 3/02 e 4/04, conforme mostra o Quadro 24 e os Anexos 3 e 4. A família aparece como uma disciplina na estrutura programática do Curso de Especialização em Nutricionista da Família Turma 5/05 conforme mostram o Quadro 24 e Anexo 5.

Quadro 24 – Abordagem da família no Curso de Especialização em Saúde da Família Turmas 1/01, 2/02, 3/02, 4/04, e Nutricionista da Família – Turma 5/05, de Manaus

Turma	Disciplinas	Conteúdo	Carga Horária
1/01 2/02	Políticas de Saúde Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família	Origem e evolução das políticas de saúde no Brasil, antecedentes da reforma sanitária. Sistema Único de Saúde: Princípios organizativo-assistenciais, cuidados primários e modelos de atenção à saúde; reforma sanitária, municipalização: organização dos sistemas locais de saúde; diretrizes, pressupostos, práticas de saúde no contexto da distritalização; aspectos jurídicos, políticos e técnico-operacionais na estruturação do Distrito Sanitário; subsistema de saúde; estratégias de implantação e adaptação de modelos assistenciais; conceito de família. O Programa Saúde da Família.	20h
3/02 4/04	Programa Saúde da Família	O Programa de Saúde da família; conceito de família. Distritalização: aspectos jurídicos, políticos e técnico-operacionais na estruturação do Distrito Sanitário; subsistema de saúde; estratégias de implantação e adaptação de modelos assistenciais	12h 20h
5/05	Dinâmica da instituição familiar	Aprender a organização e a dinâmica interna da família em diferentes segmentos sociais, considerando a importância desse conhecimento para se desenvolver assistência de saúde a essa clientela, frente às mudanças que vêm ocorrendo na sociedade brasileira.	20h

Fonte: Extraído da estrutura programática dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Nutricionista da Família de Manaus, ministrado pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM, 2001; 2002; 2004; 2005)

No tocante à carga horária o Quadro 24 mostra que a abordagem da família nas Turmas 1/01, 2/02 foi de 20 horas e nas turmas 3/02 e 4/04 foi de 12 e 20 horas respectivamente. Quando comparadas à carga horária total do curso, 400h/aula (Anexos 4 e 5), observa-se que a abordagem da família correspondeu a 5% do total da carga horária dos Cursos. O Projeto Pedagógico indica que na abordagem sobre família foi trabalhado apenas conceito de família, e que os demais temas foram referidos a Política de Saúde/SUS, modelos assistenciais e PSF. Nas Turmas 3/02, 4/04 a abordagem da família está referida ao conceito de família. Na Turma 5/05 a abordagem da família indica conteúdos com maior vinculação com a proposta do Programa, embora a carga horária tenha sido mantida em 20 horas/aula, e a estrutura programática não mencionar conteúdos sobre a Estratégia Saúde da Família.

Embora a análise dos programas dos Cursos de Especialização em Saúde da Família indique uma abordagem sobre família, os relatos dos grupos focais de enfermeiros e médicos apontam para a insuficiência do tema família nestes cursos.

“[...] e quanto à família eu também fiz uma pós-graduação, uma especialização em saúde da família e a gente não vê família como um todo. A

gente vê os programas, assistência integral à mulher, assistência integral ao idoso” (M- DN).

“Em seis anos eu nunca tive isso” (E DL).

Nós fomos orientados sobre visita domiciliar, mas abordagem familiar não. (M- DS)

A abordagem restrita a “conceitos sobre família” e a exígua carga horária, sendo a máxima de 20 horas para abordar a família junto com outros conteúdos, podem indicar a referência dos profissionais à ausência destes conteúdos. Ademais, estes conteúdos se mantiveram durante os cinco cursos sem mudanças. A despeito do acúmulo de vivência concomitante à consolidação do Programa, estes conteúdos não foram ampliados.

Em síntese, a análise de como a família é abordada na capacitação dos profissionais do PSF de Manaus deve ser antecedida de no mínimo duas análises: a da trajetória de implantação do programa em nível local e a do lugar da família na proposta ministerial.

A proposta de implantação do PSF em Manaus teve como objetivo a extensão de cobertura dos serviços de saúde e não a reorientação do modelo assistencial. Isto é, a implantação do programa foi uma tentativa de solucionar dificuldades de acesso no campo da assistência à saúde, dada a quantidade reduzida de serviços de saúde local. Portanto, o foco na família, assim como os demais princípios da estratégia, não foi uma preocupação do gestor à época. (Silva, Garnelo, Giovanella¹³).

A segunda análise necessária e tão importante quanto a primeira é sobre o lugar da família na proposta ministerial. Ainda que bem adjetivada como “*o objeto precípua de atenção*”, o estudo sobre a família pouco figurou na proposta do MS. A abordagem sobre o tema esteve ausente nas propostas dos cursos de capacitação dos profissionais e pouco incentivada no cotidiano das práticas das ESF, a despeito do que se tem produzido e de experiências exitosas no território nacional. Em vista disto, os cursos de capacitação em nível local reproduziram o comportamento da referência nacional.

Retomando a pergunta, como a família é abordada na capacitação dos profissionais (em Manaus), alguns aspectos podem ser levantados que possibilitarão respondê-la. Analisando-se do ponto de vista da carga horária reduzida e da quantidade de conteúdos, pode-se afirmar que o estudo sobre a família é pouco aprofundado. Se cotejadas, carga horária total dos cursos com carga horária para os conteúdos sobre

¹³ No prelo.

família, em ambos os cursos o percentual maior alcançado em favor da família é de 5%, em geral apenas duas horas. Na especialização, o conteúdo sobre a família ainda divide horas com abordagens sobre a comunidade e sobre o PSF, o que permite inferir que o estudo sobre a família situa-se no mesmo nível que os demais temas, chegando a ter menor importância que disciplinas como Metodologia da Pesquisa (três vezes maior), cujos conteúdos são ministrados na graduação de todos os cursos da saúde.

Embora a abordagem sobre a família como tema transversal tenha sido referida nas entrevistas, percebe-se a ausência de uma teoria, de metodologias sustentadas por teorias e de instrumentos/ferramentas elaborados para estruturar este itinerário. Em lugar destes emergiram enfoques jurídicos, sociológicos e sanitários a partir da leitura e conhecimento acumulado de alguns profissionais, a exemplo das assistentes sociais.

Deste quadro é possível depreender que a abordagem sobre família foi sendo construída com o que os profissionais sabiam e lançavam-se para aprender na tentativa de acertar. A abordagem sobre a família construiu-se assim de forma assistemática e fragmentada. É provável que o ritmo de implantação das Casas de Saúde, três por semana, tenham postergado o processo de avaliação destes treinamentos inviabilizando uma análise crítica destes processos.

SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Esta tese teve como objetivo analisar o atributo derivativo da Atenção Primária em Saúde “centralidade na família” no Programa de Saúde da Família de Manaus. Para tanto, buscou-se analisar como a família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família; analisar as concepções de família dos profissionais de saúde que atuam no PSF e das famílias cadastradas; conhecer a concepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF; examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de atenção à saúde no PSF; identificar como a família é abordada na capacitação das ESF; e, analisar fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar no PSF.

Buscando alcançar os objetivos propostos foram desenvolvidas diversas técnicas: revisão de literatura sobre o tema, análise de documentos oficiais, pesquisa de campo por meio da observação nas UBSF e nos domicílios de famílias cadastradas, grupos focais com os profissionais que atuam na Estratégia, entrevistas com famílias e com os coordenadores dos DS e cursos de capacitação em Saúde da Família. Da interação das diversas fontes foi possível transitar pelas concepções e práticas dos profissionais e experiências das famílias discutidas com base na revisão de literatura, o que permitiu chegar a conclusões sobre o escopo da centralidade da família no PSF de Manaus.

O trabalho de análise documental de como a família é abordada na Estratégia Saúde da Família buscou identificar em documentos do Ministério da Saúde: a concepção de família expressa, a posição que ocupa na operacionalização da Estratégia e como deve se constituir em força motriz para a substituição do modelo vigente de atenção à saúde. Este arcabouço deveria se expressar na maneira de agir da equipe de saúde da família e se consolidar nas atribuições gerais e específicas dos profissionais das ESF.

Nos documentos analisados a família é adjetivada como o foco da atenção, o objeto principal da atenção, como fundamental em promover uma nova maneira de relacionamento dos profissionais de saúde e da população; exprimindo desta forma o seu lugar e o seu caráter inovador na proposta do novo modelo assistencial que dantes tinha o indivíduo como tal. Os motivos que a alçaram a esta condição, conforme os

documentos oficiais, não são poucos: é em seu contexto que se iniciam as relações entre si e o mundo, que se organizam a luta por melhores condições de vida e saúde; o espaço familiar já deu provas de sua potencialidade em otimizar as políticas sociais num contexto de crise. Esta memória é evocada pelo Estado que vê na família sua grande aliada para o cuidado com seus membros, agora não mais isolados de seus contextos familiares e sociais. A família é mostrada então como parceira dos serviços/profissionais da Saúde da Família para o cuidado com seus integrantes.

Os documentos deveriam orientar como passar da concepção à ação ou como ser esta uma via de mão dupla, concepção-ação-concepção, no entanto, a abordagem familiar mostrou-se limitada sobre estes aspectos. Nos documentos, a família aparece como um grupo de pessoas a ser conhecido pelos membros da equipe em suas particularidades: quem são seus membros, quantos eles são, de onde vêm, como vivem, como se relacionam externamente, suas crenças e do que adoecem. A família aparece, então, compondo um território esquadrejado em microáreas e áreas, em número delimitado por um conjunto de famílias, em média 150, ou quantidade de pessoas em média 600 por ACS. A partir das informações colhidas e que permitiriam conhecê-la, ainda que minimamente, está prescrita a elaboração de um diagnóstico de saúde de sua área no sentido de melhor conhecer o território no qual a equipe está inserida, assim como conhecer as famílias em situação de risco, priorizando-se seu atendimento. Faltam, no entanto, conteúdos adicionais que permitam aos profissionais articularem estas informações.

Uma concepção operacional de família é apresentada nos documentos oficiais na qual deve se dar o processo de trabalho dos profissionais. Emergem deste processo as responsabilidades da ESF. Foram analisadas as atribuições da equipe e de seus membros. Destaca-se que os documentos de orientação dos programas de atenção à saúde do MS e agravos prevalentes nem sempre apresentam as atribuições dos profissionais e os que as trazem nem sempre fazem menção à família.

Embora o trabalho com famílias aponte para uma ação dos profissionais que contribua ao processo de construção da cidadania, as atribuições das ESF e dos profissionais contidas nos documentos oficiais do MS pouco contemplam ações que apontem para o conhecimento da família e para intervenções que contribuam para sua saúde, como família. As ações estão sempre referidas à saúde de seus membros e quando se referem à família é no sentido de tê-la como parceira do serviço no cuidado

com seus integrantes. Neste sentido, destaca-se a ênfase dada sobre a família pelo Caderno sobre Envelhecimento da Pessoa Idosa, quando apresenta os instrumentos para conhecimento da estrutura familiar, avaliação da funcionalidade da família e avaliação dos recursos familiares e comunitários. Embora a Estratégia tenha como proposta contribuir para a autonomia das famílias, instrumentalizando-as para a construção da cidadania, apenas o Caderno sobre Carência de Micronutrientes no quesito atribuições da ESF e seus membros aborda temas que vão ao encontro desta proposta.

