UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

VALÉRIA OLIVEIRA BORGES

A FAMÍLIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SALVADOR
2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

VALÉRIA OLIVEIRA BORGES

A FAMÍLIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade Católica do Salvador com requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Linha de pesquisa: Família e Subjetividades

Orientadora: Profª Drª Anamélia Lins e Silva Franco

SALVADOR
2009

UCSAL. Sistema de Bibliotecas.
Setor de Cadastramento.

B732f Borges, Valéria Oliveira
A família no Programa de Saúde da Família: perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família / Valéria Oliveira Borges. – Salva - dor: UCSal. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, 2009.
141 f.

Dissertação apresentada à Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Linha de pesquisa: Família e Subjetividades.
Orientadora: Profª Drª Anamélia Lins e Silva Franco

Inclui bibliografia.

1. Família - Saúde - Abordagem. 2. Programa de Saúde da Família - PSF - Brasil. 3. Unidade de Saúde da Família - Profissionais - Usuários - Salvador-BA. 4. Saúde pública - Política - Avaliação. 5. Família contemporânea - Dissertação. II. Universidade Católica do Salvador. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. III.Título.

CDU 316.356.2:614 (813.8)(043.3)

TERMO DE APROVAÇÃO

Valéria Oliveira Borges

A Família no Programa de Saúde da Família: perspectivas dos profissionais e dos usuários de uma unidade de saúde da família

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 22 de abril de 2009

Banca Examinadora:

Anamélia Franco

Prof(a). Dr(a). Anamélia Lins e Silva Franco - Orientador(a)
Doutorado em Saúde Pública - UFBA
Universidade Católica do Salvador

Cavalcanti

Prof(a). Dr(a). Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti
Doutorado em História - UNILEON
Universidade Católica do Salvador

Ana Vilasbôas

Prof(a). Dr(a). Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Doutorado em Saúde Coletiva – UFBA
Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

À minha Família Espiritual

Meu Mestre Meishu Sama, meu alicerce de vida.

E a todos os meus antepassados que influenciam a todo momento.

À minha Família Monoparental

Aos meus pais, Lauro Zamenhof da Silva Borges e Vandeci Oliveira Borges

Aos meus irmãos, Reinaldo Oliveira Borges e Ana Laura Oliveira Borges

A minha cunhada, Viviane Garrido Borges

E em especial, ao meu dindinho Matheus Garrido Borges.

Elos estruturais da minha vida, meus exemplos, meus amores! Vocês são a maior expressão de amor incondicional ... Amo vocês!!! Muito Obrigada!!!

À minha Família Consangüínea

Ao meu avô Manoel Borges, grande exemplo de vida e ser humano.

Aos meus tios, tias, primos e primas.

Obrigada pelo apoio e por sempre estarem torcendo por mim.

À minha Família de Amigos

Obrigada pela compreensão da minha ausência

Pelo apoio e confiança depositados por vocês!!!

Especial a vocês, Camille, Indiara, Ana Carolina e Marina, obrigada!

Amigas eternas para todo sempre!

A minha amiga de infância, Carol Coelho, cúmplice de noites perdidas e ajuda incondicional.

À minha Família de Trabalho da USF da Estrada das Barreiras

Meus colegas e amigos, sem vocês nada teria sido realidade...

Se propuseram a participar da pesquisa e me incentivaram de forma incondicional...

Foram meus cúmplices e verdadeiros pilares desta caminhada.

Não tenho palavras para tamanha gratidão...

Esta construção também é de vocês!! Meu amigo Elias e minhas amigas Denise, Flávia, Débora, Sandra, Helena, Débora, Neide e Neuza, como esquecer de Wellington, Zé Luis e Ana Clara!! Muito Obrigada!

À Família do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea
À minha orientadora Drª Anamélia Franco
Agradecimentos são poucos, diante da tamanha contribuição.
À Professora Drª Vanessa Cavalcanti
Minha gratidão será eterna por cada olhar expressivo de construção e de incentivo
À meu colega Ulisses
Pessoa querida, que desde a seleção até a defesa se fez presente com palavras de apoio e incentivo. Meu muito Obrigada!

***À Família a ser construída**.*
À Bolinha que quem viver verá...

Agradeço a este mestrado que me fez compreender as minhas inúmeras famílias conquistadas... e a toda estas famílias meu MUITO OBRIGADA!!!

Aos meus pais: Lauro e Vandeci;
Aos meus irmãos: Reinaldo e Ana Laura;
E ao meu “Dindinho” Matheus
Vocês são a razão da minha vida!

RESUMO

BORGES, V. O. **A Família no Programa de Saúde da Família:** perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma unidade de Saúde da Família. 2009. 141 f. Tese (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2009.

Esta pesquisa consiste num estudo de caso de cunho qualitativo que buscou analisar o trabalho dos profissionais de nível superior do Programa de Saúde da Família da Estrada das Barreiras quanto a abordagem da família no seu processo de trabalho. Para tanto, optou-se pela coleta de dados utilizando várias estratégias como entrevistas, grupos focais e observação de consultas, promovendo uma análise de conteúdo destas e o cruzamento dos dados através de matrizes. Os resultados demonstraram que apesar da importância reconhecida pelos profissionais quanto à abordagem da família, ela de fato pouco é realizada. Ainda assim, foram apresentados alguns instrumentos utilizados no trabalho com famílias, encontrados na literatura como o genograma, o ciclo de vida, o FIRO, PRATICE e o Modelo Calgary de Intervenção e percebeu-se que nenhum desses instrumentos e nenhum outro era utilizado por eles, além de que apenas o genograma era de conhecimento destes profissionais. Junto à observação das visitas domiciliares (11visitas) e consultas (23 consultas) em apenas uma foi observado a abordagem da família, nas demais se buscou o atendimento ao indivíduo. Além disso, as visitas domiciliares eram realizadas com a intenção do cuidado a pacientes impossibilitados de irem à unidade de saúde ou quando se realiza a supervisão do trabalho do ACS pelos enfermeiros, não era objetivo maior o conhecimento da realidade vivenciada pelo indivíduo no seu contexto familiar. Esta pesquisa demonstrou também, que os cursos de graduação, pós-graduação inclusive o de Saúde Pública/ Família e residência nesta área e os cursos de curta duração incluindo o Introdutório no PSF, não enfatizaram a família como foco de atenção à saúde e sua abordagem pelos profissionais e quando realizada, não houve aplicabilidade na prática.

Palavras-chave: Família, abordagem, Saúde da Família.

ABSTRACT

BORGES, V. O. The Family in the Family Health **Program: perspective of the professionals and users of a Family Health unit**. 2009. 141 f. Thesis (Masters) - Catholic University of Salvador, El Salvador, 2009.

This research consists of a case study of qualitative nature that tried to analyze the work of the top-level professionals of the “Estrada das Barreiras” Family Health Program in terms of their approach to the family in their work processes. In order to do achieve this, it was decided to collect data using strategies with interviews, focus groups and observations of consultations, providing sufficient data for an analysis the context of this research and the cross-referencing of these data through matrices. The results showed that despite the importance recognized by professionals in regards to approaching the family, it is, in fact, rarely practiced. Furthermore, the subjects were presented with some tools utilized in working with families, found in literature as the genogram, the life cycle, FIRO, PRACTICE and the Calgary Model of Intervention, and it was perceived that none of these instruments, nor any other, were being used by the subjects, and that further to this only the genogram was even known by these professionals. Out of all of the observations of the home visits (11visits) and the consultations (23 consultations) a family approach was observed in only one, whilst in all of the others the professional sought to care for the individual. Moreover, the home visits were made with the intention to care for patients unable to go to the healthcare unit or when there was supervision of the work of the ACS by the nurses; to see the reality experienced by the individual in their family context was not the main objective. This research also showed that the undergraduate programs, post-graduate programs including the Public Health / Family post-graduate, residency in this area and the short -courses including the Introductory in FHP, do not emphasize the family as the focus of health care and a professional’s approach to the family, and that even when realized there was no application in practice.

Keywords: Family, approach, Family Health.

RESUMEN

BORGES, V. O. **La familia en el Programa Salud de la Familia: la perspectiva de los operadores y los usuarios de una unidad de Salud de la Familia.** 2009. 141 f. Tesis (Masters) - Universidad Católica de Salvador, El Salvador, 2009.

Esta investigación es un estudio de caso de sello de calidad que trató de analizar la labor de profesionales de nivel superior del Programa Salud de la Familia de la Carretera de las Barreras en el enfoque de la familia en su proceso de trabajo. Por lo tanto, se decidió recoger datos a través de múltiples estrategias haciendo entrevistas, grupos focales y observación de las consultas, la promoción de suficientes datos para un análisis de los conteudos de esta investigación y el cruce de estos datos a través de las matrices. Los resultados mostraron que a pesar de la importancia otorgada por los profesionales como al enfoque de la familia, que de hecho se hace muy poco. Todavía hay algunos instrumentos utilizados en el trabajo con familias, que se encuentra en la literatura como el Genograma, el Ciclo de vida, FIRO, PRATICE y Modelo Calgary de Intervención y se dio cuenta de que ninguno de estos instrumentos y ninguno otro fue utilizado por ellos, y sólo el genograma era de conocimiento de estos profesionales. A lo largo de la observación de las visitas domiciliarias (11visitas) y consultas (23 consultas) se observó en sólo un enfoque a la familia, en las otras trataba de cuidar de la persona. Además, las visitas domiciliarias se realizaron con la intención de la atención a los pacientes no pueden ir a la unidad de salud o cuando hay la supervisión de la labor de lo ACS por los enfermeros, no era como premero objetivo más grande el conocimiento de la realidad vivida por lo individuo en su contexto familiar . Esta investigación también mostró que el pregrado, incluyendo post-grado de Salud Pública / Familia y la residencia en este ámbito y la corta duración de los cursos incluidos en el PSF de introducción, y no hizo hincapié en la familia como foco de atención de la salud y su enfoque cuando es realizada, por profesionales, no había ninguna aplicación en la práctica.

Palabras clave: Familia, enfoque, Salud de la Familia.

LISTA DE SIGLAS

ACD – Assistente de consultório Odontológico
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
CAPs - Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEM - Central de Medicamentos
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CNS - Conferência Nacional de Saúde
DNS - Departamento Nacional de Saúde Pública
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIB – Faculdade Integrada da Bahia
FIRO - *Fundamental Interpersonal Relations Orientations*
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB – Instituto de Aposentadoria dos Bancários
IAPC – Instituto de Aposentadoria dos Comerciários
IAPETEC – Instituto de Aposentadoria dos Estivadores e Transportadores de Carga
IAPI – Instituto de Aposentadoria dos Industriários
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA - Fundação Legião Brasileira de Assistência
MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB - Normas Operacionais Básicas

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saneamento

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSF – Programa de Saúde da Família

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNEB – Universidade Estadual da Bahia

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF- Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

Tabela I Número de Agentes Comunitários de Saúde, de ESF implantadas, de municípios e porcentagem da cobertura populacional do PSF no Brasil de 2003 a 2008. 49

Tabela II Cobertura do PSF nos Distritos Sanitários de Salvador, 2008. 53

Tabela III Composição das famílias do bairro Estrada das Barreiras, Salvador, 2008. 83

Tabela IV Tempo de experiência profissional dos membros de nível superior do PSF da Estrada das Barreiras, Salvador, 2008. 89

Tabela V Capacitação profissional dos entrevistados. Salvador, 2008. 89

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Marcos históricos e mudanças na Saúde Coletiva Brasileira no período de 1923 a 1966. 35

Quadro II: Estágios do Ciclo de vida da família. 63

Quadro III: Tópicos do roteiro dos grupos focais e seus respectivos objetivos. 78

Quadro IV: Categorias e subcategorias para análise dos dados 81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I - Meta e evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no ano de 1994 a 2008, Brasil. 50

Gráfico II - Gráfico sobre as principais carências na infra-estrutura do bairro Cabula no ano de 2007. 70

Gráfico III - Número de pessoas por faixa etária e sexo cadastradas no PSF da Estrada das Barreiras, Salvador, 2008. Fonte: SIAB/ ficha A, 2008. 85

Gráfico IV - Tratamento de água no domicílio no bairro da Estrada das Barreiras, Salvador, 2008. Fonte: SIAB/ ficha A, 2008. 86

Gráfico V - Distribuição dos profissionais de saúde do PSF da Estrada das Barreiras por idade, Salvador, 2008. Fonte: Entrevista/2008. 87

Gráfico VI - Distribuição dos profissionais da ESF da Estrada das Barreiras por instituição de formação acadêmica, Salvador, 2008. Fonte: Entrevista/2008..... 88

LISTA DE MAPAS

Mapa I - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil no ano de 2008. 51

Mapa II - Mapa do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, Salvador, 2007. 53

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS 16
OBJETIVO GERAL 18
OBJETIVOS ESPECIFICOS 18

CAPÍTULO I ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA 19
1.1 FAMÍLIA: CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES 19
1.2 A FAMÍLIA COMO PROTAGONISTA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE 24
1.3 A FAMÍLIA NA SAÚDE 28

CAPÍTULO II - A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 32
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL 32
2.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL 44
2.3 EXPANSÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL 49
2.4 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR 52

CAPÍTULO III DELINEANDO A ABORDAGEM DA FAMÍLIA 55
3.1 ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 55
3.2 INSTRUMENTOS PARA A ABORDAGEM DA FAMÍLIA 59
3.2.1 Genograma ou heredograma familiar 60
3.2.2 Ciclo de vida 62
3.2.3 O Modelo F.I.R.O 64
3.2.4 O Modelo PRACTICE 65
3.2.5 O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) 65

CAPÍTULO IV - MÉTODO 67
4.1 A OPÇÃO METODOLÓGICA 67
4.2 CAMPO DA PESQUISA 68
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 72
4.3.1 Entrevista 73
4.3.2 Observação participante 75
4.3.3 Grupo Focal 76
4.4 A ANÁLISE DOS DADOS 79

CAPÍTULO V RESULTADOS E DISCUSSÃO 82
5.1 PERFIL DAS FAMÍLIAS E DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DO PSF DA ESTRADA DAS BARREIRAS E SUAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS 82
5.1.1 Composição das famílias 82
5.1.2 Condições de moradia e sanitária das famílias 84
5.1.3 Características dos Profissionais de Saúde do PSF da Estrada das Barreiras 87

5.2 BUSCANDO O SABER: CONHECIMENTO ADQUIRIDO 89
5.2.1 Identificando o conhecimento: Os cursos de graduação e pós-graduação.. 89
5.2.2 Identificando o conhecimento - Cursos de curta duração 91
5.2.3 Identificando o conhecimento – A experiência profissional 93

5.3 CONCEITO DE FAMÍLIA SEGUNDO VISÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS 94
5.3.1 Família sob a visão dos profissionais 94
5.3.2 Família sob a visão dos usuários 96

5.4 ABORDAGEM DA FAMÍLIA E UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO. 97
5.4.1 Abordagem da família: visão dos profissionais e usuários 97
5.4.2 Instrumentos utilizados na avaliação das famílias 101

5.5 AÇÕES DE ATUAÇÃO NAS FAMÍLIAS 102
5.5.1 Ações educativas 102
5.5.2 Visitas domiciliares na análise das famílias 104

5.6 FACILIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO COM FAMÍLIAS 107
5.6.1 O Vínculo 107
5.6.2 O Cuidar 108
5.6.3 Sistema de referência e a questão social 109

5.7 (DES) PREPARADOS PARA ATUAR COM FAMÍLIAS 110

CONSIDERAÇÕES FINAIS 113

A PESQUISA 114

O INTERVIR 116

A REFLEXÃO 117

REFERÊNCIAS 119

APENDICES 133

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS. 133

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS. 134

APÊNDICE III- ROTEIRO DA ENTREVISTA 135

APÊNDICE IV- CONVITE AOS USUÁRIOS PARA PARTICIPAREM DO GRUPO FOCAL 138

ANEXOS 139

ANEXO I 139

ANEXO II 140

ANEXO III 141

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Ministério da Saúde, em 1993, visando à efetivação da reorganização do setor saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, tendo como espaços de atuação o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e o acompanhamento dos serviços de referências.

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltado como um dos avanços, uma contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Desta forma, este programa pretende ultrapassar o cuidado individualizado, focalizado na doença, buscando contextualizar a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando suas múltiplas dimensões.

O estudo da família, entretanto, realizado pelos profissionais envolvidos com o sistema de saúde tem ido de encontro a conceitos importantes que perduraram por muito tempo (até o final da década de 80) e que nortearam grandes projetos e iniciativas voltadas à saúde do ser individual. Com o advento da promoção da saúde e seus conceitos embasados em proposta holística e sob o novo conceito do processo saúde-doença proposto pelo SUS, tornaram-se pertinente novos estudos que buscassem a compreensão da família mediante sua complexidade e pluralidade e sua participação neste novo processo.

Neste sentido, trabalhar com a saúde das famílias é razoável como princípio inicial, identificar e discutir a inclusão da família nas políticas públicas, buscando uma abordagem multidimensional da família, alcançando assim a integralidade do cuidado. Nesta ótica resta perceber se o fato de ser a família mencionada como foco central de atenção básica de saúde garante que isso se concretize no PSF real e se, portanto há entendimento entre os diversos atores envolvidos no PSF sobre abordagem da família no contexto da atenção básica. Foi a partir destas inquietações que surgiu o grande interesse para a realização de uma pesquisa, a qual foi realizada no bairro da Estrada das Barreiras, no Município de Salvador.

Observa-se, que em documentos oficiais do Ministério da Saúde, não são encontradas orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões levantadas acima e sobre que dinâmicas devem ser adotadas pelo PSF na assistência às famílias, porém mantém em evidência que a família é predominantemente uma referência na atenção básica de saúde (RIBEIRO, 2004).

Na prática cotidiana, os profissionais do PSF atendem a pacientes que têm enfermidades, mas que se relacionam, participam e vivem em um contexto imediatamente mais amplo: a família. O processo saúde-doença é vivido pelos pacientes associados a outros problemas complexos que inúmeras vezes se expressam por sintomas vagos e indefinidos, que não conseguem ser explicados pela ciência médica, porque sua origem está nas dificuldades cotidianas, onde a família possui um papel central.

Sendo assim, alguns autores (ALVES, 2005; SANTOS & WESTPHAL, 2000; CAMPOS & BELISÁRIO, 2001) abordam a necessidade de uma reformulação na educação e formação dos profissionais do PSF. Como pode ser identificado na pesquisa publicada pela revista Latino-Americana de Enfermagem em 2004, sobre essa temática. Nesta, Ribeiro (2004) afirma que a família é abordada dentro do PSF de forma parcializada ou identificada através de representantes e substitutivos, ou ainda como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico. Refere também sobre a falta de consenso, por não haver diálogo entre os profissionais sobre o assunto, produz dificuldades de entendimento, de planejamento, no cuidado, na orientação para a formação destes profissionais, além de frustrações pelas expectativas não atendidas.

Diante disso, sendo o PSF um programa que se propõe a trabalhar com a saúde da família, outro aspecto que se faz pertinente, o de garantir das equipes a sensibilidade e a discussão permanente da multidimensionalidade da família diante das suas influências macros-sociais.

São 16 anos de Programa de Saúde da Família no Brasil que, como política pública, merece avaliações e reformulações para que assim seja concretizado o real propósito almejado pelo Sistema Único de Saúde. Este estudo pretende se aproximar da compreensão de família dos usuários e dos profissionais de nível superior da Unidade de Saúde da Família da Estrada das Barreiras, buscando

perceber de que forma a família é incluída (e se ela é) na atenção à saúde proposto por este programa. Para tanto, utilizou-se o estudo de caso como proposta metodológica e a análise de dados por categorias e subcategorias.

OBJETIVO GERAL

Conhecer as abordagens desenvolvidas às famílias pelos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família da Estrada das Barreiras/Salvador, e a compreensão destas abordagens pelos usuários.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- -Caracterizar o perfil do profissional de nível superior da USF da Estrada das Barreiras;
- -Traçar o perfil das famílias adscritas no Programa de Saúde da Família da Estrada das Barreiras;
- -Analisar o conhecimento e utilização dos instrumentos para abordagem da família pelos profissionais de saúde de nível superior;
- -Analisar a compreensão dos profissionais de saúde e usuários, sobre a abordagem da família no trabalho no PSF.

CAPÍTULO I
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

“A essência é plena daquilo que é,
daquilo que poderia ser,
daquilo que poderia vir a ser.”
(M. Maffesoli, 1998).

1.1 FAMÍLIA: CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES

O termo “família” apresenta diversas definições e significados variados para as pessoas dependendo do local onde vivem da sua cultura e também de sua orientação religiosa e filosófica. Na literatura acadêmica, encontram-se diferentes linhas teóricas sobre o assunto, as quais relatam tipos e atribuições da família num contexto histórico.

Delaney (1999), apesar de relatar que a família tradicional tem sido definida como casal e seus filhos tanto naturais como por adoção, alerta que ao se trabalhar com família deve-se defini-la, rigorosamente, considerando alguns fatores como os legais, os biológicos, os sociais e os psicológicos. Por sua vez, Manciaux em 1975 já defendia que a família propriamente dita não se define, ela existe e vive por si mesma. Nesta mesma direção Prado (1985) considera a família como uma entidade “óbvia para todos”, mas que definí-la consiste numa tarefa difícil.

> [...] não se têm notícia de uma sociedade que tenha vivido à margem de alguma noção de família. Todo mundo tem, ou já teve, uma família. É uma entidade óbvia para todos [...] Mas isso não significa que saibamos dizer o que ela é. Como se pode definir esta palavra, e mais exatamente o conceito que a engloba? Como essa instituição variou através da História e pode apresentar formas e finalidades diversas numa mesma época e lugar? (PRADO, 1985, p.7).

A autora relata que todos sabem o que é uma família, visto que todas as pessoas são partes integrantes de uma. Buscar alguns conceitos sobre o tema “família”, torna-se, entretanto, indispensável quando se pretende analisá-la como foco de atenção em saúde.

O termo família origina-se do latim *famulus*, significando um conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor (PRADO, 1985) ou escravo doméstico (ENGELS, 1884/ 2000). Nesta concepção “família é um conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem” (ENGELS, 1884/2000, p.61). Segundo este mesmo autor, a família era caracterizada pelos romanos como uma organização que surgia entre as tribos latinas formadas por um chefe, a mulher, filhos e escravos, sendo que ao chefe cabia-lhe o poder de vida e de morte sobre cada integrante deste núcleo.

No entanto, a família, ao longo da história das sociedades, vem sofrendo transformações sejam elas estruturais e/ou funcionais mediante as mudanças ocorridas de ordem social, sexual e reprodutiva, de mercado de trabalho e produção de bens. Estas transformações podem ser explicitadas sob a visão jurídica, conforme reformulações e modificações que se constituíram de forma necessária.

Segundo Engels (2000) com o *Direito Materno de* Bachofen inicia-se de fato o registro da história da família, ressaltando que os primitivos viviam em promiscuidade sexual, sendo essa uma forma de grupo e de ser família.

Na Constituição de 1934, o artigo 175 dispunha que a família é “constituída pelo casamento indissolúvel, sob proteção especial do estado”. Nesta época, a família era reconhecida pelo matrimônio, tendo o homem, plenos poderes sobre o núcleo familiar. Isso pode ser constatado na Constituição de 1946 no artigo 380 que referia que “o pátrio poder é exercido pelo marido, com a colaboração da mulher” e ainda acrescentava que o marido tinha o direito de chefiar a sociedade conjugal, de fixar o domicílio da família, de administrar os bens do casal e ainda de decisão em caso de divergências.

Modificações começaram a acontecer a partir do Estatuto da Mulher Casada, em 1962, que manteve um maior amparo jurídico as mulheres lesadas pelo marido no casamento. Estas mudanças refletiram na estrutura familiar, as quais se apresentam em conformidade com as alterações da sociedade nesta época, destacando-se o desenvolvimento industrial, a inserção da mulher no mercado de trabalho, as separações conjugais e novos modelos de união matrimonial e o atendimento às necessidades da vida moderna fazendo emergir novos conceitos e tipos de família (DECESARO, 2007).

Como citado acima, resgata-se que em 1977 foi instituído o divórcio no Brasil através da Emenda Constitucional nº 9 e foi a partir da Constituição de 1988 com o reconhecimento do concubinato como entidade familiar que se ampliou o conceito desta instituição nas leis brasileiras. Neste momento, o casamento já não se torna essencial para a formação de uma família e a união estável entre um homem e uma mulher passa a ser judicialmente reconhecida. Sendo assim, a Constituição de 1988 dispensa o vínculo do casamento civil para que se possa reconhecer uma família e, consequentemente, os direitos de meação do parceiro e de heranças dos filhos; por outro lado, em lei recentemente regulada (1993), são explicitadas, de forma precisa, as responsabilidades econômicas dos filhos com relação aos pais idosos (BILAC, 2000).

As definições de família perpassam por diversas épocas e autores. Para Prado (1985) a maioria das pessoas utiliza definições tendo como base a sua própria família, ou seja, a sua experiência cotidiana. Foucault (1979) entende a família inserida em uma sociedade tecnocrática moderna como sendo uma instituição disciplinadora, exercendo influência controladora e remodelando aqueles que transgridem as suas normas. Outros filósofos como Adorno e Horkheimer (1982) também refletem sobre a família mediante funções. Eles consideram o “poder” na família, destacando ser a família o foco dos mecanismos da internalização da submissão, expressa na autoridade do pai sobre os filhos.

Outros autores, enfatizam a influência exercida pelo meio em que vive/convive a família. Penna (1992) ressalta a importância do meio na elaboração da dinâmica familiar, construindo histórias de vida, com identidade própria, crenças, valores e conhecimento. O antropólogo Lévi-Strauss (1996) rompe com a identificação da família como unidade biológica e fundamenta a mesma na sua natureza social, para tanto, descreve a família como um grupo social contendo três características:

> [...]designar um grupo social possuidor de, pelo menos, três caraterísticas: 1- tem sua origem no casamento; 2- é constituído pelo marido, pela esposa e pelos filhos provenientes de sua união, conquanto seja lícito conceber que outros parentes possam encontrar o seu lugar próximo ao núcleo do grupo; 3- os membros da família estão unidos entre si por (a) laços legais, (b) direitos e obrigações econômicas, religiosas ou de outra espécie, (c) um entrelaçamento definido de direitos e proibições sexuais, e uma quantidade variada e

> diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito, medo, etc (LÉVI-STRAUSS, 1996, p.131).

A família é compreendida como uma união relativamente duradoura e socialmente aprovada entre homens, mulheres e respectivos filhos. Prado (1985) enfatiza as diversas formas tradicionalmente conhecida de família: nuclear, monogâmica ou poligâmica, extensa ou ramificada, natural ou incompleta. A autora também faz referência às famílias alternativas, denominadas de originais, como por exemplo, a de homossexuais e a da experiência substitutiva da família com formação de comunidades, o caso das comunidades *hippies.* E apesar das mudanças ocorridas, não se deve entender, salienta Cicchelli & Peixoto (2000), que há um enfraquecimento da instituição família, mas sim, como o surgimento de novos modelos familiares, construídos através de fenômenos sociais. Nesta mesma ótica, Petrini (2003) ratifica afirmando que apesar da variedade de forma que assume ao longo do tempo, a família é identificada como o fundamento da sociedade, a família encontra novas formas de estruturação que, de alguma maneira, a reconstituem, sendo reconhecida como estrutura básica permanente da experiência humana.

A antropóloga Cynthia Sarti (2005), numa análise contemporânea, acrescenta à discussão que o siginificado de família perpassa um universo moral, o qual está vinculado aos papéis familiares e sociais, principalmente àqueles relacionados às atividades laborais.

Berenstein (2002) enfatiza que a análise de famílias deve se basear em situações e não se restringir a um modelo específico:

> Os “problemas familiares” partem desde o momento em que é instituído uma forma oficial de família e que as que não seguem este modelo passam a ser consideradas “problemas familiares”. Por isso, prefiro chama-las de “situações familiares” [...] (tradução nossa) (BERENSTEIN, 2002, p.17).

A família para este autor não pode ser vista como nova ou velha, mas a que faz algo novo ou não e portanto, sua análise deve incluir uma análise do fazer em seus vínculos e das consequências desse fazer.

Estes autores nortearam a visão de família que se buscou pesquisar. Ampliando a visão das variedades de formatos familiares, além de defender a

importância de uma análise social . Vários outros estudiosos, tentando evitar controvérsias conceituais, têm preferido adotar uma abordagem mais pragmática e preferem falar de “famílias” (CLARKE, 2001), de “vida familiar” (DONATI & DI NICOLA, 1996), ou ainda, de “formas empíricas de família” (VAITSMAN, 1999).

Torna-se importante porém, salientar sobretudo a visão da Demografia descrita por autores como Medeiros, Osório & Varella (2002) os quais abordam sobre a família considerando o grupo residente na unidade doméstica (arranjo domiciliar), ou seja, define a família como um grupo de pessoas que vivem na mesma moradia, considerando seus membros, as pessoas que vivem no mesmo domicílio. Nas pesquisas demográficas, como abordada por Goldani (1994), utiliza-se na maioria dos censos o domicílio como unidade de enumeração da família. É o caso do Programa de Saúde da Família, foco desta pesquisa. A famílias são cadastradas neste programa de acordo com os membros que convivem no mesmo domicílio, independente do grau de parentesco. Baseia-se no conceito de família organizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003)[1]:

> Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentescos, dependência doméstica[2] ou normas de convivência[3], que reside na mesma unidade domiciliar e, também, à pessoa que mora só em uma unidade domiciliar.

Sendo assim, o que se percebe é que o domicílio consiste numa referência para o cadastro da família em programas como o PSF. Apesar disso, para a análise vigente, a visão ampliada de família como descrita por alguns autores acima tornou-se fundamental para discussões sobre a temática.

[1] Disponível no site www.ibge.gov.br.
[2] Dependência doméstica é a situação de subordinação dos empregados domésticos e dos agregados em relação à pessoa responsável pelo domicílio ou pela família.
[3] Normas de convivência são regras estabelecidas para convivência de pessoas que residiam no mesmo domicílio e não estavam ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica**.**

1.2 A FAMÍLIA COMO PROTAGONISTA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Percorrer a trajetória, compreendendo o porquê da família hoje ser colocada como instituição privilegiada nas reformas de saúde no Brasil e em outros países com padrões sócio-culturais semelhantes favorece o entendimento do objeto do estudo em questão. Essa abordagem, de certa forma, permite integrar o *puzzle* que foi sendo construído nos últimos anos no Brasil. Permitiu, igualmente, de acordo com Nogueira (2002) identificar a racionalidade que presidiu o padrão adotado nas políticas nacionais de saúde, particularizando um modelo de atenção básica cuja centralidade absoluta repousa na família. Buscando aprofundar esta compreensão serão apresentadas considerações históricas a respeito da constituição do Sistema de Saúde Brasileiro e das razões que favoreceram incluir a família como foco de atenção básica.

No início do século XX, o Estado capitalista assume uma função intervencionista e reguladora na área do bem-estar social. Isto se deve ao processo de desenvolvimento econômico e industrialização, o qual implicou num crescimento individual em relação à sociedade e que visando à manutenção e ampliação do capitalismo, o Estado passou a assumir a função de proteção social, suprimindo a função da família. Carvalho (2003) remonta suas idéias neste sentido:

> Desde o pós-guerra, nos países capitalistas centrais, a oferta universal de bens e serviços proporcionados pela efetivação de políticas públicas pareceu mesmo descartar a família, privilegiando o indivíduo-cidadão. O processo, a informação, a urbanização, o consumo fortaleceram a opção pelo indivíduo portador de direitos (CARVALHO, 2003, p.267).

É bem verdade, que alguns países como os Estados Unidos, Canadá, Itália, Alemanha, Inglaterra, Holanda, Suécia mantiveram durante duas a três décadas, no *boom* econômico, sistemas efetivos e universais de saúde e educação, além de conseguirem assegurar níveis mínimos de emprego e aposentadoria. Entretanto, para outros países, como é o caso do Brasil, o Estado lançou políticas sociais de forma centralizada, setorizada e institucionalizada em torno do indivíduo como elemento central e portador de direitos (GOLDANI, 1994).

Com a crise do Estado de Bem-Estar, as conseqüências na atenção às necessidades sociais repõem a ascensão da família, como uma das soluções centrais para a superação do impasse, além de provocar o reenquadramento da sociedade civil, no plano dos valores sócio-culturais e políticos (NOGUEIRA, 2002).

Segundo Esping-Andersen (2000) a consolidação do modelo de proteção, na era industrial, foi predominantemente pautado no ideário político-partidário, com forte participação da Democracia Cristã, ou pelo menos, coincidente com o ideário da doutrina social da Igreja. Dessa forma, a família obteve um importante papel de ajuda, solidariedade e proteção: de um lado, o homem provedor da prole, e do outro, a mulher como a responsável pelas tarefas domésticas, incluindo as atividades relativas ao cuidado com as crianças, os idosos e os enfermos.

A família, protetora social, reduzia, portanto, o papel do Estado como responsável pelo bem estar da população. Nesta ótica, Navarro (2000) analisa a situação da Espanha similar a do Brasil, quanto ao desamparo estatal frente à situação exposta:

> [...] en España, el discurso católico de dar mayor prioridad y protagonismo a la familia contrasta con una realidad en que la familia, y sobre todo la mujer, se encuentra enormemente sobrecargada, como lo atestigua el elevado porcentaje de mujeres con enfermedades debidas al estrés, el grupo etario y social con una porcentaje mayor de tales enfermedades. Es más, el discurso y práctica política que intenta sustituir el Estado del bienestar por la sociedade del bienestar acentúa todavía más esta problemática al suponer que existe un conflicto entre Estado del bienestar y sociedad del bienestar, pidiéndose la expansión de la sociedad del bienestar a costa de la reducción del Estado del bienestar (NAVARRO, 2000, p. 41-42).

Neste mesmo foco analítico, Mioto (2001, p. 125) acrescenta sobre as funções que a família absorve diante das mudanças ocorridas.

> [...] pois de um lado se fala constantemente da família como recurso fundamental para a construção da solidariedade e preservação do tecido social. Por outro lado, pede-se à família o exercício de um papel substitutivo em relação ao sistema de direitos sociais, cuja fruibilidade se torna cada vez mais incerta.

O fato é que com a diminuição dos recursos do Estado, a não garantia empregatícia e enfraquecimento mediante os sistemas de proteção, a família, tornou-se a instituição responsável e fundamental no cumprimento de proteção social de seus membros e para tanto passa a ser foco e destinatária das políticas sociais.

Na década de 1980, a família é redescoberta como elemento imprescindível para a compreensão do processo saúde-doença valorizando o papel familiar na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes (NOGUEIRA, 2002). Alguns autores enfatizam a importância da atuação familiar durante todo o percurso terapêutico da doença e na fase de reabilitação do doente (ELSEN & PATRÍCIO, 1986; ZANETTI, 2006; FRAZILI, 2006.)

Autores como Martin (1995) e Carvalho (2003) defendem a responsabilidade partilhada do Estado, do mercado, das organizações sociais sem fins lucrativos e ainda da família. Eles referem que as políticas sociais e de saúde na atualidade, constituem a responsabilidade mútua das diversas instituições, sem diminuir, e pelo contrário, a importância da família nestes processos. Carvalho (2003, p.269) lista os novos desafios colocados a estas instituições:

> - A questão da partilha de responsabilidade na proteção social, justificada pela pobreza persistente, por desemprego, envelhecimento populacional;
> - A questão da partilha de responsabilidades formativas, que se deve a exarcebação do individualismo, à perda de valores, a menos eficácia dos educadores institucionais na socialização das crianças e adolescentes;
> - O descrédito e o descarte de soluções institucionalizadas de proteção social (Internatos, manicômios, orfanatos, etc).

Neste contexto de partilha, alguns programas brasileiros foram lançados como fortalecedores da instituição familiar e devido a critérios já então exigidos de qualidade de vida pela sociedade mundial.

O novo modelo de atenção básica descreve a família como sujeito de ação à saúde, formando alianças de co-responsabilidade. O Programa de Saúde da Família destaca a valorização da família com sujeito no espaço de cuidado promovido pela equipe multiprofissional, assim como pela própria família.

> Atualmente vem se estruturando, em nível internacional, uma nova visão de atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 1, 2000, p. 10).

Outro programa que também merece citação por se tratar da atuação do Estado frente a famílias (famílias vulneráveis economicamente) é o Programa Bolsa Família que tem como objetivos básicos, segundo o Decreto Nº 5.209:

> I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social;
> II - combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional;
> III - estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza;
> IV - combater a pobreza; e
> V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (DECRETO Nº 5.209, Cap.I, Art. 4º).

Sendo assim, atualmente, é quase inevitável se observar à emergência da temática “família” no debate político-social, seja qual for o campo científico ou de atuação política, demonstrando, assim, a necessidade de enfocá-la conjuntamente com suas relações e vivências como um lugar de destaque na agenda social (PETRINI, CAVALCANTI, 2005). Para tanto, a abordagem da família vem percorrendo campos da teologia, psicologia, saúde, sociologia, psicanálise, história, entre outros.

1.3 A FAMÍLIA NA SAÚDE

O resgate da família às práticas de saúde nasce da busca da identidade da unidade de atenção, a qual por muito tempo girou em torno do indivíduo. Foi a partir dos anos setenta que os principais sistemas de saúde passaram a ser questionados no que diz respeito à sua centralização no modelo individual, à ênfase na dimensão curativa da doença, aos elevados custos e à baixa efetividade. Surgem então discussões sobre o papel do estilo de vida e das condições ambientais e no processo saúde-doença (MENDES, 1996).

Capra (1991) se refere à mudança do paradigma da saúde, em que no processo saúde-doença, por exemplo, o indivíduo é tratado em partes isoladas, enquanto no paradigma emergente ele tende a ser tratado de forma holística. Por conseguinte, a saúde passa a ser considerada como resultante da harmonia entre o meio ambiente, mente e corpo. Ganha força a idéia de promover a saúde e não apenas a de curar doença, emergindo os conceitos de vigilância da saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, articulados à noção de promoção da saúde através da mudança das condições de vida e de trabalho da população (MENDES, 1996).

Desta forma, Paim (2002) sugeriu que, para perseguir estas metas, o sistema de saúde deveria enfatizar o aspecto positivo da saúde, adotando intervenções intersetoriais que a promovessem. Tratar-se-ia, assim, de reorientar o sistema para ações promocionais de saúde, para eliminação ou redução de riscos e para prevenção das doenças e agravos. Autores como Capra (1991), Almeida Filho (1997), Paim (2002), Mendes (1996), Costa (2002), destacaram propostas para uma nova política de saúde, com vistas a mudança do paradigma do processo saúde/doença.

Nessa ótica de mudanças, percebe-se que para se concretizar a saúde que se espera neste novo paradigma é necessário compreender que o ser humano é influenciado pelo contexto cultural, social e histórico, surgindo assim à necessidade de uma aproximação com outras ciências tais como a Antropologia, Sociologia, Psicologia, História, entre outras.

Ante esta perspectiva, a família passou a si constituir como objeto de investigação ao mesmo tempo em que passou a ser delineada como objeto de trabalho, e, portanto, como objeto de atenção da saúde. Ou seja, passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence. A família, portanto, além de ser agente do cuidado de seus membros e de si mesma, também deve ser considerada como objeto de cuidado dos profissionais (FRANCO, 2002).

Como destacado por Bastos, Alcântara & Ferreira-Santos (2002), a função da família é compartilhada pelo Estado, no que diz respeito ao cuidado à saúde. Eles acrescentam que com relação a direitos básicos como a saúde e diante de políticas públicas omissas ou não igualitárias, é na família que a maior parte dos problemas de saúde são “resolvidos” e que apenas quando os recursos mostram-se ineficientes é que se recorre ao sistema oficial de saúde. Além disso, Moraes (2003) destaca que ao procurar o sistema de saúde, o paciente está sendo influenciado por crenças familiares sobre, inclusive, que tipo de doença merece que se procure um profissional de saúde.

Ao analisar a relação entre família e saúde, Nitschke (1991) afirma que, ao se formar uma nova família, seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores referentes à saúde e seus hábitos de saúde, sendo o estado de saúde de cada família único e distinto. À medida que os conflitos surgem, os membros negociam e barganham, tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específica daquela família.

Assim, embora a saúde da família, e de seus membros seja diferente estão interligadas. A situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde da família. Em sua tese de doutorado em que estudou sobre concepções de saúde e doença de famílias moradoras de uma vila brasileira, Elsen (1984) enfatiza quanto uma hospitalização ou uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar, já que os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando, inclusive, uma situação de crise na unidade familiar. A autora acrescenta que a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça

a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião, e, mais que tudo, incentivar sua participação.

Como célula vital para a saúde humana, a família, é o contexto dentro do qual evolui a saúde do indivíduo. Ela influencia de maneira significativa as crenças de seus membros, suas atitudes e seus comportamentos relativos à saúde e à doença. Hábitos como alimentação, uso de álcool e tabaco, a prática de exercícios físicos e a maneira de lidar com situações de estresse se desenvolvem dentro do contexto familiar (COSTA, 2002). Neste sentido, Delaney (1999) apud Marcon & Elsen (1999) refere-se a família como:

> [...] zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem os cuidados com a saúde (DELANEY, 1999, p.22).

Sendo assim, a família torna-se uma aliada na construção da saúde de seus membros e de sua comunidade. Nesta ótica, Bastos, Velame, Franco e Teixeira (2006) defendem que a família constitui um sujeito capaz de propor estratégias, do ponto de vista da saúde pública. Diante disso, propõe-se que a família seja considerada co-responsável pela saúde de seus membros e que participem ativamente do processo de prevenir e de cuidar. Assim, vários estudos (ANGELO & WERNET, 2003; DUARTE, 2007; DECESARO, 2007) têm demonstrado que para assistir a família se faz necessário conhecer a realidade familiar em toda sua concretude, tornando-se relevantes os estudos com vistas a identificar aspectos da realidade da família brasileira.

Melman (2001) refere que o adoecimento de um membro de uma família representa geralmente um forte abalo, sendo que seus componentes dificilmente se encontram preparados para enfrentá-los e sentem-se incapacitados para realizar qualquer intervenção. Portanto, para Elsen (1984), não se pode generalizar a eficiência da família no desempenho do papel de cuidadora da saúde de seus membros. A autora acrescenta que se por um lado a família constitui uma unidade prestadora de cuidados, por outro representa casos de violência doméstica o que a torna vulnerável neste referencial do cuidar.

A atenção à família como unidade básica de saúde, portanto, exige conhecer como essa família vive identificando suas dificuldades e suas forças. De acordo com Marcon & Elsen (1999), só assim, o profissional, com seu saber técnico, científico e humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros.

Os mesmos autores acima defendem que o domicílio tem-se constituído em espaço apropriado para a assistência profissional à família, pois é neste ambiente que é possível melhor conhecê-la e compreendê-la, assim como suas necessidades de cuidado, uma vez que nele os membros familiares conseguem expressar mais facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença e até questionar as práticas defendidas pelos profissionais.

Hoje se tem a família como protagonista da atenção à saúde, concretizada pela criação em 1993, do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde. Esta inclusão da família como sujeito de atenção no PSF merece considerações, estudos e reavaliações acerca da efetivação da abordagem familiar como co-responsável pela sua saúde e de seus membros.

CAPÍTULO II -
A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás,
mas só pode ser vivida olhando-se para frente"
(Kierkgaard)

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Ao longo dos anos, as políticas públicas de saúde passaram por vários ajustes, a fim de tentar atender aos interesses econômicos vigentes em cada período da história brasileira. Sendo assim, visando analisar as políticas públicas de saúde adotadas no Brasil, necessário se fez percorrer ao longo da história do país, seus efeitos sobre o processo de organização e reorganização dos serviços de saúde.

No período entre 1900-1930, o Brasil possuía uma economia eminentemente agro-exportadora. O aumento natural da população ativa e a imigração intensa superaram a necessidade de trabalhadores do complexo exportador cafeeiro, promovendo, assim, a migração para as cidades e, particularmente, para as atividades industriais ligadas à produção cafeeira (BODSTEIN, 1992; ROSSI, 1980). É neste contexto que a saúde emergiu como uma questão social, destinada tanto ao combate das epidemias prevalentes na época - cólera, febre amarela, varíola, peste bubônica - como ao saneamento dos portos e das cidades, com vistas a superar os entraves decorrentes dessa situação restritiva à política imigratória e ao comércio exterior (BODSTEIN, 1992). Para tanto, já em 1902 o então presidente Rodrigues Alves lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana no Estado de São Paulo (LUZ, 1991). O Estado assumiu, portanto, uma posição centralizadora e autoritária no combate a estas doenças epidêmicas.

No ano de 1923 foi promulgada a Lei Elói Chaves pelo Decreto n° 4.682, que criava, em cada empresa de estrada de ferro existente no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para seus empregados, objetivando prestar assistência médica e alguns benefícios pecuniários. Os CAPs eram organizados por

empresas e administrados e financiados por empresários e trabalhadores. Foram criadas, neste período (1923-1930), cerca de 40 CAPS, cobrindo mais de 140 mil beneficiários (MENDES, 1993). Desta forma, o seguro social foi implantado no Brasil como instrumento neutralizador de tensões políticas e sociais existentes (NICZ, 1988).

A partir da década de 1930, inicia-se o aumento da população urbana e das classes trabalhadoras, que exercem pressão para a extensão e efetivação das políticas sociais, devido a um processo de industrialização limitado (BODSTEIN & FONSECA, 1989; ROSSI, 1980). Constituiu-se num período de transição entre o modelo agroexportador para o urbano-industrial, substituindo a mão-de-obra escrava pelos trabalhadores assalariados livres.

Neste período, o Estado criou o Ministério da Educação e Saúde o qual promoveu a organização de Departamentos Estaduais de Saúde criou hospitais, centros e postos de saúde, sob a coordenação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNS). Este período consistiu no auge do sanitarismo campanhista, em que a ação pública governamental investia em campanhas no combate a algumas endemias, criando o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense (ROSSI, 1980).

Surgiram também, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), uma nova forma de organização previdenciária, organizada por categorias profissionais – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); em 1934, dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB); em 1936, dos Industriários (IAPI) e Estivadores e Transportadores de Carga (IAPETEC); em 1938, que possuíam uma maior participação estatal (CUNHA & CUNHA, 1998). Nesta época, a política brasileira assistia a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, culminada com a Revolução de 1930 e posterior nova Constituição de 1934. Iniciou-se uma nova fase de profunda centralização do Estado o qual se corporificou em medidas essencialmente populistas e, portanto ocorreu uma maior participação do governo nas políticas públicas. (BERTOLLI FILHO, 1998). Consiste numa época de importantes mudanças econômicas, as quais consequentemente modificam o foco de atuação da assistência à saúde. Passa-se de uma economia essencialmente agroexportadora para uma economia de característica industrial incipiente e tardia.

O Governo Vargas foi marcado por movimentos sociais, principalmente da classe trabalhadora. Em conseqüência deste fato e devido à centralização das

ações estatais, muitas instituições médicas foram criadas (OLIVEIRA & SOUZA, 1997). Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a fim de promover ações sanitárias em áreas estratégicas do ponto de vista econômico, como no Vale do Rio Doce na exploração de minérios e no Vale Amazônico na produção de borracha, posteriormente estendendo-se para a região Norte e Nordeste (CUNHA & CUNHA, 1998). Inicialmente, o SESP contava com recursos da Fundação Rockfeller e em 1960 foi incorporado aos órgãos do Ministério da Saúde, como Fundação SESP. Também foi criado o Ministério da Saúde (MS) em 1953 e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, que atuavam junto com o Ministério do Trabalho e com os militares, predominando a prática do sanitarismo (OLIVEIRA & SOUZA, 1997).

Diante do processo de industrialização no país, com conseqüente aumento da classe assalariada e aceleração da urbanização, houve uma maior necessidade de aumento das instituições que prestavam serviços médico-hospitalares aos previdenciários, privilegiando-se o setor privado (NICZ, 1988). Com isso, cresceu a assistência médica de cunho individual, médico-hospitalocêntrico, em detrimento a saúde pública, de natureza coletiva.

O Quadro I retrata as fases de estabelecimento das políticas públicas no Brasil, até 1966, ano que foi criado o INSS, elucidando de forma resumida as mudanças na saúde frente à economia brasileira da época (CUNHA & CUNHA, 1998).

Em 1964, com o Golpe Militar, as políticas de saúde brasileiras sofreram conseqüências imediatas. Ocorreu uma crescente redução orçamentária do Ministério da Saúde em detrimento à diminuição da participação da sociedade nos rumos da previdência, resultando em paralisações dos serviços de saúde pública, como a imunização, programas de proteção materno-infantil e controles das doenças endêmicas (OLIVEIRA & SOUZA, 1997).

Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como resultado da fusão dos vários IAPs, passando o Estado a exercer o papel de grande gerenciador do sistema de seguro social, além de manter o controle governamental através da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema permitida anteriormente na vigência das CAPs e dos IAPs (MENDES, 1993).

Quadro I: Marcos históricos e mudanças na Saúde Coletiva Brasileira no período de 1923 a 1966.

O período 1923/30: o nascimento da Previdência Social no Brasil			
Marco legal e político	**Previdência**	**Assistência a Saúde**	**Saúde Coletiva**
• Nascimento da legislação trabalhista • Lei Eloy Chaves (1923)	• CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores	• Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios	• Sanitarismo Campanhista • Departamento Nacional de Saúde Pública • Reforma Carlos Chagas
O período 1930/45: as propostas de contenção de gastos e o surgimento das ações centralizadas de saúde pública			
Marco legal e político	**Previdência**	**Assistência a Saúde**	**Saúde Coletiva**
• Criação do Ministério do Trabalho • CLT	• IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal	• Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema	• Auge do Sanitarismo Campanhista • Serviço Nacional de Febre Amarela • Serviço de Malária do-Nordeste • SESP (1942)
O período 1945/66: a crise do regime de capitalização e o nascimento do sanitarismo desenvolvimentista			
Marco legal e político	**Previdência**	**Assistência a Saúde**	**Saúde Coletiva**
• Constituição de 1946 • LOPS (1960) • Estatuto do Trabalhador Rural • Golpe de 1964 • INPS (1966)	• Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas • Incorporação da assistência sanitária à Previdência • Uniformização dos direitos dos segurados	• Crescimento dos serviços próprios da Previdência • Aumento de gastos com a assistência médica • Convivência com os serviços privados, em expansão no período	• Sanitarismo desenvolvimentista • Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU (1956)

Fonte: Cunha & Cunha (1998).

No período entre 1968 a 1974, o Brasil viveu a fase do “milagre econômico”, o qual após o seu fim observou-se, de acordo com Oliveira & Souza (1997), que o “milagre” não proporcionou o bem-estar social da população deste país. Esta situação traduziu-se em uma série de medidas emergenciais no setor da saúde, as quais não correspondiam às mudanças estruturais. Portanto, a prestação assistencial à saúde pelo INPS, privilegiava um modelo privativista baseado na medicina terapêutica, voltado para o indivíduo e para a alta complexidade hospitalar. Estabelece-se, então, o que Carvalho & Goulart (2002) chamam de “complexo previdenciário médico-industrial”, composto pelo sistema próprio e o conveniado. O resultado foram investimentos em grandes redes hospitalares, porém grandes segmentos populacionais desassistidos ou dispondo de serviços com pequeno ou nenhum poder de resolutividade dos seus problemas. Assim, doenças infecto-contagiosas, acidentes de trabalho, doenças crônico-degenerativas e endemias, continuavam a incidir na população (BRAGA & PAULA, 1991).

Buscando a resolução de tais problemáticas, o Estado brasileiro promoveu intervenções, como a Lei do Sistema Nacional de Saúde (SNS), de nº 6.229/75, a

qual representa a primeira tentativa de regulamentação das competências e atribuições dos diversos Ministérios.

Outra intervenção governamental foram as medidas de reforço e reorganização das atividades das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, o desenvolvimento do Plano Nacional de Imunizações, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e do Programa de Interiorização das Ações de Saneamento (PIASS). Este último foi criado em 1976, assumindo o caráter de uma estratégia política, com o objetivo de levar saúde pública às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário adotando sistemas de atenção primária à saúde com o envolvimento da comunidade local e integrando diversos níveis de atendimento (MÉDICE, 1994). Foi inicialmente desenvolvido em dez estados do Nordeste, implantando uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, anos mais tarde teve uma abrangência nacional. Contudo, a sua a atuação ficou limitada às áreas não ocupadas pela iniciativa privada por imposição de dirigentes da Previdência Social, ligados aos interesses dos hospitais privados (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde (AROUCA, 1998). Nesta ótica, quem precisasse de assistência médica deveria pagar diretamente por ela, ou ser atendido em instituições filantrópicas, ou estar formalmente inserido no mercado de trabalho.

Em 1977 com a finalidade de reorganizar a Previdência Social, o governo criou o SINPAS, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, através da Lei 6.439/77, o qual era composto pelas seguintes instituições: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de

Dados da Previdência Social (DATAPREV); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); e a Central de Medicamentos (CEM) (BRASIL, 2006). Esta ação governamental garantiu a separação das atividades previdenciárias (INPS) daquelas relacionadas com a assistência a saúde (INAMPS).

Autores como Luz (1991), Mendes (1993) e Santos (1994), chamam atenção que as ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração, provocando uma capitalização crescente do setor privado e uma precarização do sistema social e de saúde. Segundo Arouca (1998) era importante, nesta época, transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde, já que a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos "indigentes", ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portanto, para estes autores (LUZ, 1991; MENDES, 1993; SANTOS, 1994; AROUCA, 1998) a saúde estava organizada diante da responsabilidade partilhada dos diversos setores; cabia ao Ministério da Saúde, na época, a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do INAMPS; ao Ministério da Educação a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior as ações de saneamento e ao Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho.

Quanto às ações de saúde pública ou preventivas (saneamento, controle de endemias, vacinação, etc.), as quais eram de responsabilidade do Ministério da saúde, elas eram de acesso universal, mesmo que funcionassem em paralelo às ações ditas curativas. Como resultado o modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo e sem integralidade, devido á nítida separação existente entre a prevenção e a cura (MENDES, 1993).

Necessário se fazia, com isso, a reformulação da assistência à saúde da população e para tanto, discussões tanto a nível municipal, estadual e federal como mundial aconteceram com o objetivo de obter soluções e estratégias na melhoria da qualidade de vida das populações. Neste sentido, em maio de 1978 foi realizado em Campinas o primeiro encontro municipal do setor saúde. Nele foi discutido a

prioridade da atenção básica à saúde para os municípios e os atendimentos secundários e terciários, haja vista mais complexos, para os Estados e para a União (CORDONI JÚNIOR & PAULUS JÚNIOR, 2006).

A ineficácia da assistência prestada no setor saúde, os altos custos, a mercantilização, o descontrole dos serviços patrocinados pela Previdência Social, além da crescente insatisfação populacional, foram fatores preponderantes para as discussões sobre mudanças na saúde brasileira. Com a crise financeira da Previdência Social buscava-se racionalizar a assistência do setor saúde o que resultou em altos índices de Mortalidade Infantil e intensificou movimentos sociais frente à insatisfação instalada. Os organismos internacionais pressionavam o governo brasileiro frente a esta situação de saúde.

Para Braga & Paula (1991) o crescente volume de recurso para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. Formava-se uma consciência de que era necessário repensar a política de saúde. Intelectuais e profissionais de saúde incorporados com lideranças políticas sindicais e populares, além de parlamentares interessados, se reuniam num movimento em prol a mudanças no modelo de saúde e por políticas mais universais. Era o Movimento pela Reforma Sanitária.

Várias correntes juntaram-se como protagonistas para a modificação da abordagem da saúde. O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das idéias e fez com que diversos jovens estudantes começassem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes por serem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões (AROUCA, 2002).

Em 1979, aconteceu o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, considerado um dos marcos do movimento sanitário, segundo Roncalli (2003). Neste local foram discutidas propostas para o setor saúde, já com menção a um sistema de saúde que fosse descentralizado e universal.

No ano anterior, o Governo brasileiro participou da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, foi a primeira Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância

(UNICEF) e pela OMS. Foram mais de 700 participantes (134 países e 67 organismos internacionais) discutindo sobre a emergência da saúde pública nesta época. Como discorre Santos (2007):

> A Conferência de Alma–Ata, em 1978 na antiga União Soviética, especificou como componentes fundamentais da Atenção Primária da Saúde (APS) as seguintes ações: educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de lesões e doenças comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, boa nutrição e medicina tradicional. Estas são ações de alto impacto na saúde pública e que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir as possibilidades de adoecer (SANTOS, 2007, p. 12).

Foi nesta ótica que tornou-se consenso, neste evento que a promoção e proteção da saúde da população é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (MENDES, 2004). Além disso, os 134 países e 67 organismos internacionais participantes se comprometeram com a meta de garantir Saúde para todos até o ano 2000.

Diante deste compromisso, em setembro de 1981, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e, posteriormente, em agosto do ano seguinte, aprovado o Plano de Reorganização da Assistência à Saúde que tinha às ações primárias como destaque e a integração das instituições federativas, constituindo-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRAGA & PAULA, 1991). Esta proposta abriu a possibilidade para a participação dos estados e, principalmente, municípios na política nacional de saúde, incorporando os serviços estaduais e municipais à rede de serviços pagos pelo INAMPS integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde. Os convênios foram um marco na instituição da gestão colegiada nas diversas esferas de governo e na responsabilização dos municípios como porta de entrada do sistema (COHN & ELIAS, 2005). Consiste, de acordo com Costa (2002), a primeira fase para a descentralização das políticas de saúde no Brasil, buscando aumentar a eficiência nas ações e a contenção de custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência. Nesta mesma ótica, Paim (2002) acrescenta como próxima fase, a

criação do Sistema Unificado e Descentralizado, o SUDS, descrito por Arouca (apud Costa, 2002, p.52) como:

> [...] um projeto de começar a descentralizar, antes que a Constituinte previsse um projeto de reforma administrativa. Era uma forma de ainda sobreviverem no poder. Como eles sabiam que o modelo de previdência, tal como estava não tinha saída, e que este caminharia para o Sistema Único, eles lutam por uma reforma por dentro, numa tentativa de modernização do INAMPS, já com a descentralização e municipalização.

Apesar de se apresentar como um projeto apoiado em convênios entre o governo federal, estadual e municipal, existia de fato uma resistência dos governos estaduais, os quais temiam assumir encargos e responsabilidades sem reposição destes recursos (COSTA, 2002).

Não obstante, a política na metade dos anos 1980 foi marcada por uma profunda crise, retratada pela conquista da instauração de um presidente não-militar, eleito de forma indireta e o advento da “Nova República” (RONCALLI, 2003). Neste sentido, foi eleito o Presidente da República Tancredo Neves, o qual faleceu antes mesmo da sua posse, o que fez José Sarney, o então vice-presidente, assumir o poder. Frente à mudança política e o fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília, em que foram discutidos três grandes temas: Saúde como dever do Estado e direito do cidadão; financiamento setorial e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (COHN & ELIAS, 2005).

Esta conferência contou com cerca de cinco mil participantes, haja vista ter sido a primeira aberta à sociedade, entre profissionais de saúde, intelectuais, políticos, usuários, lideranças populares e sindicais os quais reorganizaram, através do Relatório da Conferência, um novo conceito ampliado de saúde o qual seria posteriormente incluído na Constituição de 1988:

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [...] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de

> determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1990, p.30).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi considerada como um marco, e segundo Roncalli (2003), um “divisor de águas” dentro do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Esta conferência, de acordo com o autor criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro, influenciando, significativamente na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e na elaboração dos preceitos constitucionais relacionados ao setor saúde.

Importante salientar que a Assembléia Constituinte incorporou boa parte das propostas da Reforma Sanitária, concretizando-a no plano jurídico-institucional. Dentre elas, Arouca (1998) enfatiza a idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de proporcionar condições para isto, evidenciando o princípio de co-responsabilidade das mais diversas instâncias. Além disso, este mesmo autor cita também sobre a função complementar da saúde privada; a idéia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080 (BRASIL, 1990).