Da análise sobre as concepções de família dos membros das ESF e das famílias cadastradas é possível concluir que para enfermeiros e médicos a família pode ser tomada numa perspectiva biológica, mas também pelas relações construídas pela afetividade, adoção e convivência, sem restringir-se à coabitação. A família mostrou-se como um espaço de partilha e de relações, como estrutura dos indivíduos para uma vida em sociedade sendo mostrada por meio de uma de suas funções, a socialização de seus membros. A família emergiu como base do indivíduo e como estrutura também da sociedade num movimento de produção e reprodução da família, possibilitado por meio da transmissão da cultura; e família como porto seguro, ou seja, a quem se pode recorrer nos momentos de dificuldade. A família foi tomada como objeto complexo sob três aspectos: capaz de produzir doença, mas também de cuidar da saúde de seus membros; possui uma individualidade enquanto família e convive com a individualidade de seus membros; é espaço interno de conflitos e sofre influências do campo econômico, social e cultural.

As concepções de família das famílias cadastradas estiveram ancoradas nos sentimentos afetivos e nas funções da família. A família aparece referida aos laços de sangue entre seus membros, conceituada como ‘tudo’, enquanto sentimentos de afeto e compromissos entre seus integrantes, como partilha e ajuda mútua. A família mostrou-se como a base do ser humano e reproduzindo a si mesma por meio da transmissão dos valores morais, emergiu como um porto seguro, ou seja, uma rede de apoio aos seus membros, podendo também mobilizar outras formas de apoio na medida em que suas potencialidades se esgotam. A família mostrou-se também como cuidadora de seus membros sendo o cuidado em saúde parte deste cuidado, como espaço de relações na troca das experiências do dia-a-dia, espaço de conflitos no embate de seus membros na busca de demarcar território e espaço de transmissão de sua cultura, o que possibilita sua continuidade.

Dos profissionais das ESF, o ACS foi aquele que apresentou concepções mais próximas das concepções das famílias cadastradas, assumindo um conceito de família mais elástico ao considerar a ESF e as famílias cadastradas como sua família também, o que pode ser explicado por pertencer a um mesmo contexto social.

A composição das famílias cadastradas descritas pelos profissionais e pelas famílias abrange desde a família nuclear composta por pai mãe e filhos até as formas mais atuais de composição familiar, com as famílias trigeracionais, multigeracionais, famílias monoparentais com maior frequência sob a chefia feminina e famílias homoafetivas. Diferenças quanto à prevalência de tipos de família foram observadas entre os distritos e nos próprios distritos, demonstrando assim realidades distintas, o que requer dos profissionais a sensibilidade para considerar tais diferenças no planejamento e desenvolvimento das ações. O cotidiano das famílias mostrou-se em suas peculiaridades com as famílias transitórias, construídas e desconstruídas em curto intervalo de tempo e as que adentram o núcleo familiar das famílias cadastradas por tempo equivalente à resolução de seus problemas.

As famílias cadastradas apresentaram como família tanto os arranjos domésticos quanto os arranjos familiares, ou seja, a família tanto se mostrou referida aos que conviviam no mesmo domicílio, ligados por laços sanguíneos ou não, quanto aos que mesmo não morando no mesmo domicílio se constituem em família também por laços consanguíneos ou de afinidade. A observação de campo permitiu flagrar o ciclo vital familiar em todas as suas fases e permitiu também observar em algumas famílias mais de um ciclo vital em processo, em consequência da intervenção dos determinantes sociais e econômicos sobre a família.

A pouca ênfase para a adoção de teoria ou teorias sobre família que dêem sustentação ao Programa obstaculizam aos profissionais das ESF uma compreensão integral do núcleo familiar. Alguns profissionais detêm sim um conhecimento dos membros das famílias, seu grau de parentesco, mas tal conhecimento não é suficiente para uma abordagem familiar, uma vez que não permite as articulações necessárias, seja para o cuidado familiar seja para ter a família como uma parceira no cuidado de seus integrantes. Dito de outra forma, é preciso pensar em termos de família e como ela está estruturada, como funciona, como age, interage e como reage às intervenções do mundo exterior; é preciso conhecer suas potencialidades e fragilidades. É preciso o deslocamento da prática incipiente (generalista) para uma prática avançada com

famílias, e neste sentido, boa vontade como disposição favorável ou como vontade movida por noção do dever, se constitui como um primeiro passo contudo não suficiente. É necessário apropriar-se de um referencial teórico sobre família de forma crítica e reflexiva e aproximar-se das famílias e de seu cotidiano sem juízos antecipados.

Deste modo, as concepções de família e composição do núcleo familiar advindas dos grupos focais e entrevistas se coadunam com a literatura quando considera sua diversidade, sendo importante aos profissionais seu conhecimento de modo a desconstruir visões preconceituosas e padronizadas ao operar com a realidade das famílias.

No que tange à abordagem da família no PSF de Manaus a concepção família-família, descrita na literatura como uma unidade de cuidados requerendo dos profissionais um conhecimento sobre sua funcionalidade, não emergiu na fala dos profissionais, embora tenha sido mencionada como a indicada para a Estratégia.

A análise sobre o conhecimento das famílias pelos membros das ESF mostrou que, para enfermeiros e médicos este conhecimento se dá sobre o indivíduo que mais procura a UBSF, sobre as famílias dos pacientes considerados como prioridade por serem acamados e em situação de risco, e sobre as disparidades sócio-econômicas das famílias presentes em um mesmo território. Neste último caso, o conhecimento da família está referido à comunidade. Enfermeiros e médicos destacaram como dificuldade para o conhecimento das famílias fatores relacionados a elas, tais como: desejo da família em preservar sua privacidade, ausência do domicílio de membros da família durante o dia, intensa mobilização das famílias no território; e fatores relacionados à estrutura do Programa: número elevado de famílias em relação ao número de profissionais por ESF e ênfase do DS na produção estatística.

Os ACS consideraram que seu conhecimento sobre as famílias se dá como uma consequência do seu trabalho, pela sua constante presença no território, pelo acesso em todas as microáreas para ser conhecido e assim também se proteger e pela convivência diária com as famílias. Os auxiliares/técnicos de enfermagem assumiram que seu conhecimento é sobre os indivíduos e que este conhecimento se dá pelas relações interpessoais que estabelecem nas UBSF. Estes profissionais reconheceram o bom desempenho do ACS no conhecimento das famílias.

As famílias referiram que dentre os profissionais das ESF, o ACS é quem

melhor conhece a sua família, mas que este conhecimento se dá apenas sobre os problemas de doença de seus membros. Segundo as famílias o conhecimento do ACS se dá por morar próximo a elas, por visitá-las sempre, porque já as conhecia antes de ser ACS e por vezes compartilhar laços de sangue.

Os ACS arbitraram elevados escores para dizer o quanto conheciam as famílias entre 80 a 100%, os enfermeiros e médicos estimaram entre 60 e 70% e os auxiliares/técnicos assumiram o bom desempenho do ACS neste quesito.

O conhecimento dos profissionais sobre as famílias mostrou-se em certa medida superficial, ora tomada como família-indivíduo, como família-ambiente ora como família-comunidade numa alusão aos indivíduos que fazem parte das ações programáticas em saúde, na menção ao controle da dengue e condições domiciliares e referidas às famílias numa abordagem coletiva.

. Na relação conhecimento do meio em que vive e o motivo do comparecimento à UBSF foram referidos os determinantes sociais e econômicos, reafirmando a situação de vulnerabilidade em que as famílias se encontram. Esta situação apontou para certa imobilidade dos profissionais por considerar estas famílias desprovidas da possibilidade de mudanças. A contribuição do ACS foi referida tanto pelos enfermeiros, médicos quanto pelos auxiliares/técnicos de enfermagem no repasse de informações sobre as famílias que os auxiliam na compreensão das causas de adoecimento.

O conhecimento sobre as redes de apoio às famílias mostrou ser mais de domínio dos ACS do que de enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. O fato de um número significativo de ACS ter entre oito a dez anos de PSF, e em algumas situações no mesmo território, possibilita o resgate do Programa desde sua implantação até o momento das mudanças ocorridas ao longo de seus dez anos de desenvolvimento. Desta forma os ACS resgatam as experiências da UBSF com as redes de apoio que já existiram assim como indicam as iniciativas atuais, embora raras, uma vez que são eles que fazem a divulgação das ações no território, em razão de seu acesso em todas as microáreas. O envolvimento da UBSF com as redes de apoio social dá-se, quando presente, por meio do ACS e em situações emergenciais pelos demais membros da ESF.

A análise do conhecimento sobre as famílias, as condições em que vivem e os recursos sociais que dispõem como apoio mostrou ser um tema mais de domínio do

ACS do que de enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. Este conhecimento é esperado, uma vez que o ACS está diuturnamente no território junto às famílias, sendo uma de suas atribuições manterem as famílias orientadas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, e manter as ESF informadas sobre a dinâmica social da comunidade, o que pressupõe o repasse de informações sobre as famílias para as ESF.

Entretanto, este conhecimento não é suficiente para uma abordagem familiar, ele é importante porque acena para os demais profissionais a necessidade de intervenção fundamentada numa prática avançada com famílias. As informações trazidas pelo ACS pouco são aprofundadas pelos demais membros da ESF tanto para sua compreensão como para o acompanhamento das famílias.

A atenção centrada na família exige o conhecimento do serviço sobre a família, sobre sua dinâmica interna e externa. Exige também o conhecimento sobre os problemas de saúde dos membros da família. Conhecendo adequadamente a família, o serviço poderá avaliar as potencialidades e fragilidades da família, seu funcionamento, sua maneira de agir, poderá estabelecer vínculos de responsabilidade e confiança. Isto, com efeito, permitirá uma ação compartilhada no planejamento e desenvolvimento do cuidado de seus membros, respeitando o tempo, os valores, as crenças familiares e contribuindo para a autonomia das famílias.

A análise das práticas dos profissionais direcionadas às famílias indicou como os profissionais desenvolvem suas ações em seu dia-a-dia e como a família é alcançada no cotidiano destes profissionais.

Por ocasião da implantação do Programa foi realizado o cadastramento das famílias e a delimitação das áreas adscritas. No entanto, o diagnóstico de saúde da comunidade e a identificação das famílias de risco como previa a orientação ministerial não foram feitos por nenhuma das UBSF. A organização da documentação da família deu-se sob vários arranjos, todos fragmentando o núcleo familiar e contemplando o indivíduo por ciclo de vida ou portador de um agravo prioritário. Isto gerou barreiras conceituais e conseqüentemente operacionais, na incorporação da família como foco da atenção. É como se coubesse uma velha prática, o indivíduo como foco da atenção, num novo modelo que previa a família como foco da atenção, colocando em cheque se seria a família o foco da atenção ou o território esquadrinhado em microáreas e áreas.