Sendo assim, a Constituição de 1988 foi aprovada, definindo o modelo oficial de atenção à saúde vigente nos dias atuais, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se firmou como uma grande reforma descentralizadora sob regime democrático, já que a política nacional de saúde passou a ser regida por um sistema de comando único de ações de saúde e financiamento de co-responsabilidade das três esferas de governo (COSTA, 2002). Através dela, a saúde foi inserida no capítulo da Seguridade Social como um direito de todos os cidadãos e como dever do Estado:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição de 1988, Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (BRASIL, 1990).

A partir da promulgação desta Constituição Federal, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde a universalização, a eqüidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. E ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (PAIM, 2002).

Na busca da concretização destes princípios várias normas e portarias foram emitidas pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, as Normas Operacionais Básicas (NOBs). De acordo com alguns autores (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001), as NOBs (NOB 01/1993 e 1996) constituíram os principais instrumentos de regulamentação e orientação do processo de implantação do SUS. De modo geral objetivavam a intensificação do processo de municipalização, definição de formas de transferências de recursos, definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde, dos tipos de assistências de baixa, média e alta complexidade, orientação sobre a descentralização e definição do modelo de atenção à saúde.

A partir de então, buscando melhorias e um refinamento dos princípios do SUS, várias normas foram lançadas de modo que uma complementava e/ou oferecia alternativas necessárias à superação das dificuldades e resolução de impasses para a efetivação em especial do processo de descentralização.

A NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), por exemplo, publicada em 26 de janeiro de 2001, estabelecia o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, na busca de maior eqüidade e integralidade da atenção (PORTARIA MS/ GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001). Roncalli (2003) afirma que a NOAS foi criada com a intenção de recuperar a função do Estado na coordenação e integração dos sistemas municipais de saúde localizados em seu território, organizando com isso o Estado em regiões e microrregiões.

E foi no atual governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva que foi firmado o novo pacto de gestão, na tentativa de superar as dificuldades encontradas até então nas políticas públicas de saúde, enfatizando as necessidades de saúde da população o que implicou em definição de tais prioridades: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Estes pactos

possuem objetivos descritos nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (2006) referindo que:

> O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, com prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais voltadas para a saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, atenção básica à saúde; o Pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política do Estado mais do que políticas de governos, com prioridade de implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS; e o Pacto de gestão do SUS que estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, promovendo a descentralização de atribuições do MS para os estados e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça ainda a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006, p.1-3).

Outras ações também foram delineadas no Pacto pela Vida, como o aumento do repasse para as equipes de Saúde da Família, o incremento de gastos para a média e alta complexidade, criação de novos centros de atenção psicossocial, ampliação dos repasses da assistência farmacêutica, entre outros.

Costa (2002) acrescenta que outras políticas, durante este período também foram adotadas como o Programa Farmácia Popular, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão dos Serviços de Saúde, a criação do Serviço Médico de Urgência (SAMU) e elaboração de um plano Nacional da Saúde.

Assim, com a finalidade de atingir os princípios do SUS, o Estado deve-se valer de políticas sociais e econômicas capazes de reduzir o risco de doença e outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Para tanto, algumas estratégias foram lançadas pelo Ministério da Saúde visando concretizar a assistência que se espera ditada pela Constituição de 1988. O Programa de Saúde na Família nasceu nesta perspectiva, mediante experiências de outros países.

2.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Estimulado por experiências internacionais em países como Cuba, Canadá e Inglaterra, em 1990 o Brasil implantou em algumas regiões do país (no estado do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (VIANA & DAL POZ, 1998).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi planejado e implantado entre os anos de 1986 e 1988 com a finalidade de promover ações sanitárias e educativas através de visitas domiciliares e reuniões com as famílias. Consistiu numa experiência piloto financiada pelo Programa de Emergência para Combate aos Efeitos da Seca, ganhando grande apoio popular, já que obteve sucesso no controle e prevenção do cólera na Região Norte e contribuiu, de forma decisiva, para o melhorar dos indicadores de saúde, principalmente a mortalidade materno-infantil (ANDRADE, 1998).

> O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (VIANA & DAL POZ, 1998, p.18).

Nesta ótica, o Ministério da Saúde percebendo a importância e consequências positivas do trabalho exercido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), criou, em 1991, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, onde o ACS é definido como um indivíduo de idade mínima de 18 anos que sabe ler e escrever e reside há, pelo menos, dois anos na comunidade e integra a equipe de saúde local, devendo ele estar preparado para identificar problemas, sensibilizar e orientar as famílias e a comunidade para as questões relacionadas com a saúde (FRANÇA, 2001). Este profissional é supervisionado pelo enfermeiro que assegura sua formação e o acompanhamento.

Aos ACS cabe a tarefa de cadastrar as famílias de sua área de atuação; estimular continuamente a participação popular, principalmente nas questões relativas à melhoria de vida; informar as unidades básicas a que está vinculado, os

problemas detectados; realizar visitas domiciliares; reuniões de grupos; acompanhar a evolução de gestantes e nutrizes; crescimento e desenvolvimento de crianças de até cinco anos (sob a supervisão de um profissional coordenador); orientar a população sobre a utilização adequada dos serviços de saúde, entre outras (BRASIL, 1994).

Os resultados positivos do PACS incentivaram os secretários de saúde à expansão para outros profissionais mas, para tanto, necessitava-se de uma organização dos repasses financeiros a nível federal, estadual e municipal. Assim, segundo Viana & Dal Poz (1998), no dia 27 e 28 de dezembro do ano de 1993, foi convocada uma reunião pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santilho em Brasília (DF), sobre o tema “Saúde da Família”, a fim de se discutir uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporação de novos profissionais. Estava oficializado o Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, nesta oportunidade o PACS passou a ser considerado uma fase de transição para o PSF.

Buscava-se reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Em janeiro de 1994, o Ministério da Saúde publicou o documento Brasil (1994) pelo qual foi divulgada a implantação do PSF, cujo objetivo geral era de construir um modelo de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, melhorando a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade e em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o Programa de Saúde da Família teve como propósito colaborar na organização do SUS, na implementação dos seus princípios fundamentais de participação, descentralização, universalização, integralidade e equidade (BADUY & CORDONI, 1999). Sobre estes princípios, Aguiar (1998, p. 50-51) descreve:

> 1) saúde, como direito do cidadão e dever do Estado;
> 2) integralidade da assistência, como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;
> 3) universalidade, como acesso aos serviços de saúde para toda a população;

> 4) equidade, como igualdade na assistência à saúde;
> 5) resolutividade, como eficiência na assistência integral, contínua e de qualidade à população e na intervenção sobre as causas e fatores de risco;
> 6) intersetorialidade, como ações integradas de serviços de saúde e outros órgãos públicos;
> 7) humanização do atendimento, como responsabilização mútua do profissional e usuário e estreitamento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
> 8) participação, como organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (através do Conselho Municipal de Saúde).

Alguns autores (RONCALLI, 2003; VIANNA & DAL POZ, 1998) consideram que inicialmente o PSF constituía-se em um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde que tinha como finalidade cobrir as áreas de riscos selecionadas a partir do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). À medida que o PSF começou a demonstrar resultados positivos na saúde das populações, sua expansão foi notória. Para sua consolidação, porém, foi necessário criar mecanismos de financiamento, o qual foi garantido pela edição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde - (NOB/SUS), editadas pelo Ministério da Saúde em 1993 e 1996 (NOB 01/93 e NOB 01/96):

> A implantação das NOBs desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para estados e municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema de Saúde (BRASIL, 2001, p. 101).

Buscando aprofundar o processo de descentralização, reconhecendo a regionalização em saúde de fundamental importância para a consolidação dos princípios do SUS, foi publicado em janeiro de 2001 pelo Ministério da Saúde (MS) a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 01/2001) (BRASIL, 2001).

No ano de 2006, foi aprovada e publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Pactos pela Saúde, o que definiu como uma das prioridades: “Consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006, p.2).

Através da Portaria 648/2006 foi proposta uma revisão de diretrizes e normas para o PACS e PSF, no Capítulo II em Princípios Gerais, desta Portaria, são descritos os princípios gerais do PSF, a seguir:

> I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
> II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
> III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
> IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
> V - ser um espaço de construção de cidadania.

O PSF é formado pela atuação de uma equipe multiprofissional frente a uma comunidade adscrita, formada, por no mínimo, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e até doze Agentes Comunitários de Saúde. (PORTARIA 648/2006, CAPÍTULO II).

Com o objetivo de aproximação, ou melhor, do aumento de vínculos e reconhecimento e identidade cultural dos profissionais para com as famílias, o PSF propõe dedicação integral de oito horas diárias para toda a equipe multiprofissional e para os ACS, estes últimos devem residir nas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 2000).

Cada ACS presta assistência à no máximo 750 pessoas, formando uma área de atuação. As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento de no máximo quatro mil habitantes, tendo uma média recomendada de três mil habitantes, localizadas em uma área geográfica delimitada. Elas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Essa organização de trabalho pretende a agregação de uma comunidade mais homogênea, facilitando as ações por fatores de riscos (PORTARIA 648/2006, CAPÍTULO II).

De acordo com Moysés *et al* (1999), a equipe multiprofissional possibilita organizar o trabalho com um nível de complementaridade, e ao mesmo tempo de especialidade que melhor atendem os níveis distintos de demanda por atenção da população. Papp (1999) acrescenta referindo as várias visões diferenciadas por cada profissional, sobre uma única situação, permitem uma melhor percepção desta situação em análise por eles, garantindo um resultado mais favorável e mais próximo das aspirações desta comunidade adscrita.

A cada equipe implantada de PSF é realizado um curso introdutório que visa à sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde quanto à reorganização da prática assistencial e sensibilização quanto aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde. O curso introdutório do PSF consiste numa primeira etapa da implantação do programa para com a equipe multiprofissional. De acordo com a Portaria 648/2006, Capítulo II recomenda-se sua realização em até três meses após implantação da ESF, sendo sua realização de responsabilidade da Secretaria do Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, em municípios com população inferior a cem mil habitantes e para os municípios cuja população supere os cem mil habitantes, a responsabilidade é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar a parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

O Programa de Saúde da Família vem se expandindo no Brasil notoriamente e segundo Roncalli (2003, p.47):

> [...] ao que tudo indica a incorporação da estratégia/ programa de Saúde da Família ao modelo assistencial brasileiro parece ser um caminho sem volta [...] não há como ignorar este processo que, certamente definirá os rumos da política de assistência à saúde no Brasil nos próximos anos.

Sendo assim, o PSF consiste uma realidade da política de saúde brasileira que vem crescendo em todo o território brasileiro e com isso trazendo experiências diversificadas em cada local**.** Como ressaltado por Roncalli (2003), é possível encontrar experiências em que o PSF foi incorporado ao modelo proposto pelo SUS e com isso contribuiu para sua concretização, assim como perceber outros em que este modelo fora distorcido e, contudo pouco impactantes. Desta forma, para este autor, o PSF poderia ser discutido não como um Programa de Saúde da Família, mas como “Programas” de Saúde da Família. Neste sentido, esta pesquisa ressaltará um caso específico sem a intencionalidade da generalização.

2.3 EXPANSÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Com a implantação em 1993 do PSF, como uma proposta para a reorganização da atenção básica, foi necessária adequação do financiamento, assim como a reestruturação das competências a nível federal, estadual e municipal. Houve um crescimento de recursos voltados para a saúde de 41% de 1995 para 1996, e de 46%, em 1997, relativamente a 1996 (BRASIL, 2001). E em 2007 foram investidos 4.064 milhões de reais no programa (BRASIL/DATASUS, 2008). Modificações como estas consistiram num fator determinante para a expansão do PACS/PSF no Brasil, como retratado na Tabela I.

No ano de sua implantação, 1994, o Brasil contava com 328 Equipes de Saúde da Família, e em dezembro de 1998, 1.219 municípios já instituíam a idéia da reorganização da atenção básica, utilizando o PSF como estratégia primordial. As ESF estavam distribuídas em 24 estados brasileiros, correspondendo a 3.119 equipes em funcionamento (BRASIL, 2000). Em 2007, este número aumentou para 27.324 equipes implantadas em 5.125 municípios, resultando numa cobertura de 46,6% da população brasileira, cerca de 87,7 milhões de pessoas cadastradas no programa (BRASIL/DATASUS, 2008). Em agosto de 2008, segundo dados publicados pelo DATASUS, 93,8% dos municípios brasileiros já haviam implantado o PSF, com 28.865 ESF implantadas e cerca de 91.992.050 pessoas beneficiadas pelo acompanhamento do programa.

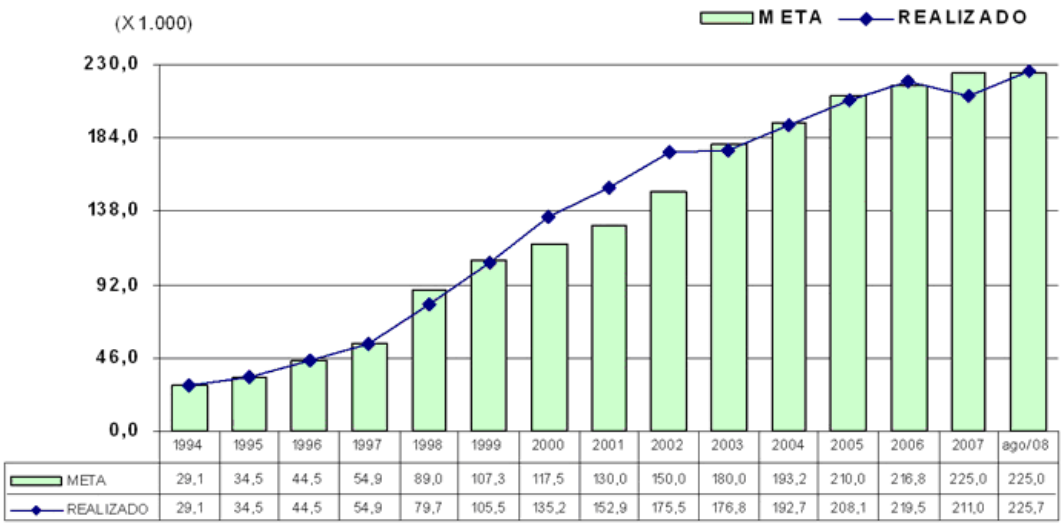
Tabela I - Número de Agentes Comunitários de Saúde, de ESF implantadas, de municípios e porcentagem da cobertura populacional do PSF no Brasil de 2003 a 2008.

Ano	Nº de ESF implantadas	Nº de municípios	Cobertura populacional	Nº de ACS
2003	19 mil	4,4 mil	35,7%	184,3 mil
2004	21,3 mil	4,6 mil	39%	192,7 mil
2005	24,6 mil	4.986	44,4%	208 mil
2006	26.729	5.106	46,2%	219.492
2007	27.324	5.125	46,6%	211 mil
2008	29.300	5.235	49,5%	230,2 mil

Fonte: DATASUS, 2008.

A Tabela I revela muito mais que o aumento do número de ESF no Brasil durante estes anos, demonstra também um significativo aumento do número de empregos ofertados para a concretização do programa. Haja vista, os ACS são pessoas da própria comunidade assistida, eles visitam diariamente as famílias, identificando fatores de riscos, são multiplicadores de informações e junto aos outros componentes promovem estratégias para a resolução dos problemas de saúde da comunidade. Assim, o PSF enquanto política pública já emprega mais de 230 mil pessoas de nível médio para atuação como agente comunitário de saúde, haja vista reconhecidos como profissão através da Lei nº 10.507, de julho de 2002, das áreas já implantadas até o ano de 2007. O gráfico I ilustra a evolução do número de ACS nas últimas décadas (1994 a 2008) e demonstra que o crescimento deste profissional superou a meta na maioria dos anos.

Gráfico I - Meta e evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no ano de 1994 a 2008, Brasil.



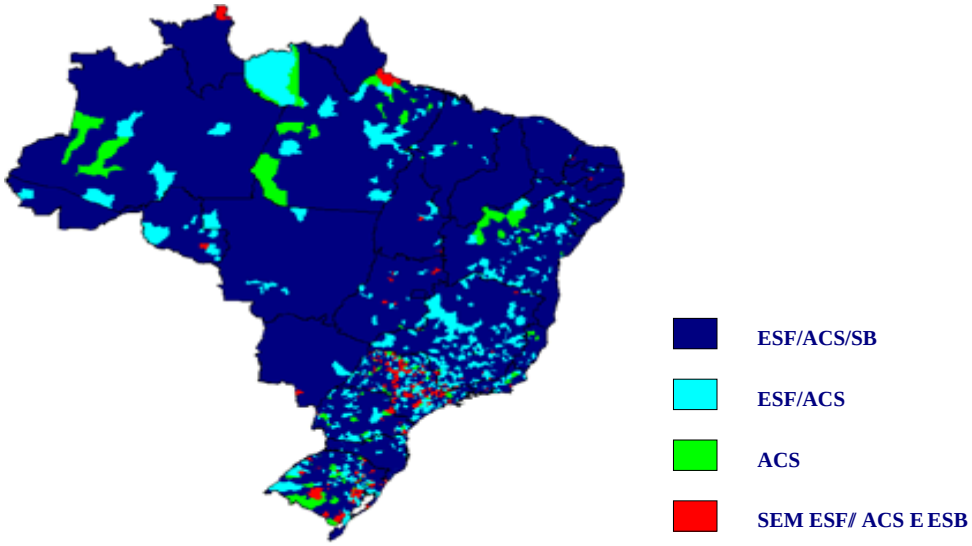
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	ago/08
META	29,1	34,5	44,5	54,9	89,0	107,3	117,5	130,0	150,0	180,0	193,2	210,0	216,8	225,0	225,0
REALIZADO	29,1	34,5	44,5	54,9	79,7	105,5	135,2	152,9	175,5	176,8	192,7	208,1	219,5	211,0	225,7

Fonte: **SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica**
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde

Nos grandes centros a implantação da Estratégia de Saúde da Família é mais complexa, exigindo mudanças de ordem qualitativa e quantitativa na sua operacionalização. Isto acontece devido a uma maior concentração populacional e a heterogeneidade das condições econômico-sociais (SOUZA, 1999). Buscando viabilizar recursos para a estruturação das equipes/unidades, integrar procedimentos

de outros níveis de complexidade da atenção e aperfeiçoar tecnologias de gestão e avaliação do sistema, o Ministério da Saúde implantou o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), o qual consiste numa política de expansão do PSF, com ênfase para os municípios de mais de 100.000 habitantes, em que prevê um financiamento do Banco Mundial com interveniência do Ministério da Saúde. Com este projeto, os grandes centros, como Salvador, por exemplo, ampliaram consideravelmente suas ESF.

Mapa I - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil no ano de 2008.



Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

Neste sentido, o mapa revela (identificado pela legenda acima) que dos 5.563 municípios brasileiros, 5.235 possuem ESF implantados, 5.354 possuem ACS e 4.597 possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 209 ainda não possuem ESF, ACS e ESB (SIAB, 2008). Sendo assim, é possível perceber através deste mapa a atual situação de implantação das Equipes de Saúde da Família no Brasil, demonstrando que o Programa de Saúde da Família consiste numa estratégia consolidada no território brasileiro.

2.4 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

No município de Salvador, a reorganização da atenção básica de acordo com os princípios do SUS e dos modelos de atenção primária através do PACS/PSF, foi assumida no Plano Municipal de Saúde 1998/2001.

Em 26 de outubro de 1998, após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, foi implantado o PACS nos 12 Distritos Sanitários em que o município está organizado. Foram selecionadas 139 áreas prioritárias a partir de critérios relativos à situação sócio-econômica, perfil epidemiológico, abrangência das Unidades de Saúde existentes e participação popular. Correspondia a 24,02% da população soteropolitana, o que equivale a cerca de 140.000 famílias ou 584.431 pessoas cadastradas e acompanhadas pelos ACS e supervisionados pelos enfermeiros.

No ano 2000, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador colocou como prioridade, segundo o Relatório Anual PACS/PSF (2001), a implantação do Programa de Saúde da Família, buscando garantir a redução da morbi-mortalidade, maior impacto sobre a saúde da população, por meio de ações integralizadas – prevenção, promoção, assistência, vigilância e recuperação de saúde. Inicialmente, foi priorizado o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário para o desenvolvimento da primeira fase de implantação do PSF em Salvador.

> A escolha do Subúrbio Ferroviário deu-se pelo fato da situação de saúde e perfil epidemiológico da população deste Distrito apresentar uma complexidade de problemas desde as típicas de regiões urbano-industriais, como doenças cardiovasculares, ao lado daquelas características situações de pobreza como doenças infecto-parasitárias, desnutrição, leptospirose, cólera e dengue. Outro critério fundamental que norteou a escolha da área foi o risco social (altos índices de criminalidade, desemprego e outros) que normalmente vem associado a um risco epidemiológico de adoecer/ morrer (SALVADOR, 2001).

Outros Distritos Sanitários foram contemplados com a ampliação das ESF, a partir da implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), em 2004. A tabela II retrata a cobertura populacional do PSF por Distrito Sanitário no ano de 2004:

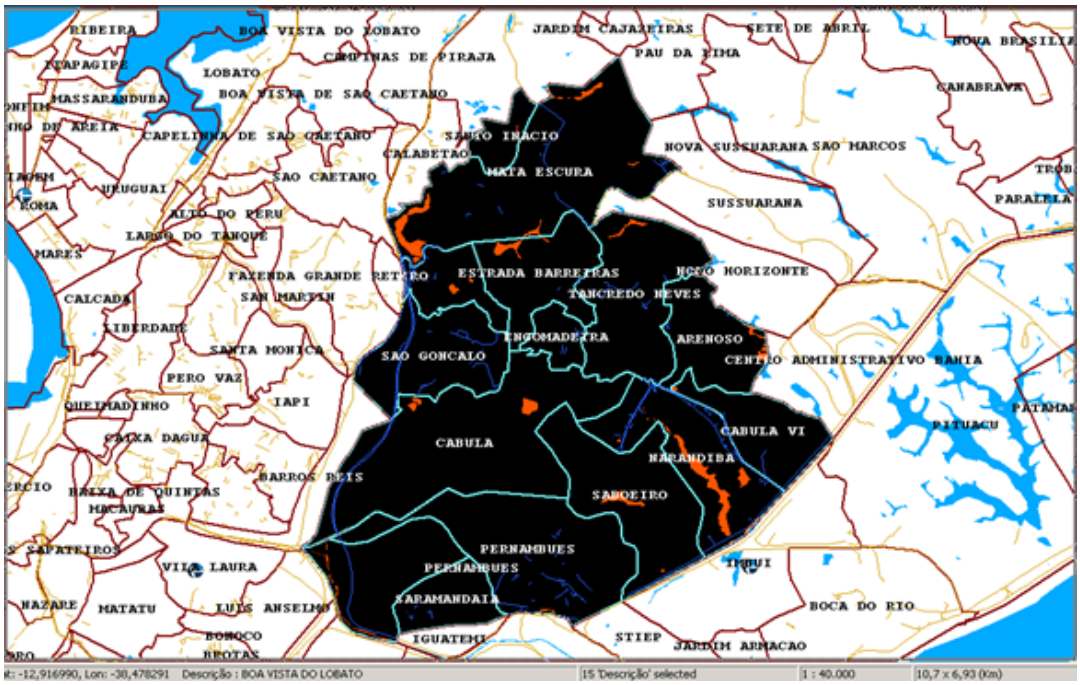
Tabela II - Cobertura do PSF nos Distritos Sanitários de Salvador, 2008.

Distrito Sanitário	Nº de ESF	População 2003	Cobertura %
Itapagipe	05	162.433	10,6
São Caetano/ Valéria	07	236.395	10,2
Liberdade	04	177.819	7,8
Brotas	02	193.942	3,6
Barra/Rio Vermelho	12	337.242	12,3
Itapuã	06	204.037	10,1
Cabula/Beiru	**04**	**359.271**	**3,8**
Pau da Lima	04	236.066	5,8
Subúrbio Ferroviário	51	314.868	55,9
Cajazeiras	14	152,222	31,7
TOTAL	**109**	**2.374.295**	**15,8**

Fonte: SIAB/CDRH.

Neste contexto, o Distrito Cabula/Beiru (Mapa II) também foi contemplado. Caracterizado por uma extensão territorial de 25,42 Km² e uma população de 413.141 habitantes, em 2008, este distrito conta com doze Unidades Básicas de Saúde, três Unidades de Saúde da Família, dois Hospitais (Geral e Psiquiátrico) e dois CAPS (IBGE, 2008).

Mapa II - Mapa do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, Salvador, 2007.



Fonte: Distrito Cabula/Beiru.

O Distrito Cabula/Beiru consiste no maior distrito em população da cidade de Salvador (16.252 hab/km²). A cobertura do PACS é de 30% do distrito, o que corresponde há 18.934 famílias acompanhadas e do PSF é de 13%, correspondendo a 12 mil famílias.

No ano de 2004 foi inaugurada a Unidade de Saúde da Família da Estrada das Barreiras, local a ser pesquisado. Foram implantadas quatro equipes cuja cobertura é cerca de 80% do bairro. As equipes prestam assistência há 3.847 famílias, numa proporção de 960 famílias por equipe. São 13.631 indivíduos cadastrados, com predominância do sexo feminino (SIAB, 2008).

A comunidade ainda conta com o atendimento de uma Unidade Básica de Saúde, a qual já presta assistência há cerca de 24 anos neste bairro. Esta Unidade de Saúde é composta por um médico clínico, um enfermeiro, um odontólogo e um técnico de enfermagem os quais atendem a população sob demanda aberta. Neste cenário a pesquisa vigente foi desenvolvida.

CAPÍTULO III
DELINEANDO A ABORDAGEM DA FAMÍLIA

3.1 ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Pinheiro (2001), um dos principais motivos do Programa de Saúde da Família apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, está no fato deste programa buscar, em seus objetivos e metas institucionais, políticas e sociais a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. Entretanto ainda são escassas pesquisas que reflitam sobre a abordagem da família no âmbito do PSF. Sendo assim, este capítulo visa reunir algumas contribuições acadêmicas sobre o atendimento à família, buscando compreender o objeto estudado.

Para alguns autores (DELANEY, 1999; OLIVEIRA & MARCON, 2007) o indivíduo deve ser abordado como um sujeito social portador de autonomia considerando todo o seu contexto socioeconômico e cultural e reconhecendo a família como principal influenciadora na saúde de seus membros. Entretanto, atender a família excluindo a postura milenar de hegemonia do saber dos profissionais consiste num grande desafio atual.

Na dissertação realizada pela autora Márcia Moraes (2003), Percepção do Contexto Familiar e atuação do médico do Programa Saúde da Família (PSF) no encontro clínico, em sua pesquisa, a autora constatou que apesar do sistema de saúde oficial reconhecer a família como fundamental no cuidado à saúde, o atendimento clínico dos médicos do PSF não está orientado pela perspectiva da valorização da família como fator de risco ou proteção para a saúde. Na observação de 480 consultas médicas pela autora, apenas 34% das famílias foram abordadas por estes profissionais, privilegiando o aspecto biológico. Em poucos casos a abordagem foi feita de acordo com a função da família de cuidadora e local privilegiado para a formulação de normas sobre saúde-doença-cuidado, sendo enfatizado no estudo que em alguns destes casos foi o paciente quem destacou esse aspecto da família.

Trata-se no Programa de Saúde da Família, não apenas incluir a família no cuidado aos seus membros doentes, mas da atuação da mesma em todo o processo de prevenção, promoção e reabilitação à saúde. Assim sendo, se um membro da família possui hipertensão arterial, as orientações quanto à alimentação e prática de atividades físicas, por exemplo, abrangerá não apenas a vida cotidiana do indivíduo, mas a de toda a família, respeitando suas crenças e construindo informações de forma conjunta. Visto que, não há apenas a preocupação do tratamento do ser individual, mas também a prevenção da doença pelos outros membros. Com isso, para o PSF a família deve ser atendida de forma integral, considerando seus aspectos sociais e dividindo responsabilidades com os profissionais de saúde. Neste sentido, o programa prevê ao profissional o conhecimento das famílias atendidas por eles, quanto a sua dinâmica, suas funções, suas características culturais, demográficas e epidemiológicas, permitindo a integração pautada no respeito resultando na construção participativa de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (OLIVEIRA & MARCON, 2007). Desta forma concorda-se com Oliveira & Marcon (2007, p.66) ao abordar sobre o objetivo desta assistência:

> O objetivo da assistência é auxiliar a família a identificar e a sanar, se for possível, as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas e a tomar decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento.

Sendo assim, não cabe mais ao profissional se colocar como o “dono da verdade”, já que a família como co-responsável necessita ser ouvida e compreendida para que efetivamente haja uma atuação na promoção de saúde para seus membros. Diante disso, não se deve desprezar o conhecimento do indivíduo e sim compreendê-lo mediante suas diferenças culturais movidas a experiências distintas de vida. Com esta proposta, autoras como Bydlowski, Westphal & Pereira (2004) discutem sobre a promoção da saúde referindo à importância da democratização das informações e do respeito às decisões do indivíduo sobre sua própria saúde.

Rosa (2005), ao analisar o dia-a-dia do assistente social na assistência psiquiátrica, alerta sobre a existência de riscos que permeiam a abordagem da

família pelo profissional no seu cotidiano de trabalho. A autora relata que o profissional diante das suas influências familiares pessoais, pode se sentir como o "doutor em família", acreditando desse modo, que "naturalmente" entende de família. Isto se deve a falta de preparo teórico-metodológico e ético. Outro risco refere-se a ação conjunta de dois ou mais profissionais de diferentes categorias, haja vista como acontece no PSF, pois se todos não tiverem "preparo mínimo" e "maturidade", podem reproduzir conflitos que a família vivencia.