A análise mostrou baixa incorporação da família como foco da atenção na prática dos profissionais, exemplo disto são os registros sobre o núcleo familiar. O prontuário da família, documentação que deveria reunir as informações do núcleo familiar, apresentou procedimentos diversos quanto a sua composição, em termos de agrupamento das fichas de AMS dos membros da família, assim como registros insuficientes sobre o universo familiar. Alguns dos registros existentes estavam desatualizados, faltando incorporar outros conteúdos que permitiriam um melhor conhecimento da dinâmica interna e externa da família, suas potencialidades e fragilidades. A fragmentação das fichas de AMS dos membros da família, por programa, agravo ou outra condição, denuncia a fragmentação do núcleo familiar reproduzindo uma atenção individual.

A análise da documentação sobre a família informa que os profissionais ainda não incorporaram a família como centro da atenção. Os prontuários mostraram-se fragmentados com as fichas de AMS separadas por programas e grupos prioritários e, separadas da ficha A, a ficha de cadastramento das famílias. Nas fichas AMS não foram identificados registros que estabeleçam diálogo entre os membros da família, e, a ficha A fica sob a guarda do ACS dificultando o acesso às informações dos demais membros da equipe. Observou-se que as informações da ficha A, da forma como atualizadas, não permitem o acompanhamento das mudanças ocorridas no núcleo familiar uma vez que ao serem atualizadas perdem-se as informações anteriores. Ademais, as informações previstas para a ficha A são insuficientes para permitir um melhor conhecimento sobre o núcleo família, necessitando-se agregar instrumentos que otimizem as informações sobre a família. Neste sentido a inclusão do genograma, ecomapa e APGAR ao prontuário familiar é oportuna.

A visita domiciliar foi considerada nas modalidades de atenção domiciliar como atividade compulsória do ACS e de assistência domiciliar como uma atividade desempenhada por enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. A visita domiciliar realizada por enfermeiros e médicos esteve referida ao indivíduo dentro das prioridades: pacientes acamados, de risco e puerpéras, menção foi feita a sua realização por todos os profissionais, em período anterior como um mecanismo de conhecer as famílias. No entanto, a ênfase na produção estatística para alcançar melhores percentuais suprimiu sua realização para enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem, concentrando os procedimentos na UBSF, passando a ser desenvolvida

prioritariamente para pacientes acamados, com dificuldade de deambular, inscritos nos programas do MS, e de risco.

Pelos ACS, as visitas mostraram-se direcionadas de forma diversa: ao indivíduo na identificação de doentes com limitação física que precisavam realizar consulta médica, ao ambiente como uma atividade de controle da dengue e à família numa menção ao núcleo familiar. Para os ACS os objetivos da visita incluem: atividades administrativas, assistenciais, educativas e interacionais. Estas atividades estiveram referidas tanto às famílias como aos indivíduos. As visitas realizadas por enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem foram mencionadas como dirigidas aos indivíduos.

A visita domiciliar é prática antiga no campo da saúde pública. No PSF tem como elemento novo o foco na família, isto é, a visita domiciliar está a serviço da família, entretanto a pesquisa mostrou que no cotidiano dos membros da ESF esta prática pouco avançou, isto é, a visita domiciliar constitui-se no PSF uma atividade direcionada aos indivíduos com limitações físicas para chegar até a UBSF, sejam inscritos nos programas do MS ou não.

Na UBSF, a abordagem da família no atendimento individual mostrou-se presente quando investigadas as doenças de natureza familiar ligadas a fatores genéticos, hereditários e de predisposição familiar. No entanto, estas relações foram estabelecidas somente no momento do diagnóstico, não se observando seus desmembramentos, sua evolução. Os registros nas fichas AMS também indicaram ausência de interlocução das relações familiares.

A menção aos demais membros da família durante o atendimento individual mostrou-se na fala de enfermeiros e médicos como um procedimento realizado, porém assumido como descontínuo, sugerindo mais uma estratégia de construção de vínculo do que uma atenção à família. A identificação de crise familiar por sintomatologia apresentada pelos membros da família durante a consulta foi mencionada como uma situação recorrente, havendo casos em que o profissional intervém sobre a família no sentido de restabelecer a saúde de seu membro. A saúde familiar, porém esteve ausente da perspectiva dos profissionais.

No conjunto das práticas de atenção à família figurou a reunião com a família, situação mencionada como vivenciada apenas pelos ACS. Nela os ACS lograram êxito

ao conduzir pacificamente a resolução de conflitos familiares, chegando a bom termo. A reunião com a família mostrou ser estratégia importante para solução dos conflitos familiares e permitiu à família vivenciar sua capacidade de superar crises.

A intermediação entre a família e as redes de apoio social deu-se em situação de conflito familiar com repercussões para o espaço extrafamiliar. Como sistema aberto a família pode vivenciar a interferência do contexto em que se situa, assim como pode interferir neste contexto. A terapia comunitária esteve presente como uma prática recente no cotidiano dos profissionais e em sua avaliação pouco valorizada pela coordenação do DS. A Terapia Comunitária não é um espaço específico de abordagem familiar, mas pode contribuir para solução de conflitos do indivíduo com repercussões no contexto familiar.

As ações educativas emergiram como práticas dirigidas às famílias ainda que estas tenham sido direcionadas aos grupos de pacientes inscritos nos programas de saúde do MS. Quando realizadas, as ações educativas tiveram como foco o indivíduo mesmo aquelas realizadas no domicílio com a presença dos demais integrantes da família. A consideração das práticas educativas para as famílias foi reputada de difícil realização pelo julgamento de que dada a situação econômica das famílias elas não teriam as condições necessárias para colocar em prática as orientações transmitidas. As ações educativas foram referidas também como de baixa adesão uma vez que existe pouco interesse dos 'pacientes' em participar, só acontecendo quando é uma condição compulsória para o recebimento de medicação ou contraceptivos, pelos inscritos nos programas de hipertensão, diabetes e planejamento familiar, respectivamente.

A participação da família no cuidado dos seus membros mostrou a família como um apoio, ainda que tenham sido referidos alguns casos da ausência da família nos quais a ESF teve que intervir, ora persuadindo ora pressionando a família para este cuidado. A ESF também referiu atuar estimulando a família à prática do cuidado e nas iniciativas do DS para capacitar a família como cuidadora. Neste cenário, a família também emergiu como produtora de doenças em seus membros, pelos conflitos familiares de longa duração e pela baixa capacidade de resolução destes conflitos. Isto sugere em curto prazo a necessidade de capacitação da ESF para realizar reuniões com a família, e em longo prazo a inclusão do terapeuta familiar no NASF. A participação da família também se mostrou na assunção dos cuidados de seus membros, ainda que a ESF estivesse ausente da orientação e da atenção para o cuidado.

Ter a família como o centro da atenção exige *pensar em termos de família*, se deslocando de uma prática incipiente (generalista) para uma prática avançada de família. Isto pressupõe: estar livre de visões preconceituosas sobre os distintos arranjos e dinâmicas familiares, pensar nas mudanças que a família vai passar ao longo de seu ciclo vital e que estas mudanças repercutem no universo familiar, que a família é um todo interligado, que a mudança em um membro atinge a família como um todo, mas que também a família é capaz de se autoprotoger e autoperseguir-se.

Ainda que os profissionais tenham argumentado que conheciam as famílias de sua área adscrita pela convivência, eles assumiram que o conhecimento era sobre aquelas que mais procuravam a UBSF, o não necessariamente corresponde às famílias em situação de vulnerabilidade; deixando, assim, de atender famílias que dada sua condição requeriam uma atenção singular em consonância com os propósitos ditados pelo Programa: fortalecer a família e ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades.

Outro aspecto que envolve o cuidado com seus membros é a intenção do Programa em ter a família como parceira do serviço de saúde no cuidado com seus integrantes, dispondo-se para tanto em capacitá-la para este cuidado. O discurso ministerial indica que esta proposta visa contribuir para a construção da autonomia da família tornando-a mais independente dos serviços de saúde, capaz de fazer suas próprias escolhas. Entretanto, o discurso pode esconder a retirada do Estado da responsabilidade sobre os seus cidadãos, delegando para a família uma tarefa que seria sua na intenção de reduzir os gastos com saúde. A análise dos dados coletados mostrou que na prática esta parceria é invisível. Não foram observados e nem houve referência a ações desenvolvidas pelos profissionais das ESF que capacitem a família para uma prática visando à construção de sua autonomia.

A participação da família no cuidado com seus membros foi tida pelos profissionais das ESF como algo bastante variável. Algumas famílias assumiam este cuidado a despeito das dificuldades com que se deparavam, outras não assumiam delegando para um de seus membros ou para os profissionais das UBSF, e outras não assumindo por completo. Em algumas situações, os profissionais referiram que precisaram agir com mais energia denunciando o abandono, principalmente de idosos, aos órgãos competentes. A capacitação dos familiares para o cuidado realizada pelos DS ainda não foi capaz de fazer frente à necessidade de qualificação dos cuidadores, seja

pelo número insuficiente de vagas disponibilizadas, seja pela inadequação das estratégias adotadas.

No que se refere à atuação das ESF junto às famílias de pacientes dependentes, observa-se a necessidade de uma ação mais efetiva por parte das equipes, pois foram identificadas situações em que a família necessitava de orientação para o cuidado de seus integrantes e as ESF estavam alheias a esta realidade. Quando se pensa em estratégias que contribuam para a construção da cidadania, também prevista nos documentos oficiais, observa-se uma lacuna na prática dos profissionais com pouco conhecimento sobre as relações externas da família, das redes sociais disponíveis e de seu próprio papel como uma rede social. Embora não seja objeto deste estudo, porém mais para clarificar a atuação política das ESF, evidencia-se que mesmo tendo sido previsto em documentos oficiais nenhum conselho local de saúde foi criado com a contribuição das ESF e/ou coordenação dos DS. Foram poucas as referências de experiências das ESF na criação de espaços que possibilitem um trabalho com famílias na perspectiva do empoderamento com vistas ao exercício da cidadania.

A análise de documentos oficiais no item atribuições dos membros da ESF mostrou que esta parceria para a capacitação para o cuidado tem sido indicada em situações pontuais como é o caso do idoso e para a mobilização política no controle da obesidade. Deste modo, a parceria com as famílias que o Programa almeja é objeto ainda a ser construído.

A análise da concepção das famílias sobre a família como foco da atenção na prática dos profissionais indicou ser ainda objeto alheio às famílias. Neste sentido, a utilização de ferramentas como o genograma, o APGAR e o ecomapa poderão contribuir para a compreensão e incorporação da família como o centro da atenção ao resgatar a história e as relações familiares. Para os profissionais estes instrumentos também são importantes na medida em que os auxiliam no conhecimento das famílias.

A descrição das práticas dos profissionais dirigidas às famílias aponta para uma prática elementar de abordagem familiar em oposição a uma prática avançada de assistir a família. As falas mostram que as ações se dão sem pensar família, isto é, a incorporação da família na prática dos profissionais é incipiente. Embora o Programa indique a família e a comunidade como foco da atenção, a família é tomada com pouca diferença da forma como era vista quando o modelo assistencial apontava para o indivíduo como foco.