Ciente destes riscos Oliveira & Marcon (2007) tecem comentários referindo sobre a importância da qualificação dos profissionais no atendimento à família, defendendo que a ênfase na assistência não mais protagoniza os procedimentos técnicos, mas sim a inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe. Desta forma, o perfil do profissional no PSF deve ser diferenciado e a esta busca cabe não apenas às instituições de ensino reintegrar discussões a respeito da abordagem da família, mas também ao profissional a responsabilidade da sua atualização.

Apesar dos riscos referidos por estes autores, é possível delinear alguns facilitadores no trabalho com famílias realizado pelos profissionais reconhecidos em algumas pesquisas. Os formulários preenchidos no PSF, por exemplo, ajudam na organização de alguns dados referente à família atendida. Além disso, o PSF dispõe de um sistema de informação próprio, o SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica, que consiste num organizador das informações prestadas pelas famílias no momento do cadastramento, assim como, durante o acompanhamento mensal realizado pelos ACS e pela equipe em geral. O produto disponibilizado por um sistema como este, possibilita o retrato da realidade mediante alguns dados, assim como, junto com as famílias, a identificação dos determinantes, a priorização de problemas e ações. Através deste sistema pode-se fazer uma análise dos dados objetivando a avaliação de mudanças no quadro de saúde da população mediante o trabalho realizado.

Outro facilitador refere-se às visitas domiciliares realizadas como rotina no trabalho da equipe de Saúde da Família. Elas permitem ao profissional conhecer de perto a realidade em que vive cada família atendida por eles, além de ajudar na promoção e fortalecimento do vínculo com seus membros (DITTERICH, 2005). A assistência prestada no domicílio gera situações inusitadas ao profissional de acordo com a situação vivida pela família e que portanto exige estratégias diversas. Para

Marcon & Elsen (1999), esta situação exige uma “reatualização” e “reorganização” da sua postura profissional e do seu papel enquanto educador. Porém, vale ressaltar que a assistência a família pode ser realizada em qualquer ambiente, não limitando-se ao domicílio, sendo a postura profissional diante da família o fator prepoderante para a efetivação da assistência (OLIVEIRA & MARCON, 2007).

Em outro contexto, autores como Ditterich (2005) e Rapugneti (2001) realizaram pesquisas avaliando a utilização de instrumentos (genograma, FIRO, PRACTICE) como facilitadores na abordagem da família por profissionais do PSF (cirurgiões-dentistas e médicos, respectivamente). Estes autores concluíram que os pesquisados estavam aptos à utilização de instrumentos, que efetivamente aplicavam em seu processo de trabalho com as famílias e que reconheciam a importância da aplicação dos mesmos. Porém, não se pode limitar uma abordagem a utilização ou não de instrumentos, mesmo que seja possível a promoção de facilidades para a organização de dados sobre uma determinada família. Isto pode ser verificado nas próprias pesquisas referidas, já que os instrumentos foram utilizados mediante situações especiais de famílias com riscos sociais e biológicos. Desta maneira, não há garantia que o profissional perante estes dados, inclua a família no seu atendimento habitual no PSF, com ou sem riscos.

Assim, não se tem na literatura um modelo para abordagem da família no PSF. O que se percebe é que o modelo de saúde sugerido para este programa propõe o conhecimento da realidade da família através das visitas domiciliares, do cadastramento das famílias realizadas pelos ACS, das consultas e atividades educativas, além do vínculo entre profissionais e família. Permite também o conhecimento das doenças e histórico familiar assim como promove a percepção da família além do imediato da consulta, considerando outros fatores como importantes na atuação e intervenção como a religião, migração, rede de suporte, relações, vícios, planos, entre outros. Neste sentido, buscando facilitar a coleta destes dados e visualização dos mesmos, alguns instrumentos são utilizados e sem a intenção de esgotá-los serão relatados a seguir.

3.2 INSTRUMENTOS PARA A ABORDAGEM DA FAMÍLIA

Foi com o objetivo de acompanhamento e estudos de famílias visando à compreensão de suas histórias naturais e padrões de adoecimento que foram criados alguns instrumentos que pudessem potencializar a ação dos profissionais de saúde na atenção às famílias. A utilização destes instrumentos permite, segundo Moysés & Silveira Filho (2002) uma aproximação da família com o profissional no intuito de conhecer sua estrutura, aprender a analisar seus sistemas de comunicação e de relação, sua organização interna e o comportamento de seus membros, saber em que momento de sua história está e que acontecimentos estressantes estão submetidos. Instrumentos estes, que permitam dar um salto qualitativo do enfoque individual para o familiar e sistêmico.

É preciso ressaltar, no entanto, que os instrumentos, como o próprio nome indica, são ferramentas que ajudam na organização e visualização de dados e, portanto, na obtenção de um diagnóstico e plano assistencial às famílias (ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de, 2002). Sendo assim, eles não substituem uma fundamentação teórica de assistência, nem tampouco a razão e o discernimento do profissional para imprimir sentido e significado aos dados. Neste sentido, o que se pretende aqui é apresentar alguns instrumentos que configuram como alternativas para a realização do trabalho com famílias promovendo uma breve contextualização dos seus objetivos e utilidades.

Os instrumentos mais utilizados na avaliação de famílias na atenção básica de acordo com Moysés & Silveira Filho (2002) consistem no genograma, ciclo de vida das famílias, FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientations) e PRATICE, os quais se encontram listados sob o grau de complexidade seguindo a visão destes autores.

3.2.1 Genograma ou heredograma familiar

Consiste num instrumento desenvolvido na América do Norte com a finalidade de facilitar a compreensão das famílias pelos profissionais de modo que possibilitasse a visualização de grande número de dados sobre determinada família, incluindo seu passado hereditário e o risco que oferece aos membros atuais, juntamente com influências clínicas, sociais e interacionais (MOYSÉS & SILVEIRA FILHO, 2002).

Suas características se baseiam na identificação gráfica da estrutura da família e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer – a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecimento (RAKEL, 1997; MOYSÉS & SILVEIRA FILHO, 2002). Esta representação gráfica é realizada através de símbolos que podem ser círculos, quadrados e linhas que compõem a família em pelo menos três gerações, permitindo de forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consangüíneos ou não, identificando a idade e ocupação (profissão/escolaridade) de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (CARTER & MCGOLDRICK, 1995). As figuras geométricas constituem as pessoas e as linhas conectoras as suas relações, importante salientar que estas representações são convencionadas e, portanto permite um entendimento único acerca daquele gráfico.

Segundo Castoldi, Lopes & Prati (2006, p. 293), através do genograma, pode-se saber qual “é a família atual do sujeito (paciente identificado), qual a situação dos casais (se ocorreu separação, divórcio ou concubinato e há quanto tempo foi)”. Possibilita, ainda, constatar a ocorrência de adoção, aborto, natimorto ou nascimento de gêmeos. Também podem ser identificadas as doenças sérias e as pessoas já falecidas, sendo registrado o ano e o motivo de cada morte. Outras informações relevantes podem ser incluídas no genograma, tais como a procedência das pessoas, data de migração, a ocorrência de alcoolismo, obesidade, uso de drogas, encarceramento, aposentadoria, entre outros. Neste mesmo sentido pode-se ainda registrar a ocorrência da interação familiar, observando os relacionamentos muito próximos, relacionamentos conflituosos, relacionamentos distantes,

rompimentos, desavenças ou relacionamentos fusionados, entre duas ou mais pessoas (CARTER & MCGOLDRICK, 1995).

O genograma também pode ser usado conforme defendido por Moysés & Silveira Filho (2002), como “fator educativo”, pois permite segundo estes autores, a visualização, dando noção aos pacientes e suas famílias das repetições dos processos que vem ocorrendo na rede familiar.

Alguns estudos revelam a utilização deste instrumento como integrante da atuação no atendimento à família e demonstração sua aplicabilidade e praticidade. Castoldi, Lopes & Prati (2006) desenvolveram uma pesquisa com seis famílias com crianças de cinco a seis anos no início da vida escolar, avaliando as dificuldades encontradas por elas devido a eventos estressores tais como perdas e separações familiares, assim como por padrões de relacionamento conflituosos entre a família atual e a de origem, os quais influenciavam no processo de adaptação à educação infantil. Para tanto, as autoras utilizaram o genograma como instrumento de análise, possibilitando segundo estas pesquisadoras, a análise das configurações familiares, facilitando a identificação destes eventos estressores no ciclo vital destas famílias.

Outro estudo desenvolvido no PSF de Curitiba, o qual avaliou o trabalho do cirurgião dentista e a utilização de algumas ferramentas no seu trabalho com as famílias, verificou-se que o genograma consistiu no instrumento de maior utilização por estes profissionais devido a sua fácil aplicação e por requerem pouco tempo para sua confecção (DITTERICH, 2005).

Gil & Athayde (2005), na pesquisa realizada nas Unidades de Saúde da Família em Londrina com os médicos assistentes, perceberam que apesar do reconhecimento como um bom instrumento, o genograma não estava sendo realizado pela maioria dos médicos.

Nitschke (1991) relata que no desenvolvimento da sua dissertação de mestrado “Nascer em Família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável”, utilizou no seu trabalho o “genograma interacional” e o “mapa das interações da família com a rede social”, a autora refere-se:

> [...] foi uma experiência inédita, interessante e válida para mim. Percebia que as famílias, por sua vez, também pareciam gostar

> deste modo de abordagem que lhes permitia autovisualizar, situando-se. (NITSCHKE, 1991, p.248).

Sendo assim, observa-se que este instrumento vem sendo pesquisado e por vezes se não utilizado, ao menos reconhecido como uma ferramenta de abordagem das famílias nas práticas de alguns profissionais.

3.2.2 Ciclo de vida

O ciclo de vida consiste num instrumento de acordo com alguns autores (CARTER & MCGOLDRICK, 1995; WILSON & BADER, 1996; MOYSÉS & SILVEIRA FILHO, 2002) que divide a história das famílias em estágios de desenvolvimento, caracterizando as funções, papéis e tarefas específicas em cada um desses estágios.

Para Curra & Fernandes (2006), o ciclo de vida constitui em processo evolutivo a qual a família cumpre vivenciando no curso dos anos através da passagem de uma fase a outra da vida. Assim como as pessoas, as famílias também possuem os seus ciclos que influenciam mutuamente no viver do seu dia a dia (OLIVEIRA *et al*, 1999). Este autor acrescenta que o ciclo de vida das famílias é uma série de eventos previsíveis que ocorrem dentro da família como resultado das mudanças em sua organização. Estas mudanças promovem novos arranjos na estrutura familiar, alterando o papel e limites de cada membro. Este fato pode promover o aumento do estresse podendo ser precipitantes para transtornos físicos e psíquicos (FALCETO & cols., 2004).

Portanto, para alguns autores, o conhecimento deste ciclo se faz necessário e de grande importância para a previsão dos desafios que serão enfrentados pelas famílias em cada ciclo, permitindo melhorar o entendimento do contexto dos sintomas e doenças (CARTER & MCGOLDRICK, 1995; WILSON & BADER, 1996).

Diante disto, o ciclo de vida permite identificar estes estágios de mudança da família e trabalhando-os junto a ela. Para tanto, os autores Wilson & Bader, (1996) sistematizaram estes estágios referindo sobre a atuação preventiva dos mesmos para o trabalho profissional, como pode ser visto no Quadro II.

Quadro II: Estágios do Ciclo de vida da família.

Estágio do ciclo vital da família	Processo emocional de transcrição: princípios-chave	Mudança de segunda ordem no status familiar necessárias para ocorrer o desenvolvimento
1 – sair de casa: adultos jovens solteiros	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira por si mesmo	1- diferenciação de si próprio em relação à família de origem 2- desenvolvimento de relacionamentos de amizade e parceiros 3- estabelecimento de identidade em relação a: trabalho e independência financeira
2 – uniões das famílias pelo casamento	Compromisso com o novo sistema	1- formação do sistema conjugal 2- realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas e amigos para incluir o cônjuge
3 – famílias com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema	1- ajustar o sistema conjugal para dar espaço aos filhos 2- união na educação dos filhos, tarefas financeiras e domésticas 3- realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas para incluir os papéis paternos e de avós
4 – famílias com adolescentes	Aumentar a flexibilidade dos limites da família para incluir a independência dos filhos e fragilidade dos avós	1- mudança do relacionamento pais-filhos para permitir ao adolescente entrar e sair do sistema 2- reenfocar-se nas questões conjugais de meia-idade e carreira 3- começar a mudar no sentido de cuidar da geração mais idosa
5 – encaminhamentos dos filhos e saída de casa	Aceitar múltiplas saídas e entradas no sistema familiar	1- renegociação do sistema conjugal como uma díade 2- desenvolvimento de relacionamentos adulto-adulto entre os filhos crescidos e seus pais 3- realinhamento de relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos 4- lidar com incapacidade e morte dos pais (avós)

Fonte: WRIGHT & LEAHEY, 2002.

Percebe-se a grande utilidade deste instrumento na atuação com famílias, a promoção da prevenção, no sentido educacional, com esclarecimento das famílias sobre as possíveis crises que podem surgir nos seus diversos estágios, ensinando-as a lidar com as prováveis situações de conflito ou mudança progressiva, promovendo a capacidade de resolução de problemas e crescimento e desenvolvimento do sistema (HORTA, 2004).

3.2.3 O Modelo F.I.R.O.

Consiste num modelo desenvolvido pelo autor inglês William Schutz em 1978 e é baseado nas Orientações Fundamentais das Relações Interpessoais. De acordo com Curra & Fernandes (2006), as proposições deste instrumento no estudo de famílias são aplicadas em quatro situações:

> - na interação: quando há possibilidade de categorização em inclusão, controle e intimidade, promovendo um olhar às relações de poder, comunicação e afeto.
> - na mudança: diz respeito às mudanças enfrentadas pelas famílias, assim como no Ciclo de Vida, propondo a criação de novos padrões de inclusão, controle e intimidade.
> - na sequência: referem-se ao percurso de inclusão, controle e intimidade numa sequência de desenvolvimento de mudanças na família.
> - na prioridade: justifica-se quando se promovem uma sequência lógica de prioridades como a inclusão, controle e intimidade ao tratamento.

O F.I.R.O. consiste num instrumento de grande utilidade, segundo Moysés & Silveira Filho (2002), no tratamento de doenças agudas, de hospitalizações e/ou acompanhamento de doenças crônicas, já que nestas situações as famílias poderão se organizar, negociando possíveis modificações de papéis no enfrentamento do problema. Outros autores (WILSON, TALBOT, LIBRACH, 1996) acrescentam que este instrumento pode ser utilizado em avaliações de disfunções conjugais além de atuar nas mudanças nos ciclo de vida das famílias.

Ditterich (2005) afirma que o F.I.R.O. é um dos instrumentos de maior grau de dificuldade devido ao fato de lidar com muitas relações pessoais, com o grau de intimidade e com o entendimento do fluxo interno na família. De acordo com sua pesquisa, este autor descreveu a visão do profissional quanto à utilização deste instrumento: “[...] a gente consegue ter uma boa noção da família com relação a cada pessoa, quanto à inclusão, a exclusão, o papel dominante e o que isso influência no tratamento de saúde.” (DITTERICH, 2005, p.59).

O F.I.R.O. fornece condições para se perceber os significados dos diferentes processos que ocorrem no grupo em estudo, auxiliando, portanto no planejamento da ação.

3.2.4 O Modelo PRACTICE

Constitui um acróstico mnemônico desenvolvido pela escola McGill para estudo de famílias, referido pelas seguintes palavras em inglês e sua tradução: **P**. problem- problema apresentado, **R.** roles- papéis, **A**. affect- afeto, **C.** comunications- comunicação, **T.** time in life- tempo de vida, **I**. illness- doenças passadas e presentes, **C.** coping with stress- lidando com o estresse, **E.** environment/ ecology – ecologia.

O instrumento, segundo Ditterich (2005) foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis, ele nos fornece informações sobre que intervenções podem ser utilizadas num determinado caso. Trabalha em cima da resolução de problemas, aproximando o profissional às diversas interfaces causadoras destes problemas na família.

Segundo Curra & Fernandes (2006), o PRACTICE propõe uma aproximação esquematizada para trabalhar com família, isto facilita a coleta de informações com entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional e elaboração de avaliação, com construção da intervenção.

3.2.5 O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)

Consiste num modelo de avaliação elaborado na Universidade de Calgary no Canadá pelas Drª Lorraine Wright e Drª Maureen Leahey. Tem sido adotado e reconhecido em diversas faculdades de enfermagem na Austrália, Grã-Betanha, América do Norte, Japão, Finlândia, Suécia, Coréia, Taiwan e no Brasil (WRIGHT & LEAHEY, 2002). O método foi desenvolvido sobre o trabalho de enfermeiras com as famílias. No Brasil ele vem sendo pesquisado e mais utilizado no sul do país.

Segundo as autoras, o método possui uma estrutura multidimensional constituída em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Diante destas categorias são recompostas várias subcategorias a ser escolhida pelo profissional. O diagrama em anexo I retrata estas subcategorias.

A avaliação estrutural busca a identificação da estrutura da família examinada sob três aspectos: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. Utiliza-se de instrumentos como o genograma e do ecograma .

Há vários outros instrumentos de avaliação da família, que podem ser utilizados conforme a formação e o preparo do profissional de atenção primária, não sendo objeto deste estudo, esgotar os diversos instrumentos nem detalhar exaustivamente os aqui citados.

CAPÍTULO IV - MÉTODO

“Não há uma realidade única
mas, maneiras diferentes de concebê-la”
(M. Maffesoli, 1988).

4.1 A OPÇÃO METODOLÓGICA

Optou-se pelo Estudo de Caso sob uma abordagem qualitativa para a realização desta pesquisa. Segundo Goode & Hatt (1979), o estudo de caso consiste num meio de organizar dados, preservando o caráter unitário do objeto estudado. Consiste ainda, segundo Ventura (2007), como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações.

Esta última autora,Ventura (2007), evidencia algumas vantagens da utilização do estudo de caso: estimulam novas descobertas, em função da flexibilidade do seu planejamento; enfatiza a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e apresentam simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e relações entre eles.

Mas, conforme Ventura (2007), também há limitações na utilização deste método. A mais grave, segundo a autora, é a dificuldade de generalizações dos resultados obtidos, exigindo do pesquisador muita atenção e cuidado, principalmente por ele está envolvido profundamente na investigação e, para tanto, recomenda a elaboração de um plano de estudo de caso que previnam prováveis equívocos subjetivos. Além disso, ele alerta para o nível de complexidade envolvido nesta modalidade de pesquisa.

Foi mediante o estudo norteador destes autores, que se propôs estudar o objeto delimitado nesta dissertação. Consiste num estudo de caso único, de uma unidade de saúde no município de Salvador que de acordo com a interpretação

exposta por Yin (2005, p. 26) “é justificável se o estudo de caso único se constituir em um evento raro ou exclusivo ou servir a um **propósito revelador”** (grifo nosso).

Este tipo de estudo permite abordagens tanto qualitativas como quantitativas. A abordagem qualitativa foi a mais adequada, pois, parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2001).

Além disso, utilizou-se representações numéricas fundamentadas em análises documentais, as quais não descaracterizam a pesquisa como qualitativa já que em concordância com Minayo *et al* (1994) a “representação numérica” é considerada “como o aprofundamento e abrangência da compreensão” do objeto de estudo na abordagem qualitativa.

Considerando o olhar dos atores sociais, haja vista, são os que vivenciam a realidade, a análise qualitativa tem como missão o entendimento da “complexidade das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas” (MINAYO *et al*, 1994, p.55).

Nesta perspectiva, utilizou-se a abordagem qualitativa com a proposta de promover uma interpretação dos processos dinâmicos experimentados pelas famílias cadastradas no PSF da Estrada das Barreiras e ações dos profissionais atuantes neste local. Não se pretendeu generalizações e sim o conhecimento e compreensão de um caso único.

4.2 CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa constitui-se um estudo de caso do PSF da Estrada das Barreiras, o qual faz parte do Distrito Cabula/Beiru, maior distrito em extensão populacional do município de Salvador. O bairro do Cabula era formado por quilombos de negros fugitivos e posteriormente transformados em fazendas e chácaras as quais foram doadas por Tomé de Souza a Antônio de Ataíde, conhecido como o Conde da Castanheira, junto a outras terras baianas. Antonio, considerado primo-irmão de

Tomé, acabou arrendando esta área para o senhor Natal Cascão, a qual ultrapassava os limites urbanos da cidade e que o Conde não tinha possuía conhecimento sobre o Brasil. Este providenciou a construção da capela de Nossa Senhora do Resgate, conhecida, hoje, por Igreja da Assunção (MACENA, 2007).

Até o início da década de 1940, o referido local representava uma importante área verde de Salvador e era constituído por fazendas, cuja principal produção era a de laranjas. Os laranjais abasteciam toda a cidade e eram consideradas frutas de grande qualidade (FERNANDES, 2004). Em 1950, uma praga destruiu os laranjais, sendo este um fato muito importante para a transformação do uso do solo no Cabula. Os anos 70 e os posteriores foram marcados por alterações estruturais: as antigas fazendas haviam sido vendidas e/ou divididas em lotes menores, transformando o Cabula, substituindo as áreas verdes por conjunto habitacionais e invasões (NUNES & SOUZA, 2007).

Assim, um povoado começou a se formar ao redor do Cabula, caminhos foram abertos fazendo ligações com outras localidades, inclusive a orla. A população crescia no local e além dos proprietários das fazendas e trabalhadores rurais, o Exército foi o primeiro a se instalar no bairro (FERNANDES, 2004).

O Exército, mais especificamente o 19º Batalhão de Caçadores teve esta denominação em 1943 e é reconhecido pelo seu grande papel na expulsão dos portugueses e consolidação da independência da Bahia. Teve como heroína, a senhora Maria Quitéria, a qual prestava serviço militar nas dependências do quartel. O Exército também foi responsável pela ligação do Cabula com outras áreas, já que foi construído nesta época duas estradas para as tropas se locomoverem durante a guerra da independência, originando, assim, os bairros do Saboeiro e Barreiras (MACENA, 2007).

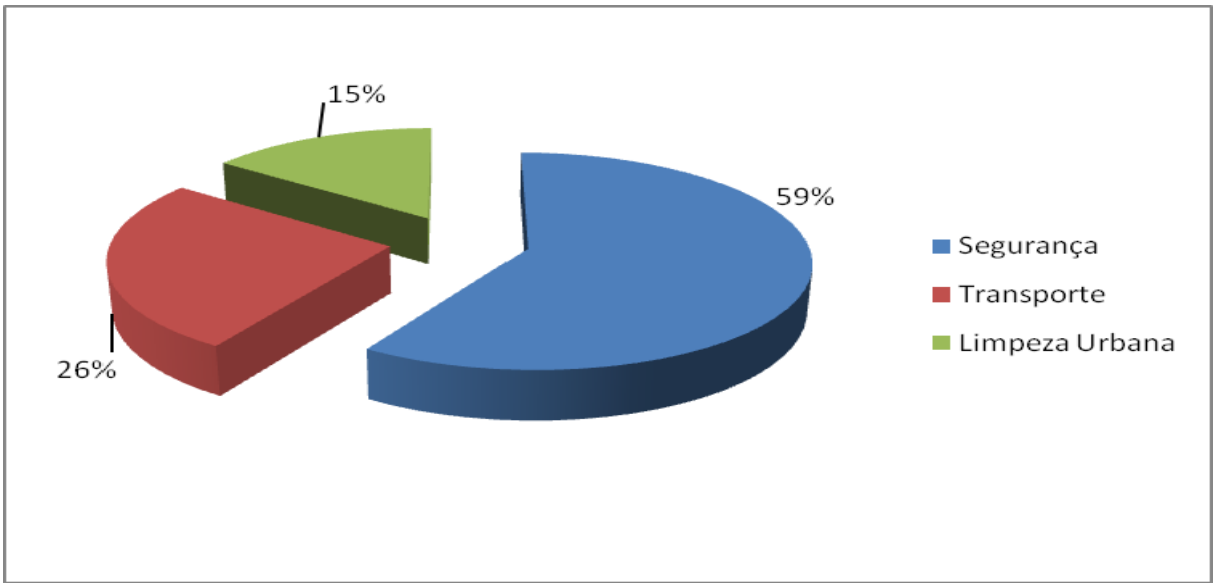
De acordo com relatos dos antigos moradores do bairro coletados pelos residentes da UNEB no processo de territorialização, diversas fazendas faziam divisa com o bairro hoje conhecido como Engomadeira e o antigo bairro Beirú, chamado atualmente de Tancredo Neves. Esta divisa era feita pelo rio Negrão, hoje um córrego poluído pelos dejetos lançados ao longo do povoamento. Nas margens da avenida principal, a população se estabeleceu em sentido descendente, encontrando-se em um lado o rio Negrão, e no outro com a reserva da Mata Atlântica Horto Florestal (SANTOS, SÁ, OLIVEIRA & GONÇALVES, 2007).

Diversas pessoas, que ainda moram na Estrada das Barreiras compuseram a história deste bairro: Sr Feliciano, fundador e proprietário do Terreiro Viva Deus; Sr. Firmino, morador que vendeu a atual Vila Moisés; Dona Bernadete, que vendeu loteamentos hoje conhecidos como a Vila Dois Irmãos e a rua Santa Bernadete (SANTOS, SÁ, OLIVEIRA & GONÇALVES, 2007).

Estrada das Barreiras consiste, atualmente, numa região limitada pelos bairros de Mata Escura, Engomadeira, Beiru e Cabula I. Possui cerca de nove associações comunitárias e religiosas atuantes, um posto de Saúde da Família, uma unidade básica, cinco escolas e um Conselho de Moradores das Barreiras, o COMOBA.

Segundo uma pesquisa realizada por Macena (2007) visando analisar a viabilidade da prática do turismo no bairro do Cabula, a autora refere que este bairro possui uma função mista: residencial e comercial e que apresenta insuficiência nos serviços públicos como deficiência na coleta de lixo, escolas com infra-estrutura precária, dentre outros, como se observa no gráfico abaixo:

Gráfico II - Gráfico sobre as principais carências na infra-estrutura do bairro Cabula no ano de 2007.



Fonte: MACENA, 2007.

A Unidade de Saúde da Família da Estrada das Barreiras localiza-se na Rua Fernando Pedreira, construída num terreno doado por uma moradora do bairro. O PSF da Estrada das Barreiras foi implantado frente a reivindicações comunitárias e das associações do bairro, as quais buscavam um atendimento de emergência a

esta comunidade. Como já explicitado, esta população contava com uma unidade básica que presta atendimento primário há mais de 20 anos e quando foi inaugurada a USF da Estrada das Barreiras sob a ótica preventista de cuidados, novas reivindicações reiniciaram. A comunidade queria uma unidade de emergência e, por isso, demonstrava insatisfação com a implantação do PSF. Assim, na tentativa de sensibilizar a população em favor da importância do SUS e da valorização da atenção primária de saúde tendo o Programa de Saúde da Família como maior aliado para concretização dos princípios do Sistema de Saúde, os profissionais iniciaram periódicas reuniões com membros da comunidade, líderes e representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

A finalidade da implantação do PSF neste bairro era substituir o modelo de atenção até então vigente por outro. Esta substituição seria concretizada com a inauguração do PSF que previa a cobertura de 100% do bairro da Estrada das Barreiras e fechamento da Unidade Básica no local. Assim, através destas reuniões incentivadas pelas reivindicações da comunidade e do processo de territorialização realizado pelos profissionais o qual identificou a necessidade de mais uma Equipe de Saúde da Família no local, manteve-se a USF do bairro e também a Unidade Básica até a contratação da quinta Equipe de Saúde da Família, a qual ainda não foi concretizada.

Nesta ótica, frente a uma comunidade bastante participativa e diante do trabalho conjunto com todos os profissionais de saúde, nos dias atuais o PSF da Estrada das Barreiras é formado por quatro equipes em que cerca de 65% dos profissionais atuantes na atualidade presenciaram todo este processo de implantação. Os outros profissionais já trabalhavam em outra USF na cidade de Salvador e vieram transferidos por solicitação própria. Importante salientar que esta unidade (os profissionais) desde sua implantação demonstrou-se sempre receptiva e participativa quanto à presença de estagiários das mais diversas universidades, o que gerou uma homenagem da Universidade Estadual da Bahia (UNEB) pela participação direta na formação da primeira turma da residência multiprofissional em Saúde da Família desta universidade. Ações como esta, demonstram profissionais ativos que buscam melhorias no trabalho desenvolvido.

Foi diante, desta realidade que a Unidade de Saúde da Família da Estrada das Barreiras se tornou o foco de interesse para o desenvolvimento desta pesquisa:

comunidade participativa, profissionais interessados e domínio do campo e do processo de trabalho pela pesquisadora.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A proposta inicial prevista para a coleta de dados nesta pesquisa consistia na realização de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde de nível superior e grupos focais com representantes das famílias atendidas no PSF da Estrada das Barreiras. Porém, ao realizar as entrevistas com os profissionais e após a transcrição e leitura exaustiva delas, percebeu-se a dificuldade deles em referir-se sobre o seu trabalho e sua abordagem com as famílias. Neste sentido, visando uma discussão aprofundada sobre o assunto e tentando resgatar a abordagem da família realizada pela equipe de saúde deste local, optou-se pela realização de um grupo focal e também da observação de consultas e visitas domiciliares.

A coleta de dados foi realizada sem objeções, facilitadas pelo vínculo existente entre a pesquisadora e os sujeitos. Se por um lado promove facilidades e participação efetiva dos pesquisados, por outro a autora Minayo (1993) alerta que quanto maior a familiaridade do pesquisador com o seu objeto de estudo, maior serão as chances de uma interpretação dos dados através de sua subjetividade. Segundo Scherer (2006, p.106) é “como se a realidade se apresentasse claramente a ele”. Ciente deste risco epistemiológico, alguns cuidados foram tomados num esforço da pesquisadora em interpretar os dados de forma menos vulnerável ao que pudesse vir a se constituir num viés de pesquisa.

Em concordância com Scherer (2006, p.105) que afirma que “múltiplas formas de coleta de dados, através da utilização de vários informantes, em diferentes momentos e situações, é uma estratégia de coleta de dados” a pesquisadora como primeiro cuidado reconheceu com rigorosidade os dados obtidos através das entrevistas, grupos focais, observação participante e as informações da documentação analisada. O segundo cuidado referiu-se a utilização da triangulação

na análise dos dados que obtidos por diversas fontes permitiu que as informações fossem confrontadas em categorias de análise .

4.3.1 Entrevista

A entrevista consiste num “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 2003, p.86). A autora Minayo *et al* (1994, p. 57) acrescenta:

> A entrevista [...] não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada**.**

Nesta ótica, foram entrevistados oito profissionais de nível superior, os quais responderam perguntas semi-estruturadas (apêndice III), com o objetivo de identificar a abordagem da família realizada por estes profissionais do PSF da Estrada das Barreiras, como e se ela acontece. Foram respondidos por três enfermeiros, três médicos e dois dentistas, ao quais compõem as quatro Equipes de Saúde da Família da Estrada das Barreiras, excetuando a pesquisadora. As entrevistas tiveram duração entre trinta e quarenta e cinco minutos.

Seguindo as orientações de Bourdieu (1999), que quando existe certa familiaridade ou proximidade social entre pesquisador e pesquisado as pessoas ficam mais à vontade e se sentem mais seguras, a própria pesquisadora desenvolveu as entrevistas. Inicialmente foi realizada uma entrevista piloto com quatro profissionais de nível superior, sendo dois professores universitários, um enfermeiro e um odontólogo com experiência no trabalho de PSF, os quais foram residentes de Saúde da Família da Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Esta entrevista prévia foi importante para promover algumas reformulações no roteiro da entrevista e verdadeiramente vivenciar os reais objetivos do método.

As entrevistas foram agendadas, conforme a disponibilidade do profissional, a fim de não atrapalhar o fluxo de atendimento à população e possíveis compromissos marcados dos mesmos. Além de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice I), foi solicitado a concordância dos entrevistados à gravação e posteriormente transcrição das mesmas pela própria pesquisadora, pois se entende que ouvir e transcrevê-las, possibilita um reviver do que havia se passado no transcorrer das mesmas, contribuindo também para pontuar, no ato da transcrição, questões que pudessem ser posteriormente consideradas na análise (DUARTE, 2007).

O roteiro das entrevistas (apêndice III) semi-estruturadas é formado por perguntas e questões com solicitação para complementação posterior por parte do entrevistado, aplicadas a partir de um roteiro simples, a fim de proporcionar mais liberdade ao entrevistador (RICHARDSON, 1999). Sendo assim, segundo este mesmo autor, é possível coletar informações além das inicialmente previstas no roteiro, pois é permitido ao entrevistado demonstrar suas próprias opiniões. Utilizando-se desta flexibilidade corroborada por este autor, construiu-se um roteiro de perguntas abertas e fechadas para a realização das entrevistas, divididas em três partes:

I-Identificação do entrevistado:

Neste primeiro momento foi preenchido no roteiro, as questões iniciais relativas ao sexo, faixa etária, estado civil e composição familiar. São questões que apesar de pessoais, respeitam o anonimato do entrevistado e visam compreender sobre a formação da família dos profissionais e se sua experiência familiar influencia na visão de família abordada no seu trabalho no PSF. Estas primeiras perguntas iniciaram sempre a entrevista com o objetivo de fazer uma espécie de aquecimento. As demais, não tiveram uma ordem fixa, sendo colocadas conforme o desenrolar da conversa.

II- Formação Profissional:

Neste momento, o entrevistador buscou conhecer a trajetória profissional do entrevistado, além de conhecer se nesta trajetória houve em algum momento o estudo sobre família e sua abordagem.

III- Trabalho:

Nesta parte da entrevista, as perguntas objetivaram entender como estes profissionais compreendem o trabalho com as famílias e como efetivamente o fazem.

Após transcrição das entrevistas, a pesquisadora apresentou-as a cada entrevistado a fim de verificarem se estavam completas ou se havia algo mais a acrescentar. Foi percebido em algumas entrevistas dificuldades de alguns profissionais em explicar sobre como era feita a sua abordagem àquelas famílias a que eles prestavam assistência, mesmo com a insistência e tentativas da pesquisadora.

Desta forma, a pesquisadora optou pela por assistir algumas consultas realizadas por estes profissionais, observando-as sob o consentimento dos mesmos e, posteriormente, ainda realizou um grupo focal findando um entendimento unificado sobre a abordagem da família no trabalho cotidiano destes profissionais.

4.3.2 Observação participante

A observação participante foi escolhida como instrumento de coleta de dados, devido à necessidade percebida pela pesquisadora em obter dados pertinentes para conhecer criticamente o que havia sido descrito das respostas efetuadas pelos entrevistados, almejando promover uma discussão posterior com os mesmos, num grupo focal e trazer dados mais fidedignos nos resultados desta pesquisa. Este instrumento permite que o pesquisador se insira de alguma forma na vida do grupo que está sendo estudado e que utilize de outros instrumentos que o auxiliem na avaliação, como uso das entrevistas (BECKER, 1997).

Foram observadas 31 consultas divididas entre os profissionais: quatro para cada odontólogo, e duas para os demais profissionais e 11 visitas domiciliares: seis com enfermeiros, quatro com médicos e uma com odontólogo. Além disso, observou-se oito atividades educativas: cinco sala de espera, um grupo de gestante e duass palestras na comunidade. Não houve resistência dos mesmos para com a presença da pesquisadora, devido à familiaridade e apoio e interesses dos mesmos à pesquisa. Além disso, a observação foi importante tanto para a pesquisadora na coleta de dados, como para os pesquisados, que se referem mais sensibilizados com o assunto passando a ter um entendimento maior sobre o objetivo da pesquisa. Neste sentido, a pesquisadora optou ainda por promover um reencontro discursivo sobre o assunto num grupo focal, o qual foi crucial e conclusivo para a pesquisa.

4.3.3 Grupo Focal

Os Grupos focais consistem numa técnica que utiliza a interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo (KIND, 2004). Os dados obtidos, segundo este autor, levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo, conservando o caráter de técnica de coleta de dados, adequado, *a priori*, para investigações qualitativas. Assim, autores como Boni & Quaresma (2005) consideram que a discussão em grupo visa muitas vezes complementar a entrevista individual.

A técnica dos grupos focais, de acordo com Bunchaft & Gondim (2004), permite apreender o fenômeno investigado no nível transversal, ou seja, são apreendidos os aspectos contingenciais que emergem a partir do momento que o grupo se reúne em um determinado momento e lugar.

Autores como Dall' Agnoll & Trench (1999) referem que o grupo focal possibilita a intensificação do acesso a informações acerca de um fenômeno, tanto pela intenção de gerar novas idéias, como pela averiguação de uma idéia em profundidade. Conforme os sujeitos expõem suas opiniões diversas, com olhares e

ângulos diferentes, acerca de um mesmo fenômeno, possibilita a elaboração de percepções as quais ainda se mantinham numa condição de latência.

A riqueza de possibilidades que podem ser exploradas com a utilização de grupos focais foi considerada para que a técnica também fosse escolhida nesta pesquisa, para captar o impacto da abordagem da família no PSF, já que a mesma é considerada por alguns autores (VENÂNCIO, SILVA, MARTINS, FIGUEIREDO, BASTOS, ROSA, 2008) apropriada para estudos que buscam compreender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos.

Para operacionalização dos grupos, foram seguidas as recomendações de Nogueira-Martins (2001): composição dos mesmos com o mínimo de seis e máximo de 15 participantes; duração prevista em torno de 90 minutos; presença de um moderador para a condução do trabalho e um observador para registro de fala e expressões não-verbais.

Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, por sorteio. Mediante o cadastro das famílias que são acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família da Estrada das Barreiras, foram selecionadas àquelas que moram no mesmo local há mais de quatro anos, tempo em que foi implantado o PSF neste bairro, e que, portanto vivenciaram a mudança do atendimento de uma Unidade de Básica de Saúde para o Programa de Saúde da Família. Após esta seleção, foi feito um sorteio e foram convidados representantes das famílias a critério das mesmas para participação nos grupos focais (apêndice IV).

Foram realizados quatro grupos focais de máximo de 13 participantes por grupo, numa duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Os grupos foram realizados na Associação de Moradores do bairro e contaram com um moderador (a pesquisadora) e dois observadores (residente de medicina do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) e profissional enfermeiro), sendo que um deles realizou também a filmagem da atividade consentida pelos participantes.

Para a condução dos grupos focais foi estruturado um roteiro de quatro questões, visando facilitar a dinâmica grupal permitir um aprofundamento progressivo da discussão e fornecer insumos significativos para a análise dos fatores associados ao impacto da implantação do PSF nesta comunidade e da abordagem da família, na vida destas famílias. As quatro questões norteadoras dos

grupos (Quadro III): a) Você acha que o atendimento no PSF é voltado para você, como indivíduo ou para sua família em geral? b) Como sua família é abordada pelos profissionais? C) Descreva um atendimento no consultório de um profissional que você julgue trabalhar com sua família. D) Agora, descreva um atendimento de um profissional em seu domicílio.

A vivência da pesquisadora com estas famílias, no trabalho cotidiano, desde a implantação do programa neste local facilitou a discussão dos membros. Porém, há ciência da responsabilidade ética, de zelar pela preservação da privacidade dos membros dos grupos. Para tanto, seguiu-se as orientações de habilidades propostas por Bunchaft & Gondim (2004) de empatia, atenção flutuante, domínio do tema, autocontrole, autodomínio e presteza nos *feedbacks*.

Quadro III: Tópicos do roteiro dos grupos focais e seus respectivos objetivos.

OBJETIVOS	**QUESTÕES DO ROTEIRO**
Identificar a percepção da comunidade, quanto a uma possível diferença entre o atendimento realizado na Unidade Básica e o do PSF.	Você acha que o atendimento no PSF é voltado para você, como indivíduo ou para sua família em geral?
Perceber a visão de atendimento à família destes membros.	Como sua família é abordada pelos profissionais?
Compreender a abordagem (se houver) da família no consultório de acordo com a ótica da comunidade	Descreva um atendimento no consultório de um profissional que você julgue trabalhar com sua família.
Compreender como é feita a abordagem da família (se houver) no domicílio pelos profissionais de saúde do PSF da Estrada das Barreiras.	Agora, descreva um atendimento de um profissional em seu domicílio

Um outro grupo focal foi realizado com os profissionais, para promover um aprofundamento das entrevistas. Nesta oportunidade a pesquisadora explicou sobre a pesquisa, levou algumas indagações da comunidade e promoveu uma reflexão conjunta sobre o assunto: O que, de fato, nós fazemos para atuar na família? A família é pensada durante o atendimento? Fazemos visita domiciliar com a finalidade de conhecer a família que prestamos assistência? Como é então nossa abordagem para/com a família?

No total foram cinco grupos focais, quatro com a comunidade e um com os profissionais e foram de fundamental importância para a aquisição de dados para a construção desta pesquisa.

4.4 A ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados utilizou-se da análise de conteúdo que segundo Bardin (1977) consiste na melhor forma de se compreender as comunicações do ser humano para além dos seus significados imediatos:

> [...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos temáticos e objetivos por descrição de conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

De acordo com esta autora, a análise de conteúdo se organiza mediante três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Neste sentido, a análise foi iniciada após leituras exaustivas e repetitivas das transcrições integrais promovendo seleção de trechos de falas estabelecendo categorias empíricas. Alguns dados do SIAB foram analisados e articulados com as compreensões dos profissionais e dos usuários, buscando a caracterização das famílias.

Para a construção das categorias, os dados foram organizados diante dos objetivos desta pesquisa e dos discursos dos profissionais e usuários. Assim houve dois momentos de recorte para compor as categorias: no primeiro, foram selecionados trechos que continham informações relacionadas com o objetivo da pesquisa. No segundo, a partir dos trechos, foram identificadas (extraídas) as diversas unidades de registro, ou seja, os núcleos de sentido, relacionadas com a proposta da pesquisa. É importante destacar em relação à construção das categorias que ela pode se dar *a priori* – operação que pressupõe uma interação entre o quadro teórico do analista, os problemas da pesquisa e as hipóteses capaz

de construir um sistema de categorias cujo objetivo seja apenas detectá-las (refutando-as ou confirmando-as) –, *a posteriori* – quando as categorias emergem do material da pesquisa, dos dados – ou podemos ter uma construção de categorias por meio da combinação dos dois processos (BARDIN, 1977).

Neste sentido, as entrevistas e grupos focais forma lidas, ouvidas e assistidas em vários momentos para que novos dados fossem identificados e para que as categorias e subcategorias fossem clarificadas, havendo portanto modificações até a finalização da categorização dos dados. Foram construídas seis categorias: Buscando o saber: conhecimento adquirido; Conceito de família segundo visão dos profissionais e usuários; Abordagem da família e a utilização dos instrumentos de avaliação das famílias; Ações de atuação nas famílias; Facilidades e dificuldades no trabalho com famílias; (Des) Preparados para atuar na família. Para a análise promoveu-se a triangulação dos dados através destas categorias e subcategorias, representadas a seguir.

Quadro IV: Categorias e subcategorias para análise dos dados

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS	COMPREENSÃO
Buscando o Saber: Conhecimento adquirido	• Identificando o conhecimento: - Os cursos de graduação e pós-graduação; • Identificando o conhecimento - Cursos de curta duração; • Identificando o conhecimento – A experiência;	*(...) faltou uma disciplina sobre família.* *(...) é verdade precisa-se rever as grades das universidades no geral.* *(...) falta a parte prática de abordagem à família.*	Esta categoria avalia o preparo acadêmico para o trabalho com famílias. Visa averiguar se os profissionais de saúde desta unidade fizeram algum curso sobre a abordagem da família na sua formação.
Conceito de família segundo visão dos profissionais e usuários	• Família sob a visão dos profissionais; • Família sob a visão dos usuários;	*Família são pessoas que vivem na mesma casa.* *São pessoas que eu posso contar.*	Analisa o conceito de família entre usuários e profissionais, comparando-os.
Abordagem da Família e utilização dos instrumentos de avaliação das famílias	• Visão dos profissionais; • Visão dos usuários; • Instrumentos utilizados na avaliação das famílias;	*(...) a gente não engloba a família como um todo, foge o PSF.* *Eles me orientam, mas não orientam minha família não.* *Nunca usei nenhum instrumento para avaliar as famílias.*	Esta categoria refere-se a percepção do usuário e dos profissionais quanto a abordagem da família no trabalho deste PSF.
Ações de atuação nas famílias	• Ações educativas; • Visitas domiciliares na análise das famílias;	*(...) nos grupos de hipertenso e diabéticos, de gestantes, de adolescentes, por exemplo, são ações de interesse de toda a família.* *(...) faço visitas domiciliares quando solicitada por algum ACS.*	Pretendeu-se verificar se estas ações são desenvolvidas com intencionalidade no envolvimento de abordagem de toda a família.
Facilidades e dificuldades no trabalho com famílias	• O Vínculo; • O Cuidar; • Sistema de referência e a questão social;	*(...) depois que você consegue criar um vínculo a atuação é mais dinâmica, é mais precisa.* *A família cuida e previne sob nossas orientações.* *Necessitamos de uma rede de apoio*	Buscou-se agregar as facilidades e dificuldades comuns relatadas por profissionais e usuários sobre o trabalho realizados neste PSF.
(Des) Preparados para atuar com famílias		*"(...) mudanças para todos (...) para mim, para a família, para os ACS, para os outros profissionais e para o sistema de saúde (...)*	Esta última categoria condensou todas as opções discutidas anteriormente a fim de relatar através da visão dos profissionais sua percepção quanto ao seu preparo para o trabalho com famílias.

CAPÍTULO V
RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DAS FAMÍLIAS E DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DO PSF DA ESTRADA DAS BARREIRAS E SUAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS

5.1.1 Composição das famílias

Utilizando-se das informações registradas nas fichas A de cadastramento das famílias no PSF da Estrada das Barreiras, tornou-se possível traçar algumas características. Inicialmente sob a ótica do conceito de família regido pela visão de “unidades domésticas” ou “unidade domiciliar” o qual norteiam os ACS para o cadastramento no PSF, como já apresentado no Capítulo I do Caderno de Atenção Básica, têm-se:

> 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, 2000).

Assim, os cadastramentos das famílias realizados pelos agentes de saúde são regidos pelas pessoas que coabitam a mesma residência. Neste sentido, é possível traçar a composição das famílias do PSF da Estrada das Barreiras de acordo com as informações registradas na ficha A.

Em sua maioria, as famílias neste bairro são nucleares (32,58%), formadas por pai, mãe e filhos, é possível observar ainda um número significativo de famílias reconstituídas (24,38%) e um pequeno número de famílias homossexuais (0,2%), como retratados na Tabela III:

Tabela III - Composição das famílias do bairro Estrada das Barreiras, Salvador, 2008.

COMPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS	NÚMERO DE FAMILIAS
Pai, mãe e filhos	1258
Pai/ mãe, filhos e novo companheiro (a)	939
Mãe e filho	372
Pai e filho	68
Pais, filhos e avós	151
Casal	310
Única pessoa	313
Irmãos	83
Casais, filhos e outros parentes	354
União de homossexuais	08

Fonte: SIAB/ Ficha A, 2008.

De acordo com as entrevistas realizadas, os profissionais referem-se sobre as famílias atendidas como “famílias numerosas”, “famílias formadas só por adolescentes”, “famílias compostas às vezes só por mulheres”, “família com idosos e jovens, tendo as mães e pais ausentes”, “famílias com avós maternas responsáveis pelos netos” e “famílias diversificadas”. Numa das entrevistas, um profissional relatou que as famílias deste local são “famílias desestruturadas”, a qual conceitua: “[...] é uma família que não tem condições dignas de sobrevivência [...] sem estabilidade, porque todo dia casa e separa, os filhos acabam ficando sem referência” (A8). Outro profissional refere-se às relações familiares: “Na maioria dos casos com relações conflituosas de drogas e violência” (A5). Os profissionais através do grupo focal concluíram que existem diversos tipos de família atualmente e que no bairro analisado não era diferente.

Após a discussão durante o grupo focal com os usuários, um deles também referiu-se a “família desestruturada”, indicando que muitas famílias naquele bairro podiam ser classificadas devido à instabilidade matrimonial, comentário este que foi discordado por outros:

> Discordo, nem sempre uma família pobre é desestruturada, conheço aqui famílias bem humildes, porém dignas.
> Acho que todo mundo tem o direito de recomeçar um relacionamento, os filhos não, estes são pra sempre. Acho que tudo vem da educação, de como se cria [...] Existem muitas famílias em que o casal se separou e que consegue manter um bom relacionamento com os filhos.

> Não vamos aqui julgar ninguém, o que temos é uma gama de famílias, cada um tem a sua, ninguém é igual e nem por isso é desestruturado.

As famílias cadastradas no PSF da Estrada das Barreiras são caracterizadas pelos profissionais como diversificadas, ou seja eles reconhecem as famílias neste bairro no seus múltiplos formatos estruturais, o que condiz com os dados coletados nas fichas A do SIAB. Importante perceber que profissionais e usuários relatam as mudanças ocorridas na vida familiar na atualidade e vivenciam este cotidiano no seu trabalho.

5.1.2 Condições de moradia e sanitária das famílias

Buscou-se ainda analisar sobre como estas famílias vivem, sob que condições sanitárias (?) para posterior entendimento da abordagem em saúde a esta comunidade. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2007) um dos principais problemas habitacionais na atualidade está relacionado ao grande adensamento de pessoas vivendo numa mesma residência. Um estudo realizado com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgado pelo IPEA (2007), refere que o número de pessoas que moram em domicílios urbanos onde há superlotação domiciliar com densidade superior a três pessoas por cômodo usado como dormitório, por exemplo, é de 12,3 milhões de habitantes, o que representa 7,8% da população urbana. De acordo com o estudo, os brasileiros que sofrem com o adensamento excessivo estão concentrados nas regiões metropolitanas de São Paulo (2,2 milhões) e do Rio de Janeiro (1 milhão). Já em termos relativos, o problema é mais grave nas regiões metropolitanas de Belém, de São Paulo e de Salvador, onde os percentuais são de 16,6%, 11,7% e 10,6%, respectivamente (IPEA, 2007).

As famílias atendidas no PSF da Estrada das Barreiras são formadas por uma média de cinco membros que vivem numa mesma residência, há uma predominância do sexo feminino e da faixa etária de 20 a 39 anos (ver gráfico II). De acordo com o Relatório Situacional realizado pelos residentes da UNEB em 2007, a grande maioria das casas possuem entre hum a dois (1 a 2) cômodos, o comprova a realidade na cidade de Salvador descrita acima pela PNAD (2007).

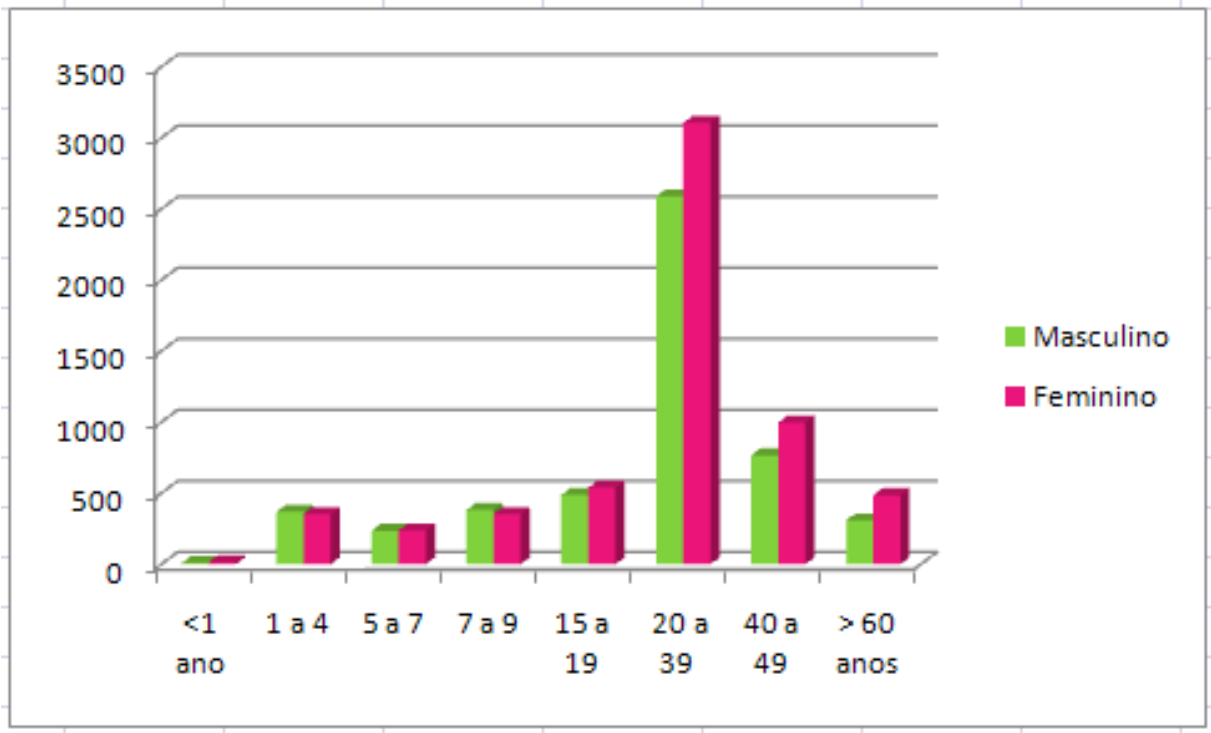


Gráfico III - **Número de pessoas por faixa etária e sexo cadastradas no PSF da Estrada das Barreiras, Salvador, 2008.** Fonte: SIAB/ ficha A, 2008.

De acordo com o SIAB (2008) cerca de 90% das criança/adolescentes que se encontram na faixa etária entre 7 a 14 anos frequentam a escola, sendo que 93,78% das pessoas acima de 15 anos são alfabetizadas. É importante salientar que a maior parte da população cadastrada nesta unidade utiliza o SUS, tendo apenas 10,81% de pessoas que possuem cobertura de algum plano de saúde.

As condições de moradia também foram foco de análise nesta pesquisa. Sabe-se que em todo o Brasil, 54 milhões de pessoas, o equivalente a 34,5% da população urbana, ainda vivem em condições de moradia inadequadas (IPEA/PNAD, 2007). Em Salvador, segundo pesquisa divulgada pelo IPEA (2007) do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), feito em dez cidades brasileiras de janeiro a agosto de 2007, encontra-se em segundo lugar do ranking nacional de favelização, com 38,83% de sua população.

As famílias que moram no bairro da Estrada das Barreiras vivem em residências, na sua maioria, construída com tijolo (3.813 casas), possuindo algumas poucas casas de taipa (20 casas), madeira (06 casas) e outros materiais (08 casas). Disponibilizam de energia elétrica em 95,38% dos domicílios e abastecimento de água sob rede pública em 99,76% das residências. Apesar de grande parte de a

população ter acesso à água encanada, 16,83% não utiliza de nenhum tratamento para consumo desta. O gráfico IV retrata esta realidade.

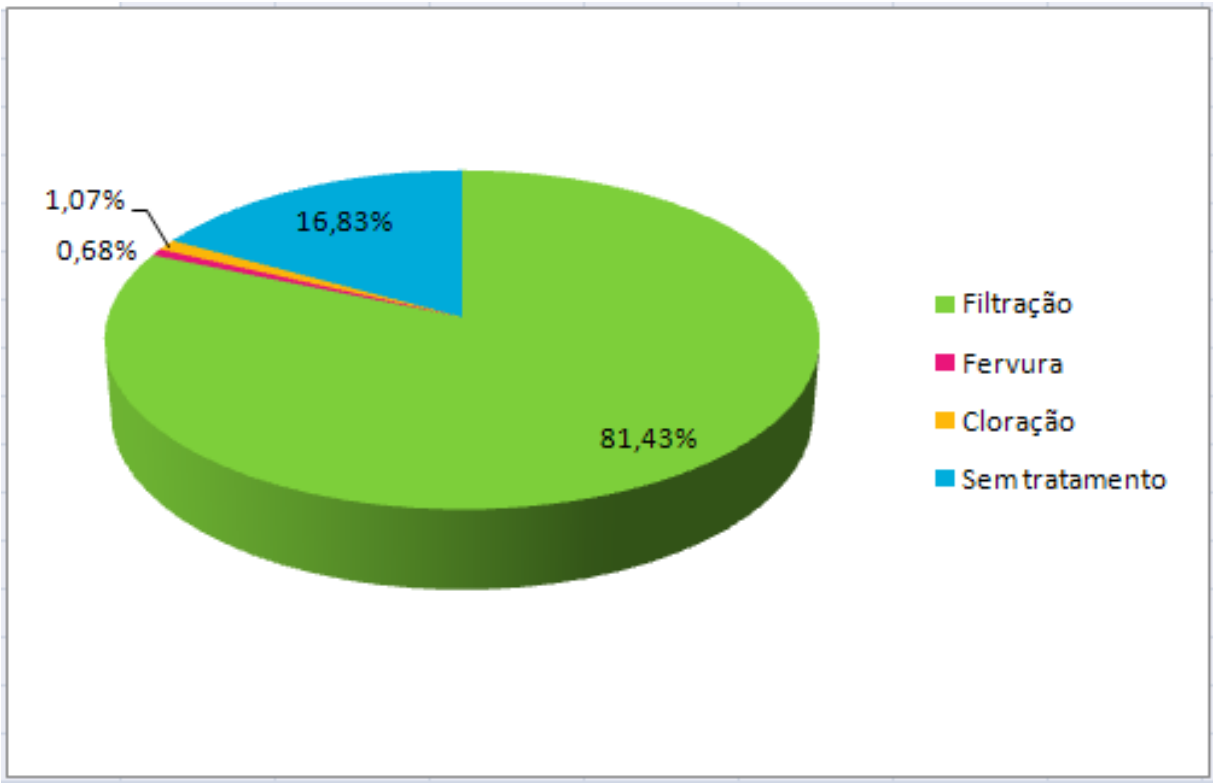


Gráfico IV - **Tratamento de água no domicílio no bairro da Estrada das Barreiras, Salvador, 2008.** Fonte: SIAB/ ficha A, 2008.

Importante salientar que ainda existem duas valas abertas no bairro, as quais no período de chuva provocam alagamentos, causando grandes prejuízos à comunidade. Algumas residências descartam os dejetos diretamente nestas valas, além de lixos jogados por alguns moradores. Em 2005, iniciou-se um trabalho para o fechamento das vagas após solicitação de algumas associações, porém as obras continuam inacabadas. È possível, porém, observar que o destino dos dejetos na sua grande maioria já conta com um sistema de esgotamento próprio.

O que se pode verificar, é que as famílias residentes no bairro da Estrada das Barreiras no município de Salvador vivem em sua maioria em casas construídas de tijolo, com abastecimento de água e energia elétrica e sistema de coleta de lixo adequado. Apesar disso, há uma parte considerável desta comunidade que vive sob condições de extrema precariedade, com ausência de um sistema de esgoto e portanto destinado os dejetos e lixo a céu aberto, sem tratamento de água adequado

ao consumo e residentes em casas de materiais aproveitáveis, madeira, entre outros. O que se deve analisar é que este conjunto situacional pertence a uma mesma comunidade, que convive e portanto que mantém uma interação social. Na Saúde Pública, estes dados são de extrema importância, pois algumas doenças podem ser controladas basicamente pela melhoria das condições sanitárias como o cólera, a dengue, diarréias, a leptospirose, entre outras. Ainda assim é importante atentar que outras patologias infecto-contagiosas colocam em risco toda a comunidade em detrimento de uma situação, como é o caso da tuberculose e da hanseníase.

De acordo com a entrevista realizada, os oito profissionais caracterizam as famílias cadastradas no PSF da Estrada das Barreiras como famílias em sua maioria de baixo nível sócio-econômico e baixa escolaridade. Referem também existir famílias de classe média, as quais procuram o serviço devido à maior facilidade de acesso.