A análise da capacitação dos profissionais indicou que ainda que tenha havido referência da abordagem à família como um dos objetivos da capacitação dos profissionais, as ementas, os objetivos, os conteúdos, a carga horária e as bibliografias apresentadas nos programas, tanto do Treinamento Introdutório em Saúde da Família como do Curso de Especialização em Saúde da Família, demonstram que outros temas ocuparam com maior visibilidade e profundidade o lugar da família na qualificação dos profissionais. Deste modo, da condição de protagonista a família passou a ter um papel secundário na Estratégia, sendo sua abordagem menos expressiva que outros temas já incorporados na formação e na prática dos profissionais. A carga horária exígua tanto no Treinamento Introdutório como na Especialização com prejuízo dos conteúdos impossibilitaram um aprofundamento sobre o tema família.

É sabido que os profissionais das ESF vieram de uma formação acadêmica com lacunas de conteúdos sobre abordagem familiar. Neste caso, a educação permanente destes profissionais deve ser encarada como um projeto inadiável e antecedente às demais ações, sob pena de inviabilizar as mudanças desejadas em sua prática profissional e conseqüentemente na conversão do modelo assistencial vigente. A pouca ênfase dos documentos do MS na orientação sobre teorias a respeito de família e na definição de uma metodologia para assistir as famílias, auxiliada pelo uso de ferramentas, contribuiu em certa medida para que o foco na família se perdesse ao longo do caminho. Desta forma, pode-se dizer que a abordagem da família na formação dos profissionais deu-se de forma fragmentada, superficial e assistemática, tornando difícil sua interlocução com o campo da saúde e com a proposta da política de saúde que a elegeu como o foco da atenção. Dito de outra forma, a análise dos processos de capacitação em saúde da família permite afirmar sua insuficiência para aquisição das competências e habilidades requeridas dos profissionais das ESF no cuidado com as famílias.

Os profissionais consideraram como fatores limitantes a uma prática com famílias os aspectos relacionados à abordagem familiar bem como aspectos relacionados à própria estrutura do Programa. Consideraram que a mobilidade das famílias no território e a recusa à quebra da privacidade pela interferência no núcleo familiar são fatores que interferem em uma maior aproximação com as famílias a fim de possibilitar uma boa atenção. As precárias condições de trabalho, pela estrutura física da UBSF, desconfortável e insalubre, a ênfase no alcance das metas, a

desproporcionalidade entre área de abrangência tanto em termos populacionais quanto em expansão territorial depõem contra a abordagem familiar em sua prática cotidiana.

Mas, os profissionais apontaram também para os fatores que facilitam seu trabalho. A proximidade com as famílias, a natureza do trabalho preventivo, o preparo e o perfil do profissional e sua identificação com o trabalho são condições que contribuem para uma prática com famílias.

O conjunto de fatores apontado pelos profissionais das ESF como limitantes para que a família seja o foco da atenção e a observação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais das ESF tangem de forma bastante significativa duas ordens de questão: a integralidade da atenção e o processo de trabalho das ESF. Ainda que estes dois aspectos fujam ao escopo desta tese, há que se considerar sua pertinência aos achados da pesquisa.

Os fatores limitantes apontados pelos profissionais tanto estão referidos as suas próprias limitações quanto às limitações do serviço em assistir integralmente as famílias. A dificuldade em intervir em conflitos latentes, a imobilidade diante do que consideram como ‘falência’ do grupo familiar, a ausência de outras categorias profissionais com formação específica para intervir e o excesso de demanda do território em relação ao número das ESF são situações emblemáticas de uma atenção fragmentada de alcance parcial, tanto sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, quanto das famílias. A integralidade em contraposição à compartimentalização, descontextualização e fragmentação é tida como um dos pilares da Estratégia, como uma das características do novo modelo. Entretanto, essa integralidade ainda não foi incorporada nem pelos profissionais que mantêm uma prática elementar centrada mais no que já faziam, embora o novo modelo advogue por uma nova prática, nem pela Estratégia que, embora assumindo a família como cuidado, ainda precisa investir na qualificação e quantificação de profissionais.

A segunda questão, com a mesma ordem de importância, é o processo de trabalho. O trabalho em equipe é também tido na Estratégia como um de seus princípios que prevê uma nova relação entre os profissionais, horizontalizada e consensuada. Em termos práticos, os profissionais deveriam se reunir e planejar em conjunto as ações a serem direcionadas às famílias, socializando as informações e trabalhando de forma interdisciplinar, o que não foi presenciado durante o período de observação. A forma como o trabalho se desenvolve em pouco difere do modelo médico-assistencial e

mesmo as visitas domiciliares mantêm a lógica deste modelo. O tema da necessidade de profissionais de outras áreas para lidar com as necessidades de saúde das famílias já referido na integralidade volta à tona, uma vez que repercute no processo de trabalho. A ausência de uma assessoria e/ou intervenção de profissional qualificado em situações específicas dificulta e/ou retarda o trabalho das ESF, gera procedimentos fundamentados no senso comum e expõe a ESF a situações de estresse.

À guisa de conclusão, a proposta do MS para a reorientação do modelo assistencial elegeu a Atenção Primária em Saúde, denominada no Brasil de Atenção Básica, como reorganizadora do sistema de saúde, respaldadas nas evidências internacionais sobre a supremacia dos sistemas de saúde orientados pela APS em relação aos países que não a adotam. Neste processo o modelo com foco na família foi eleito como aquele a ser seguido, apoiado no sucesso de experiências internacionais focadas na família, assumindo-se suas potencialidades. Uma segunda justificativa, mas não menos importante é o reconhecimento da falência do atual modelo de atenção que fragmenta o indivíduo tanto do ponto de vista biológico quanto social.

No campo específico da APS, as pesquisas indicam que os modelos de APS que têm a família como foco da atenção têm maior êxito sobre os demais. Neste sentido, a proposta de adoção da APS centrada na família e na comunidade no sistema de saúde brasileiro constitui-se numa estratégia de conversão do modelo assistencial em vigor que possibilite reorientar o sistema de saúde e reorganizar a atenção básica.

A tese buscou examinar a centralidade na família no PSF de Manaus. Os achados da pesquisa indicam que a atenção à saúde ainda é hegemonicamente centrada nos indivíduos inseridos em programas de saúde do MS por ciclo de vida, com agravo prevalente, e/ou com limitações físicas que os impeçam de chegar até a UBSF. O foco na família pouco avançou de uma prática incipiente (generalista) com família, presente nos serviços e cotidiano dos profissionais, para uma prática avançada requerida pelo reconhecimento da família como uma unidade de cuidados e uma unidade prestadora de cuidados.

A análise do atributo derivativo da Atenção Primária em Saúde “centralidade na família” na Estratégia de Saúde da Família, objetivo desta tese, articulou distintas fontes de dados e sujeitos da pesquisa, diferentes técnicas e instrumentos de coleta de dados na intenção de estabelecer um diálogo entre si para retomar a tese formulada e responder as questões norteadoras. A realização dos grupos focais além de ter-se constituído em

espaço de troca de experiências do cotidiano dos profissionais nos quais todos se mostraram enriquecidos, corroborando com o contido na literatura sobre as vantagens da técnica, permitiu conhecer por meio das falas como as ESF compreendem e como procedem no seu dia-a-dia no cuidado com as famílias. Isto contribuiu com a entrada em campo para a observação nas UBSF, ao mesmo tempo em que no decorrer do trabalho de campo, fertilizou as discussões mediadas pela análise dos documentos oficiais. Este movimento não se seguiu de forma linear, ele procedeu-se de modo circular e num movimento de várias mãos, num crescente de informações advindas de todos os espaços: grupos focais, entrevistas, análise de documentos e observação. Deste modo, os dados foram sendo clarificados, potencializados e aprofundados na intenção de dar respostas ao objeto da pesquisa.

A triangulação dos discursos dos sujeitos, das fontes de dados, das técnicas e dos instrumentos de coleta de dados permitiu cercar o objeto da pesquisa – centralidade da família no PSF de Manaus – sob diferentes ângulos, tornando possível ao final retomar a tese que investiga a centralidade na família no PSF de Manaus e responder as perguntas de pesquisa de que a família ainda é uma instituição pouco conhecida pelos profissionais das ESF quando se considera como necessário conhecer não só sua composição, mas também sua história, estrutura familiar, dinâmica interna e externa, suas potencialidades e fragilidades. O estado atual de conhecimento dos profissionais sobre a família não subsidia sua prática em tê-la como foco da atenção.

A análise da segunda pergunta de pesquisa sobre abordagem da família na capacitação dos profissionais mostrou que os processos de capacitação – introdutórios e cursos de especialização em saúde da família – estão longe de capacitar os profissionais para uma prática cujo foco seja a família. Os temas abordados na capacitação reproduzem os processos voltados para o modelo curativo individual com abordagem mínima sobre a temática da família, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. A educação permanente dos profissionais das ESF reforça os procedimentos técnicos voltados para as ações programáticas e agravos prevalentes focados no indivíduo. As reuniões mensais dos Distritos Sanitários destinam-se ao repasse de informações em sua maioria administrativas. Tal situação constitui-se em um dos fatores impeditivos para promover a ruptura com o modelo atual e construir uma nova prática. As competências e habilidades requeridas dos profissionais das ESF para uma prática avançada com famílias advêm de campos de conhecimentos distintos, ausentes

de sua formação acadêmica e, como constatado, insuficientes nos processos de educação permanente.

E por fim, a análise dos fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar no PSF de Manaus mostrou que os fatores limitantes tanto estão referidos aos profissionais das ESF que lidam diariamente com as famílias quanto às instâncias superiores num crescente de Distritos Sanitários, coordenação da AB municipal, estadual e federal, uma vez que existem hierarquia e atribuições definidas destes três níveis para que a AB se desenvolva. Dito de outra forma, o sucesso ou insucesso da assunção da família como foco da atenção não depende apenas das ESF, mas da articulação dos diversos níveis nesta perspectiva.

As respostas às questões norteadoras oriundas da análise dos dados permitiram concluir que a família não é o foco da atenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família em Manaus, ocupando, de modo hegemônico, seu lugar o indivíduo inscrito nos programas do MS e/ou aqueles com algum tipo de dependência física. O conhecimento sobre família na Estratégia Saúde da Família de Manaus mostrou-se incipiente resultando numa prática também incipiente. A assunção da família como foco da atenção na Estratégia Saúde da Família ainda está bastante limitada mesmo nos documentos oficiais precisando ganhar vida, isto é, sair do papel para tornar-se uma prática efetiva.

Este estudo permitiu avançar e possibilitou evidenciar os seguintes aspectos: fica patente que a atenção à família se traduz no conhecimento que o serviço deve ter sobre a família e sobre os problemas de saúde de seus membros, que o conhecimento sobre a família implica a utilização de uma teoria para que se possa compreendê-la em seus múltiplos aspectos e intervir guiados segundo os pressupostos teóricos eleitos e, que esta atitude deve ser comum a todos os integrantes da ESF, constituindo-se mais numa postura interdisciplinar que multidisciplinar.

A prática avançada de família exige dos profissionais das ESF competências e habilidades situadas em outros campos de conhecimento requerendo um processo de capacitação à altura, inclusão nas ESF de outras categorias profissionais, mudanças no processo de trabalho que contemplem uma nova concepção de trabalho em equipe e o distanciamento do foco sobre o indivíduo fragmentado e descontextualizado para a aproximação do foco sobre a família. A tese mostrou, sobretudo, que tomar a família como o centro da atenção requer um esforço não somente das ESF, mas também são

necessárias iniciativas de gestores dos três níveis de governo, imbuídos em fazer do PSF uma estratégia realmente de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- Ayres JRJM, França Junior I, Calazans JG, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
- Alves AR, Jorge MSB, Barbosa JC, Costa LH, Araújo TL. Saúde e Doença: uma abordagem sócio-cultural. In Silva YF, Franco MC, organizadoras. Saúde e Doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro; 1996. p. 56-74.
- Alves J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. Cadernos de Pesquisa 1991; 77:53-61.
- Aleixo JLM. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. Revista Mineira de Saúde Pública 2002; 1:1-16.
- Amazonas MCLA, Damasceno PR, Terto LMS, Silva RR. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. Psicologia em Estudo 2003; 8:11-20.
- Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. Família Saúde Desenvolvimento. 1999; 1:7-14.
- Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília; 2001. p. 14-22.
- Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006.
- Áries P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: LTC Editora AS; 1978.
- Barreto AP. Terapia comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.
- Berthoud CME. Conversando sobre o método. In: Cervený CMO. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p. 137-147.
- Bilac ED. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares. In: Ribeiro I, Ribeiro ACT. Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola; 1995. p. 43-60.
- Brasil. Constituição da República Federativa. Capítulo 7, Art. 226-230. Brasília 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Brasil. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 1. Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da

Família. Caderno 2. Treinamento Introdutório. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 3. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde; 2000c.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 4. Atenção à saúde do idoso. Instabilidade postural e queda. Brasília: Ministério da Saúde; 2000d.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 5. Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 7. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México = Health Promotion: Declaration of Alma-Ata, Ottawa Charter, Adelaide Recommendation, Sundsvall Statement, Declaration of Santafé de Bogotá, The Jacarta Declaration, Mega Country Network and México Statement/ Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2001d.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS/2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001e.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 6. Manual Técnico para o controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 9. Dermatologia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 10. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002c.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 11. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002d.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 8. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002e.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária – Seminário do CONASS para construção de Consensos. Brasília: CONASS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 12. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica- Programa de Saúde da Família. Caderno 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 14. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cérebro vascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno nº 16. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006e.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 18. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2006f.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006g.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 20. Carências de micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde; 2006h.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.527/GM, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006i

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2006j.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 21. Vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno 17. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154/GM, de 24 de janeiro de 2008- Dispõe sobre a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde; 2008c.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da família. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 03/novembro de 2009).

Brodersen G, Rodrigues IF, Delazere JC. As interfaces do olhar sobre família. Família Saúde Desenvolvimento 2005; 7:69-74.

Bruschini C. Uma abordagem sociológica da família. Revista Brasileira de Estudos Populacionais 1989; 6:1-23.

Bruschini C, Ridente S. Família, casa e trabalho. Cadernos de Pesquisa 1994; 88:30-36.

Burd M, Baptista C. Anamnese da família: genograma e linha de tempo. In Burd M, Mello Filho J, organizadores. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 93-110.

Campos MRM, Matta GC. A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e

- a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 107-150.
- Carballo M. Necessidades de adaptação. A saúde do mundo. Revista da Organização Mundial de Saúde 1975; agosto/setembro: 34-37.
- Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2000. p. 93-108.
- Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2003. p.15-22.
- Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment”no projeto de promoção à saúde. Cadernos de Saúde Publica 2004; 20:1088-95.
- Carvalho MCB. Famílias e políticas públicas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizador. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais; 2005. p.267-74.
- Cerveney CMO, Berthoud CME. Visitando a família ao longo do ciclo vital. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
- CMS. Resolução nº 006. Aprova a implantação do Programa de Saúde da Família e o Programa de Carências Nutricionais. Conselho Municipal de Saúde de Manaus 1998; 29 de abril.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1999.
- CNS. Resolução 196. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde 1996; 10 de outubro.
- Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.51-66.
- Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM, Marins RS. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
- Deslandes SF. A construção do projeto de pesquisa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.31-50.
- Dessen MAC, Biasoli-Alves ZMM. O estudo da família como base para a promoção da tolerância. In: Biasoli-Alves ZMM, Fischmann R. Crianças e adolescentes, construindo uma cultura da tolerância. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001. p.184-193.
- Dessen MA, Lewis C. Como estudar a "família "e o "pai"? Paidéia 1998; 8:105-121.
- Draibe SM. Por um reforço da proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: S.M. Kaloustian, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2005. p.109-30.
- Duarte LFD Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In Ribeiro I, Ribeiro ACT. Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola; 1995. p.27-41.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11:633-41.

- Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen I, Penna CMM, Althoff CR, Bub LIR, Patrício ZM. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. p.61-77.
- Elsen I, Althoff CR, Manfrini GC. Saúde da família: desafios teóricos. *Família Saúde e Desenvolvimento* 2001; 3: 89-97.
- Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos: relatório final de Manaus (AM). Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.
- Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21: 164-76.
- Ferrari M, Kaloustian SM. Introdução: a importância da família. In: Kaloustian SM. *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2005. p.11-15.
- Ferreira ABH. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- Felisbino, JE; Ribeiro IM. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2000; 53 Número Especial 139-142.
- Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Brasil: Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário 1997; 114-120.
- Flick UWE. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14:50-59.
- Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p.79-98.
- Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 55-124.
- Gaíva MAM. A família como unidade do cuidado de enfermagem na atenção à saúde da criança. In: Gaíva MAM, Mandú ENT. *Saúde da criança e do adolescente contribuições para o trabalho de enfermeiros(as)*. Cuiabá: EdUFMT; 2006. p.61-80.
- Galera SAF, Luis MAV. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2002; 36:141-147.
- Garcia JC. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed; 1993. p. 95-132.
- Genofre RM, Família: uma leitura jurídica. In: Carvalho MCB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez; 2003. p.97-104.
- Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22:1171-81.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22:951-63.

Gomes MMF, Gaíva MAM, Oliveira RD. Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família. *Família Saúde e Desenvolvimento* 2002; 4:60-67.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005; p.185-223.

Gomes Szymanski H. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano*. 1994; 4:34-39.

Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007; 9:79-92. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm> (acessado em 05/Jan/2010).

Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000fd.asp?o=9&=P (acessado em 26/03/2010).

Iwamoto, HH; Tavares DMS; Mendes, IJM. Curso introdutório para as equipes básicas do programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2000; 53 Número Especial 81-85.

Lima JCM, Moraes GLA, Augusto Filho RS. O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2008; 4:129-134.

Ludke M, André MED. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária; 1986.

Macedo RM. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? *Cadernos de Pesquisa*. 1994; 91:62-68.

Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate* 2003; 27:243-56.

Manaus. Lei Municipal nº 470. Reestrutura a administração do Poder Executivo Municipal, extingue e transforma órgãos e entidades e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Manaus 1999; 21 de janeiro.

Manaus Lei Municipal nº 531. Renomina para “Programa Médico da Família”, o Programa de Saúde da Família, referido na Lei nº 470, de 21 de janeiro de 1999, e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Manaus 2000; 03 de maio.

Manaus. Lei Municipal n. 590 Reestrutura a administração do Poder Executivo Municipal e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Manaus 2001; 13 de março.

Manciaux M. A saúde da família. A saúde do mundo. *Revista da Organização Mundial de Saúde* 1975; agosto/setembro:4-9.

Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar.... A necessidade de enxergar a família. *Família Saúde e Desenvolvimento* 1999; 1:21-26.

- Marconi MA. Instituição família e parentesco. In Lakatos EM, Marconi MA. Sociologia Geral. São Paulo: Atlas; 1996.
- Marconi MA; Presotto ZMN. Família e sistema de parentesco. In Marconi MA; Presotto ZMN, organizadores. Antropologia: uma introdução. São Paulo: Atlas; 2005. p. 91-118.
- Marsiglia RMG. Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). In: Acosta AR, Vitale MAF. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez. Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP; 2005. p 169-173.
- Mcwhinney IA, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Medeiros M, Osório RG. Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998. Brasília. IPEA; 2002. p. 1-22.
- Mello SL. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: Carvalho MCB organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2003. p. 51-60.
- Mello DF, Vieira CS, Simpionato, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano 2005; 15:78-88.
- Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora; 2006.
- Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Mendonça MHM, Hurtado AFG, Rocha ESC, Galvão GG, Vieira JMR, Brandão LC et al. Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente III do Proesf - Lote Norte 1. Relatório final de Manaus (AM). Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.
- Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Revista de Saúde Pública 1991; 25:233-38.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou. Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública 1993; 9:239-262.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco; 1996.
- Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.
- Minayo MCS, Introdução: Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 19-51.
- Moraes MTF. Percepção do contexto familiar e atuação do médico do programa saúde

da família (PSF) no encontro clínico [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2003.

Nascimento LC. Crianças com câncer: a vida das famílias em constante reconstrução [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: EE/EERP/USP; 2003.

Neder G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: Kaloustian SM. Família brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez; 2005. p. 26-45.

Stamm M, Miotto RCT. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Ciência e saúde* 2003; 2:161-168.

Nogueira MJC. Assistência de enfermagem à família. *Enfermagem em Novas Dimensões* 1977; 3:327-46.

Nogueira MJC, Fonseca RMGS. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 1977; 11:28-50.

Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde – (Silos). Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo. Prohasa-Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. 1990.

Nunes MC, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18:1639-1646.

Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2007; 41:65-72.

Organização Panamericana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/OMS, agosto 2005, mimeo.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 473-87.

Patrício MZ. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: Elsen I, Penna CMM, Altholff CR, Bub LIR, Patrício ZM. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. p 93-119.

Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS; 1997. p. 121-128.

Pinheiro MHC, Biasoli-Alves ZMM. A família como base. In: Weber L. Família e desenvolvimento: visões interdisciplinares. Curitiba: Juruá; 2008. p. 21-36.

Prado D. O que é família. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Queiróz VM, Egry EY. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. *Revista Brasileira de Enfermagem* 1988; 41:26-32.

Ribeiro EM As várias abordagens da família no cenário do programa /estratégia saúde

- da família (PSF). *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2004; 12:658-64.
- Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20:438-446.
- Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino da graduação. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2002; 10:709-714.
- Rodrigues CRF. Famílias como unidade de cuidados em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: Ohara ECC, Saito RXS. *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari; 2008. p. 77-100.
- Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP / HUCITEC – ABRASCO; 1994.
- Sarti CA. O valor da família para os pobres. In: Ribeiro I, Ribeiro ACT. *Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola; 1995. p.131-150.
- Santos ARA. *O Programa Médico da Família no município de Manaus: paradigma de gestão em saúde pública*. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Schettini SSM, Amazonas MCLA, Dias CMSB. Famílias adotivas: identidade e diferença. *Psicologia em Estudo* 2006; 11:285-293.
- SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. *Proposta de implantação do Programa de Saúde da Família no município de Manaus*: 1998, mimeo.
- SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento. *Plano de Ação. Programa de Saúde da Família (revisado em junho de 1999)*, Manaus: 1999, mimeo.
- SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão de 1997-2000*. Manaus: 2000, mimeo.
- SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. *Estrutura Curricular do Curso Introdutório em Saúde da Família*. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; 2003.
- SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. *Estrutura Curricular do Curso Introdutório em Saúde da Família*. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; 2005.
- SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. *Estrutura Curricular do Curso Introdutório em Saúde da Família*. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; 2007.
- Senna DM, Antunes EH. Abordagem da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). Brasil. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem*. Brasília; 2001. p. 4-6.
- Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Publica* 2002; 18:203-11.
- Silveira MC. *Família conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde*.