5.1.3 Características dos Profissionais de Saúde do PSF da Estrada das Barreiras

A entrevista realizada com os profissionais de saúde de nível superior do PSF da Estrada das Barreiras possibilitou traçar um perfil destes, baseado em dados pessoais e de formação acadêmica. Os entrevistados são na maioria do sexo feminino (07) e apenas um (01) do sexo masculino. O gráfico abaixo retrata a faixa etária dos profissionais, as quais variam entre a faixa de 30 e 65 anos.

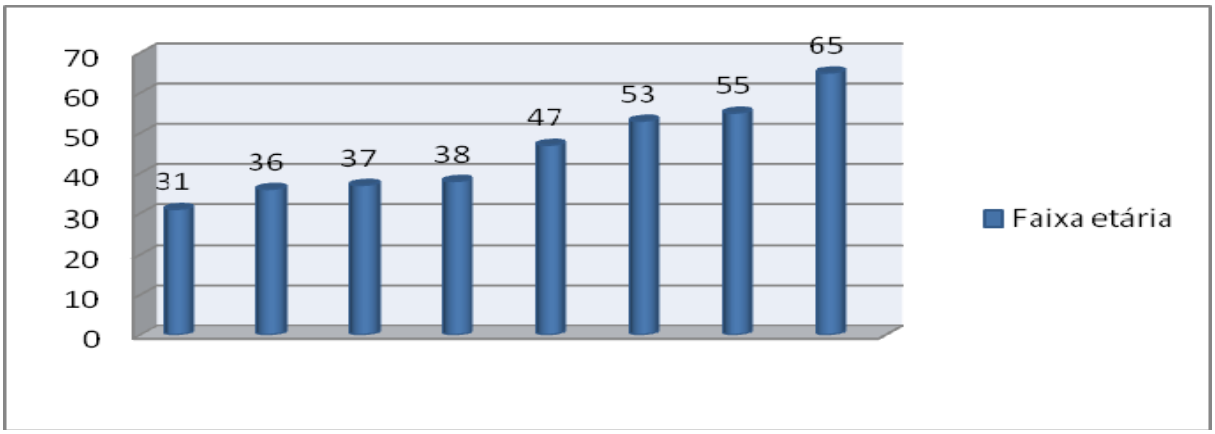


Gráfico V - **Distribuição dos profissionais de saúde do PSF da Estrada das Barreiras por idade, Salvador, 2008.** Fonte: Entrevista/2008.

Todos os profissionais são casados, dos quais dois deles informam possuírem famílias reconstituídas: um deles encontra-se no terceiro casamento e outro relata ser o seu primeiro casamento, porém o segundo do companheiro. Com relação à formação profissional 62,5% formaram em instituições públicas e já possuem entre 06 a 33 anos (Tabela IV) de conclusão do curso superior (média de aproximadamente 19 anos).

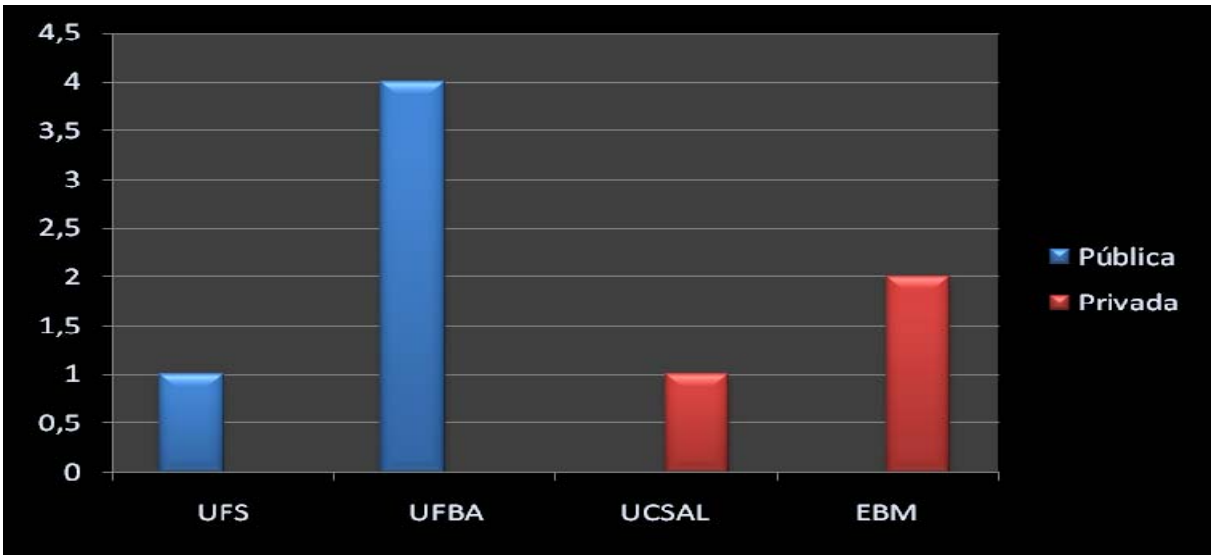


Gráfico VI - **Distribuição dos profissionais da ESF da Estrada das Barreiras por instituição de formação acadêmica, Salvador, 2008.** Fonte: Entrevista/2008.

A tabela abaixo retrata a avaliação do tempo de atuação destes profissionais na atenção básica especificamente sob o trabalho no Programa de Saúde da Família, o qual variou numa média de 5,9 anos (intervalo de 02 a 10 anos) de experiência e ao se considerar o tempo de atuação no PSF da Estrada das Barreiras, a média foi de 2,1 anos, variando entre 02 a 04 anos. Considerando que o PSF em questão foi inaugurado no ano de 2004, iniciando suas atividades em janeiro de 2005, cerca de 50% dos profissionais permanecem neste local de trabalho desde sua implantação.

Tabela IV - Tempo de experiência profissional dos membros de nível superior do PSF da Estrada das Barreiras, Salvador, 2008.

Profissional	Tempo de formatura	Tempo de atuação em PSF	Tempo no PSF da Estrada das Barreiras
A1	06	06	04
A2	10	08	04
A3	11	10	03
A4	13	08	04
A5	24	04	02
A6	26	03	04
A7	28	02	02
A8	33	06	02

Fonte: Entrevista/2008.

Ao se avaliar a capacitação profissional destes participantes da pesquisa, verificou-se que sete (87,5%) dos entrevistados apresentam algum curso de especialização, sendo que dois deles fizeram residência em programa multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em PSF (Tabela V).

Tabela V - Capacitação profissional dos entrevistados. Salvador, 2008.

CAPACITAÇÃO	FREQUÊNCIA
Sem especialização	01
Enfermagem em UTI	01
Clínica Médica	01
Especialista/ Residência na área de Saúde Pública	04*
Ginecologia e Obstetrícia e Citologia Oncótica e Geral	01

Fonte: Entrevista/2008.
*Dois dos profissionais possuíam especialização em Saúde Pública e dois (02) profissionais possuíam residência em Saúde Coletiva com ênfase em PSF.

5.2 BUSCANDO O SABER: CONHECIMENTO ADQUIRIDO

5.2.1 Identificando o conhecimento: Os cursos de graduação e pós-graduação

É possível constatar que nenhum profissional após a graduação se considerou apto para atender famílias e após a especialização acima referida dois (25%) deles relataram estarem preparados para atendê-las, exatamente os dois dos que fizeram a pós-graduação voltada para Saúde Pública.

Os profissionais relataram que durante a graduação nenhuma disciplina foi abordada a temática família, demonstrando ser esse o motivo de não se sentirem preparados para atuar no trabalho com famílias:

> [...] faltou uma disciplina que trabalhasse a temática, odontologia na época trabalhava apenas o indivíduo. (A3)
> [...] faltou uma disciplina sobre família. (A6)
> [...] faltou um entendimento mais integral do núcleo familiar. (A5)
> [...] faltou uma visão mais voltada para a família, pois a visão é voltada para o indivíduo ou para a coletividade. (A7)

Alguns autores, como Marcon & Elsen (1999); Nunes & Barbosa (2000); Santos & Westphal (2000); Wernet (2000); Ângelo & Wernet (2003) e Frazeli (2006), destacam que este quadro vem se modificando. Diante dos estudos voltados para os Cursos de Graduação de Enfermagem, estes autores afirmam que esforços vêem sendo feitos para da inclusão de disciplinas voltadas para a abordagem da família, enfatizando a era de um novo olhar na promoção da saúde considerando as dinâmicas sociais.

Em algumas falas, observa-se relatos de que nos cursos de graduação o enfoque era dado à doença e ao atendimento ao indivíduo:

> [...] na faculdade não se teve uma visão de família como um todo, uma visão geral, sabe?! Era direcionada só a uma parte que é a boca. (A3).
> [...] estudávamos as patologias, o paciente [...] foi muito voltado a área hospitalar. (A8)

Após a especialização em Saúde Pública, algumas disciplinas sobre a temática família foram listadas por eles como *Abordagem familiar, Saúde da Família I e II, e Problemas de Saúde Pública no contexto familiar.*

Importante salientar que dos quatros profissionais que relataram o estudo das disciplinas acima, apenas dois consideram ter sido preparados para atuar com a família. Os outros dois indagaram a falta de praticidade das disciplinas e referiram que de fato não se busca na universidade a atuação profissional neste sentido, o que pode ser resgatado nas falas:

> A matéria foi muito teórica, senti falta de uma prática que eu pudesse ter contato [...]. (A4)

> [...] sabe do que mais as universidades não reconhecem a família como importante na atuação profissional, porque temos a matéria rapidamente, sem prática e quando vamos a campo ninguém utiliza a família como cliente. (A3)

Durante o grupo focal com os profissionais todos concordaram com o que foi referido acima e demonstraram que as disciplinas são apresentadas sem grande ênfase e que não houve oportunidade de prática:

> [...] acho que as universidades devem melhorar sim, neste sentido, já que estamos vivenciando um novo modelo de atenção, vivenciando o PSF, acho que é importante que a família seja mais abordada e estudada. (A7)
> [...] falta prática, não dá pra ficar só na teoria. (A6)
> [...] é verdade precisa-se rever as grades das universidades no geral. (A1)

Bustamante *et al* (2000) defende que os cursos devem objetivar a transformação do aluno em observador, ativo e motivado, em relação à realidade da comunidade e as suas possíveis intervenções, além disso, enfatiza sobre a importância do surgimento de Cursos de Especialização em Família, já que como nova tendência assumida por diversas profissões, necessita ser estudada seja na questão da formação e/ou prática do trabalho.

5.2.2 Identificando o conhecimento - Cursos de curta duração

Ao se avaliar sobre a realização de cursos em geral, aqui designados de curso de curta duração, todos os profissionais referiram que apesar de terem feito diversos cursos, nenhum buscou a família como fonte de estudo. Quando perguntados sobre algum outro curso o qual tenham participado, referiu-se sobre a temática família e se algum instrumento foi apresentado para a abordagem da mesma, todos foram unânimes na negativa da questão.

Foram cursos promovidos pelas instituições públicas na sua maioria, os quais puderam ser listados por eles: Curso sobre Hipertensão e Diabetes, sobre Tuberculose, sobre Hanseníase, Abordagem Sindrômica, Humanização da Assistência, Imunização, Curso Introdutório do PSF, entre outros.

O Curso Introdutório do PSF busca trabalhar junto à Equipe de Saúde da Família sobre aspectos do trabalho no PSF e competências dos profissionais inseridos no programa. Todos os profissionais entrevistados fizeram o Curso Introdutório do PSF, sendo que cinco (05) deles fizeram mais de uma vez em outros municípios além de Salvador. Em nenhum dos cursos que fizeram referem ter sido orientados sobre alguma forma de abordagem da família. Porém foi de consenso que a família foi analisada de forma superficial, sem grandes indagações sobre sua importância.

Ao analisar todo o módulo do Curso Introdutório do PSF de Salvador, o qual todos participaram, foi encontrado no módulo 4, cujo tema é o "Cuidado integral em saúde: padrões de qualidade da atenção" algumas considerações sobre o indivíduo no contexto familiar. Durante o grupo focal, os profissionais reconheceram este módulo e as discussões voltadas ao assunto e identificaram insuficiência para a sensibilização deles perante o trabalho cotidiano. Referiram que apenas duas laudas foram dedicadas ao assunto e mantiveram o posicionamento de falta de ênfase e prática.

> [...] veja só, apenas duas páginas para se falar da família no PSF, nada de prática. (A7)
> [...] falta a parte prática de abordagem à família. (A8)
> [...] precisa-se também fazer cursos específicos a este tema e que contribuam com a nossa prática. (A2)

Ao ressaltar sobre a falta de praticidade nas capacitações, Vasconcelos (1999) alertava que se deve ter o cuidado de não só transmitir os aspectos técnicos, mas também as questões de como se deve trabalhar com esses conteúdos. Uma preocupação também referida por Paim (2002) que reforça sobre o desafio de se problematizar e ensinar conteúdos e práticas que não privilegiem o modelo médico hegemônico e que possam contemplar uma visão integral do indivíduo e sua relação com a família e a comunidade.

Assim, para os profissionais de saúde do PSF da Estrada das Barreiras de nível superior, os cursos de capacitação (a própria graduação, pós-graduação, Curso Introdutório do PSF e outros) não foram suficientes para torná-los aptos a atuar com famílias como foco de atenção à saúde, exceto sob a visão de dois profissionais. Todos referem que existe uma necessidade de inclusão da temática

família nas grades das universidades e maior sensibilização de todos perante a abordagem da família no PSF.

5.2.3 Identificando o conhecimento – A experiência profissional

Considerando a média de experiência de 5,9 anos de trabalho em PSF, foi perguntado a estes profissionais se eles se consideravam preparados para atuar com famílias mediante sua experiência de trabalho. Observou-se que sete profissionais acreditam terem aprendido a trabalhar com famílias e apenas um deles ainda relata que não atende a família e sim o indivíduo, como se pode evidenciar nos depoimentos:

> Minha experiência profissional foi direcionada a este campo da saúde pública hoje eu sei como **lidar com as famílias**. (A2)
> Me considero preparado sim, não só por conta do território que eu fiz, mas por conta da minha atividade profissional, pois eu tenho 26 anos de formado e tenho muita experiência em saúde pública. E mesmo na época não tendo PSF implantado, eu fui o primeiro indivíduo que implantou o PACS em Salvador, no Pelourinho, no Centro Histórico. E através daí me preparei para trabalhar com família [...] logicamente dentro dos meus limites, precisaria muito mais cursos, muito mais aprimoramentos, porque **lidar com família**, lidar com Saúde Pública é muito mais dinâmico. (A6)
> [...] não atuo na família não, acho que não conseguimos, a demanda é grande é um consultório para duas dentistas e ainda temos que atuar em duas equipes cada uma. È muito difícil. (A5)

Os relatos acima conferiram novas indagações na busca do entendimento da expressão “lidar com as famílias”. Para estes profissionais, “o lidar” significa ser bem educado, coordenar ações difere do atender, do cuidar, do compreender as famílias.

Um profissional (A3) relatou durante a entrevista uma experiência demonstrando o quão longe estava perante a avaliação da família e do cliente em si:

> Este assunto me fez lembrar um caso que me aconteceu há pouco tempo, vejam só: eu tava no consultório e atendi uma senhora que necessitava fazer algumas extrações. Ela só tinha cinco dentes e após minha avaliação verifiquei a necessidade da extração dos cinco dentes, perguntei sobre alergias, doenças pregressas e atuais, essas

> coisas. Iniciei o tratamento e cada vez que ela aparecia no consultório, eu extraía um dente. No último dente, a paciente começou a chorar muito demonstrando desespero, só então parei um pouco para entender o que estava acontecendo. Parei e a ouvi. Ouvir sua história de vida sofrida, ouvi sobre seus problemas familiares, o medo de perder o marido. O que eu estava fazendo era para ela uma mutilação, aquele dente totalmente cariado que para mim não havia serventia alguma, para aquela senhora representava muita coisa. Se eu a tivesse ouvido desde o primeiro momento, saberia prepará-la e também a família dela e buscaria a melhor solução.

A profissional mostrou-se muito emocionada com o fato e mais uma vez afirmou que nunca deu oportunidade à família no PSF, apesar de sua formação. O que se observou neste primeiro momento é que para a maioria dos profissionais a família é sim de alguma forma abordada por eles pela sua experiência, mas que existe uma deficiência na academia sobre disciplinas que os orientem nesta caminhada. A praticidade das abordagens consiste na maior dificuldade enfrentada por eles que articulam seu trabalho com a família diante de sua experiência profissional, sem possuir uma referência acadêmica para isso. Assim, o aprendizado vem sendo construído caso a caso, profissional a profissional, com conclusões e condutas individuais.

5.3 CONCEITO DE FAMÍLIA SEGUNDO VISÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

5.3.1 Família sob a visão dos profissionais

Durante as entrevistas perguntou-se aos profissionais o que eles consideravam ser “família” buscando uma comparação com a visão de família informada pelos usuários. Três (03) profissionais referiram à família, de acordo com suas relações, a interdependência dos seus membros e a “ajuda”:

> [...] um grupo de pessoas que mantém alguma relação emocional, financeira [...] de interdependência. (A4)

> [...] é uma estrutura onde cada um tem suas regras, é um conjunto de todos trabalhando por todos, um por todos, um depende do outro e ajuda o outro [...] é a base de tudo na vida, estão sempre prontos a nos ajudar. (A5)
> É um grupo formado por pessoas com interrelação de amor e amizade que convivem enfrentam suas dificuldades juntos incondicionalmente. (A1)

Alguns profissionais (04) consideraram a família mediante seus laços de consangüinidade e o ambiente em que vive:

> São as pessoas que moram na mesma residência, tendo laços de parentescos. (A2)
> São as pessoas que moram na mesma casa e que tenham algum grau de parentesco. Por exemplo, uma empregada em minha casa, posso até considerá-la da família, mas ela efetivamente não é [...] (A7)
> São pessoas que vivem na mesma casa e que são parentes de sangue e também possuem uma relação de amor. (A6)
> São os nossos parentes, pessoas que nós podemos contar sempre, né? (A8)

Apenas um profissional referiu a família de acordo com as pessoas que vivem na mesma residência considerando a possibilidade de se ter algum tipo de relação ou de parentesco ou mesmo sem tê-los.

> É uma forma de convivência de pessoas que mantém vínculos, laços consangüíneos ou não, moram no mesmo ambiente, dividindo o mesmo espaço e mantendo vários tipos de relações em harmonia ou não [...] (A3)

Apesar da conceitualização, quando perguntados sobre a formação das suas famílias na prática, houve unanimidade nas respostas quanto às pessoas que moram na mesma residência com eles e possuem os laços de consangüinidade:

> Minha família é minha mulher e meus dois filhos, que moram comigo. (A6)
> Esposa, marido e meus dois filhos convivendo no mesmo lar. (A5)
> É meu marido, eu e meus filhos. (A7)
> Sou eu e meu marido, porque não temos filhos e só moramos nós dois. (A8)

Importante salientar que A5 e A6 referiram ter tido outras constituições familiares e consideraram ser família a constituição atual. Um dos entrevistados (A6) relatou ter outros filhos fruto de outros casamentos, porém não os colocou frente ao seu conceito. Outro (A5) referiu que o marido tem outros filhos, estes não residem com o casal, não os considerando como pertencente a sua família.

5.3.2 Família sob a visão dos usuários

Na visão do usuário considerou-se duas vertentes na sua grande maioria indissociável na conceitualização de família. Eles referiram o convívio dos membros na mesma residência e a “ajuda” entre eles como pontos importantes:

> [...] são aquelas pessoas que moram na minha casa. Meu marido, meus filhos, netos e bisnetos e meu genro que eu não posso esquecer.
> São as pessoas que moram comigo e que a gente sempre pode contar.

A visão religiosa também consistiu numa forma para alguns deles de visão da família, referindo:

> Família são todos que moram na minha casa, como diz a Bíblia, é o nosso Jerusalém, o nosso lar, como Jesus nos ensinou.
> [...] são aquelas pessoas que moram na mesma casa [...] assim como tá na Bíblia. Não acho que podemos considerar qualquer pessoa como da nossa família, porque não foi isso que Jesus nos ensinou. Os vizinhos, conhecidos, profissionais podem até ser amigos, mas não da família, é diferente.
> Jesus nos falou na Bíblia que o nosso lar é a nossa família e que dela temos que cuidar. Então, família são as pessoas que moram na mesma casa.
> Na Bíblia diz que família são todos que moram na nossa casa, então é isso.

Porém é importante salientar que a maior parte dos participantes dos grupos focais relataram a visão de “ajuda” como o conceito de família:

> Eu considero como minha família eu, meu marido, meus filhos, meus vizinhos, o meu agente de saúde, os enfermeiros e os médicos, porque sei que posso contar com eles.
> Minha família sou eu e minhas irmãs, porque eu sou viúva [...] e minhas irmãs não moram aqui comigo na mesma casa, mas quando eu preciso de qualquer coisa ou elas precisam, sempre estamos juntas uma pela outra.
> [...] também considero meus pais, meus parentes, tios, primos, pessoas que eu posso contar, como minha família.

O que se pode notar é que para os profissionais, o domicílio e os laços de consangüinidade consistem numa demarcação importante sobre o conceito de família e que para os usuários a “ajuda” exercida por pessoas independente do grau ou não de parentesco, são características suficientes para considerá-los membros de sua família.

5.4 ABORDAGEM DA FAMÍLIA E UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.

5.4.1 Abordagem da família: visão dos profissionais e usuários

Após a realização das entrevistas e grupos focais percebendo a dificuldades entre os profissionais e usuários em relatar sobre a abordagem da família no seu trabalho e cotidiano, buscou-se à observação de algumas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas, no sentido de compreender o relato dos mesmos sobre a temática.

Nas entrevistas e grupos focais utilizou-se perguntas como “como a família é abordada por você?” “como é seu atendimento no consultório?” para a população utilizou questões como estas: “Descreva um atendimento seu no consultório com algum profissional”, “Você acha que o atendimento dos profissionais daqui do PSF é voltado para você ou para todos da sua família?”

Ao falar sobre a abordagem de cada profissional às famílias que prestam atendimento, dois deles negaram algum atendimento à família nas suas falas:

> Primeiro que a gente não engloba a família como um todo, foge o PSF [...] (A3).
> Eu acho que precisa melhorar muita coisa, fica muito restrito ao consultório, à unidade. O cliente marca e é atendido e pronto, sei quem é o ACS, mas nem sempre sei de onde ele veio e muito menos quem é a família dele (A5).

Durante o grupo focal com a comunidade, 21,9% dos participantes confirmam a colocação acima, negando que o atendimento tenha sido voltado a ele e sua família. Para os outros seis profissionais essa abordagem de alguma forma é feita:

> Bom, primeiro a gente busca identificar o perfil daquela família e aí o agente comunitário de saúde é fundamenta neste sentido [...] buscar também fatores de riscos destas famílias, né? (A4)
> Ela é abordada em todo o seu contexto, né? A gente não vê a família só no contexto da saúde/doença. A gente vai observar os problemas emocionais, problemas sociais e problemas relativos ao saneamento básico, moradia, financeira, então a gente faz o atendimento global. (A6)
> [...] a gente tem que ser sempre mais abrangente, ver quais são as condições financeiras, principalmente a educação doméstica é muito importante. (A8)
> Digamos assim, seria mais ou menos assim de forma fragmentada, a gente ver o indivíduo que compõe aquela família, né? Faz o atendimento, a terapêutica e dependendo do problema de saúde, da situação social, aí são convocados outros membros da família [...] (A1)

Neste sentido a maior parte dos usuários (72,1%) referem que no atendimento destes profissionais, a abordagem das suas famílias é realizada:

> Eu acho que eles me orientam e orientam minha família também. Sempre perguntam por todos lá de casa, é ótimo.
> Eles não me atendem só não, atendem minha família toda, não nega atendimento a ninguém, mesmo quando não estamos marcados é só precisar que eles estão ali prontos a nos atender. Além disso, sempre me perguntam sobre meu esposo e meus filhos.
> Eu acho que nas consultas sempre os médicos perguntam como vai meus filhos e meu marido, então ele se preocupa com a gente.

Nas falas acima se percebe que os usuários se referiam ao vínculo criado com os profissionais e a facilidade de acesso a eles. Foi nesse sentido que foi solicitado que eles descrevessem uma consulta no consultório com detalhes na tentativa de tentar analisar como essa abordagem de fato era feita. Eles relataram que durante a consulta lhes era perguntado:

> [...] aí ele perguntou se meu pai já teve infarto, câncer, pressão alta e falou que se eles tiveram, eu também vou ter e que preciso tomar cuidado e meus filhos também, né?
> [...] perguntaram sobre as doenças que alguém na minha família já teve.

As questões acima demonstram parte de uma anamnese em que o profissional colhe informações sobre os antecedentes familiares do cliente. Na observação de algumas consultas, foi possível perceber em uma consulta a família como uma peça importante no atendimento. O profissional recebeu a gestante na primeira consulta de pré-natal e perguntou com quem ela morava e onde estava o marido ou companheiro dela. Veja na fala:

> [...] quero que fale com ele que a consulta de pré-natal é realizada com os dois, ele precisa acompanhar tudo, as orientações e cuidados. E depois vamos precisar decidir algumas coisas juntos, tipo depois que tiverem o bebê qual o método que vão utilizar ou se vão querer ter outro logo, essas coisas [...] temos um curso de gestante que acontece todo mês, quero que você vá e leve ele e sua mãe, tá? Porque lá nós vamos ensinar a ele como se dá banho, como cuidar do bebê, colocar ele para participar também e a sua mãe precisamos falar um pouco também sobre a amamentação, porque sei que essas vovozinhas adoram dar mingau pra a criança engordar (risos), combinado?

A gestante morava apenas com o marido e a mãe morava numa casa próxima. Nesta consulta o profissional demonstrou a importância e responsabilidade da gestação para o companheiro e também para a mãe da cliente. Além de se preocupar com decisões de condutas junto à família, quando relatou que “vamos precisar decidir algumas coisas juntos” , colocando-se ora como colaborador, porém, ora como “dono do saber” quando refere que *“*lá vamos ensinar*”.* Assim, por mais que tenha incluído a família no seu atendimento há ainda uma autoridade sobre ela.

É importante relatar que em nenhuma outra consulta observou-se alguma abordagem da família por outro profissional, nem se quer do mesmo profissional ao atender outro programa. O indivíduo, durante a observação, foi o foco de atenção. Foram realizadas as consultas, as orientações eram feitas e se necessário prescreviam e/ou solicitavam exames. Deve-se considerar que a situação do pré-natal favorece a abordagem da família, podendo ser um facilitador para estas condutas, o que não se observa em outros programas.

Ainda assim, buscou-se então fazer uma comparação entre o atendimento realizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), aquela que presta atendimento há mais de 20 anos a esta comunidade, e o atendimento atual do PSF. A pergunta foi feita para os usuários para que eles identificassem se houve alguma mudança efetiva no atendimento. Os mesmos relataram sobre a melhoria no acesso, a inexistência de filas e sobre o local mais amplo. Porém sobre o atendimento em consultório, não identificaram nenhuma mudança, referindo terem a mesma orientação:

> Estamos no céu com este posto aqui, porque antes eu acordava quatro horas da manhã e ia pra fila tentar uma vaga e se eu conseguisse, por exemplo, pegava umas guias para exame pra Deus sabe quando, trazer pra a médica ver.
> [...] o atendimento lá também é bom, é igual o daqui, não muda nada.
> [...] a médica de lá também se preocupava muito com a família da gente, perguntava pela minha mãe e tudo.
> [...] a única diferença é que temos mais vagas aqui, mas de consultório, do atendimento lá dentro, é o mesmo, trata a gente com vocês tratam aqui, orienta a gente como vocês orientam aqui e também pergunta da família como vocês fazem aqui.

Os usuários não identificam mudança no atendimento e mantém a visão de vínculo como a abordagem feita para/ com a sua família.

Franco (2002), ao pesquisar sobre a relação médico-paciente entre profissionais do PSF, percebeu que ainda há ênfase no atendimento individual e que a família não foi considerada como foco de atenção e cuidado, sendo referida somente para tratar de antecedentes mórbidos. Nesta pesquisa, observa-se que abordagem da família ainda não é compreendida pelos profissionais desta unidade de saúde e nem pelos usuários do serviço. Tem quem pense ser acessibilidade, vinculação ou ainda tratamento ao cliente ou se restringir a análise de uma anamnese. De fato, a literatura ainda é muito escassa neste sentido o que faz perceber a falta de referência dos profissionais para com a abordagem da família no PSF.

5.4.2 Instrumentos utilizados na avaliação das famílias

A utilização de instrumentos na abordagem da família consiste num facilitador para o conhecimento e visualização de dados de um indivíduo no seu contexto familiar. Porém, nesta pesquisa avalia-se o uso e conhecimento de alguns instrumentos na busca da inclusão da família de alguma forma no atendimento deste PSF. Apesar disso, acredita-se que apenas o preenchimento mecânico dos instrumentos não garanta que a família seja incluída na abordagem no PSF, mas serve de um norteador para as ações dos profissionais.

Quando foi perguntado sobre instrumentos utilizados na avaliação das famílias no PSF, quatro (50%) dos profissionais alegaram utilizar o prontuário e a Ficha A, os outros profissionais negaram utilizar algum instrumento na avaliação e abordagem da família.

Durante o grupo focal foram apresentados alguns instrumentos aos profissionais no intuito de saber se haviam tido contato, ou algum conhecimento e talvez experiência com algum deles. Falou-se do genograma, do ciclo de vida, do FIRO e do PRACTICE. Apenas o genograma era de conhecimento dos profissionais, os quais referiam que mesmo sabendo o seu significado e utilidade nunca o utilizou na prática. Apesar disso, estes profissionais acreditam ser importante a uso de instrumentos na atuação com famílias, contudo relatam tempo indisponível para isso devido à demanda e o desconhecimento da aplicabilidade de cada um deles.