Família Saúde e Desenvolvimento 2000; 2:58-64.

Shimizu HE, Dytz JIG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12:713-720.

Smith SD. Family theory and multicultural family studies. In: Ingoldsby BB & Smith SD. *Families in multicultural perspective*. New York :The Guilford Press; 1995. p. 5-35.

Silva LF, Souza LJEX, Freitas MC, Queiroz MVO, Guedes MVC. Famílias e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde-doença. In: Silva YF, Franco MC organizadoras. *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Ed. Papa-Livro; 1996. p. 75-96

Silva MRS, Lunardi VL. A concepção de família como unidade complexa. *Família Saúde e Desenvolvimento* 2006; 8:64-72.

Silveira ML. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. *Família Saúde e Desenvolvimento* 2000; 2:58-64.

Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho MCB. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez; 2005. p. 29-38.

Soares LT. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2000; 53 Número Especial 53:17-24.

Souza HM. et al. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 133-55.

Souza, HM. Programa de Saúde da família: entrevista. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2000; 53 Número Especial:7-16.

Souza AIJ, Altholf CR, Ribeiro EM, Elsen I. Construindo movimentos para o fortalecimento da família. *Família Saúde e Desenvolvimento* 2006; 8:265-272.

Souza MPL, Garnelo L. É muito difícil! Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na Atenção Básica em Manaus. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 Suppl 1: 591-599.

Starfield B. O desafio de atender às necessidades de saúde através de atenção primária. La Plata, Argentina, março 1998 mimeo.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

Starfield B. Is primary-care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-33.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem*. Brasília; 2001: p. 43-46.

Teixeira CF. Saúde da família. Promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2003/2004; 7:10-23.

- Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Pública 1998; 14:429-35.
- Triviños ANS. Entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de informações. In: Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 1987. p. 145-52.
- UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Relatório do Curso de Especialização em Saúde da Família. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2001.
- UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Relatório do Curso de Especialização em Saúde da Família. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2002.
- UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Relatório do Curso de Especialização em Saúde da Família. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2004.
- UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Relatório do Curso de Especialização em Saúde da Família. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2005.
- UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Relatório do Curso de Especialização em Saúde da Família. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2007.
- Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Revista de Atenção Primária à Saúde – APS 2000; 2:20-28.
- Viana ALD & Dal Poz MR. Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; Informe Final. Physis; Revista de Saúde Coletiva 1998; 166:1-35.
- Vuori H. A qualidade em saúde. Divulgação em Saúde para Debate 1991; 3:17-25.
- Wagner HL, Wagner ABP, Taalbot Y, Oliveira E. Trabalhando com famílias em saúde da família. Revista de Atenção Primária à Saúde – APS 2001; 3:10-14.
- Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de La oficina Sanitaria Panamericana 1996; 120:472-82.
- Wright, ML; Leahey, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca; 2002.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de debate para grupo focal os profissionais das ESF: Enfermeiros e médicos

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR

Tema Gerador: Como a família é assistida por vocês no PSF?

Como é prestada a assistência à família pelo PSF?

A) Percepção sobre família

O que vocês entendem por família?

Como são constituídas as famílias da área de vocês? (tipos de família)

B) Conhecimentos das famílias e do meio em que vivem

Vocês conhecem as famílias sob seus cuidados?

No atendimento vocês estabelecem relações entre o motivo do comparecimento à USF e as condições do meio onde a família vive?

Existem redes sociais (mãe social, e outras organizações) de apoio às famílias nas áreas em que moram? Quais?

Como se dão as relações entre as ESF e as redes de apoio social no atendimento às famílias?

São anotadas informações no prontuário sobre a dinâmica interna e externa da família?

A ESF se relaciona com outros setores de políticas públicas direcionadas às famílias (bolsa família, condicionantes em saúde)?

C) Práticas de saúde na USF e no domicílio direcionadas às famílias

No dia-a-dia do trabalho no programa vocês realizam assistência à família?

Vocês costumam ler as informações sociodemográficas do cadastro da família antes de uma consulta?

Como vocês prestam assistência à família diante de um caso de hipertensão arterial?

As famílias recebem atenção diferenciada pela situação de risco, vulnerabilidade ou isolamento social quando presentes? Como isto é feito?

Em alguma situação a família já foi reunida pela ESF todos os seus integrantes para discutir um problema?

Vocês realizam visita domiciliar?

Qual o objetivo da visita? Como vocês fazem a visita domiciliar?

Existe na área alguma família mais visitada que outra? Por quê?

D) A saúde das famílias

Durante a consulta vocês costumam perguntar sobre doenças ou problemas de outros membros da família?

São investigados doenças de natureza familiar durante a assistência à família aos indivíduos?

São investigadas dinâmicas familiares que podem afetar a saúde de seus integrantes?

E) Participação das famílias nos cuidados dos familiares

A família é um apoio no cuidado à saúde de seus membros?

Nos atendimentos é sugerido o cuidado pelo familiar de outros membros da família?

Em alguma vez vocês já se comunicaram com os familiares para discutir problemas de saúde de um membro?

São realizados cursos para cuidadores?

F) Capacitação para o atendimento à família

Vocês receberam capacitação específica sobre abordagem familiar?

Em qual curso? Quantas horas?

Qual o conteúdo desta capacitação?

Receberam capacitação específica sobre como abordar os problemas de violência doméstica?

G) Auto-avaliação da ESF sobre as práticas de saúde no contexto familiar

Em que uma abordagem familiar pode contribuir para uma melhor atenção?

Quais as condições concretas que as ESF têm para assistir as famílias sob seus cuidados?

Da maneira como o programa está estruturado em nível local é possível desenvolver ações com foco na família?

Quais as dificuldades para uma melhor abordagem familiar? Qual a principal dificuldade?

O que facilita uma abordagem familiar?

**Apêndice 2 – Roteiro de debate para grupo focal com os profissionais das ESF:
ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem**

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR

Tema Gerador: Como a família é assistida por vocês no PSF?

Como é prestada a assistência à família pelo PSF?

A) Percepção sobre família

O que vocês entendem por família?

Como são constituídas as famílias da área de vocês? (tipos de família)

B) Conhecimentos das famílias e do meio em que vivem

Vocês conhecem as famílias sob seus cuidados?

No atendimento vocês estabelecem relações entre o motivo do comparecimento à USF e as condições do meio onde a família vive?

Existem redes sociais (mãe social, e outras organizações) de apoio às famílias nas áreas em que moram? Quais?

Como se dão as relações entre as ESF e as redes de apoio social no atendimento às famílias?

São anotadas informações no prontuário sobre a dinâmica interna e externa da família?

A ESF se relaciona com outros setores de políticas públicas direcionadas às famílias (bolsa família, condicionantes em saúde)?

C) Práticas de saúde na USF e no domicílio direcionadas às famílias

No dia-a-dia do trabalho no programa vocês realizam assistência à família?

Vocês costumam ler as informações sociodemográficas do cadastro da família antes de uma consulta?

Como vocês prestam assistência à família diante de um caso de hipertensão arterial?

As famílias recebem atenção diferenciada pela situação de risco, vulnerabilidade ou isolamento social quando presentes? Como isto é feito?

Em alguma situação a família já foi reunida pela ESF todos os seus integrantes para discutir um problema?

Vocês realizam visita domiciliar?

Qual o objetivo da visita? Como vocês fazem a visita domiciliar?

Existe na área alguma família mais visitada que outra? Por quê?

D) A saúde das famílias

Durante a consulta vocês costumam perguntar sobre doenças ou problemas de outros membros da família?

São investigados doenças de natureza familiar durante a assistência à família aos indivíduos?

São investigadas dinâmicas familiares que podem afetar a saúde de seus integrantes?

E) Participação das famílias nos cuidados dos familiares

A família é um apoio no cuidado à saúde de seus membros?

Nos atendimentos é sugerido o cuidado pelo familiar de outros membros da família?

Em alguma vez vocês já se comunicaram com os familiares para discutir problemas de saúde de um membro?

São realizados cursos para cuidadores?

F) Capacitação para o atendimento à família

Vocês receberam capacitação específica sobre abordagem familiar?

Em qual curso? Quantas horas?

Qual o conteúdo desta capacitação?

Receberam capacitação específica sobre como abordar os problemas de violência doméstica?

G) Auto-avaliação da ESF sobre as práticas de saúde no contexto familiar

Em que uma abordagem familiar pode contribuir para uma melhor atenção?

Quais as condições concretas que as ESF têm para assistir as famílias sob seus cuidados?

Da maneira como o programa está estruturado em nível local é possível desenvolver ações com foco na família?

Quais as dificuldades para uma melhor abordagem familiar? Qual a principal dificuldade?

O que facilita uma abordagem familiar?

Apêndice 3 – Roteiro de entrevista com as famílias cadastradas

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR

Tema gerador: De zero a dez qual nota vocês dariam para o PSF em relação ao cuidado com a família que vocês fazem parte?

A) Percepção sobre família

O que é família para vocês?

Como está constituída a sua família?

B) Conhecimento da ESF sobre as famílias e do meio em que vivem

A ESF conhece a sua família?

Existe algum dos profissionais da ESF que vocês consideram que conhece melhor sua família? Qual e por quê?

- Vocês acham que o ACS conhece bem sua família?

- Vocês acham que o médico e a enfermeira conhecem bem sua família?

O médico e a enfermeira sabem quais são os problemas mais importantes para sua família?

A ESF ou alguns de seus integrantes sabe no que vocês trabalham? Quem sabe melhor?

A ESF ou alguns de seus integrantes conhece as condições de vida da sua família?

C) Práticas de saúde na USF e no domicílio direcionadas às famílias

Alguma vez já lhes foi perguntado como sua família reagiu ao saber da doença de um de seus membros?

Em alguma situação a família já foi reunida pela ESF com todos os seus

integrantes para discutir um problema?

Sua família já recebeu VD de profissional da ESF (que não o ACS)?

Qual foi o objetivo da visita?

Na VD o profissional da ESF perguntou sobre a saúde de diversos membros da família?

D) A saúde das famílias

Durante a consulta vocês costumam perguntar sobre doenças ou problemas de outros membros da família?

São investigados como os membros da família se relacionam e como isto pode contribuir para a saúde ou a doença de seus integrantes?

E) Participação das famílias nos cuidados dos familiares

Vocês já receberam alguma orientação de cuidado sobre uma doença de um outro membro da família? Quem cuidou?

Apêndice 4 – Roteiro de observação do atendimento na UBSF: Sala de recepção, consultório e prontuários

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR

B) Conhecimento das famílias e do meio em que vivem

Na sala de recepção

O profissional conhece os membros da família pelo nome?

O profissional procura saber sobre a saúde dos demais membros da família?

O profissional faz alguma referência aos outros membros da família? Qual?

O profissional estabelece relações entre o motivo do comparecimento à USF e as condições do meio onde vive a família?

No consultório

O profissional conhece os membros da família pelo nome?

O profissional procura saber sobre a saúde dos demais membros da família?

O profissional faz alguma referência aos outros membros da família? Qual?

O profissional estabelece relações entre o motivo do comparecimento à USF e as condições do meio onde vive a família?

Organização dos prontuários e observação do cuidado do dia

O prontuário está organizado por família?

A ficha A está anexada ao prontuário?

O profissional presta o atendimento de posse do prontuário da família ou apenas da ficha do membro da família a ser assistido?

O profissional faz alguma referência aos outros membros da família? Qual?

O profissional estabelece relações entre o motivo do comparecimento à USF e as condições do meio onde vive a família?

Existem informações sobre a dinâmica interna e externa da família assim como quanto ao grau de satisfação de seus membros? Se sim, estas informações são atualizadas com que frequência?

Existem informações que caracterizem a assistência à família? Quais?

C) Práticas de saúde na USF direcionadas às famílias

O profissional consulta o prontuário da família ao realizar o atendimento?

A ESF prioriza em sua agenda as famílias mais vulneráveis?

A UBSF desenvolve alguma programação com as famílias de sua área de abrangência? Qual?

Quando presentes, os demais integrantes da família são assistidos durante a consulta destinada a um de seus membros em particular?

D) A saúde das famílias

O profissional procura saber sobre a saúde dos demais membros da família?

São investigados doenças de natureza familiar durante a assistência à família aos indivíduos?

São investigadas dinâmicas familiares que podem afetar a saúde de seus integrantes?

E) Participação das famílias no cuidado à família

O profissional estimula a família a cuidar da saúde de seus integrantes? Qual é o membro da família mais estimulado?

O profissional faz menção à família como um apoio no cuidado da saúde de seus membros? (sobre quem recai mais estas atividades)?

Apêndice 5 – Roteiro de observação no domicílio durante a visita domiciliar

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR

Conhecimentos das famílias e do meio em que vivem

O profissional conhece os membros da família pelo nome?

O profissional faz referência aos outros membros da família que não aquele que motivou a visita?

O profissional estabelece relações entre o motivo da visita e as condições do meio onde vive a família?

O profissional estabelece relações entre o motivo da visita e o contexto (biológico, socioeconômico, cultural, político, ambiental e étnico) da família?

C) Práticas de saúde direcionadas às famílias

O profissional consulta o prontuário da família ao planejar a visita?

O profissional prioriza em sua agenda as famílias mais vulneráveis?

D) A saúde das famílias

O profissional procura saber sobre a saúde dos demais membros da família

Os demais integrantes da família são assistidos durante a visita destinada a um de seus membros em particular?

São investigadas dinâmicas familiares que podem afetar a saúde de seus integrantes

E) Participação das famílias no cuidado à família

O profissional estimula a família a cuidar da saúde de seus integrantes? Qual é o membro da família mais estimulado?

**Apêndice 6 – Roteiro de entrevista com os coordenadores do Treinamento
Introdutório e Especialização em Saúde da Família**

Doutorado em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR

Tema gerador: Como a família é abordada na capacitação dos profissionais?

Local e data da entrevista

Dados de identificação

Nome

Cargo/função

Telefone

e-mail

Sexo

Idade

Formação na graduação

Cursos de pós-graduação (realizados à época ou durante o exercício da função)

Experiência em Atenção Básica

Experiência no ensino

Você foi coordenador do Curso em qual período?

Como o curso foi estruturado?

O curso segue as orientações do MS? Houve modificações na estrutura do Curso durante o período em que você foi coordenador? Quais?

A abordagem à família constitui-se em um dos objetivos do curso?

Em quais conteúdos do curso a família é mencionada?

Como a família é mencionada?

São apresentadas metodologias para assistir as famílias? Se sim, quais?

Quais práticas relacionadas às famílias são contempladas no curso?

Há competências definidas relacionadas a abordagem familiar?

Apêndice 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Entrevista com as famílias cadastradas**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

Vocês estão sendo convidados (a) para participar da pesquisa ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR: análise do atributo “centralidade na família”, no PSF de Manaus – AM. Sua família foi selecionada (a) por estar inscrita (a) em uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF há mais de dois anos e pelo fato de um de seus membros ter recebido assistência há menos de quinze dias, por algum integrante da Equipe de Saúde da Família – ESF. Sua participação não é obrigatória, portanto a qualquer momento vocês podem desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa de vocês não trará nenhum prejuízo em relação aos cuidados que lhes são prestados pela USF, assim como por qualquer outro serviço de saúde.

A pesquisa que será base para tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), tem como objetivo geral analisar a atenção à família no Programa de Saúde da Família. Os objetivos específicos são: Analisar como a família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família; analisar as concepções de família dos profissionais de saúde que atuam no PSF em Manaus, e das famílias cadastradas; conhecer a percepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF em Manaus; examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de atenção à saúde no PSF em Manaus; identificar como a família é abordada nos Treinamentos Introdutórios e nos Cursos de Especialização em Saúde da Família em Manaus; analisar fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar no PSF de Manaus.

A participação de vocês nesta pesquisa consistirá numa conversa sobre como é prestado o cuidado à família pelo PSF. Isto se dará por meio de uma técnica de pesquisa denominada de entrevista. Este procedimento não envolve riscos diretos. Caso vocês concordem esta conversa será gravada, ficando o registro guardados sob minha responsabilidade por um período de cinco anos, após este prazo serão destruídos. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo

sobre a participação de vocês. Os dados não serão divulgados de forma a não permitir a identificação de vocês, eles serão codificados e isto garantirá o anonimato e assegurará a privacidade.

Os benefícios relacionados com a vossa participação são contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e com o aperfeiçoamento do PSF de Manaus. Como pesquisadora meu compromisso é o de apresentar os resultados da pesquisa para a SEMSA, para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus na expectativa de contribuir com o Programa em sua proposta de base: “ *ter a família como foco da atenção*”.

Vocês receberam uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da entrevistadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ligia Giovanella
Pesquisadora Titular
Escola Nacional de Saúde Pública
Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Tel: (0055 21) 3882 9134 / 2270 6937 Fax: 2270 1793
Av Brasil 4036 s. 1001 CEP 21040-361 Rio de Janeiro - RJ – Brasil

Nair Chase da Silva
Escola de Enfermagem de Manaus
Tel: (092) 3622-2554/33055100

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Família/ Sujeito da pesquisa

Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Grupo focal com os profissionais das ESF

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para os profissionais das ESF)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR: análise do atributo “centralidade na família”, no PSF de Manaus – AM. Você foi selecionado (a) por pertencer a uma Equipe de Saúde da Família – ESF do Programa de Saúde da Família de Manaus, e estar na mesma ESF há um ano. Sua participação não é obrigatória, portanto a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum risco ao seu vínculo trabalhista.

A pesquisa que será base para tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), tem como objetivo geral analisar a atenção à família no Programa de Saúde da Família. Os objetivos específicos são: Analisar como a família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família; analisar as concepções de família dos profissionais de saúde que atuam no PSF em Manaus, e das famílias cadastradas; conhecer a percepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF em Manaus; examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de atenção à saúde no PSF em Manaus; identificar como a família é abordada nos Treinamentos Introdutórios e nos Cursos de Especialização em Saúde da Família em Manaus; analisar fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar no PSF de Manaus.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma conversa sobre como é o cuidado à família prestado pelo PSF. Isto se dará por meio de uma técnica de pesquisa denominada de grupo focal. Este procedimento não envolve riscos diretos.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Caso você concorde esta conversa será gravada, ficando os registros guardados sob minha responsabilidade por um período de cinco anos, após

este prazo serão destruídos. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, eles serão codificados e isto garantirá seu anonimato e assegurará a sua privacidade.

Os benefícios relacionados com a sua participação são contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e com o aperfeiçoamento do PSF de Manaus. Como pesquisadora meu compromisso é o de apresentar os resultados da pesquisa para a SEMSA, para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus na expectativa de contribuir com o Programa em sua proposta de base: “ *ter a família como foco da atenção*”.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da coordenadora da reunião, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ligia Giovanella
Pesquisadora Titular
Escola Nacional de Saúde Pública
Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Tel: (0055 21) 3882 9134 / 2270 6937 Fax: 2270 1793
Av Brasil 4036 s. 1001 CEP 21040-361 Rio de Janeiro - RJ – Brasil

Nair Chase da Silva
Escola de Enfermagem de Manaus
Tel: (092) 3622-2554/33055100

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Apêndice 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Entrevista com os Coordenadores do Treinamento Introdutório e Curso de Especialização em Saúde da Família

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO FAMILIAR: análise do atributo “centralidade na família”, no PSF de Manaus – AM. Você foi selecionado (a) por ter coordenado o Treinamento Introdutório/Curso de Especialização em Saúde da Família. Sua participação não é obrigatória, portanto a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo ao seu vínculo trabalhista.

A pesquisa, que será base para tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), tem como objetivo geral analisar a atenção à família no Programa de Saúde da Família. Os objetivos específicos são: Analisar como a família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família; analisar as concepções de família dos profissionais de saúde que atuam no PSF em Manaus, e das famílias cadastradas; conhecer a percepção das famílias sobre a assistência à família prestada pelo PSF em Manaus; examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de atenção à saúde no PSF em Manaus; identificar como a família é abordada nos Treinamentos Introdutórios e nos Cursos de Especialização em Saúde da Família em Manaus; analisar fatores limitantes e facilitadores para uma abordagem familiar no PSF de Manaus.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma conversa sobre como a família é abordada no Treinamento Introdutório/Curso de Especialização em Saúde da Família. Isto se dará por meio de uma técnica de pesquisa denominada de entrevista semi-estruturada. Este procedimento não envolve riscos diretos. Os benefícios

relacionados com a sua participação são contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e com o aperfeiçoamento do PSF de Manaus.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Caso você concorde esta conversa será gravada, ficando os registros guardados sob minha responsabilidade por um período de cinco anos, após este prazo serão destruídos. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, eles serão codificados e isto garantirá seu anonimato e assegurará a sua privacidade, todavia como o número de coordenadores entrevistados é pequeno, é provável que na divulgação dos resultados você seja identificado. Deste modo, solicitamos autorização para divulgação de suas opiniões.