Ao contrário do resultado obtido nesta pesquisa alguns estudos referem à utilização destes instrumentos na prática cotidiana no PSF. Uma pesquisa desenvolvida por Ragugneti (2001) por meio de entrevistas e questionários aplicados com 10 médicos residentes de uma USF de Curitiba verificou a utilização destes instrumentos em 71,5% destes profissionais, sendo que 100% deles acreditam que a utilização destas ferramentas facilita o trabalho com famílias, embora refiram que o excesso da demanda prejudique o seu desenvolvimento. Outra pesquisa realizada com os 17 cirurgiões-dentistas em Curitiba por Ditterich (2005) também verificou que 100% destes profissionais utilizam ou já utilizaram algum instrumento de avaliação das famílias. Sendo que nesta pesquisa, estes

instrumentos são utilizados a partir da identificação de alguma família sob risco social ou biológica.

Assim, apesar de no PSF da Estrada das Barreiras nenhum profissional utilizar instrumentos dispostos nas literaturas para a abordagem da família, em outros locais existem profissionais sensibilizados para o seu uso.

5.5 AÇÕES DE ATUAÇÃO NAS FAMÍLIAS

5.5.1 Ações educativas

Considera-se que no modelo de atenção à saúde proposto pelo PSF, as ações educativas se fazem presente como atendimento educacional ao indivíduo, à comunidade e a família. No trabalho, “Dialogar Saúde em Sala de Espera: Uma Proposta Multiprofissional”, Siebert (1991) aborda que orientados pela atual visão de saúde, concebeu-se que a sala de espera e outras atividades educativas consistem numa forma propícia de elaborar e socializar conhecimentos e/ou saberes, permitindo trocas de experiências entre famílias e mantendo relações menos autoritárias. Portanto, sendo uma forma de atuação sobre o indivíduo e as famílias no PSF, a maneira de exposição dos temas e interação com as famílias devem ser consideradas. Concorda-se com Laurent & Issi (2005) que não há uma fórmula preestabelecida para a realização das atividades educativas, porém cabe ao profissional estimular a participação e conceder espaço dinâmico para que as famílias exponham suas experiências de vida. O que se espera, porém é que dentro do contexto abordado nas atividades educativas, possa haver uma interação com a família, na troca de saberes e na compreensão das diversas realidades.

Desta forma, ainda tentando delinear a abordagem da família realizada por estes profissionais, lhes foi perguntado sobre as ações que eles consideravam ser de atuação familiar. Neste momento, as orientações e as atividades educativas foram as mais indagadas:

> Ações de educação em saúde. As orientações dentro do consultório, por exemplo, são muito importantes, mais do que solicitar exames ou prescrever, a maior parte do tempo é com a orientação mesmo. (A2)
> Ações educativas, né? Os grupos, a gente consegue atingir a família, a atendimento em si também com as orientações. (A4)
> [...] ações tanto na terapêutica, quanto nas orientações, como a nutricional por exemplo, dentro das minhas limitações, até onde eu posso ir, é claro, né? Tento melhorar a qualidade de vida dessas pessoas em relações de família, nos conflitos, orientar como a pessoa pode se comportar durante um conflito, é o que eu posso fazer. (A1)
> [...] nos grupos de hipertensos e diabéticos, de gestantes, de adolescentes, por exemplo, são ações de interesse de toda a família. No grupo de hipertenso e diabético sempre é abordado o assunto que será trabalhado no grupo de adolescentes, a fim de que os pais decidam ou não a presença dos filhos e também os pais nos solicitam alguns assuntos a serem abordados por nós com seus filhos. Isso é uma interação excelente que conseguimos aqui neste PSF. (A6)

As ações educativas como os grupos, as salas de espera, as palestras, as feiras de saúde, organizados pelas equipes de saúde da família, também foram referidas pelos usuários como ações dos profissionais que atingem toda a família. Alguns relatos:

> [...] meu marido apreendeu a trocar fralda, não deixou que eu desse outro leite para nosso filho e até nos acompanha para as consultas com a enfermeira de criança, tudo do jeito que foi ensinado no curso. Ele não fez isso no primeiro filho, porque não tinha ninguém pra pegar no pé dele.
> [...] as palestras com os hipertensos é muito bom, lá se fala sobre o que pode e não pode comer, sobre caminhadas, sobre o remédio e tudo isso a gente leva pra dentro de casa, né?

A USF da Estrada das Barreiras, através destes grupos incentivaram a formação de um grupo de caminhada, hoje chamado de Caminhada pela Vida. Já funciona a três anos de forma independente, ou seja, sem a participação direta de nenhum profissional desta unidade. Foram observadas algumas destas ações como o grupo de gestante, cinco salas de espera e duas palestras. Apesar de cada atividade educativa ser direcionada a um público específico ou patologia específica, os profissionais se preocupavam em orientar a família buscando a prevenção e detecção de algumas patologias. Exemplo disso se obteve na realização de palestras sobre tuberculose e dengue e na presença estimulada pelos profissionais, das avós e do pai durante o curso de gestante. Abordou-se a prevenção dentro do

domicílio e os cuidados com os membros da família. As ações educativas, portanto, consistem de forma geral nas ações consideradas de atuação familiar pelos profissionais de saúde desta unidade.

5.5.2 Visitas domiciliares na análise das famílias

A visita domiciliar (VD), segundo Ragugneti (2001) e Takahashi & Oliveira (2001), consiste num instrumento de intervenção fundamental do PSF utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Trata-se de ir além do cadastramento destas famílias ao programa, busca-se a utilização de habilidades e competências para apurar as condições sociais destas famílias, sua situação empregatícia e de vida, suas características epidemiológicas, identificar vulnerabilidades e riscos, para uma atuação conjunta e eficiente.

Nesse sentido, a VD pode possibilitar uma ação direta do profissional junto às famílias a qual ele presta o atendimento. Por isso, buscou-se verificar como as visitas domiciliares são programadas, se são realizadas e se é utilizado algum critério para isso.

Nas entrevistas com os profissionais, todos referem realizar visitas domiciliares, na maioria das vezes agendadas e sob alguma necessidade explícita de algum indivíduo:

> [...] faço visitas domiciliares quando solicitada por algum ACS e pela própria família. (A6)
> [...] as visitas são marcadas com antecedência e é feita quando se tem alguma necessidade. (A4)
> [...] visito os pacientes acamados, que não podem vir até o posto ou pacientes muito idosos com dificuldade de deambular. (A1)

Uma profissional referiu também fazer visita sob o critério de supervisão dos ACS e explicou:

> [...] faço um sorteio bem aleatório das famílias de algum ACS e vou até as suas residências para saber se o agente de saúde tem

> realizado seu trabalho de fato e como ele está fazendo as visitas a estas famílias. (A2)

No grupo focal com a comunidade, foi perguntado se algum deles já havia recebido visita domiciliar de algum profissional de nível superior em sua residência e o porquê de terem recebido, eles relataram:

> [...] meu pai já recebeu visita sim, da médica e da enfermeira, quando ele teve um infarto, elas deram toda a assistência.
> Recebi por causa de meu filho que tava cheio de manchas e eles pensaram que fosse sarampo [...]
> Nunca recebi não, porque também nunca tive precisão.

Os depoimentos dos profissionais e usuários revelam a visão de que para a realização das visitas domiciliares é necessário uma justificativa maior, seja de locomoção ou patológica. Ao contrário disso, Ragugneti (2001) afirma que a visita domiciliar não deve ser e não é para ser realizada apenas em pacientes idosos e acamados por estarem impossibilitados de irem à Unidade de Saúde, devem também ser estendidas aos moradores de toda a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, como meio de reconhecimento do território e como facilitador na formação de vínculo.

Este pensamento pode ser observado nas falas dos usuários quando estes reconhecem a importância da realização de visitas independente de alguma enfermidade na família:

> [...] acho que as visitas vão deixar o paciente mais desinibido na consulta.
> [...] seria bom, porque aí o profissional vai conhecer onde a gente mora e vai conhecer todo mundo também que vive na minha casa.
> [...] às vezes há doenças que só o remédio não cura, sabe?! Então é bom que todos pudessem receber visitas [...]

Dos 43 participantes, doze deles referiram já terem recebido visita de algum profissional em sua residência, o que corresponde a 27,9% dos participantes e de forma unânime, todos relataram algum motivo específico para recebê-la.

As visitas domiciliares observadas pela pesquisadora também sempre tiveram um motivo para sua realização, foram pré-agendadas com os ACS e durante as visitas algumas orientações consideraram a família como foco de atenção e de

ajuda no cuidar de algum membro. Alguns trechos podem ser enfatizados durante a observação, pela fala dos profissionais:

> [...] preciso da ajuda de todos aqui desta família, não dá pra o Sr João (nome fictício) iniciar uma dieta e todo mundo ficar comprando e comendo outras coisas perto dele. E tem mais, vamos precisar realizar alguns exames de rotina, alguém vai precisar levá-lo, vamos ter que dividir os serviços e incentivá-lo também a reagir [...] (A4)
> [...] aproveitando que estou aqui, quero ver o cartão de vacina de todo mundo [...] (A1)
> [...] que bom que seu marido conseguiu o emprego, as coisas agora vão melhorar, você vai ver [...] (A2)

Foram observadas 11 visitas domiciliares e apesar de terem sido realizadas devido a motivos específicos de algum membro, todos acrescentaram ao profissional algum conhecimento daquela família visitada e em 03 visitas o profissional promoveu orientações e indagações a respeito da família do cliente visitado, nas demais (08) limitou-se a atuação ao cliente a qual a visita foi proposta.

Nesta ótica, concordou-se com Francolli & Bartolozzi (2001) que defendem que a visita domiciliar não se restringe a um instrumento para “policiar” o cumprimento ou não das orientações feita pelos profissionais de saúde do PSF para a família, ela é uma intervenção que nos possibilita uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar.

Além disso, pode-se enfatizar a co-responsabilidade sendo trabalhada pelo profissional durante a visita domiciliar que de acordo com Meireles, Marcon & Matsuda (2004), o cuidado domiciliar realizado junto aos familiares mantém o indivíduo próximo das pessoas queridas, em um ambiente mais íntimo em que o possibilita a realizar atividades domésticas e de lazer, além de proporcionar benefícios para o paciente, valorizando com isso a co-participação da família no processo de cuidar. As autoras acrescentam que na busca de proporcionar uma boa assistência no domicílio deve se preocupar com o preparo da família para atuar tanto em situações cotidianas como em intercorrências e isto requer um planejamento interdisciplinar e multiprofissional, incluindo a família como participante deste processo no domicílio.

5.6 FACILIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO COM FAMÍLIAS

Algumas facilidades e dificuldades foram listadas pelos profissionais diante do cotidiano de trabalho por eles exercido. Sendo assim, foram consideradas categorias para facilitar a análise dos pontos referidos.

5.6.1 O Vínculo

Ao analisar as facilidades referidas pelos profissionais, percebeu-se que o vínculo desenvolvido com as famílias foi relatado por todos os profissionais e confirmados pelos usuários. Os profissionais defendem que o contato maior, a interação com a família facilita o trabalho, que pode ser direcionado a cada indivíduo.

> As facilidades que nós temos são basicamente, no criar um relacionamento mais íntimo com a família, a gente aprende a lidar com cada família, aprende a identificar o perfil de cada uma delas e o envolvimento do nosso dia a dia na família, nos atendimentos, nas visitas domiciliares, faz com que haja uma interação maior e isso facilita o nosso trabalho [...] (A4)
> A receptividade é uma facilidade, porque é boa, eles gostam, se sentem a vontade, esse vínculo que a família cria com o profissional. (A7)
> [...] depois que você consegue criar um vínculo à atuação é mais dinâmica, é mais precisa. (A1)
> [...] eles confiam no nosso trabalho, nos contam suas vidas, seus problemas. (A6)

Campos & Belisário (2001) afirmam que o vínculo, o acolhimento e a responsabilidade do cuidar são considerados como fundamentais na obtenção da qualidade da assistência e no reconhecimento, pela população, das instituições públicas. O vínculo criado pelo profissional para/com os usuários consiste num instrumento necessário para aquisição de confiança entre ambos e promove a autonomia e a cidadania de uma população (DITTERICH, 2005).

O vínculo, portanto, foi considerado um fator facilitador para os profissionais na abordagem da família e que resultam numa confiança e consequente ajuda no processo de cuidado dos membros da família.

5.6.2 O Cuidar

Ainda foi listado a ajuda da família no cuidar dos seus membros. Sete profissionais referiram que os familiares ajudam no processo do cuidar e que se tornam aliados no tratamento e prevenção de doenças e manutenção da saúde.

> [...] a família nos ajuda, eles são tão responsáveis quanto nós. No PSF existe a co-responsabilidade do profissional e do cliente, então não podemos fazer nada sozinhos. A família age de forma fundamental nesta atuação, ela cuida e previne sob nossas orientações, isso é uma grande e talvez a maior facilidade que eu acho. (A5)
> [...] são nossos cúmplices, formamos uma aliança e todos saem ganhando. A gente orienta, acompanha através dos ACS e eles põem em prática. Muitas vezes passamos orientações e algum membro da família não correspondem, o outro vem e nos conta, pedindo inclusive ajuda. (A2)

No grupo focal com os usuários, oito participantes também relataram a responsabilidade da família no cuidar:

> Olhe eu acho que o profissional não deve ficar falando tudo mesmo não, porque nós também temos responsabilidade. Se ele diz que devemos fazer atividade física porque é bom ou não comer gordura ou sal, sei lá, eu tenho obrigação de levar estas informações para minha família, porque preciso cuidar também deles.
> O profissional não pode fazer tudo também não! A gente também tem que fazer nossa parte, também somos responsáveis pela nossa saúde e de nossa família [...]

Percebe-se que o vínculo criado com os profissionais e a responsabilidade mútua (profissionais e família) são as facilidades encontradas por todos no atendimento à família no PSF. Apesar disso, não há garantia que estas facilidades sejam utilizadas em favor da abordagem à família no PSF.

5.6.3 Sistema de referência e a questão social

As dificuldades abordadas com este tipo de trabalho perpassam, segundo os profissionais, outros setores. Eles identificam a falta de uma rede estruturada de referência e contra-referência, além da inclusão de outros profissionais preparados para atuar com situações eles não se sentem capacitados para agir. Demonstram também certa impotência perante algumas situações:

> As dificuldades é na parte de até onde eu posso atingir pra melhorar as necessidades desta família e até onde eu não consigo atingir, porque eu teria que me articular com outros setores pra poder atingir estes objetivos, mas a gente encontra barreiras mesmo, encontra dificuldades para esta articulação. (A4)
> Acho que o preparo psicológico para certas situações (suspiro), o emocional e o enfrentamento dos nossos próprios tabus e preconceitos, né? Não sei lidar com certas situações. (A1)

Esclarecem as impotências de atuação, referindo que os problemas sociais são de difícil resolutividade e que necessitariam de outros setores e portanto de outros profissionais capacitados para isso:

> [...] necessitamos de uma rede de apoio, porque as dificuldades sociais estão aí, o desemprego, a violência, as drogas, não sabemos como lidar com isso. (A5)
> [...] falta um trabalho interdisciplinar com todos os órgãos de saúde pública, segurança e urbanização. Sei lá, falta resolver as questões sociais mesmo, econômicas, é uma questão também de falta de políticas públicas, o que podemos fazer? Podemos orientar apenas a eles procurarem seus direitos e para que o conselho local atue mais diretamente nestes assuntos. (A7)
> [...] falta muita coisa (suspiro), falta psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educador físico, nutricionista... não podemos fingir que sabemos atuar em tudo [...] não fomos formados para isso. Tem que se contratar estes profissionais para se poder trabalhar melhor as situações que não somos capacitados a fazer. (A8)
> [...] tem problemas que eles trazem pra gente porque se sentem à vontade pra falar e que eu sinceramente não tenho segurança para atuar, por isso um assistente social aqui seria muito bom, é uma falha, eu acho. Sinto essa deficiência, não sei a quem recorrer e nem para onde encaminhar [...] (A2)

Diante da indagação acima, foi perguntado aos profissionais durante o grupo focal, se eles conheciam sobre o NASF e se eles não tinham este apoio dos outros

profissionais. Os mesmos referiram que Salvador está aderindo ao NASF naquele momento e que ainda não há uma rede de apoio para o PSF em questão e que o sistema de referência e contra-referência em Salvador é “ineficiente”:

> Trabalho aqui desde que começou, são quatro anos, você sabe, e das inúmeras fichas de referência que enviei sei lá [...] mais de cem, só obtive resposta de duas até hoje! (A6)

Apesar desta pergunta não ter sido realizada para os usuários, um deles relatou sobre esta dificuldade:

> [...] é muito difícil para os profissionais e para nós também [...] não se consegue fazer um encaminhamento aqui, parece que nada funciona. Aqui não dá pra resolver tudo e quando o profissional tem que nos encaminhar para outro, é uma dificuldade [...] ninguém consegue nada.

Percebe-se com isso que para os profissionais e usuários a proposta de integração da assistência e todavia de articulação com outros saberes ainda é falho no Sistema de Saúde de Salvador.

5.7 (DES) PREPARADOS PARA ATUAR COM FAMÍLIAS

Nesta questão retornou-se, após todas as discussões na entrevista e no grupo focal com os profissionais, a pergunta inicial, se eles se consideravam preparados de fato para atuar no âmbito familiar. Neste momento, vale relatar que um breve silêncio refletivo dominou o ambiente. Logo após afirmaram que muito havia a percorrer e melhorar para se atuar na família de forma efetiva. Referiram que não podem resolver tudo e que para se abordar a família necessita de um conjunto de mudanças. Mudanças nas universidades, no curso introdutório, no sistema de saúde, na interdisciplinaridade e não menos importante na atuação dos profissionais. Estes propõem buscar o conhecimento e capacitações freqüentes para a melhoria do serviço prestado:

> [...] é preciso melhorar, a família é nossa aliada e tem que ser vista por nós como tal. Discussões como esta são de fundamental importância para mudarmos uma situação, é o que estamos fazendo, não é? (A5)
> [...] mudanças para todos (...) para mim, para a família, para os ACS, para os outros profissionais e para o sistema de saúde [...] (A7)
> [...] me vejo hoje pensando em coisas que nunca havia atentado, acho que esta discussão foi um "puxão de orelhas", às vezes pensamos que sabemos tudo e de repente estamos aqui revendo nosso atendimento. Muito bom! (A8)

Autores como Silva (2005) e Vasconcelos (1999) advertem sobre o risco de o PSF significar mais uma "modificação institucional" do que uma real mudança do como fazer a prática, no interagir no dia a dia das famílias. Neste sentido, os profissionais de saúde do PSF da Estrada das Barreiras referem-se sensibilizados com questões expostas na vertente do seu trabalho neste programa, afirmando sob seu próprio convencimento que pouco se faz para abordar a família neste local. Esta afirmação pode ser retratada a partir das avaliações realizadas ao final dos grupos focais as quais podem ser consideradas positivas e de grande satisfação dos usuários e profissionais. Algumas falas dos participantes retratam bem estas considerações:

> Agradeço muito esta oportunidade de poder ser ouvido [...] nunca nos meus vividos cinqüenta anos foi convidado para falar, reclamar, melhorar e até parabenizar algum serviço prestado a minha família. Eu acredito que agora sim a coisa vai melhorar [...]
> Achei muito bom [...] porque nós pagamos pelo SUS e temos que ter a oportunidade de falar, porque senão como vocês vão saber no que melhorar, né?
> Eu quero agradecer poder ter sido escolhida para estar aqui e fico muito feliz de estarmos falando sobre nossa saúde [...] é por isso que gosto deste posto, todo mundo ouve a gente.

Também foi referido pelos profissionais a satisfação da participação da pesquisa, demonstrando em suas considerações uma sensibilização destes perante suas ações no Programa de Saúde da Família, como relatado nas falas:

> Eu acho que foi um momento de muito crescimento para todos nós [...] eu mesma nunca havia pensado no meu atendimento com a família do paciente [...] (A7)
> Adorei [...] apesar de algumas ações eu considero estar realizando, acredito que sempre que promovemos discussões como estas temos a possibilidade de rever o nosso atendimento e melhorá-lo. (A6)

> Agente se pergunta, né? Será que estou fazendo isso aqui mesmo? Será que o que eu faço está de acordo com as expectativas da minha comunidade?[...] Vamos ver a resposta [...] isso é muito bom.(A1)
> Acho que profissionais comprometidos com o que fazem, que gostam do que fazem, se permitem participar e colaborar com pesquisas como estas. Parabenizo você pela iniciativa e tenho é que te agradecer por nos fazer pensar junto a comunidade sobre o nosso SUS. (A5)
> Só tenho a agradecer [...], nunca pensei que a saúde da família era realmente da família digo assim, tem que ter esta visão da família. Agora temos que passar isso para todos do PSF, inclusive para os governantes para eles nos dá condições. (A8)

Esta pesquisa proporcionou uma reflexão integrada sobre a proposta de trabalho do PSF além de agregar a participação da comunidade na exposição da sua percepção enquanto usuário do serviço, remontando uma possível sensibilização dos participantes deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Visão sem ação não passa de um sonho.
Ação sem visão é só um passatempo. Visão
com ação pode mudar o mundo.”
Gilclér Regina

A família tem passado por mudanças às quais correspondem modificações da própria sociedade na historicidade. Essas mudanças dizem respeito tanto a sua estrutura quanto aos seus papéis e funções na sociedade. O que se percebe é que ela tem renunciado ou assumido posturas de proteção e/ou socialização dos seus membros, em resposta às necessidades da cultura e do próprio processo de transformação social (BAQUEIRO, 2005). Neste contexto, a família é incluída como sujeito na saúde, como reconhecimento da sua importância perante a sua influência na promoção da qualidade de vida dos seus membros. A maior expectativa, de acordo com Carvalho (2000), é que a família seja produtora de cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, de seus membros promovendo uma melhor qualidade de vida e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem. Para esta autora, estas expectativas consistem em possibilidades e não garantias, pois em um dado contexto, ela pode ser “fortalecedora ou esfaceladora” de suas próprias potencialidades e possibilidades.

Diante deste quadro, necessário se faz a compreensão e identificação dessas potencialidades e possibilidades da dinâmica familiar, na busca de incluí-la de forma efetiva e positiva no processo de prevenção, promoção e reabilitação da saúde de seus membros. Para tanto e não menos importante, os profissionais que atuam com a saúde da família, devem estar preparados e sensibilizados para abordá-la, visando construir um elo de co-responsabilidade, ajuda e interação para/com os seus membros no seu contexto de vida.

A PESQUISA

Pensar na família considerando todo seu contexto (suas crenças, seus planos, rede de apoio, religião, migração, suas relações, entre outros), conhecer a sua realidade e listar seus antecedentes patológicos avaliando as doenças e histórico da família, consiste no delineamento mais proposto para uma abordagem da família por alguns autores. No entanto, sem intenção de generalizações, considera-se a individualização de casos e local a ser estudado. Foi com esta compreensão que se desenvolveu esta pesquisa com os profissionais e as famílias do PSF da Estrada das Barreiras no município de Salvador. Não se propôs nesta pesquisa um modelo preestabelecido da abordagem da família e sim conhecê-la se de fato ela existe no PSF em questão. Percebeu-se que a abordagem da família é feita de forma parcializada e que, muitas vezes, é realizada sem a intenção profissional de atingi-la.

É bem verdade que dificuldades outras foram listadas de forma pertinente pelos pesquisados, como a falta de uma rede interdisciplinar organizada neste município. A falta e/ou os desencontros com profissionais preparados para atuar nas questões sociais (violência, drogas, falta se saneamento, condições habitacionais precárias, entre outras.) também foram alvo das dificuldades. Sendo assim, o que se percebe é que deposita-se na ESF a responsabilidade da resolução de muitos problemas referentes ao novo conceito de saúde, problemas estes que fogem muitas vezes a competência destes profissionais. Por outro lado, não se pode achar que a abordagem da família dependa efetivamente da inclusão de outros profissionais, já que se para o PSF têm-se a família como foco de atenção é justificável que cada profissional dentro das suas competências busquem caminhos para suas ações. Trata-se não de uma especialidade que exclua algumas profissões, mas de uma atividade cotidiana que necessita de competência e comunicação acessível.

Neste sentido, esta pesquisa também pôde avaliar a não utilização, seja por desconhecimento ou por falta de sensibilização, dos instrumentos encontrados na literatura que facilitam e ajudam a atuação profissional na atenção à saúde da

família. Apesar disso, 100% dos profissionais reconhecem estes instrumentos como ferramenta importante para o trabalho com famílias.

As visitas domiciliares, característica do PSF, cuja finalidade também é voltada para o conhecimento da realidade das famílias atendidas pela Equipe de Saúde da Família, não são realizadas com este afinco pelos profissionais aqui pesquisados. Apesar de ser uma prática rotineira no trabalho deles, as visitas são destinadas a pacientes acamados, idosos e com dificuldade de deambulação e que durante a sua realização apenas em três delas promoveu-se uma integração com os outros membros da família. Ao contrário do observado nas visitas domiciliares, durante as atividades educativas pela equipe realizada, buscou-se na sua maioria, a orientação voltada para toda a família, muito embora, elas sejam realizadas por grupos de riscos específicos (hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes...).

No consultório, o atendimento ainda foi caracterizado como voltado para o indivíduo em si, sem a preocupação em grande parte das vezes, do seu contexto. Para a maioria dos os usuários (72, 1%) a abordagem à família é realizada e para a maioria dos profissionais (06) ela esta inserida no seu processo de trabalho apesar de reconhecerem não estarem totalmente preparados para atuar com famílias e que muitos caminhos ainda necessitam ser percorrido. Porém, durante a observação realizada pela pesquisadora, esta abordagem raramente foi de fato realizada. Percebeu-se que a abordagem foi confundida com vinculação e acessibilidade, principalmente sob a visão do usuário.

Outro ponto a ser destacado, consistiu na sinalização dos profissionais perante os cursos de cunho acadêmico e de curta duração, no aprendizado principalmente no que diz respeito à prática do trabalho com famílias. Apesar das transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro e da inclusão da família como parceira neste processo, poucas referências a este fato foram enfatizadas durante a realização destes cursos e quando feitas não houve a efetivação do saber na prática e, portanto, não houve a sensibilização destes profissionais no abordar a família.

Pensar na família durante o seu atendimento, incluí-la como aliada na saúde de seus membros e respeitar as decisões mediante a individualidade de cada caso não parece ser a forma que se busca para abordar a família. Assim, para profissionais e usuários, o simples perguntar sobre um ente querido reflete nesta abordagem. Neste contexto, esta pesquisa chama a atenção para a atuação dos

profissionais de saúde inseridos no Programa de Saúde da Família quanto a sua abordagem da família como foco do trabalho proposto neste programa. Apesar de se tratar de um estudo de caso único, promove uma reflexão sobre o que vem sendo feito para esta efetiva mudança. Alerta-se para que novos estudos sejam realizados a fim de contribuir para a construção e/ou aplicabilidade de instrumentos que visem ajudar na realização da abordagem da família.

O INTERVIR

De fato, a família parece está sendo incluída como foco de estudo no campo da saúde de forma incipiente e necessária para a promoção da saúde. Neste sentido, muitos estudos vêm se dedicando na avaliação da abordagem de profissionais específicos no contexto familiar. Esta pesquisa buscou uma avaliação do conjunto, da equipe como um todo e da família como usuária. Foi importante, pois promoveu, reconhecidamente pelos pesquisados, uma sensibilização dos profissionais de nível superior que compõem o PSF da Estrada das Barreiras no processo de cuidar de famílias na atenção básica. Esta sensibilização perpassa a teoria e resultou na prática a concretização de um projeto de intervenção voltado inicialmente para os Agentes Comunitários de Saúde e posterior integração do conhecimento com todos os outros participantes da Equipe de Saúde da Família da Estrada das Barreiras.

Os profissionais iniciaram um projeto para atuação dos ACS junto aos estudantes de algumas faculdades – FIB (Faculdade Integradas da Bahia) e Tomás de Aquino – promovendo um olhar diferenciado sobre a família. Do projeto nasceu uma cartilha de orientação ao ACS, a qual busca sensibilizá-lo quanto à importância de observar a família e de tê-la efetivamente como sujeito do seu trabalho. Buscou-se o ACS inicialmente, pois estes foram reconhecidos como profissionais e segundo a Portaria Nº 2662 de 11 de novembro de 2008 o qual institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Portanto, os ACS passarão por um curso de formação técnica para torná-los técnicos em saúde. Neste sentido, entende-se que

este curso consiste num momento crucial para a promoção de discussões e sensibilização dos ACS quanto a abordagem da família.

A idéia perpassa os ACS, que serão os pioneiros, porém buscará a sensibilização de todos os integrantes e participantes desta unidade (técnicos de enfermagem, Assistente de Consultório Odontológico (ACD), agente de portaria, administrativos). Ainda assim, esta cartilha será enviada junto a esta pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde para análise e visando integrá-la no curso de formação técnica dos ACS, buscando uma sensibilização de todos estes profissionais no município de Salvador.

A REFLEXÃO

Atuar com famílias, como proposto pelo PSF, traz discussões que giram em torno das transformações atuais no setor saúde. Pretende-se uma assistência em que a família seja incluída como aliada na saúde de seus membros, ao mesmo tempo em que se deposita no profissional de saúde a responsabilidade da resolução de todos os problemas, isentando as instituições, a academia e a ciência (BERLINGUER, 1993). Desta forma, nas universidades, pouco se discute sobre as relações dos profissionais com os indivíduos, prevalecendo ainda a visão tecnicista e especializada. Com isso, mantém-se a idéia do *status quo* dos profissionais que se colocam como “conselheiros da saúde” (BERLINGUER, 1993), resultando em prescrições impraticáveis mediante a situação individual de cada família. Trata-se de uma abordagem curativista, em que valoriza-se o tratamento de patologias, receita-se medicações, modificações em alimentação e em hábitos, esquecendo-se da importância dos níveis de relações, do cotidiano e do meio em que cada um vive.

È razoável que na proposta atual de promoção à saúde sejam consideradas as expectativas, as emoções, opiniões e preferências do cliente junto a seu meio, a família. Reconhecer a autonomia do indivíduo, tornar o encontro com os profissionais de saúde como uma troca de informações, respeitando as opiniões,

crenças e valores próprios consistem ainda numa aspiração no setor da saúde (BYDLOWSKI, WESTPHAL & PEREIRA, 2004).