Como pesquisadora meu compromisso é o de apresentar os resultados da pesquisa para a SEMSA, para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus na expectativa de contribuir com o Programa em sua proposta de base: “ *ter a família como foco da atenção* ”.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da entrevistadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ligia Giovanella
Pesquisadora Titular
Escola Nacional de Saúde Pública
Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Tel: (0055 21) 3882 9134 / 2270 6937 Fax: 2270 1793
Av Brasil 4036 s. 1001 CEP 21040-361 Rio de Janeiro - RJ – Brasil



Nair Chase da Silva
Escola de Enfermagem de Manaus
Tel: (092) 3622-2554/33055100

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXOS

Anexo 1 – Estrutura Programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus: Ano 2003

 <p style="text-align: center;">ESTADO DO AMAZONAS PREFEITURA DE MANAUS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA</p>  <p style="text-align: center;">PROGRAMAÇÃO DO TREINAMENTO INTRODUTÓRIO DO PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA 23ª TURMA DE MÉDICOS</p>				
DATA	TURNO	HORA	ASSUNTO	INSTRUTOR
24.03.03 SEG	MANHÃ	08:00h	▪ Abertura	_____
		08:15h	▪ Coordenação do PMF	_____
		09:00h	▪ SUS: Doutrinas e Princípios Organizacionais ▪ Hierarquização da Rede de Serviços ▪ Ações de Atenção Básica de Saúde	_____
	TARDE	14:00h	▪ Família	_____
		16:00h	▪ Comunidade	_____
25.03.03 TER	MANHÃ	08:00 h	▪ Saúde da Família: Novo Modelo Assistencial ▪ Princípios e Diretrizes do PSF	_____
		10:00 h	▪ <i>Equipe Básica de Saúde</i>	_____
	TARDE	14 :00h	• Sistema de Informação em Saúde • Planejamento em Ações Básicas de Saúde: SIAB	_____
		16:00h	▪ Referência e Contra – Referência	_____
26.03.03 QUAR	MANHÃ	08:00h	▪ Atenção à Saúde da Criança	_____
		10:00h	▪ Vigilância Epidemiológica	_____
		14:00h	▪ Doenças Crônicas Degenerativas	_____
	TARDE	16:00h	▪ Atenção a Saúde da Mulher	_____
	27.03.03 QUIN	MANHÃ	08:00h	▪ Trabalho de Campo
TARDE		14:00h	▪ Consolidação dos trabalhos de campo	_____
		16:00h	▪ Gerenciamento nas Casas de Saúde	_____
28.03.03 SEX	MANHÃ	08:00h	▪ Testes palográficos ▪ Perfil psicológico	_____
		14:00h	▪ Demandas Sociais	_____
	TARDE	15:00h	▪ Trabalho intersetorial	_____
		16:00h	▪ Orientações administrativas	_____

Fonte: SEMSA/Manaus

Anexo 2 – Estrutura Programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus; Ano 2005



ESTADO DO AMAZONAS
PREFEITURA DE MANAUS
PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL



PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA PROGRAMAÇÃO DO TREINAMENTO INTRODUTÓRIO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

PERÍODO DO TREINAMENTO: 05 A 16 DE DEZEMBRO DE 2005

DIA	TURNO	HORA	ASSUNTO/TEMA	OBJETIVOS	INSTRUTOR
1º	MANHÃ	08:00h	Abertura	Explicação sobre as regras do treinamento	_____
		08:15h	Dinâmica	Apresentar e integrar o grupo	_____
		08:45h às 12:00h	Processo de saúde-doença	Refletir sobre o conceito ampliado de saúde	_____
2º	MANHÃ	08:00 as 10:00h	Modelos de atenção à saúde	Entender a lógica da atenção coletiva na estratégia saúde da família	_____
		10:00 as 12:00H	Políticas de saúde do Brasil	Contextualizar historicamente evolução das políticas de saúde do início do capitalismo aos dias de hoje	_____
3º	MANHÃ	08:00h	SUS: princípios organizacionais e doutrinários	Compreender os princípios e diretrizes do PSF na lógica do sus	_____
		11:00h	PSF: contexto histórico no Brasil e em Manaus		_____
4º	MANHÃ	08:00 às 12:00h	Família / indivíduo / comunidade / sociedade	Proporcionar a identificação dos conceitos de família e comunidade, suas funções e seu papel na sociedade e as influências da organização, composição e costumes desses grupos no processo saúde-doença	_____
5º	MANHÃ	08:00h	Conceituar: território-área, território, microárea, área de abrangência, área de influência, distritalização, referência e contra-referência	Apresentação de conceitos chaves da ESP	_____
		10:30h	Intersetorialidade	Compreender a lógica do trabalho intersetorial	_____
6º	MANHÃ	08:00h	Ações básicas de saúde	Conhecer as ações de atenção básica	_____
		10:00h	Atribuições da equipe de saúde	Identificar as atribuições comuns e específicas dos profissionais que integram a EBS com Ênfase a resignificar as ações nos serviços de saúde a partir de relatos	_____
7º	MANHÃ	08:00 às 12:00h	Diagnóstico situacional e planejamento	Identificar ações necessárias para a realização de análise de situação na área de abrangência	_____
8º	MANHÃ	08:00 às 12:00h	Sistema de informação	Conhecer os sistemas de informação em saúde vigentes no sus	_____
9º	MANHÃ	08:00 às 12:00h	Visita às casas de saúde	Conhecer a realidade local	_____
10º	MANHÃ	08:00 às 12:00h	Vigilância à saúde	Conhecer as ações de vigilância a saúde	_____

Fonte: SEMSA /Manaus

Anexo 3 – Estrutura Programática do Treinamento Introdutório em Saúde da Família de Manaus; Ano 2007



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ASSISTENCIA E VIGILÂNCIA EM SAUDE



COORDENADORIA DO DISTRITO DE SAÚDE SUL
NUCLEO DE PROGRAMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SUL
PROGRAMAÇÃO DO CURSO INTRODUTÓRIO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
17 a 28 de setembro de 2007

Data	Horário	Tema	Conteúdo Programático	Palestrante
1º dia	08:00h	Abertura		_____
	08:00às 10:00h	Organização da Saúde Pública no Brasil	Normas Operativas, Pacto de Gestão, Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	_____
	10:15 às 12:00h	O conceito atual de saúde	A nova definição de saúde entendida como bem-estar do individuo.	_____
	08:15 às 10:00h	Princípios e diretrizes do SUS	Princípios norteadores da política pública de saúde brasileira	_____
2º dia	08:15às 10:00h	Modelo da Atenção Básica	Sistema de saúde e Atenção Primária em Saúde	_____
	10:15às 11:00h	Organização dos Sistemas Locais de Saúde	Caracterização dos serviços componentes e redes de apoio, recursos disponíveis e fluxos estabelecidos, análise da situação de saúde.	_____
3º dia	08:00às 10:00h	Histórico da ESF em Manaus	Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil	_____
	10:15às 12:00h	ESF e família no contexto Atual	O papel da família na sociedade e no SUS enquanto alvo das ações preventivas, ciclo vital individual e familiar.	_____
4º dia	08:00às 12:00h	Ações Básicas de Saúde	Ações programáticas estratégicas	_____
5º dia	08:00às 12:00h	Processo d e trabalho das equipes	Regionalização: território, área de abrangência, distritalização, cadastramento, visita domiciliar, atribuições da equipe	_____
6º dia	08:00às 12:00h	Atuação interdisciplinar e controle social	Ferramentas para atuação interdisciplinar, intersetorialidade, participação social e controle social	_____
7º dia	08:00às 12:00h:	Sistemas de Informação	Sistemas de informação que alimentam o direcionamento das políticas publicas em saúde	_____
8º dia	08:00às 12:00h	Vigilância à Saúde	Histórico, propósitos, funções, dados	_____
9º dia	08:00às 12:00h	Visita às Casas	Visita às UBS-S em horário de funcionamento para verificação da rotina de trabalho	_____
10º dia	08:00às 12:00h	Avaliação	Avaliação dos conhecimentos adquiridos e da visita às Casas	_____

Fonte: SEMSA/Manaus

Anexo 4 – Estrutura Programática do Curso de Especialização em Saúde da Família: Turmas 1/01, 2/02, 3/02, 4/04

Turmas 1/01 e 2/02	CH	Turma 3/02	CH	Turma 4/2004	CH
Determinantes do processo saúde doença	20	Metodologia do Trabalho Científico	20	Metodologia do Trabalho Científico	20
Ciências Sociais Aplicada à Saúde	20	Metodologia do Ensino Superior	60	Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde	20
Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família	20	Determinantes do processo saúde doença	20	Ciências Sociais Aplicada à Saúde	20
Metodologia do Ensino Superior I	20	Ciências Sociais Aplicada à Saúde	20	Determinantes do processo saúde doença	20
Ações de Atenção Básica à Grupos Populacionais Específicos e Morbidades Prioritárias (Programas do MS + Arboviroses, Malaria, Doenças Exantemáticas, Leishmaniose, Parasitoses Intestinais, Hepatites	100	Programa Saúde da Família	12	Programa Saúde da Família	20
Seminário de Monografia	20	Abordagem de Comunidade	08	Epidemiologia e Planejamento	20
Planejamento e Programação em Saúde	20	Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde	20	Fundamentos de Bioestatística e Epidemiologia	20
Vigilância à Saúde	20	Planejamento e Programação em Saúde	20	Planejamento e Programação em Saúde	20
Gestão em Saúde	20	Fundamentos de Bioestatística e Epidemiologia		Metodologia do Ensino Superior I	30
Fundamentos de Bioestatística e Epidemiologia	20	Epidemiologia e Planejamento		Gestão de Recursos Humanos	20
Metodologia do Ensino Superior II	20	Ações de Atenção Básica (Conceitos de AB + Programas do MS)	68	Gestão Financeira e de Material	20
Metodologia do Ensino Superior III	20	Vigilância à Saúde	20	Vigilância à Saúde	20
Sistema de Informação I	20	Gestão Financeira e de Material	20	Orientação de Monografia	20
Educação e Comunicação em Saúde	20	Sistema de Informação em Saúde	20	Sistema de Informação em Saúde	20
Urgência e Emergência de Baixa Complexidade	20	Gestão de Recursos Humanos	20	Educação e Comunicação em Saúde	20
Sistema de Informação I	20	Educação e Comunicação em Saúde	20	Metodologia do Ensino Superior II	20
Monografia		Monografia de Conclusão de Curso		Ações de Atenção Básica (Conceitos de AB + Programas do MS)	60
Carga horária	400	Carga horária	400	Carga horária	400

Fonte: UFAM: Relatório final dos Cursos de Especialização em Saúde da Família.

Turmas 1/2001; 2/2002; 3/2002; 4/2004 Universidade do Amazonas .

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação. Gerencia de Pós Graduação “Lato Senso”.

Anexo 5 – Estrutura Programática do Curso de Especialização em Nutricionista da Família: Turma 5/05

Turmas 5/05	Carga Horária
Dinâmica da Instituição Familiar	20
Metodologia da Pesquisa	60
Processo de trabalho em saúde e antropologia da nutrição.	20
Epidemiologia Geral e Nutricional com enfoque na vigilância nutricional	30
Planejamento em Saúde	20
Ludo pedagogia e a educação nutricional em comunidade	20
Nutrição e Saúde	20
Saúde do adulto média e alta complexidade na saúde domiciliar	20
Saúde do Idoso	20
Saúde Reprodutiva	20
Metodologia do Ensino	20
Saúde da criança e do adolescente	20
Medicina e Nutrição baseada em evidência	20
Processo de trabalho em saúde	20
A linguagem no controle do stress e na prevenção da violência e uso indevido de drogas	20
Carga horária total do curso	400

Fonte: UFAM: Relatório final dos Cursos de Especialização em Saúde da Família. Turmas 5/2005 Universidade do Amazonas . Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Gerência de Pós-Graduação “Lato Senso”.