No Programa de Saúde da Família, os profissionais têm a possibilidade, no seu próprio processo de trabalho, de conhecer a realidade de cada família e, portanto, espera-se que diminua ainda mais a distância entre profissional e indivíduo. Apesar disso, o que se percebe é que não há uma sensibilização destes profissionais no que perpassam mudanças estruturais na academia e na sua própria vida profissional com a educação continuada para aqueles que já estão inseridos no sistema de saúde. O sentido dado ao PSF enfatizando seu próprio nome, Programa de *Saúde da Família*, promove uma discussão de onde está a família no atendimento destes profissionais (?) e onde se coloca a família nas relações com estes profissionais (?). Parece existir um pacto de comodidade entre profissionais e usuários que favorecem a situação hierárquica, já que mudanças requerem alterações estruturais e comportamentais de ambas as partes.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. & HORKHEIMER, M. Sociologia da família. *In*: CANEVACCI, M. (org.). **Dialética da família:** gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. São Paulo: Brasiliense, 1982.

AGUIAR, D. S. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde:** Um novo paradigma? [Tese de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998, 175 p.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva**. Ciência e Saúde Coletiva**, v.2, n. 1-2, 1997, p. 5-20.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol.9, n.16, fev. 2005, p.39-52.

ANDRADE, F. M. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. Expressão Gráfica Editora Ltda. 1ª ed. Fortaleza, 1998, p.49-59.

ANGELO, M. & WERNET, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar**. Revista da Escola de Enfermagem – USP**. São Paulo, 2003, vol.37, nº1, p.19-25.

AROUCA, S. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. 1998. Disponível em: http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html. Acessado em 05 de junho de 2008.

AROUCA, A. S. S. RADIS entrevista com Sérgio Arouca: o eterno guru da Reforma Sanitária. **RADIS Comunicação em Saúde**, 2002. Disponível em: http://bvsarouca.cict.fiocruz.br. Acesso em jun. de 2008.

BADUY, R. S. & CORDONI JÚNIOR, L. Programa Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias. **Espaço para a saúde**. Londrina, v.1, n. 1, dez. 1999. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espaçoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.RTF. Acesso em: 08/10/2008.

BAQUEIRO, C. O Cuidado em Saúde**.** *In:***Treinamento Introdutório para Equipes de Saúde da Família**, Salvador**,** nov/dez, 2005.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 226p.

BASTOS, A. C. de S., ALCÂNTARA, M. A. R. de, & FERREIRA-SANTOS, J. E. Novas famílias urbanas. *In:* E. da R. Lordelo, A. M. Carvalho, & S. H. Koller (Orgs.), **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo/Salvador: Casa do Psicólogo/Universidade Federal da Bahia, 2002, p. 99-135.

BASTOS, A. C. S.; VELAME, Z. L. S.; FRANCO, A. L. S.; TEIXEIRA, A. E. Saúde: um dever do Estado ou um assunto de família? Análise da experiência de famílias de um bairro popular junto ao sistema de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, 2006, p. 01-15.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 3ª ed., São Paulo: Hucitec, 1997.

BERENSTEIN, I. **Problèmes Familiaux Contemporains ou Situations Familiales Actuelles**. Invariance et Nouveauté. Psicologia USP, vol.13, nº.2, 2002, p.15-25.

BERLINGUER, G. Questões de Vida, Ética, Ciência e Saúde. Cap. X. **A Promoção da Saúde**. Ed. APCE- HUCITEC CEBES. Londrina, 1993, p.149- 159.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 2ed. São Paulo: Ática, 1998, 71p.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. *In:* CARVALHO, M. C. B. (organizadora). **A família Contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 3ª edição; 2000, p.29- 38.

BODSTEIN, R. C. & FONSECA, C., 1989. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde *In:* COSTA, C. S., MINAYO, C. L. & RAMOS, E. N. (orgs). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, v.1, 1989, p. 67-90.

BODSTEIN, R. C. A. **Ciências sociais e saúde coletiva**: novas questões, novas abordagens. Cadernos de Saúde Pública, 1992, p.140-148.

BONI, V. & QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Rev. Eletrônico dos Pós-graduandos em sociologia política**, vol. 2, nº 1, jan-jul, 2005, p.68-80.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. de. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/ HUCITEC, 1991, 226p.

BRASIL. **Constituição de 1934**. Art. 175. Disponível em: http://www.soleis.com.br/ebooks/Constituicoes1-20.htm Acessado em: 24/03/2008.

BRASIL. **Constituição de 1946**. Art. 380. Disponível em: http://ayoshiharu.vilabol.uol.com.br/const0.html Acessado em: 24/03/2008.

BRASIL. **Lei nº 6. 229, de 17 de julho de 1975**. Cria o Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L6229.htm Acesso em junho de 2008.

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm. Acessado em: junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/1996.** Portaria MS/GM N.º 2.203/1996. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde da População.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2000, v. 34, n. 3, p. 316 – 318.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Caderno 1, 2000, p. 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Secretaria de Políticas de Saúde**.** Departamento de Atenção Básica. **Guia prático de implantação do Programa Saúde da Família**. Brasília: DF, 2001.

BRASIL. Lei Nº 10.836 de 09 de janeiro de 2004. **DECRETO Nº 5.209** de 17 de setembro de 2004, CAP. I, ART. 4º. Disponível em: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/documentos_bfa/DecretoPBF.pdf Acesso em: 13/02/2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Pactos pela Saúde. 2006. 4. Ed. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/2008. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php. Acesso em: dezembro de 2008.

BUNCHAFT, A. F. & GONDIM, S. M. G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, maio/agosto, 2004, v.21, n.2, p.63-77.

BUSTAMANTE, I. M. R.; CARNEIRO, C. J.; SILVA, J. V. Especialização em Saúde da Família para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2000, p.91- 93.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F. & PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Rev. Saúde e Sociedade**. Vol. 13, n.1, jan-abr 2004, p.14-24.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, 1992, p.16-19.

CAMPOS, F. E. & BELISARIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, agosto 2001, p.133-142.

CAPRA, F. **O ponto de mutação – a crônica, a sociedade e a cultura emergente**. 5ª edição. São Paulo: Ed. Cultrix, 1991.

CARTER, B., & MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M. C. B. O lugar da família na política social. In: **A família contemporânea em debate**, São Paulo, 3 ed., 2000, p.13.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. *In*: KALOUSTIAN, Sílvio M. (org). **Família Brasileira a base de tudo**, São Paulo, ed.4, 2000, p.93.

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. *In:* ACOSTA, A. R., VITALLE, M. A. (org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2003, p.267-274.

CARVALHO, A. I. & GOULART, F. A. A. (Orgs). **Gestão de saúde:** curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, v.1, 1998.

CASTOLDI, L.; LOPES, R. C. S.; PRATI, L. E. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, vol.19, nº2, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2001.

CICCELLI, V. & PEIXOTO, C. E. Sociologia e antropologia da vida privada na Europa e no Brasil. Os paradoxos da mudança. *In:* PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F. de; CICCHELLI, V. (Orgs.). **Família e individualização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

CLARKE, A. **The sociology of healthcare**. Pearson Education, Londres, 2001.

COHN, A. & ELIAS, P. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

CORDONI JUNIOR, A. & PAULUS JUNIOR, A. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, dez. 2006, p.13- 19.

COSTA, M. A. **Cuidar de idosos:** formação práticas e competência dos enfermeiros**.** Lisboa; Coimbra: EDUCA - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa: FORMASAU – Formação e Saúde Ltda; 2002.

CUNHA, J. P. P.& CUNHA R. E. **Sistema Único de Saúde- princípios**. *In:* CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JR., M.,TONON, L. M. (Org).Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p 11-26.

CURRA, L. C. D. & FERNANDES, C. L. C. Ferramentas de Abordagem da Família. *In:* (Org.) PROMEF – **Sistema de Atualização em Medicina da Família e Comunidade**. Ciclo 1, Módulo 1. Porto Alegre/RS: Artmed/ Panamericana. Editora Ltda, 2006.

DALL' AGNOL, C. M. & TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, jan. 1999, p.5-25.

DECESARO, M. N. **Dinâmica das relações familiares: compreendendo o convívio com familiar dependente de cuidados físicos**. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo: EERP-USP, 2007.

DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. *In*: MARCON, S. S. & ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv**., Curitiba, v.1, n.1/2, jan./dez. 1999, p.21-26.

DONATI, P. & Di NICOLA, P. **Lineamenti di sociologia della famiglia**. La NuovaItalia Scientifica, Roma, 1996, p. 195- 223.

DUARTE, M. L. C. **Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa. [**Tese de Mestrado]. Ribeirão Preto, 2007.

DITTERICH, R. G. **O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião- denstista do Programa de Saúde da Família de Curitiba** [Tese de Mestrado]. Curitiba, 2005.

DUHAMEL, F. **La santé et la famille**: une approche systémique en soins infirmiers. Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1995.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brasilian fishing village. San Francisco**, [Tese de doutorado – Ciências de Enfermagem], UCSF, University of California, 1984.

ELSEN, I. & PATRICIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1986, p.169-179.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. (Original publicado em 1884), 15º ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos sociales de las economias postindustriales**. Barcelona: Ed. Ariel, 2000.

FALCETO & Cols. O médico, o paciente e sua família. *In*: Duncam, B. B., Schimidt, M. I., Giugliani, E.R.J. (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDES, R. B. **O crescimento urbano em Salvador e os impactos ambientais na formação do Cabula - bairro popular estratégico da cidade**. 2004. Disponível em**:** http://www.ub.es/geocrit/b3w-521.htm. Acesso em novembro de 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Grad, 1979.

FRANCO, A. L. S. **A relação Médico-Paciente no contexto do Programa de Saúde da Família**. [Tese de Doutorado]. Salvador : Instituto de Saúde Coletiva: UFBA, 2002, 169p.

FRANCOLLI, L. A. & BERTOLOZZI, M. R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**. Manual de Enfermagem. IDS, USP, São Paulo, 2001.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório** [Tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, julho, 2001.

FRAZILI, R. T. V. **O enfermeiro e as famílias:** necessidades de aperfeiçoamento do enfermeiro nas práticas com as famílias no Programa de Saúde da Família. São Paulo, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas,1994.

GIL, C. R. R., & ATHAYDE, E. S. de. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v.6, n.2, jun. 2005, p.13-22. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n2/genograma.pdf. Acessado em: 28 de novembro de 2008.

GOLDANI, A. M. A demografia “formal” da família: técnicas e dados censitários. *In*: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu/ MG, v. 3, 1984, p. 1257-1296. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br. Acesso em: dez. 2007.

GOLDANI, A. M. **As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas**. Caderno de pesquisa, São Paulo, nov. 1994, p.7-22.

GOODE, W. J. & HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. Tradução de Carolina M. Bori. São Paulo: Editora Nacional, 1979. p. 171-298.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 224p.

HORTA, G. C. T. **Abordagem Familiar**: Instrumentos para uma Medicina de Família mais efetiva. 2004. Encontrado em: www.grupos.com.br/group/med_amigos2001/Messages.html?action=download&year=08&month=4&id. Acesso em 22/10/2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados Históricos dos Censos.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: Nov. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2007. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: Out. 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. 2007. **Portal EPTV (SP): Ipea: 54 milhões de brasileiros moram mal**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=6719. Acesso em: out. 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **PNAD-2007: Primeiras Análises.** Disponível em: http://www.ipea.gov.br/default.jsp. Acesso em: Out.2008.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.10, n.15, jun. 2004, p.125.

LAURENT, M. C. R. & ISSI, H. B. Sala de espera: um espaço para o enfermeiro educar crianças com fibrose cística e seus familiares**. Fam. Saúde Desenv**., Curitiba, v.7, n.3, set./dez. 2005, p.279-284.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.6, n.2, 2001, p.269-91.

LEVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural** [1958]. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80.** Physis 1 (1), 1991, p. 77-96.

MACHADO, T. C. M.; UEJI, J. Y.; PINHEIRO, J. C. F.; MARIN, M. J. S. Cuidando de uma família de acordo com o modelo calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília – SP. **Rev. Min. Enferm.,**v.10, n.1. Belo Horizonte, jan. 2006.

MACENA, D. O. **Turismo sócio-cultural no bairro do Cabula**. 2007. Disponível em: http://www.revistas.unifacs.br Acessado em: 20 de dezembro de 2008.

MARCON, S. S. & ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, jan./dez. 1999, p.21-26.

MANCIAUX, M. A saúde da família. A saúde do mundo. **Revista da Organização Mundial da Saúde**, Genebra, ago/set. 1975, p.4-9.

MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, C.; DECESARIO, M. N. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. Cap 17. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p.265 – 282.

MARTIN, C. Os limites da proteção da família. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº42, Coimbra, Portugal, maio 1995.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. G.; VARELLA, S. **Mudanças nas Famílias Brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998**. IPEA, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em :http://www.ipea.gov.br Acessado em: nov. 2008.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritus, 2001.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.12, n.3, Ribeirão Preto, Maio/Junho, 2004.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo: qualitativo: oposição ou complementaridade**. Cad. Saúde Pública. 1993, p. 239-48.

MINAYO, M. C. S. *et al*. **Pesquisa Social** : teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 1994. 57p.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez Editora, n.55, 2001, p.114-130.

MOYSÉS, S. J. *et al.* A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família. **Revista Médica do Paraná**. Curitiba, v. 57, n. 1/ 2, jan./ dez. 1999, p.1-7.

MOYSÉS, S. J. & SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES. 2002, p. 155- 160.

MORAES, M. T. F. S. **Percepção do contexto familiar e atuação do médico do Programa Saúde da Família (PSF) no encontro clínico**. [Tese de Mestrado]. Instituto de saúde coletiva – UFBA. Salvador. 2003.

NAVARRO, V. **Neoliberalismo y Estado del bienestar**. 3 ed. Barcelona: Ariel, 2000.

NEGRI, B. & VIANA, A. L. d'Á. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p.391-410.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. *In*: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil***.* São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma nova agenda. [**Tese de doutorado]. Florianópolis, outubro, 2002, 343p.

NOGUEIRA – MARTINS, M. C. F. **Humanização a assistência e formação de profissional de saúde**. São Paulo, 2001. [mimiografado].

NITSCHKE, R.G. **Nascer em Família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** [Tese de Mestrado] Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

NUNES, C. B. & BARBOSA, M. A. M. Nossa história rumo à saúde da família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. 2000, p.103-6.

NUNES, E. J. F. & SOUZA, D. M.- Educação e território, estratégias de desenvolvimento local Na periferia de Salvador. *In:* **IX Colóquio Internacional de Geocrítica**. Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, E. *et al*. Ferramenta de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em saúde da família – ciclo de vida das famílias. **Revista Médica do Paraná, Curitiba**, v. 57, n. 1/ 2, junho/ dezembro de 1999. p. 22- 27.

OLIVEIRA, R. G. & MARCON, S. S. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** Ver. Esc. Enfermagem da USP. 2007, p. 65-72. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 24/01/2007.

OLIVEIRA, A. G. R. C. & SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *In*: Curso de Mestrado em Odontologia Social/UFRN. **Odontologia preventiva e social** - textos selecionados. Natal: EDUFRN, cap. 8, 1997, p. 114-121.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão de práticas contra-hegemônicas. *In:* Paim, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS – ISC, 2002, p. 361-365.

PAPP, P. **O processo de mudança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PENNA, C. M. M. **Repensando o pensar:** análise crítica de um referencial teórico em enfermagem para a família. [Tese de Mestrado]. Pós-graduação em enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1992, 100p.

PETRINI, J. C. & CAVALCANTI, V. R. S. (orgs). **Família, Sociedade e Subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**, Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família.** Bauru: Ed. Edusc, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda de serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.p.65-112.

PRADO, D. **O que é família**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, nº 40, 1985, 92p.

RAGUGNETI, G. A. **A implantação do PSF na unidade de saúde Lontiguaçu e a utilização de suas ferramentas nas visitas domiciliare**s. [Monografia Especialização em Saúde Coletiva] - Núcleo de Estudos em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RIBEIRO, E. M**.** As várias abordagens da família no cenário do programa/ estratégia de saúde da família (PSF)**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.12, n. 4, julho/agosto, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012 Acessado em: 20/11/2007.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO,L. C. & LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, no. 5, set./out. 2002, p. 709-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500013&tlng=en&lng=en&nrm=iso Acessado em: 11/12/2008.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003, Cap. 2. p. 28-49.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez. 2005, p. 205-218. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161333.pdf. Acessado em: 10/12/2008.

ROSSI, S. S. **A Constituição do Sistema de Saúde no Brasil**. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo, 1980. mimeo.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual PACS/ PSF**. Salvador: SMS, 2001.

SANTOS, J. L. F. & WESTPHAL, M. F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde:** o papel da universidade. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a07.pdf Acesso em: 15 de outubro de 2008.

SANTOS, L. **Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde:** o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS. Brasília: OPS/OMS, 1994.

SANTOS A. S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexões e conceitos importante. *In*: SANTOS, A. S., MIRANDA, S. M. R. C. (organizadores). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri (SP): Manole; 2007. p. 1-40.

SANTOS, L. N. S.; SÁ, C. N.; OLIVEIRA, M. A. S.; GONÇALVES,R. Z. F. **Diagnóstico Situacional do PSF da Estrada das Barreiras**. Salvador. 2007.

SARTI, C. A. Famílias enredadas**.** In: ACOSTA A. R., VITALE, M. A. F. (orgs) **Família Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo, v.2, 2005, p.21.

SCHERER, M. D. A. **O Trabalho da equipe no Programa de saúde da Família:** Possibilidades de construção da interdisciplinariedade. Florianópolis, 2006.

SIEBERT, R. S. Dominação e autoritarismo na prática pedagógica da educação física e as possibilidades de superação. **Rev Educ Contexto**, 1991.

SILVA, S. A. da & LAPREGA, M. R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, vol.21, no.6, Rio de Janeiro, Nov./Dez. 2005.

SOUZA, W. S. **Associações de usuários e familiares frente à implementação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro**. [Tese de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 179 p.

TAKAHASHI, R. F. & OLIVEIRA M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. Manual de Enfermagem. São Paulo: IDS USP, 2001, p.43-46.

VAITSMAN, J. Dimensões sobre família e gênero no Brasil. **Rev. Assoc. Saúde pública de Piauí.** v. 2, jun. 1999, p. 63- 70.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. HUCITEC, São Paulo, 1999.

VENÂNCIO, S. I., SILVA, A. L., *et al*. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p.32-34.

VENTURA, M. M. **O Estudo de Caso como modalidade de pesquisa.** Rev. SOCERJ**,** setembro/outubro, 2007, p. 383-386.

VIANA, A. L. A. & DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1998, p.11-48.

ZANETTI, A. C. G. **A família e processo de adoecimento do portador de esquizofrenia**: um estudo de caso etnográfico**.** [Tese de Mestrado]. Ribeirão Preto, 2006, 110p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

WERNET, M. Enfermagem e família: investindo no primeiro passo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2000, p. 87–97.

WILSON, L. & BADER, E. Ciclo de vida da família. *In*: WILSON, L. **Trabalhando com famílias:** livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996.

WILSON, L.; TALBOT, Y.; LIBRACH, L. O modelo FIRO de estudo de família. *In:* WILSON, L. **Trabalhando com famílias:** livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996. p. 43-5.

WRIGHT, L. M. & LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª edição. São Paulo: Roca, 2002.

APENDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em responder um questionário referente a pesquisa intitulada “Família no Programa de Saúde da Família: Percepção dos profissionais e dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família.” desenvolvida pela aluna Valéria Oliveira Borges do Curso de Mestrado da Universidade Católica do Salvador.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família no bairro da Estrada das Barreiras quanto à percepção dos profissionais e usuários quanto a abordagem da família.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de **entrevista**, mantendo-se o sigilo, sem identificação do profissional. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu(s) orientador (es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o (a) pesquisador (a) responsável e/ou seus orientadores pelo tel: (71) 36115421/ 5422.

A pesquisadora principal da pesquisa disponibilizou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em responder um questionário referente a pesquisa intitulada “Família no Programa de Saúde da Família: Percepção dos profissionais e dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família.” desenvolvida pela aluna Valéria Oliveira Borges do Curso de Mestrado da Universidade Católica do Salvador.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família no bairro da Estrada das Barreiras quanto à percepção dos profissionais e usuários quanto a abordagem da família.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de **entrevista grupal (Grupo focal)**, mantendo-se o sigilo, sem identificação do participante. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu(s) orientador (es) / coordenador (es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o (a) pesquisador (a) responsável e/ou seus orientadores pelo tel: (71) 36115421/ 5422.

A pesquisadora principal da pesquisa disponibilizou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE III- ROTEIRO DA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

MESTRADO DE FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Orientação: Esta entrevista tem o objetivo de conhecer sobre a abordagem da família no Programa de Saúde da Família efetivada pelos profissionais de saúde, de nível superior, da Unidade de Saúde da Família da Estrada das Barreiras, Salvador-Ba. A sua informação será mantida em sigilo, sendo impossível recuperar a identidade do respondente. Os procedimentos de acordo Portaria nº 648/GM de 2006 (BRASIL 2006).

Roteiro da entrevista

I- Identificação do entrevistado:

Sexo: ( ) F ( )M Data de Nascimento: ___/___/___
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/união consensual ( ) Viúvo ( ) Separado

II- Formação

Profissão: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo ( )

Outros:_____

Graduação: Ano de formatura: _____Instituição: _____
( )Público ( )Privado ( ) Outros: Qual? _____
Analisando seu curso de graduação, você considera que:
Houve uma disciplina específica sobre a temática família? ( ) Não ( ) Sim: Qual?
_____
Em outra disciplina foi abordado o tema família? ( ) Não ( ) Sim: Qual(is)?
_____
Ao final do curso, você considera que estava apto a atender as famílias?
( ) Não ( ) Sim
Se não, o que você acha que faltou?
_____
Possui Pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não

( ) Especialização ( )Mestrado ( )Doutorado

Qual? _____

Se realizou **Pós-graduação em Saúde da Família**, responda:
Houve uma disciplina específica sobre a temática família?
( ) Não ( ) Sim: Qual?
_____
_____
Em outra disciplina foi abordado o tema família? ( ) Não ( ) Sim: Qual(is)?
_____
_____
Ao final do curso, você considera que estava apto a atender as famílias?
( ) Não ( ) Sim
Se não, o que você acha que faltou?
_____
_____
Fez o Curso Introdutório do PSF? ( ) Não ( ) Sim

No Curso Introdutório do PSF, o tema família foi abordado?

( ) Não ( )Sim

Fez algum outro curso que abordou a temática família?
( ) Não ( ) Sim
Se sim, qual curso? Que Instituição e que carga horária?
_____
_____
Ao final do curso, você considera que estava apto a atender as famílias?
( ) Não ( ) Sim
Se não, o que você acha que faltou?
_____
_____
Nas situações acima, algum instrumento de abordagem da família lhe foi

apresentado e discutido?

( ) Não ( ) Sim Qual?_____

III- Trabalho

Ano que iniciou a atividade profissional no Programa de Saúde da Família:_____
Ano que iniciou a atividade profissional no PSF da Estrada das Barreiras:
_____

O que você considera ser família?

_____
_____
_____
Caracterize as famílias atendidas por você:

_____
_____
_____

Suas atividades atendem as características e necessidades destas famílias?

_____

_____

_____

Como a família é abordada por você no PSF?

_____

_____

_____

Que ações você considera fazer para atuar na família?

_____

_____

_____

Você se considera preparado para trabalhar com famílias? Se não, o que falta?

_____

_____

_____

Quais as facilidades de se trabalhar com famílias?

_____

_____

_____

E quais as dificuldades de se trabalhar com famílias

_____

_____

_____

APÊNDICE IV- CONVITE AOS USUÁRIOS PARA PARTICIPAREM DO GRUPO FOCAL

CONVITE

Salvador, __ de _____ de 2008

Caro (a) familiar,

Eu, Valéria Oliveira Borges, aluna do curso de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador estou desenvolvendo um projeto para avaliar a percepção dos profissionais e usuários do PSF da Estrada das Barreiras sobre a abordagem da família neste local. Visando adquirir subsídios para este trabalho, convido um representante da sua família para participar de uma discussão em grupo sobre a implantação deste programa no bairro. Gostaria de contar com sua confirmação com antecedência.
Data: __/__/__
Horário: _____
Local: _____

Certa de sua presença, desde já agradeço.

_____

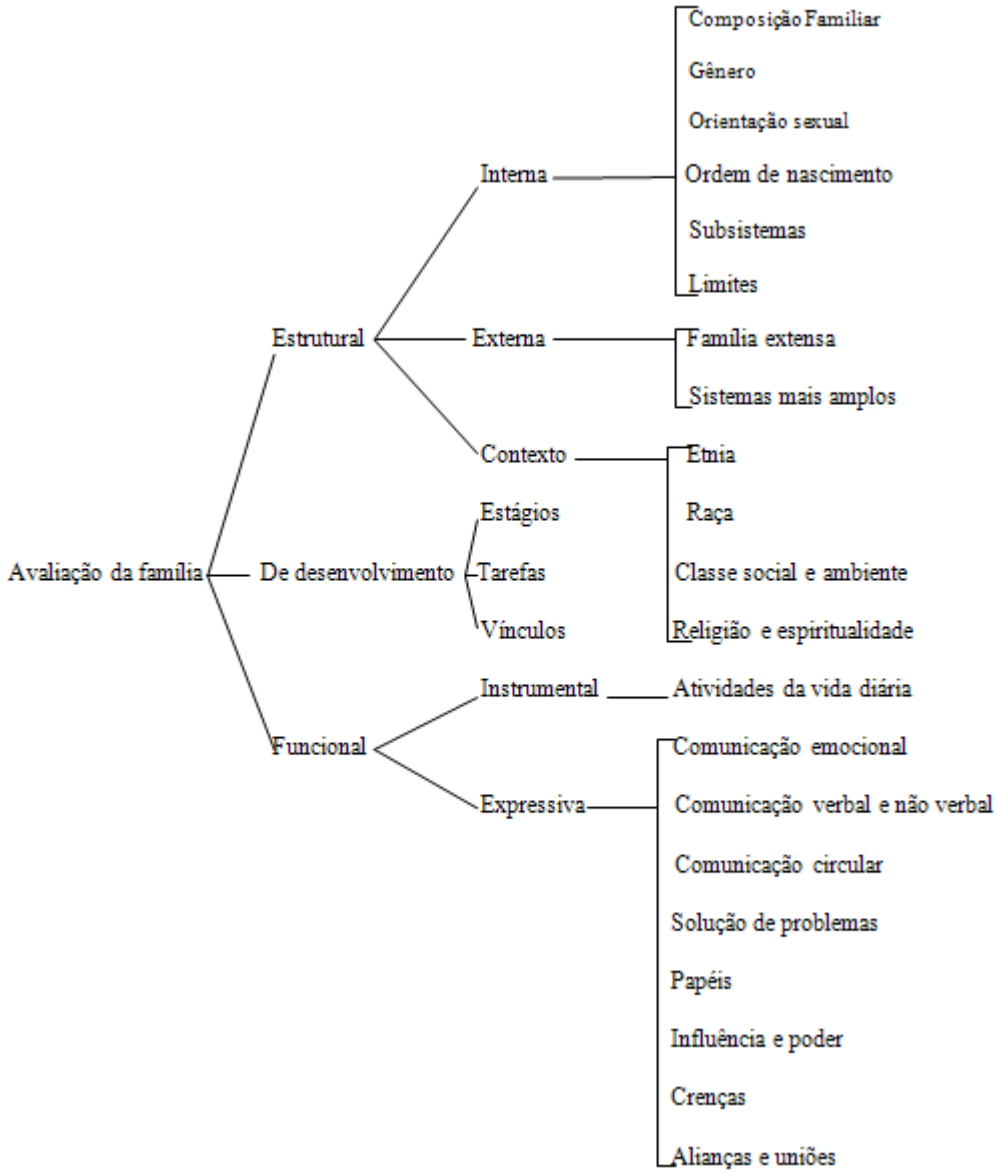
Valéria Oliveira Borges

Mestranda UCSAL

ANEXOS

ANEXO I

DIAGRAMA RAMIFIFICADO DO MCAF



Fonte: Wright & Leahey, 2002.

ANEXO II

Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal.

Salvador, 07 de janeiro de 2009.
Ofício N.º 003 / 09.

Senhor (a) Coordenador (a).

Estamos apresentando **VALÉRIA OLIVEIRA BORGES** aluna do Programa de Pós-graduação, Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea da UCSAL, que deverão executar projeto de pesquisa no Distrito Sanitário do Cabula/Beirú, na Unidade de Saúde da Família Estrada das Barreiras, intitulada ***"A Família no Programa de Saúde da Família: uma inquietação em sua abordagem"***, para fins estritamente acadêmicos.

A aluna deverá apresentar a aprovação do Comitê de Ética para desenvolver a pesquisa, que deverá ser operacionalizada em conformidade com as normas e rotinas da unidade, e disponibilidade dos profissionais envolvidos.

Obs. O pesquisador apresentar cópia do projeto e resultado da pesquisa depois de concluída, sendo que a publicação e divulgação da conclusão da pesquisa fora do âmbito acadêmico da Instituição de Ensino, só será permitida mediante autorização da SMS.

Atenciosamente,

Almir Silva Ferreira
Educação Continuada

Melícia Reis
Subcoordenadora da CDRH

Ilmo. (a). Sr. (a).
Dr.(a) Maria de Fátima Pereira
M.D. Coordenador (a) do Distrito Sanitário Cabula/Beirú.

ANEXO III

CEPSESAB
Comitê de Ética em Pesquisa

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº303/2008
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 09 de outubro de 2008.

ESTIMADA
Valéria Oliveira Borges
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: "Família no Programa de Saúde da Família: uma inquietação em sua abordagem"
Pesquisador (a) Responsável: Valéria Oliveira Borges

Situação do Projeto: APROVADO com sugestão

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº I96/96, IX – 2 c.

Atenciosamente,

ANA MARIA FERNANDES PITTA
Coordenadora do CEP-SESABA

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324
E-mail: eesp.cep@saude.ba.gov.br

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo