

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

VALERIA DE CARVALHO ARAÚJO SIQUEIRA

**O PREPARO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
O TRABALHO COM FAMÍLIAS: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS.**

**CUIABÁ-MT
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VALERIA DE CARVALHO ARAÚJO SIQUEIRA

**O PREPARO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
O TRABALHO COM FAMÍLIAS: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS.**

**CUIABÁ-MT
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

VALERIA DE CARVALHO ARAÚJO SIQUEIRA

**O PREPARO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
O TRABALHO COM FAMÍLIAS: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS.**

**CUIABÁ-MT
2010**

S615p

Siqueira, Valéria de Carvalho Araújo .

O Preparo da Equipe de Saúde da Família para o Trabalho com Famílias: O Olhar dos Profissionais./ Valéria de Carvalho Araújo Siqueira. Cuiabá: UFMT, 2010.

134 fls

Dissertação – Mestrado em Enfermagem - UFMT.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaíva

1.Saúde da Família. 2.Formação de Recursos Humanos.
3.Família. I.Título.

CDU 616-083

VALERIA DE CARVALHO ARAÚJO SIQUEIRA

**O PREPARO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
O TRABALHO COM FAMÍLIAS: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem –Área de concentração: Processos e Práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Munhoz Gaíva.

CUIABÁ-MT
2010

VALERIA DE CARVALHO ARAÚJO SIQUEIRA

**O PREPARO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TRABALHO
COM FAMÍLIAS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS.**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do título de:
Mestre em Enfermagem.

E aprovada na sua versão final em ___ de ___, atendendo às
normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos
práticos em saúde e enfermagem.

Dr^a Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Presidente

Dr^a Mara Regina Rosa Ribeiro
Membro Efetivo

Dr^a Myriam Aparecida Mandeta Penttengill
Membro Efetivo

Cuiabá-MT
2010

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida que me concedeu, por tudo que me permitiu ser e por todos os caminhos abertos, sempre com muita proteção.

Aos meus pais, pelo exemplo de determinação, perseverança e honestidade, que sempre permearam minha vida, pelas oportunidades e apoio oferecidos em todos os momentos em busca do meu crescimento.

Ao meu filho Kael, presente de Deus, pela luz que me traz diariamente, a força e a coragem que me fortalecem e por ser uma criança tão única. Por ter me entendido nas inúmeras vezes em que precisei me ausentar, quantas vezes eu ouvi: “mamãe, vai lá estudar vai!”, com o meu coração apertado deixava-o para consolidar este objetivo. Mamãe te ama incondicionalmente!

À minha filha Ana Liz que, ainda em meu ventre, vivenciou comigo no decorrer de toda a gestação, as dificuldades, obstáculos e alegrias do mestrado. Adoeceu junto com a mamãe e já demonstrou se forte e guerreira por ter suportado tudo, vindo ao mundo juntamente com o encerramento deste estudo. Ana que veio para completar ainda mais a minha vida, trazendo-me a realização plena. Mamãe te ama incondicionalmente!

Ao meu esposo Tadeu, pela pessoa maravilhosa que é, por tudo que juntos construímos no decorrer desses vários anos, pelo crescimento e conquistas que obtivemos com muito empenho, determinação e também privações, por, acima de tudo, me amar e me admirar em todos os momentos da minha vida. Te amo!

À minha orientadora Maria Aparecida Munhoz Gaíva, com muito carinho e respeito, por todos os momentos que estive ao meu lado, pela sabedoria contagiante, pelo conhecimento que me concedeu, pelo carinho, acolhimento e amizade construída, por todo o apoio concedido na construção deste estudo e na minha vida pessoal.

AGRADECIMENTOS

Às professoras Dr^a Myriam Aparecida Mandeta Penttengill e Dr^a Mara Regina Rosa Ribeiro, pelo aceite a participação como membro da banca, pelas significativas contribuições com meu estudo, e por compreenderem o momento que eu estava vivenciando ao final deste.

Às professoras do Mestrado, pelos ensinamentos e espaços de diálogos que permitiram o meu crescimento e pela amizade conquistada.

Às colegas do mestrado, por esses dois anos de convivência, pelos estudos, pelos encontros e pelas conversas, que fizeram brotar amizades.

Ao Grupo de pesquisa Argos, pelos momentos de aprendizagem.

A Caroline, bolsista de iniciação científica que muito colaborou para a concretização deste estudo.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem, em especial a Daniela, secretária do mestrado, pela dedicação infinita comigo e com meu estudo, sendo, com certeza também responsável por este resultado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande, em especial a Ely Nazário e a todos os gerentes das unidades de saúde da família, que permitiram minha entrada em campo e forneceram os dados necessários para a construção deste estudo.

Aos profissionais das equipes de saúde da família de Várzea Grande que se disponibilizaram a abrir espaço para que a coleta de dados se efetivasse.

Às minhas amigas do UNIVAG, que, durante esses dois anos, vivenciaram comigo os mais diferentes sentimentos, me ajudaram a caminhar nesta empreitada e me ajudaram a crescer profissionalmente e pessoalmente, estando em meu lado em todos os momentos. Amo vocês!

Às minhas queridas amigas de longa data, que sempre estiveram ao meu lado, mesmo que às vezes ausente, mas que acreditaram no meu potencial e desejaram esta realização tanto quanto eu. Amo vocês!

“Toda tarefa por mais nobre que seja, está destinada a enfrentar problemas e obstáculos. É importante avaliar por completo a finalidade a que nos propomos e quais são os fatores que determinam nossa conduta. É importante que a pessoa seja verdadeira, honesta e sensata. Suas ações devem ser tão boas para os outros como para si próprio”.

Dalai Lama

SIQUEIRA, V. de C. A. O preparo da equipe de saúde da família para o trabalho com famílias: o olhar dos profissionais, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá.134p. Orientador: Dr^a Maria Aparecida Munhoz Gaíva.

RESUMO

Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como principais diretrizes a integralidade; a resolutividade; a territorialização e adscrição da clientela; o trabalho em equipe; a intersetorialidade; o vínculo e co-responsabilização; e o foco de atenção à família. Para que ocorram mudanças no modelo assistencial até então vigente, e a família passe a ser assistida como unidade de cuidado pelos profissionais, são necessárias mudanças no saber-fazer dessa equipe em seu processo de trabalho e na gestão. O objetivo do estudo foi compreender como os profissionais das equipes de saúde da família percebem seu preparo para o trabalho com famílias. O estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Os locais de estudo foram cinco unidades de saúde da família inscritas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do município de Várzea Grande-MT. Os sujeitos do estudo foram médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) de 14 equipes de saúde da família. Os critérios de inclusão foram profissionais que estavam na equipe há mais de 12 meses e que atuavam no momento da coleta de dados, assim participaram do estudo 62 profissionais. A coleta de dados foi efetivada através da técnica de grupo focal realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo temática. Ao final da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: Lacunas na formação dos profissionais de saúde da família para trabalhar com famílias; A educação permanente no preparo dos profissionais para atuar na ESF; A visita domiciliar como tecnologia para assistir à família na ESF; e, Limites e possibilidades no trabalho com famílias na ESF. Observou-se que a formação dos profissionais de saúde ainda está muito centralizada na formação clínica. A ESF é vista de forma pontual e deslocada da prática. Não são discutidos conceitos básicos como o trabalho com a família. Nas capacitações recebidas pelos profissionais são abordados principalmente temas relacionados aos grupos prioritários de atenção à saúde. Os profissionais não recebem capacitações para trabalhar com a família como unidade de cuidado. Foi destacada pelos entrevistados a visita domiciliar como estratégia para a abordagem familiar, embora muito voltada a indivíduos doentes. Os profissionais apontaram diversas dificuldades para efetivar o trabalho com famílias, sendo elas: dificuldades estruturais e organizacionais; despreparo e falta de credibilidade no trabalho do ACS; desconhecimento da população sobre a ESF; e, dificuldades na abordagem do núcleo familiar e a falta de co-responsabilização da família. Como facilidade foi apontada a relação estabelecida entre profissionais e usuários/famílias, baseada no vínculo, confiança, acolhimento, em especial na relação dos ACS com os usuários. A análise dos achados deixa claro que muitos profissionais que atuam na ESF têm dificuldades em compreender e desenvolver o trabalho voltado para a família como uma parceira nos cuidados à saúde. Isso se deve ao fato de não terem sido preparados na sua formação ou na educação permanente para este cuidado, além das dificuldades no cotidiano do trabalho. No entanto, para tomar a família como foco do cuidado, os profissionais precisam desenvolver ações que vão muito além da visita domiciliar, na qual pode emergir as potencialidades e demandas da família, através da inserção da equipe no cotidiano desta.

Palavras-chave: Saúde da Família; Formação de recursos humanos; Família.

SIQUEIRA, V. C. A. The preparation of the family health team to work with families: the eyes of professionals, 2010. Dissertation (Masters in Nursing) - Postgraduate course in Nursing, UFMT, Cuiabá.134p. Advisor: Dr. Maria Aparecida Munhoz Gaíva.

ABSTRACT

In line with the principles of the Health System, the Family Health Strategy (FHS) has as main guidelines completeness; the resolution, the territorial and registration of clients, teamwork, intersectorality; the bond and shared responsibility, and the focus of attention to family. To be changes in the health care model, then in force, and the family becomes a unit of care and assisted by professionals, Changes are necessary know-how that team in their work process and management. The study objective was to understand how the professionals of family health notice their preparation for working with families. The study was an exploratory and descriptive qualitative approach. The study sites were five health units of the family entered the national register of health establishments in Varzea Grande-MT. Study subjects were physicians, nurses, nursing technicians and community health workers, of 14 family health teams. Inclusion criteria were professionals who were on the team for over 12 months and who worked at the time of data collection, so 62 professionals participated in the study. Data collection was carried through focus groups conducted with the Assent of the Ethics in Research. Data were analyzed using the technique of thematic content analysis. After the analysis of data brought the following categories: Gaps in the training of family health to work with families; Lifelong learning in the preparation of professionals in the ESF; The home visit as a technology to assist the family in the ESF; and, limits and possibilities of working with families in the ESF. It was noted that training of health professionals is still very centered on clinical training. The ESF is seen in a timely manner and the practice shifted. Are not discussed basic concepts like work an family. In the trainings received by the professionals are mainly discussed issues related to priority groups of health care. The professionals do not receive capabilities to work with the family as the unit of care. Was highlighted by respondents as the home visit strategy to cope with family, although very focused on individual patients. Professionals pointed out several difficulties to accomplish the work with families, namely: structural and organizational difficulties, lack of preparation and lack of credibility in the work of ACS; ignorance of people about the ESF and, difficulties in addressing the nuclear family and lack of co- accountability of the family. As na easy part, was pointed out the relation between professionals and clients / families, based on the bond, trust, acceptance, especially in relation with the users of the ACS. The analysis of the findings makes clear that many professionals working in the ESF have difficulty understanding and develop the work of a family as a partner in health care. This is because they were not prepared in their training or continuing education for this care, in addition to difficulties in daily work. However, to take the family focused care, professionals need to develop actions that go far beyond the home visit, in which the capabilities can emerge and family demands, by adding the team at this everyday.

Keywords: Family Health, Human resources training, and family.

SIQUEIRA, V. C. A. La preparación del equipo de salud de la familia a trabajar con las familias: la perspectiva de los profesionales, de 2010. Tesis (Maestría en Enfermería) - Enfermería de Postgrado, UFMT, Cuiabá. 134p. Asesor: Dra. María Aparecida Munhoz Gaíva.

RESUME

De acuerdo con los principios del Sistema de Salud, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) tiene como principales directrices la integralidad, la resolución, el territorial y el registro de clientes, trabajo en equipo, la intersectorialidad, la fianza y la responsabilidad compartida, y el centro de atención a la familia. Para los cambios en el modelo de atención vigente en aquel momento, y la familia se convierte en una unidad de atención y asistencia de los profesionales, los cambios son necesarios conocimientos técnicos que el equipo en su proceso de trabajo y gestión. El objetivo del estudio era comprender cómo los profesionales de la salud de la familia perciben su preparación para el trabajo con las familias. El estudio fue un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo. Los sitios del estudio fueron cinco las unidades de salud de la familia entró en el registro nacional de establecimientos de salud municipal de Várzea Grande-MT. Los sujetos del estudio fueron los médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS), de 14 equipos de salud familiar. Los criterios de inclusión fueron los profesionales que estaban en el equipo por más de 12 meses y que trabajaba en el momento de la recogida de datos, y 62 profesionales participaron en el estudio. La recolección de datos se realizó a través de grupos focales realizados con la aprobación de la Ética en la Investigación. Los datos fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido temático. Tras el análisis de datos llevado a las siguientes categorías: Las lagunas en la formación de salud de la familia a trabajar con las familias, el aprendizaje permanente en la preparación de los profesionales del ESF; La visita domiciliaria como una tecnología para ayudar a la familia en el ESF; y los límites y posibilidades de trabajar con familias en el ESF. Se observó que la formación de profesionales de la salud es todavía muy centrada en la formación clínica. El FSE es visto de manera oportuna y cambió la práctica. Se observó que la formación de profesionales de la salud es todavía muy centrada en la formación clínica. El FSE es visto de manera oportuna y cambió la práctica. No se tratan conceptos básicos como el trabajo y la familia. En la capacitación recibida por los profesionales son principalmente abordaron temas relacionados con los grupos prioritarios de atención de la salud. Los profesionales no reciben las capacidades para trabajar con la familia como la unidad de atención. Había sido señalado por los encuestados como la estrategia de visita a la casa para hacer frente a la familia, aunque muy centrado en los pacientes individuales. Los operadores indicaron varias dificultades para realizar el trabajo con las familias, a saber: las dificultades estructurales y de organización, falta de preparación y falta de credibilidad en la labor de la AEC, la ignorancia de la gente sobre el FSE y, las dificultades para hacer frente a la familia nuclear y la falta de co-rendición de cuentas de la familia. Qué tan fácil se señaló la relación entre profesionales y clientes / familias, basada en el vínculo, la confianza, aceptación, especialmente en relación con los usuarios de la AEC. El análisis de los resultados pone de manifiesto que muchos profesionales que trabajan en el FSE tienen dificultades para entender y desarrollar el trabajo de una familia como socio en el cuidado de la salud. Esto se debe a que no estaban preparados en su formación o educación continua por dicha atención, además de dificultades en el trabajo diario. Sin embargo, para llevar a la familia centrado la atención, los profesionales deben desarrollar acciones que van más allá de la visita domiciliaria, en el que las capacidades pueden surgir y las demandas de la familia, agregando el equipo de este diario.

Palabras clave: Salud de la Familia Formación de recursos humanos y la familia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde
CNRHS Conselho Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNES Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS Conselho Nacional de Saúde
DCN Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES Departamento de Gestão em Saúde
EPS Educação Permanente em Saúde
ESF Estratégia Saúde da Família
FUSVAG Fundação de Saúde de Várzea Grande
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES Instituição de Ensino Superior
LDB Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional
MCAF Modelo Calgary de Avaliação Familiar
MCIF Modelo Calgary de Intervenção Familiar
OPAS Organização Pan-americana de Saúde
PACS Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNASC Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde
PRÓ-SAÚDE Programa de Reorientação da Formação em Saúde.
PSF Programa Saúde da Família
SGTES Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
TGS Teoria Geral dos Sistemas
USF Unidade de Saúde da Família
VD Visita Domiciliária

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	
INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 O processo de trabalho	21
3.2 O processo de trabalho em saúde	23
3.3 A estratégia saúde da família	28
3.4 Formação dos profissionais de saúde e a educação permanente para o trabalho na ESF e a prática com famílias	34
3.5 A família: conceitos e práticas	44
4 BASE METODOLÓGICA	58
4.1 Tipo de estudo	58
4.2 Local de estudo	58
4.3 Sujeitos do estudo	63
4.4 Coleta de dados	64
4.5 Análise de dados	67
4.6 Aspectos éticos	69
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
5.1 Lacunas na formação dos profissionais de saúde da família para trabalhar com famílias	71
5.2 A educação permanente em saúde no preparo dos profissionais para atuar na estratégia saúde da família	80
5.3 A visita domiciliária como tecnologia para assistir à família	92
5.4 Limites e possibilidades no trabalho com famílias na estratégia saúde da família	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICES	131

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil em 1994, inicialmente como um programa do Ministério da Saúde e consolidada como estratégia em 1997, visando à reorganização do modelo assistencial de saúde na atenção básica. Possui caráter substitutivo, o qual consiste em mudança de práticas de caráter curativo para a vigilância em saúde e ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2001a).

Atualmente, as unidades básicas de saúde vêm se transformando em Unidades de Saúde da Família (USF), com notória expansão das equipes de saúde da família em nosso país, e que, apesar de ainda não atingir toda a população, possibilita uma cobertura de boa parte dela.

No Brasil, o ano de 2008 encerrou com 29.300 equipes de saúde da família implantadas nos 5.564 municípios da federação, atingindo uma cobertura populacional de 49,5% dos habitantes. Em Mato Grosso, a primeira equipe de saúde da família foi implantada em Cuiabá, capital do Estado, em 1997. Logo após, outros municípios do interior do estado também implantaram suas equipes. Em 2008, o número de equipes era de 521 e cobria 57,1% da população (BRASIL, 2009a).

Já Várzea Grande, município deste estudo, iniciou a implantação da estratégia em 2001 com três equipes. Atualmente, vinte equipes localizadas em oito Unidades de Saúde da Família (USF) fazem a cobertura de uma população de 237.925 habitantes. Destas unidades, cinco estão inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), compondo 14 equipes que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (VÁRZEA GRANDE, 2009).

Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF possui como principais diretrizes a integralidade; a resolutividade; a territorialização e adscrição da clientela; o trabalho em equipe; a intersetorialidade; o foco de atenção à família; o vínculo e a co-responsabilização.

Destaca como uma das diretrizes da ESF a atenção à família, ou seja, na estratégia, a atenção deve ser centrada no núcleo familiar, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de

intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997). A família deve ser percebida como unidade de cuidado, de forma singular diante das peculiaridades presentes em sua dinâmica, sendo um núcleo essencial na manutenção da saúde e da vida de seus membros.

Assim, na estruturação gerencial e assistencial do trabalho na ESF, o foco primordial deve ser a família. A equipe deve trabalhar com a comunidade de modo muito próximo, identificando aspectos relevantes para abordar as famílias nas diversas situações do processo saúde-doença, em uma área de abrangência delimitada, propiciando assim maior vínculo profissional-usuário-família (SANTOS; MIRANDA, 2007).

Para a consolidação do trabalho das equipes de acordo com as diretrizes da ESF, são necessárias a atuação e o apoio da gestão no que diz respeito a essas novas práticas, dando o suporte necessário às ações das equipes de saúde. Aqui evidenciamos a prática com as famílias.

Para que ocorram mudanças no modelo assistencial até então vigente, e a família passe a ser assistida como uma unidade de cuidado por todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família, são necessárias mudanças na gestão, bem como no saber-fazer dessas equipes em seu processo de trabalho.

Merhy (2007) refere que a micropolítica do processo de trabalho na saúde da família e seus componentes são fundamentais para a efetiva mudança do modelo assistencial. Ou seja, não basta a macro-organização ou a presença de equipe multiprofissional, se os profissionais não estiverem se relacionando entre si e com os usuários, construindo suas subjetividades, valorizando os princípios de acolhimento, vínculo e autonomização.

Diante disso, Franco e Merhy (2007) reforçam que a mudança de modelos tecnoassistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova forma de pensar o trabalho e a adesão dos trabalhadores ao novo projeto. É preciso modificar a micropolítica do processo de trabalho, fazendo-o operar de forma a valorizar as relações e as subjetividades, para que esteja em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se efetiva apenas por normas preconizadas verticalmente.

Ou seja, a normatividade da estratégia saúde da família, enquanto parte da política de reorientação do modelo assistencial, não consegue, por si só, modificar a micropolítica do processo de trabalho. É necessário lidar com as subjetividades dos trabalhadores da equipe de saúde, considerando as

singularidades e peculiaridades de cada um e da realidade em que estão inseridos, para que os princípios e diretrizes estabelecidos sejam seguidos, entre eles, a atenção focada na família enquanto unidade de cuidado.

Além disso, a expansão rápida das equipes tem trazido à tona várias dificuldades no cotidiano do trabalho nas USF, entre elas, o perfil inadequado dos profissionais que atuam na ESF. Alguns autores vêm destacando que a estratégia atingiu um progresso mais rápido do que a mudança na formação e no processo de educação permanente dos profissionais. Assim, foi necessário lançar no mercado profissionais que, até então, não estavam preparados para atuar na ESF (GIL, 2005; CECCIM, 2005a).

Diante desse panorama, surgem questionamentos sobre como tem sido a atenção à família na ESF, já que para tal é necessário o preparo dos profissionais que atuam nas equipes. Consideramos neste estudo que o preparo é todo o aporte teórico, metodológico e técnico recebido pelos profissionais durante a formação e capacitações, além do apoio da gestão no cotidiano do trabalho para desenvolver as atividades que visem à atenção à família.

Assim, primeiramente o que nos motivou a realização desse estudo foi o fato de percebermos que, em nossa realidade, os profissionais das equipes de saúde da família têm dificuldades em trabalhar o núcleo familiar como previsto na ESF. Observamos, ainda, o despreparo dos profissionais em conceituar a família e considerá-la como unidade de cuidado, dificuldade essa relacionada à formação acadêmica dos profissionais da saúde, entre outros aspectos, e à impregnação do modelo biológico no decorrer da história da assistência à saúde ainda bastante presente em nossa realidade.

Destacamos alguns estudos que vêm mostrando que os profissionais de saúde, em especial das equipes de saúde da família, não conseguem trabalhar com a família enquanto unidade de cuidado, mesmo sendo este o foco primordial da estratégia. Esses autores apontam que as dificuldades estão associadas à falta de conhecimentos e habilidades no que tange aos instrumentos e estratégias para se trabalhar com famílias, bem como a organização do processo de trabalho, seja no interior da equipe, ou na gestão do serviço, que não cria condições para que haja o desenvolvimento desse tipo de atividade (MACHADO ET AL (2006); MANFRINI E BOEHS (2004); RIBEIRO (2004); CENTA et al (2004); OLIVEIRA E MARCON (2007).

Machado et al (2006) referem que compreender o significado de família é uma tarefa complexa pela diversidade de aspectos que envolvem sua

formação. Alguns autores conseguem conceituar família, porém assumem que existem dificuldades em se trabalhar na prática com elas. Reiterando isso, Manfrini e Boehs (2004), Ribeiro (2004), Centa et al (2004), Oliveira e Marcon (2007), referem que o profissional de saúde não possui conhecimentos suficientes acerca do conceito de família e de como se trabalhar com ela, exigindo do profissional novos olhares e aprimoramento.

A literatura e a nossa prática profissional mostram que ainda é predominante na ESF a atenção individualizada e fragmentada focada no indivíduo, e quando direcionada à família esta é assistida, sobretudo como mera provedora de cuidados de um dos seus membros com necessidades de saúde. Este por sua vez, visto principalmente em sua dimensão biológica.

Em Mato Grosso, a realidade não é diferente, pois no decorrer da minha vida profissional, tanto como integrante de diferentes equipes de saúde da família em mais de um município do estado, ou como docente que acompanha alunos de enfermagem em estágios supervisionados nas USF, percebi as dificuldades que nós, profissionais de saúde, enfrentamos para compreender a família como unidade de cuidado e identificar essa família como elemento principal para a saúde de seus membros. Para o(s) aluno(s) da graduação tal percepção fica ainda mais distante, pois não consegue(m) vivenciar o cuidado à família nas práticas dos profissionais que estão atuando na ESF.

Percebi ainda que, na prática, a organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família no atendimento às famílias, nem sempre se dá como a ESF preconiza, ou seja, a família como unidade de ação e objeto de cuidado da saúde. Em Várzea Grande, município das minhas práticas docentes e local deste estudo, os profissionais das equipes de saúde da família também demonstram dificuldades para trabalhar com as famílias.

Portanto, considerando esse contexto direciono meu olhar aos motivos que levam os profissionais das equipes de saúde da família a não realizar essa prática.

Diante do exposto, surgiram alguns questionamentos:

1. Os profissionais que atuam nas USF receberam ou recebem o aporte teórico-metodológico e técnico necessário para atuarem com famílias?
2. Qual a percepção dos profissionais da ESF acerca desse aporte teórico-metodológico e técnico recebido e, em que medida esse aporte os preparou para atuarem junto às famílias?

3. Quais as dificuldades ou facilidades encontradas pelos profissionais para atuarem junto à família na ESF?

4. De que maneira os profissionais compreendem como deve ser sua capacitação para que possam assistir a família na ESF?

5. Quais as ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF que assistem a família como unidade de cuidado?

6. Como os profissionais percebem a contribuição da gestão para a efetivação de sua prática com famílias?

Dessa forma, este estudo visa compreender como os profissionais percebem seu preparo para o trabalho com famílias, considerando os aspectos preconizados pela ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Compreender como os profissionais das equipes de saúde da família percebem seu preparo para o trabalho com famílias.

2.2 Específicos

- Conhecer a opinião dos profissionais das equipes de saúde da família acerca do preparo recebido na sua formação e capacitação para assistir a família.
- Identificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família para assistir a família
- Conhecer quais os suportes/apoio que os profissionais das equipes de saúde da família têm recebido para assistir a família
- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores para assistir a família na visão dos profissionais das equipes de saúde da família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Processo de trabalho

Para iniciarmos uma discussão sobre processo de trabalho, resgataremos alguns conceitos embasados na teoria marxista, a partir de autores como Mendes-Gonçalves (1992), que aplicou tal teoria para conceituar o processo de trabalho em saúde e definir seus elementos constituintes, além de outros autores que vem ampliando os conceitos de processo de trabalho.

Para Severino (1992), o homem é um ser social e histórico em permanente construção e que vai se fazendo no tempo pela mediação de sua prática. Não é uma realidade pronta e acabada, é um ser que vai construindo aos poucos sua realidade.

O homem é um ser de relações, que se utiliza do trabalho para manter relações com a natureza, com as pessoas e consigo mesmo, formando a sociedade.

Para Marx (2003, p. 211):

O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.

Nessa relação dialética com a natureza, o homem vai transformando e sendo transformado, para satisfazer as suas necessidades.

O processo de trabalho é a maneira como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva a sua subjetividade (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

O trabalho humano é intencional, ou seja, é pensado e projetado antes que o processo, em si, seja executado. É um trabalho na natureza, mas seu

objeto de trabalho contém potencialmente produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho. Não é um objeto natural, é um recorte idealizado com uma finalidade. Difere do trabalho animal por conter elementos que se articulam para atender uma necessidade, que, por sua vez é social e historicamente construída (MENDES-GONÇALVES, 1992)

Portanto, o trabalho é entendido como primordial para a construção da subjetividade do sujeito, sendo que através do trabalho ele se mantém e se relaciona com outras pessoas e com a sociedade, sendo fundamental na sua formação como indivíduo.

3.2 O Processo de trabalho em saúde

Mendes-Gonçalves (1992) retrata os elementos do processo de trabalho em saúde como: o agente que o faz, o objeto de trabalho, os instrumentos/meios para que seja dispensada a energia e ocorra a transformação, o produto que dele resulta e a finalidade que esse trabalho tem. A finalidade atende a carecimentos, ou seja, a necessidades.

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade do trabalho específico (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em saúde difere dos demais trabalhos pela complexidade e necessidade de autonomia que apresenta e pela forma como é processado. Apresentando os conceitos de trabalho em saúde na vertente marxista, identificamos como ele se configura na sociedade.

Almeida e Rocha (1997) referem que o trabalho em saúde compreende as práticas articuladas ao modo de produção, às políticas sociais, partindo de um processo de trabalho histórico, coletivo e organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais.

Segundo Pires (1998) o processo de trabalho em saúde é uma produção não material que se completa no ato de sua realização, ou seja, é consumido no mesmo momento em que é produzido. Tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumentos os saberes; e, como produto final a produção da assistência.

Além disso, para Gaíva e Scochi (2005) é uma prática histórico-social, pois atende finalidades postas socialmente, articuladas a outras práticas para atender às necessidades de saúde das pessoas inseridas em determinado contexto social.

O trabalho em saúde é considerado uma prática social, pois estabelece relações, é coletivo e interdependente, exige diferentes saberes e

fazerem que devem atuar de forma articulada e apresenta agentes autônomos e com capacidade de autogoverno.

Apesar das especificidades de conhecimentos e práticas dos diferentes profissionais da saúde, eles se articulam para compor um conjunto que dá suporte à assistência a indivíduos, que são totalidades complexas, por isso a necessidade de articulação desses diversos saberes e fazerem (LEOPARDI, 1999).

Severino (1992) afirma que para conseguir seus meios de produção e seus bens de sobrevivência, os homens se dividem em várias especializações, é a divisão técnica do trabalho, que é sobreposta pela divisão social, a qual se estabelece pela hierarquização e relações de poder.

Pensando na saúde, a divisão técnica torna o trabalho compartimentalizado e fragmentado, característica presente no modelo biomédico ainda vigente em nossa sociedade e nas práticas profissionais. A divisão social do trabalho diferencia os trabalhadores econômica e socialmente, destacando uma dimensão política, determinando funções vistas socialmente como mais ou menos valorizadas.

Para Leopardi (1999), ao considerar a divisão social, a assistência está organizada numa escala de valor agregado ao trabalho, ou seja, os trabalhos considerados mais “simples” são os menos valorizados, e a enfermagem ainda está vinculada a essa imagem, diferente da medicina, que é vista como um trabalho mais “complexo”, e mais valorizado na área da saúde.

Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde, Merhy (2007) traz alguns conceitos fundamentais para compreendermos a sua organização. Reforça que o trabalho em saúde é dado pela presença de relações entre trabalhadores/trabalhadores e trabalhadores/usuários, estabelecendo espaços intersecores, entendidos como um cenário de disputa de forças instituintes:

O trabalho ocorre em relações que são estabelecidas entre os indivíduos trabalhadores, e entre estes e os usuários. Estas relações produzem serviços que são consumidos no mesmo momento da sua produção, caracterizando a ato de saúde como um produto que, ao ser consumido, expõe tensionalmente o seu sentido de produto de consumo em si, com o sentido de valor de uso que a saúde tem como finalidade perseguida pelo usuário (FRANCO; MERHY, 2007, p. 70).

Para Merhy (2007), alguns elementos estão presentes nessa micropolítica o que vai caracterizar a conformação do trabalho. Dentre esses elementos, as tecnologias apresentam-se como determinadoras do processo de

trabalho. Para ele, as tecnologias são entendidas não só como equipamentos e máquinas, como comumente são vistas, mas, sim, como tecnologias leves (relações, acolhimento, vínculo), leve-duras (saberes e práticas), e duras (máquinas e equipamentos).

No trabalho em saúde, esses três tipos de tecnologias estão presentes e são necessárias, porém o que inúmeras vezes se observa é a utilização e a supervalorização das tecnologias leves-duras e duras, sobrepondo às tecnologias leves.

O acesso às tecnologias com predomínio das tecnologias leves e a articulação de saberes de diversos profissionais nas relações interseçoras produzem o cuidado (MERHY, 2007).

Para Rossi e Silva (2005, p.464):

As tecnologias leves podem ser importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pelo enfermeiro na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários, pois estabelece momentos de intercessão entre trabalhadores e usuários e permitem a real possibilidade de reconhecimento e satisfação das necessidades dos indivíduos.

É com este olhar que Merhy (2007) apresenta o conceito de trabalho vivo e trabalho morto para a saúde. O trabalho vivo está vinculado às relações, é instituinte, enquanto o trabalho morto é a materialização de um trabalho humano anterior.

Rossi e Silva (2005, p. 462) entendem que “o processo de trabalho em saúde constitui um espaço de relação e de movimento constante entre o trabalho morto e o trabalho vivo, sendo que ambos – o trabalho vivo e o trabalho morto – são concomitantemente condicionantes e condicionados”.

O processo de trabalho sob a ótica do trabalho vivo se abre para práticas em torno das tecnologias leves, para atender às necessidades de saúde, no interior dos processos que podem gerar mudanças significativas no modo de se trabalhar a saúde, pautadas na ética do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais como relação de acolhimento, vínculo e autonomização (MERHY, 2007).

Franco e Merhy (2007) trazem o conceito de acolhimento, vínculo e autonomização como diretrizes para um novo modelo de atenção. Entendem o acolhimento como a universalização do acesso, assim como a escuta qualificada do

usuário; o vínculo como a responsabilização e comprometimento para com estes usuários; e a autonomização como os ganhos de autonomia para que este caminhe a própria vida. Definem ainda ser necessária uma reorganização do processo de trabalho para se atuar seguindo essas diretrizes, envolvendo diretamente as relações intersubjetivas dos trabalhadores/usuários.

Portanto é no trabalho vivo em ato que estabelecem relações e que se configura a organização do processo de trabalho na sua micropolítica, caracterizando sujeitos e modelos technoassistenciais que estão em permanente construção. É no trabalho vivo que as tecnologias têm o poder instituinte e as tecnologias leves devem orientar a prática do cuidado em saúde.

Mas, como cita Merhy (2007, p. 71):

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos analisadores presentes no seu cotidiano [...].

Assim sendo, a saúde da família, ao chamar principalmente para si a responsabilidade sobre a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais em saúde, deixa evidente a necessidade de mudanças das práticas institucionais voltadas à viabilização que se pretende imprimir em direção ao novo, às novas formas de se produzir o trabalho em saúde (GIL, 2006a).

Diante dessa discussão acerca do processo de trabalho em saúde, destacamos as características desse trabalho na ESF definidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a, p.26):

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Portanto, o trabalho em equipe deve ser interdisciplinar, voltado para a promoção de saúde e prevenção de agravos, conhecimento da área de abrangência e priorização de problemas para subsidiar a atenção integral às famílias adscritas, favorecendo o vínculo, acolhimento e autonomização.

É neste ambiente do processo de trabalho em saúde, abrangendo todos os elementos aqui destacados, que se caracteriza a atuação dos profissionais de saúde e se configura o tipo de trabalho ali desenvolvido. Esta atuação está relacionada, além das subjetividades, com a formação e educação permanente que esses profissionais apreendem no decorrer da vida profissional e também no espaço – não no sentido físico e sim no sentido de ambiente de trabalho – promovido pelos diversos atores envolvidos neste processo de trabalho: gestores, profissionais de saúde e usuários.

3.3 A Estratégia Saúde da Família

Considerando que a ESF é parte de nosso objeto de estudo, vamos nos reportar brevemente a história da criação do SUS para melhor compreendermos como se deu o processo de implantação da saúde da família no Brasil.

Nos anos 70 e 80 ocorreram grandes movimentos sociais e nas políticas públicas no país. No setor da saúde, o descaso governamental com a saúde pública e a supervalorização do modelo médico-privatista culminou com o movimento da Reforma Sanitária, pela garantia de uma saúde pública para todos e com qualidade.

Em 1986, com a repercussão da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em que houve grande presença de trabalhadores e usuários da saúde, debateu-se a necessidade urgente de implementar novos modelos assistenciais na área.

Dois anos depois, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, quando foi assegurado que “a saúde é um direito de todos e dever do estado”, surge o SUS, que é aprovado em 1990 pela Lei Orgânica de Saúde Nº 8080/90 e sustentado também pela Lei Nº 8142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

No contexto do SUS, a saúde se organiza em três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), para possibilitar a efetivação dos seus princípios norteadores: integralidade, universalidade e equidade. É permitido o acesso universal de todos ao sistema público de saúde, elegendo a atenção primária como a porta de entrada do sistema, sendo que as práticas de saúde devem ver o usuário de forma integral e respeitar as diferenças de necessidades da população. O SUS trouxe ainda as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização, resolutividade, controle social e complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990a)

Com isso, a proposta do SUS vem na contramão do modelo tecnoassistencial predominante em nossa sociedade, focado na doença e não no doente, e que orienta a formação de profissionais de saúde. Há ainda a desvalorização financeira do profissional inserido no contexto da saúde pública e a valorização das especializações e fragmentações no cuidado.

Nos 20 anos de criação do SUS, diversas crises no sistema público de saúde acarretaram uma assistência ao usuário muito distante do que se pretende com os princípios e diretrizes que norteiam o sistema, ou seja, a atenção à saúde integral, equânime, universal e resolutiva. Porém, vale ressaltar que algumas conquistas foram alcançadas, como a expansão da atenção básica à saúde, em especial à saúde da família.

A necessidade de criar alternativas para dar corpo à conformação do SUS resultou, em 1991, na implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNASC), que, em 1992, passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, este programa é ampliado e é criado o Programa Saúde da Família (PSF) que se expande por todo o território nacional, e que, em 1997, é consolidado com estratégia de reorganização do modelo tecnoassistencial da atenção básica à saúde (BRASIL, 2004a).

Neste estudo, ao nos referirmos a esse modelo de atenção, vamos utilizar a terminologia Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que entendemos que esta vai além de um programa, pois reorienta o modelo de atenção básica no país.

De acordo com a PNAB, a ESF compreende “um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e prevenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p. 10).

A saúde da família constitui uma estratégia política para a reorganização da atenção básica à saúde, que objetiva o fortalecimento das ações de saúde, em especial, as de promoção e prevenção e a ampliação do acesso por meio da reorientação das práticas de saúde, a fim de mudar a lógica de atendimento e garantir os princípios básicos do SUS.

A ESF, sustentada pelos princípios e diretrizes do SUS, elege como diretrizes operacionais: o caráter substitutivo, ou seja, substituição do antigo modelo assistencial; a territorialização e adscrição da clientela, com definição do território e da população a ser assistida, no caso de 600 a 1000 famílias; a integralidade na atenção à saúde; a hierarquização; e o controle social. A unidade de saúde da família está no primeiro nível de atenção, fortalecendo-se como a porta de entrada do sistema de saúde, porém articulada aos demais setores da saúde (intersetorialidade) para que se configure como uma assistência resolutiva. O trabalho deve ser interdisciplinar, caracterizado por ser articulado e interdependente entre os membros da equipe, composta, minimamente, por um médico, um

enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 1997).

No que diz respeito ao trabalho em saúde na ESF, este tem como pressuposto básico o trabalho em equipe que deve ser composta por vários profissionais de nível superior e médio.

Segundo Peduzzi (2001) há duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, onde ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, onde ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. A primeira é caracterizada pela fragmentação e a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Para a autora, a articulação das situações de trabalho ocorre quando o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Para Santos e Miranda (2007, p. 132):

A equipe de saúde da família é a unidade produtora dos serviços de saúde no PSF. Nela, cada profissional executa um dado conjunto de ações em separado, porém, buscando constantemente e continuamente articulá-las às ações realizadas pelos demais agentes de trabalho. No trabalho em equipe, cada profissional deve responder pelas ações que executa e, ao mesmo tempo, em um âmbito de co-responsabilidade, responde também pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe. As equipes de saúde devem buscar a integralidade das ações e não somente reproduzir no seu processo de trabalho o modelo de atenção biomédico.

Cabe aqui conceituar o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. Segundo Saube et al (2005, p. 523) a multidisciplinaridade “indicaria uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação”, já a interdisciplinaridade seria “a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde”.

Diante disso, no contexto das equipes de saúde da família, o trabalho multidisciplinar seria visto como um conjunto de profissionais de diferentes profissões atuando no mesmo espaço, porém sem articular-se. Enquanto que a interdisciplinaridade seria esses mesmos profissionais atuando de forma articulada e integrada, visando ao bem comum que, nesse caso, são as ações de saúde direcionadas ao cuidado ao indivíduo/família.

Tendo em vista as diretrizes da ESF, a terminologia “trabalho interdisciplinar” seria a mais adequada para caracterizar o trabalho das equipes de saúde da família, embora nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o termo multidisciplinar ainda seja utilizado.

O trabalho de caráter multiprofissional e interdisciplinar define as ações de cada profissional no âmbito da ESF. Destacamos a seguir as atividades que são comuns a todos os integrantes da equipe de saúde da família de acordo com a PNAB (BRASIL, 2006a, p.42 e 43):

1 - São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

As atribuições dos profissionais que atuam na ESF, o Ministério da Saúde prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à

dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis mediante a criação de vínculos (BRASIL, 2001a).

Na PNAB, uma das características do processo de trabalho é a prática do cuidado ampliado às famílias, visando uma programação de intervenções que influenciam no processo saúde-doença (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde através do documento Saúde da Família: um estratégia para reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1997), define em sua introdução que a família deve ser o objeto principal de atenção, percebida a partir do ambiente onde vive. Em seus princípios gerais, faz menção de que as atividades devem ser desenvolvidas tendo como foco a família e a comunidade.

Diante desse conceito, fica clara a necessidade de assistir à família em busca da integralidade na atenção à saúde, conforme preveem as diretrizes do SUS.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), a integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, em que a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados à prática clínica e comunitária, a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos/família, da abordagem do ciclo vital e familiar, além da interdisciplinaridade no cuidado.

Para Mattos (2006, p. 57):

[...] a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Para Franco e Magalhães Júnior (2007), a integralidade se inicia na organização do processo de trabalho, com uma equipe operando através das diretrizes como o vínculo, acolhimento, autonomização, que permitem a responsabilização pelos usuários.

Para considerar a ESF como um novo modelo assistencial Franco e Merhy (2007, p. 83), afirmam que:

[...] isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção de saúde. O novo modelo é por nós entendido a partir das diretrizes de acolhimento, vínculo /responsabilização e autonomia [...]. Este novo formato da organização da assistência à saúde se dá a partir da reorganização dos processos de trabalho.

Para estes autores, a ESF aposta em uma mudança centrada em normas, ou seja, como é configurado o serviço estruturalmente, mas não opera nos micro-processos de trabalho em saúde, nos afazeres do cotidiano e na subjetividade de cada profissional.

Refletindo sobre o discurso desses autores, pensamos nos desafios que os trabalhadores da saúde da família enfrentam para atuar em um cenário onde normas definem uma mesma proposta de modelo assistencial para diferentes locais e pessoas, e que diante de toda singularidade de si próprio, dos outros trabalhadores e do próprio usuário e família aos quais assistem, necessitam construir a subjetividade de modo que se efetive uma real mudança no processo de trabalho, para se atingir os objetivos que a estratégia saúde da família propõe.

3.4 Formação dos profissionais de saúde e a educação permanente para o trabalho na ESF e a prática com famílias.

Ao propormos a análise da formação e capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família para a atuação junto às famílias na ESF, optamos por considerar como preparo neste contexto todo o aporte teórico, metodológico e técnico ofertado ao profissional durante a sua formação na graduação e durante sua atuação profissional através das capacitações. Esse aporte ofertado ao profissional seria para que o mesmo compreenda a família como unidade de cuidado e conceba em suas práticas o que as referências nos apontam como necessidades de conhecimentos para o trabalho com a mesma.

Neste estudo usamos o termo capacitação no sentido de Educação Permanente em Saúde (EPS). Propusemos então, apresentar como tem sido realizada a EPS para os profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família, em especial no que diz respeito à abordagem da família.

Pontuamos aqui algumas considerações sobre o processo de formação dos profissionais de saúde, uma vez que ele tem aspectos relevantes e fundamentais para a atuação profissional na ESF.

Segundo Mardsen (2009) para mudarmos o modelo vigente de atenção à saúde, é necessário interferir na formação dos profissionais, e voltarmos esses profissionais a novos conceitos de saúde, cuidados e necessidades dos usuários. É preciso ainda atualizar a percepção dos usuários para esses novos conceitos, utilizando de tecnologias como escuta, vínculo acolhimento e autonomização.

A educação em nosso país é regida pela Constituição Federal e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) pela Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Encontra-se organizada em dois níveis, educação básica e educação superior e em duas modalidades, educação de jovens e adultos e educação especial, estabelecendo-se ainda e com a mesma classificação de modalidade, a educação profissional complementar à educação básica e que é tratada como um sub-sistema de ensino (BRASIL, 1996a).

O Decreto nº 5.154 de 2004, que regulamenta a educação profissional, determina que ela seja oferecida por meio de três tipos de cursos: 1) de formação inicial e continuada, ofertados em todos os níveis de escolaridade; 2) de educação profissional técnica de nível médio desenvolvidos, de forma articulada

com o ensino médio; 3) cursos de educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação (BRASIL,2004b).

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pela LDB, confere às Instituições de Ensino Superior (IES) novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) representa um avanço pelo fato de induzir maior articulação das IES com a sociedade e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação profissional voltada ao trabalho no SUS (BRASIL, 2007b).

As DCN, através do Parecer nº CNE/CES 583 de abril de 2001, estabelecem orientações para os cursos de graduação e propõem, dentre outras coisas, que contemplem as competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelo aluno ao longo do curso de graduação (BRASIL, 2001b).

Já as DCN para os cursos de graduação na área da saúde (medicina, enfermagem e nutrição) estão descritas no Parecer CNE/CES nº 1133 de agosto de 2001 que objetiva a formação dos profissionais de saúde voltados à atuação no SUS (BRASIL, 2001c)

No âmbito do ensino técnico, as DCN para o ensino técnico - área da saúde - e o sistema nacional de educação tecnológica definem as competências como elemento central nos processos formativos, devendo os currículos ser organizados com base nesta noção (BRASIL, 1999a).

Já o ACS não possui formação na área da saúde e seu trabalho é respaldado na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que define em seu artigo 2º que a profissão do ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e da ESF e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002).

As mudanças nos currículos ainda são lentas, o que se deve talvez, em parte, ao curto período decorrido desde a homologação das DCN. Sua criação representa o processo de tornar legais movimentos que já vinham ocorrendo de forma isolada em algumas universidades, fazendo com que seus fundamentos ganhem projeção nacional, algo ainda em processo (MARDSEN, 2009)

Alguns autores, como Ceccim e Feuerwerker (2004), Ceccim (2005a) e Gil (2005) têm pontuado que ainda há essa predominância do modelo biomédico no que tange à formação e educação permanente dos profissionais de saúde, reafirmando a necessidade de mudanças efetivas na formação e capacitação para termos profissionais atuando realmente na perspectiva da integralidade e norteados pelos demais princípios que regem o SUS e a estratégia de saúde da família.

Devemos pensar a formação como local de produção de subjetividades, desenvolvimento de habilidades técnico-científicas e conhecimento do SUS, preparando o profissional para atender as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social, objetivando transformar as práticas profissionais e a organização do processo de trabalho, orientada pelas tecnologias leves, para o acolhimento e cuidado, a fim de atender tais necessidades de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Transformar a formação e gestão do trabalho em saúde consiste em mudar relações, processos, atos de saúde e pessoas (subjetividade e intersubjetividade) com articulações para dentro e para fora das instituições de saúde, através da ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social do sistema (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante deste contexto, discutiremos a seguir alguns aspectos referentes às políticas públicas que englobam essas questões, para que possamos compreender como os profissionais de saúde, atualmente, estão sendo preparados para atuar na ESF e assistir à família.

Para Gil (2005) e Camelo e Angerami (2008), tão importante quanto discutir a formação dos profissionais de saúde para atuar no SUS é educar aqueles profissionais que já estão inseridos neste contexto, buscando meios de minimizar uma formação inadequada e de transformar suas práticas, atendendo à perspectiva da integralidade.

O movimento de reforma sanitária e todo o processo de consolidação do SUS trouxeram debates e necessidades de transformação das práticas de saúde, vindo à tona questionamentos em relação aos recursos humanos e à formação em saúde, tendo em vista que os profissionais são elementos chave para desencadear reais mudanças.

A 8ª CNS realizada em 1986, além de ter sido um marco histórico para a definição do SUS, apresentou especialmente um conjunto articulado de

formulações para a área de recursos humanos em saúde. O tema, embora abordado em outras conferências, em especial na 3ª Conferência, apresentou um espelho das transformações e crises acumuladas ao longo das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação no país (BRASIL, 2006b).

A I CNRHS que ocorreu também em 1986, e teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, foi debatida a partir de cinco temáticas: valorização profissional, preparação de recursos humanos, criação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços (BRASIL, 2006b).

Em 1988, com o advento da Constituição Federal e a criação do SUS, as discussões em torno dos recursos humanos e formação na saúde, mantiveram-se nas demais conferências nacionais de saúde e conferências nacionais de recursos humanos em saúde, que aconteceram em anos subsequentes.

Com a implantação do PSF, em 1994, e a consolidação deste enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial na atenção básica surgiram novos desafios, entre eles encontrar profissionais preparados para trabalhar neste novo cenário. Inserida no contexto do SUS, a ESF possui características peculiares, principalmente no que diz respeito à equipe interdisciplinar, vigilância à saúde, territorialização, vínculo com a comunidade e foco de atenção voltado à família.

Segundo Gil (2005), tem sido constatado que os profissionais formados possuem perfis não adequados para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde para práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde (CNRHS) de 1986 e 1993, assim como na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS) de 2002, documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema.

Não é incorreto dizer que apesar do enfoque das políticas públicas da educação e da saúde para uma reorientação na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, e das tentativas e avanços ocorridos através de algumas experiências, ainda é predominante o modelo biomédico de atenção em nosso país, tanto no que diz respeito à formação e educação

permanente, quanto nas próprias práticas e nos processos de trabalho no interior das equipes de saúde da família, bem como na gestão desses serviços.

Portanto, foi – e está sendo – essencial a formulação de políticas de educação e saúde que atendam a necessidade emergente de formar profissionais para atuar neste contexto.

No que diz respeito à capacitação de equipes para atuação no PSF, o Ministério da Saúde iniciou, em novembro de 1997, ano em que o mesmo se efetivou como estratégia, a implantação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família. Estes eram vinculados a um complexo institucional do qual faziam parte as IES e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde. Os pólos, concebidos como espaços de articulação interinstitucionais, foram financiados com recursos do ReforSUS, e destinados ao desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implantação da ESF nos diversos municípios do país (BRASIL, 2006b).

Para Gil (2005, p. 492), os pólos são entendidos como:

Uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família, na abordagem da atenção integral, e destinava-se a promover ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente (GIL, 2005, p. 492).

Entre as ações desenvolvidas pelos pólos, estava a realização dos cursos introdutórios em saúde da família para as equipes atuantes na ESF. Posteriormente percebeu-se que essa capacitação não era suficiente para atender as necessidades de aprendizado dos profissionais para atuarem neste contexto. Além do que, devido a alta rotatividade dos profissionais das equipes, o atendimento às demandas dos novos membros que chegavam posteriormente não ocorria (GIL, 2005).

Para atender as necessidades de formação e capacitação dos profissionais de saúde, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um ponto de reflexão na concepção, organização e forma de atuação dos pólos de educação permanente (BRASIL, 2006b).

A EPS, como política do Ministério da Saúde, prevê a construção de espaços locais, microrregionais e regionais formando as rodas de educação

permanente em saúde. Propõe que a transformação de práticas profissionais deve estar focada na problematização in loco, nas necessidades dos trabalhadores, da população, da gestão setorial e do controle social (BRASIL, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo esses autores, as rodas de educação permanente vistas como articulações interinstitucionais, apoiadas pelo SUS, formam espaços de novos mecanismos de planejamento e gestão das instituições e serviços, e possuem como diretriz conceitual a integralidade do atendimento, a ampliação da clínica, o conhecimento da realidade, a equipe multiprofissional, a ação intersetorial e a humanização.

Buscando dar subsídios aos impasses da EPS e como forma de valorização e qualificação dos trabalhadores, o Ministério da Saúde criou em 2004, pela Portaria GM/MS n.º 827/2004, reestruturada pela Portaria n.º 174, de 27 de janeiro de 2006, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que assume a responsabilidade pela formulação e implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no país. A SGTES foi organizada em dois Departamentos, um de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e outro de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A este último foi dada a responsabilidade de promover políticas e articular ações que viessem ao encontro das necessidades dos recursos humanos que atuam no SUS (BRASIL, 2006b).

Ainda, em 2007, foi editada a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007c).

Além disso, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde instituídas pela Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram as várias dimensões do funcionamento do SUS. Na sua regulamentação explicitam-se três dimensões - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão - que expressam mudanças significativas para o fortalecimento do SUS e possibilitam a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes. Uma das responsabilidades da União com a educação na saúde, apontada no documento que estabelece as diretrizes do Pacto pela Saúde, ratificado pela PNAB, é articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde, o que reafirma o preceito constitucional (BRASIL, 2007b).

Um programa instituído em 2006 foi o Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRÓ-SAÚDE), que foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite. O PRÓ-SAÚDE tem o papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente, por serem aqueles que integram profissionais no âmbito da ESF (Enfermagem, Medicina e Odontologia), como para outros da área da saúde, pois, a partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama na formação profissional em saúde. Algumas instituições, a partir do modelo PRÓ-SAÚDE, têm iniciado projetos de reorientação de forma integrada com seus outros cursos da saúde (BRASIL 2007b).

O Pró-Saúde está em sua segunda etapa e já alcançou 265 cursos da área da saúde em 68 Universidades (BRASIL, 2008a). Até o momento, Mato Grosso não faz parte do programa.

O objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

Nesta perspectiva, a essência do PRÓ-SAÚDE é aproximar a academia dos serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira. Com a implementação deste, busca-se intervir no processo formativo para que a graduação desloque o atual eixo da formação, centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas, para um processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população. Desta forma, pretende-se preparar os profissionais para a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença na comunidade e em todos os níveis do sistema, conforme as diretrizes de universalização, equidade e integralidade (BRASIL 2007b).

Dando continuidade aos investimentos na educação para os trabalhadores das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde instituiu em janeiro de 2007, o Programa Nacional de Tele-saúde. Este tem como objetivo desenvolver as ações de educação permanente, com vistas à educação para o trabalho, na perspectiva de mudanças nas práticas dos profissionais das USF (BRASIL, 2008a). O programa foi implantado inicialmente em nove estados

brasileiros e Mato Grosso está se preparando para fazer parte do projeto em sua segunda fase.

De acordo com a PNAB, o processo de capacitação e educação para atuar na ESF deve iniciar-se concomitantemente ao começo do trabalho das equipes, por meio do Curso Introdutório para todos os seus membros, ou, em até três meses, após a implantação das equipes (BRASIL, 2006a).

Sabemos que nem todos os membros da equipe são capacitados, e nem sempre o preparo do profissional é realizado no momento em que estes iniciam suas atividades na saúde da família. Isso se dá por diversas razões, uma delas é a alta rotatividade de profissionais nas equipes ou seja, não há como capacitar isoladamente, uma vez que para que ocorra o treinamento, que deve ser mais descentralizado possível, o município e/ou a regional devem se articular com a assessoria do estado, e seguindo normativas do Ministério da Saúde, ter um número razoável de profissionais para que se efetive o treinamento. O ideal é que todos os integrantes da equipe façam o curso juntos, para que a discussão de saberes e a construção de conhecimentos estejam em sintonia com as necessidades de uma dada realidade.

Para Gil (2006a) a alta rotatividade de profissionais nas equipes vem acompanhada da perda de investimentos dos gestores em processos de capacitação e qualificação daqueles profissionais para as novas práticas, tais como os próprios cursos introdutórios em saúde da família. Mesmo com outras iniciativas, como os cursos de especialização e de residência que têm sido ofertados no país, estes se mostraram insuficientes para envolver e/ou manter os profissionais vinculados aos serviços.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), o treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, sócioeconômicos, ambientais e sanitários (morbimortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades existentes. Contribui também para que os profissionais compreendam e apreendam os indicadores do SIAB, estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, que ofereçam suporte ao processo decisório da USF.

Em termos gerais, espera-se que o profissional, uma vez qualificado através do curso introdutório, esteja capacitado a:

- Compreender os princípios e diretrizes básicas da ESF, no âmbito do SUS.

- Identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de saúde da família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, organização do processo de trabalho e intersectorialidade.

- Compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das USF (BRASIL, 2000a).

Em relação ao trabalho com a família, apesar de a temática não estar claramente posta quando se apresentam os objetivos do treinamento, em seu conteúdo programático há um espaço para discutir aspectos referentes à família: conceito, funções, papel na comunidade e influência no processo saúde-doença. Porém no conteúdo programático desse curso não se prevê o debate sobre estratégias/instrumentos para assistir à família.

No Caderno de Atenção Básica o treinamento introdutório (BRASIL, 2000a), afirma que o enfoque na saúde da família é uma estratégia de reorganização da atenção básica, exigindo um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade. No que se refere aos tópicos que devem ser abordados no treinamento para os profissionais, recomenda que sejam identificadas e discutidas em relação a família, os conceitos, as funções, os tipos, o papel na comunidade e a influência no processo saúde-doença, mas não apresenta quais são estes conceitos e funções.

Apesar de a família ser o foco de atenção na ESF, entendemos que as capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde e secretarias de saúde, ainda não contemplam de maneira significativa esse objeto na perspectiva de mudanças efetivas das práticas.

Franco (2007) refere existir um paradoxo que se apresenta como um importante “ruído” nas políticas de educação para o setor da saúde, pois se por um lado há muitos investimentos institucionais do Ministério da Saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS, de outro observa-se baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção do cuidado.

Para este autor (2007, p. 436)

Os processos de mudança no SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, com base na reorganização do processo de

trabalho, devem ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela aparece como a metodologia eficaz para agregar novos conhecimentos às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde. Tudo isso tem como pano de fundo a micropolítica dos processos de trabalho que operam nos diversos cenários do SUS, sejam aqueles mais relacionados à esfera da gestão ou aqueles mais relacionados ao âmbito assistencial.

Reiterando esse aspecto, uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de seis equipes de saúde da família do município de Ribeirão Preto-SP, identificou que grande parte dos profissionais referiu que a falta de preparo/capacitações para atuação na ESF é uma situação angustiante, por dificultar a realização de ações conforme a necessidade da população, gerando insatisfação no trabalho (CAMELO e ANGERAMI, 2008).

Diante disso, Gil (2006a) afirma que o ato de prestar o cuidado, ou o momento de realizar as ações de saúde quando cada profissional está diante do usuário desenvolvendo determinada ação, é o ponto relevante deste processo, é o alvo que se quer atingir. É no momento do cuidado, em si, que o profissional necessita dispor de seus conhecimentos, habilidades, atitudes e competências para tecer o trabalho em saúde. É neste momento que a educação permanente se traduz em um novo *modus operandi* de realizar a prática e, assim, responder à missão institucional à qual o profissional e o serviço estão vinculados.

3.5 Família: conceitos e práticas

Não podemos analisar a ESF se não discutirmos aspectos relevantes à atenção à família, como os conceitos que identificam essa unidade de ação e as práticas focadas para esse objeto de cuidado.

Gaíva (2006), diz que o conceito de família vem sofrendo transformações ao longo da história, influenciado por fatores políticos, sociais e culturais. Nesse contexto, a família brasileira não tem a mesma constituição de algumas décadas passadas, a família tradicional nuclear não é mais o modelo prevalente.

Segundo Almeida e Rocha (2000), as transformações que vêm ocorrendo na sociedade, acontecem também, de maneira significativa, no campo da saúde, tanto no seu objeto, o processo saúde-doença, como no instrumental teórico-prático em que se apóiam as práticas e na organização da produção em saúde. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde

Assim, para essas autoras, o modelo assistencial preconizado pela ESF tem como foco a atenção à família, considera o meio ambiente e o estilo de vida, e resgata a posição da família como importante unidade de cuidado de seus membros.

Em meio às transformações que vêm ocorrendo no ambiente familiar ao longo dos anos, cada membro da família tem seu papel definido e participa dessa relação afetando e sendo afetado. As crenças e os valores pessoais incorporados ao processo de desenvolvimento do sujeito, às experiências de vida e às situações impostas no dia-a-dia, trazem consigo resultados que podem alterar o desenvolvimento de um papel desejado dentro do meio familiar (MARCON; OLIVEIRA, 2006).

Para Elsen e Marcon (1999), a família, além de ser agente de cuidado de seus membros, deve ser considerada objeto de trabalho dos profissionais de saúde.

De acordo com Souza e Dallalana (2004), sendo a saúde da família o novo objeto de atenção, é necessário conceituá-la corretamente, de forma a permitir ao profissional de saúde uma ideia clara da maneira como irá direcionar suas práticas.

Para esses autores, a família quando vista como unidade aproxima-se do conceito de unidade composta, ou seja, é formada por várias unidades simples que, agrupadas, formam um conjunto que, por sua vez, apresenta duas principais características: estrutura e organização.

Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade, no qual existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização. O aspecto relevante desses atributos é que eles permitem ser incluídos na definição as várias formas de constituição familiar prevalentes na sociedade (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Para estas autoras, o cuidado à saúde da família tem como objetivo a promoção da saúde através da mudança. A proposta é ajudar a família a criar novas formas de interação para lidar com o processo de saúde-doença.

Na ESF, a família deve ser vista de forma integral e em seu espaço social, ou seja, o indivíduo é abordado em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecido como sujeito social portador de autonomia. É na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas (BRASIL, 2001a).

Diante do exposto neste estudo, adotaremos o conceito de família enquanto unidade de cuidado e objeto de ação e interação dos profissionais de saúde da família. Um universo complexo e peculiar, de acordo com suas características sócio-culturais, que afeta decisivamente a dinâmica familiar e com isso a saúde de todos os seus membros.

Enfatizando as práticas do cuidado em saúde da família, Ribeiro (2004) propõe que neste cenário a família seja abordada de diferentes formas, sendo elas: família/indivíduo, família/domicílio, família/indivíduo/domicílio, família/comunidade, família/risco social, família/família.

Temos que admitir que existe uma grande dificuldade em assistir à família de uma forma integral, dentro de sua dinâmica familiar. A tendência é direcionarmos nossos olhares para o indivíduo com alguma necessidade dentro da família. A família muitas vezes é percebida como mera cuidadora e auxiliar para a

recuperação da saúde de um dos seus membros e para fortalecer ações do trabalho dos profissionais de saúde.

Embora seja muito comum pensar que estamos trabalhando com famílias verifica-se que na verdade estamos assistindo a um indivíduo inserido no contexto familiar. Concordamos com Elsen, Altuoff e Manfrini (2001), quando afirmam que, mesmo sendo inerente, a saúde do indivíduo é diferente da saúde familiar.

Para Campos (2003, p.578):

O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece. O indivíduo autônomo, independente, é uma abstração ideológica, ligada a uma determinada visão de mundo. É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promover a saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive.

Ou seja, para se trabalhar com o modelo de vigilância à saúde preconizado pela ESF, temos que, necessariamente, lançar nossos olhares para o indivíduo inserido em uma família, a qual possui outros indivíduos também com necessidades singulares, porém num conjunto que afeta todos os outros membros e, com isso, a dinâmica familiar. Esse deve ser o objeto de trabalho dos profissionais de saúde da família.

Contudo, na prática percebemos que os profissionais de saúde possuem pouco aporte teórico tanto para conceituar famílias como em definir estratégias de abordagem e assistência a ela. Muitos desconhecem até mesmo instrumentos e técnicas úteis para tal.

Athayde e Gil (2005) destacam que ainda há o predomínio de características do modelo biomédico no modelo de atenção e no de formação, o que dificulta a compreensão dos profissionais acerca da família como o foco da atenção em saúde, uma vez que estes modelos não têm oportunizado a eles uma reflexão sobre essa vertente e não lhes têm fornecido conhecimentos e instrumentos necessários para esse tipo de intervenção e abordagem familiar.

Ainda para esses autores, em se tratando de saúde da família e de seu objeto – a família, as experiências brasileiras são ainda incipientes e precisam ser construídas e reconstruídas no cotidiano de trabalho, e o diálogo entre

diferentes atores sociais (trabalhadores, usuários, gestores, etc.) poderia contribuir para um delineamento mais claro das competências e habilidades profissionais necessárias a essa prática.

Outros autores, como Machado et al (2005), Souza e Dallalana (2004), Hoffmann et al (2005), também referem que o profissional não é formado e nem capacitado para assistir as famílias, uma vez que vêm de uma formação que trabalha uma concepção fragmentada e biológica de saúde e estão inseridos em cenários de práticas que reproduzem esse modelo.

Portanto, não podemos somente apontar as falhas nesse sentido, sem pensarmos em modificações mais amplas, que devem se iniciar pela formação e capacitação dos profissionais através da EPS, preparando-os para assistir na concepção da vigilância à saúde e tendo a família como foco de atenção. Porém, o próprio Ministério da Saúde necessita rever as diretrizes da ESF que orientam o trabalho e a abordagem da família, em relação a qual concepção de família deverá ser adotada, e principalmente incrementar novos mecanismos de aprimoramento dos profissionais das equipes para apreender estratégias e instrumentos de abordagem e intervenção familiar que possibilitem não somente a intervenção técnica sobre a saúde da família, mas proporcionem reflexões para uma real mudança de práticas profissionais e inversão do modelo assistencial.

No que se refere a instrumentos e estratégias de abordagem e intervenção na família, apesar de termos alguns que são utilizados na prática da ESF, estes ainda não são utilizados pelos profissionais como técnicas necessárias para assistir a família no cotidiano do trabalho.

Dentre eles temos o prontuário familiar, a abordagem familiar, o genograma, o ecomapa, o F.I.R.O (Fundamental Interpersonal Relations Orientations), o PRACTICE, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAF e MICF) e a conferência/entrevista familiar. Todos estes instrumentos devem ser aplicados preferencialmente na Visita Domiciliária (VD), sendo esta uma estratégia fundamental de atenção à família.

Segundo o Ministério da Saúde, há diversos instrumentos e estratégias para organização do processo de trabalho com objetivo de otimizar a efetividade do cuidado em atenção básica em saúde. A sua utilização depende fundamentalmente das necessidades em saúde da população e da qualificação da equipe de saúde. Um dos instrumentos que é imprescindível para o trabalho das equipes de saúde da família é o prontuário familiar. É neste prontuário que são registradas informações sobre a composição familiar e as principais características

de cada família, além de conter os prontuários individuais de todos os seus membros. A ficha A do SIAB pode servir de página de rosto para este prontuário (BRASIL, 2007a).

No processo de trabalho, as informações da ESF ainda estão muito concentradas na ficha A da família, instrumento de preenchimento obrigatório e que alimenta o SIAB, sistema do Ministério da Saúde que consolida informações das famílias atendidas e garante o repasse de recursos financeiros para a unidade.

Na ficha A, estão dados de identificação como nome, idade, sexo, escolaridade, profissão e condições de saúde referidas. No verso da ficha constam dados referentes à habitação, tratamento de água, esgoto, acesso ao serviço de saúde, meio de transporte, meio de comunicação, dentre outras. Usualmente a ficha A é preenchida pelo ACS no momento de cadastramento da família em sua microárea de abrangência. Posteriormente é que esses dados são consolidados no SIAB e alterados somente quando há modificações na característica da família ou quando esta deixa de residir na área adscrita da unidade de saúde da família.

Porém, a ficha A não oferece dados suficientes para assistir a família enquanto unidade de cuidado e nem mostra a dinâmica familiar. Os dados se restringem a características básicas e pontuais do indivíduo e do seu modo de viver, não abrangendo amplamente a família em seus aspectos sociais, culturais, econômicos, biológicos e relacionais.

Para pensarmos a família como uma unidade complexa e dinâmica, na qual indivíduos estão inseridos de maneira intrínseca, existem instrumentos que englobam esse todo familiar, como a abordagem familiar sistêmica.

De acordo com Souza e Dallalana (2004), a abordagem familiar sistêmica é baseada na Teoria Geral dos Sistemas (TGS), que abre possibilidade de considerar os aspectos relacionais, principalmente aqueles ligados a conflitos, que podem estar relacionados aos problemas de saúde. Desta maneira, o cuidado com a família não se reduz apenas em curar o indivíduo doente, mas compreender o contexto no qual está inserido. A abordagem sistêmica é uma proposta da qual todo profissional de saúde da família pode lançar mão para sua prática.

Segundo esses autores, a TGS surge na década de 30 do século passado, tendo como seu pioneiro o biólogo Ludwig Von Bertalanffy. Inicialmente seu objetivo era estudar aquilo que os diversos sistemas tinham em comum, procurando compreendê-los em sua totalidade e semelhança. Entendia que a ciência era composta por disciplinas e que estas estavam interligadas.

Compreendia que cada sistema era um todo organizado por partes componentes e que possuía propriedades gerais. Assim pensava no corpo humano, que era composto por partes, mas que eram partes de um todo, e que ao estudá-lo não poderíamos fragmentá-lo, por isso a necessidade da prática interdisciplinar para compreender o corpo humano.

Os conceitos desta teoria são compreendidos através de vários conceitos comuns, em que se destacam: a globalidade – uma mudança em uma parte afeta o todo; a não somatividade – o todo não é apenas a soma de suas partes; e a homeostase – a tendência à auto-regulação que se mantém.

Estes conceitos de sistemas proporcionam um fundamento teórico para compreender a família, que pode ser entendida como um complexo de elementos em mútua interação, possibilitando ver cada família como uma unidade e cada membro como um subsistema e um sistema. Ou seja, cada indivíduo assim como a família são tanto uma parte (quando visto como um subsistema) quanto um todo (quando visto como um sistema), sendo que não podem ser percebidos de maneira desarticulada (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Essas autoras, embasadas na TGS, apresentam cinco conceitos que norteiam a compreensão de família, são eles: 1) um sistema familiar é parte de um suprasistema mais amplo que, por sua vez, é composto de muitos subsistemas; 2) a família como um todo é maior que a soma de suas partes; 3) a mudança em um membro da família afeta todos da família; 4) a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade; 5) os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos sob um ponto de vista da causalidade circular e não linear.

Com isso, pensamos a família como esse todo, e seus membros as partes, sendo que qualquer situação que envolva um dos seus membros, afeta por inteiro essa família e o comportamento de seus membros. Ainda, a família é a principal fonte de apoio para seus integrantes.

Reiterando esse aspecto, Sala et al (2004) refere que do mesmo modo que a organização familiar interage com seus indivíduos, as famílias se inter-relacionam com outras famílias constituindo comunidades que também podem interferir nessa organização, tornando-se elemento protetor ou fragilizador de cada família.

Outra teoria que tem servido de base para o trabalho com famílias é a teoria de desenvolvimento da família, que tem como foco principal as mudanças significativas e padronizadas vivenciadas pelas famílias, enquanto se movem

através dos estágios da vida familiar, como por exemplo, o casamento, o nascimento dos filhos, a morte, etc. A família passa a ser vista como grupo social composto por indivíduos que interagem entre si, compondo uma unidade semipermeável, ocupando posições, desempenhando papéis sociais, criando normas para o viver em conjunto, construindo uma trajetória de vida e sujeita a regras e expectativas da sociedade em que se insere (HOFFMANN, et al, 2005).

Em estudo realizado com uma família na ESF, Manfrini e Boehs (2004) propuseram um roteiro de entrevista semi-estruturada para realizar uma entrevista familiar baseada na teoria de desenvolvimento da família. Conforme a proposta das autoras, a entrevista deve ser realizada no domicílio, preferencialmente com todos os membros, após um contato prévio e autorização da família. O roteiro é composto por perguntas abertas, permitindo que as pessoas discorram livremente sobre alguns aspectos referentes à estrutura e à dinâmica familiar, bem como o próprio conceito de família e os ciclos familiares vivenciados, e possibilita ainda a inclusão de novas perguntas no decorrer do processo de comunicação e interação dos profissionais-indivíduo-família, de acordo com as peculiaridades de cada uma.

Outros instrumentos mais comumente conhecidos e por vezes utilizados nas práticas profissionais na ESF são o genograma e o ecomapa, que são de fácil compreensão e utilização, porém requerem conhecimento prévio e disposição de tempo para a sua construção.

O genograma é um diagrama da estrutura familiar, representado por pelo menos três gerações, com informações relevantes como idade, patologias, nascimentos, óbitos, casamentos, divórcios, etc., e apresenta também os tipos de relações existentes entre os membros da família.

De acordo com Machado et al (2005), o genograma foi introduzido por Mendel para descrever as linhas de transmissão familiar de algumas patologias através das gerações. Posteriormente, seu uso ampliou-se, devido à necessidade de obterem-se informações capazes de reunir os antecedentes familiares e outras informações pertinentes, entendidas como fatores condicionantes para os agravos à saúde.

Para esses autores, o genograma vem sendo utilizado por profissionais da saúde da família, como um instrumento eficaz à abordagem familiar para evidenciar a dinâmica familiar e para avaliação de grupos de risco genéticos, comportamentais, ambientais, sociais entre outros. E embora o foco seja a família, ele traz consigo importantes informações individuais.

Portanto, esse instrumento não só é de abordagem familiar, mas, sobretudo de intervenção, dada a riqueza de dados que fornece, uma vez que contempla dois aspectos primordiais para estratégia saúde da família: o conhecimento da família – e de todo o contexto que a envolve - e da dinâmica familiar, e as características clínicas e epidemiológicas necessárias para ações de vigilância à saúde.

Machado et al (2005 p. 156), consideram que:

[...] ao trazer informações sobre a história de vida da família, o genograma enseja aos profissionais adotar estratégias direcionadas aos riscos identificados, propondo medidas e/ou programas de prevenção, considerando os problemas específicos, os recursos disponíveis, as famílias e suas redes de apoio.

Neste sentido, Athayde e Gil (2005) referem que o genograma permite à equipe de saúde acompanhar a família e seus membros ao longo de suas vidas, proporcionando a definição de ações capazes de promover a saúde.

Um estudo realizado com médicos das equipes de saúde do município de Londrina-PR, que objetivou descrever o uso do genograma após receberem capacitação para tal, os mesmos definiram como importante o conhecimento adquirido bem como a utilização dele em suas práticas, porém alguns médicos relataram como perda de tempo a aplicação desse conhecimento. E apenas um dos médicos capacitados adotou o genograma e o aplica de forma rotineira em sua prática. Mesmo aqueles profissionais que acreditaram ser viável seu uso, elencaram fatores que dificultam sua implementação, entre eles a falta de tempo; o elevado número de consultas; as condições inadequadas de trabalho (estrutura física, equipamentos de informática); as dificuldades burocráticas; a ausência do prontuário familiar; as dificuldades dos próprios pacientes em fornecer as informações; a organização do serviço que não está voltada para essa lógica e, o desinteresse da gestão em adotar essas práticas (ATHAYDE; GIL, 2005).

Pereira et al (2008) realizaram um estudo com coordenadores municipais de saúde da família e profissionais de equipes de saúde da família em quatro estados do Norte do país, com o objetivo de identificar o uso do prontuário familiar e genograma na ESF. Dos profissionais participantes, 26% relataram não utilizar o prontuário familiar e 70% desconheciam o genograma. Percebeu-se ainda que mesmo para os que referiram utilizar o prontuário, a concepção acerca deste instrumento era equivocada ou muitas vezes reducionista, percebendo-o apenas

como forma de reunir os prontuários dos membros da família em um mesmo local, sem fazer nenhuma avaliação ou intervenção na condição familiar. Porém, houve divergências na maioria das falas dos coordenadores da ESF, pois muitos afirmaram que as equipes de seus municípios trabalhavam ou estavam em fase de implantação do prontuário familiar e genograma, o que não se confirmou nas falas dos profissionais das equipes de saúde da família.

Vale ressaltar que o genograma deve ser construído juntamente com a família, permitindo um vínculo com esta e muitas vezes já identificando características do ambiente familiar, que são muitas vezes encobertas pelo convívio familiar. A partir de situações identificadas, a família juntamente com os profissionais da equipe traçam propostas de intervenções que julgam necessárias. Lembrando ainda, que o instrumento é dinâmico, ou seja, ele é modificado a todo momento, de acordo com as próprias alterações no núcleo familiar, já que indivíduos são seres humanos social e historicamente construídos, em constantes transformações.

O genograma ajuda a família a enxergar-se como parte de um todo e a compreender esse todo que tem participação ativa na determinação do processo de saúde-doença de seus membros. Possibilita ainda aos profissionais da equipe compreender que a família, além de uma unidade de cuidados é também forte promotora desses cuidados. Auxilia todos a terem uma visão mais ampliada dos padrões das relações familiares, percebendo-a em sua complexidade e totalidade, levando os profissionais a buscarem outras práticas no seu cotidiano de trabalho, além de estimular os membros da família no desenvolvimento da autonomia e o controle de suas próprias vidas (MACHADO et al, 2005; ATHAYDE; GIL, 2005).

O Ecomapa é parte do genograma e complementa-o. Este instrumento propõe uma representação das relações da família com outras pessoas, família, comunidade, etc. Auxilia o profissional a identificar como ocorrem as inter-relações familiares com outros sistemas e evidencia o que é mais próximo ou mais ausente de sua vida social.

Outros instrumentos que podem ser utilizados no trabalho com famílias é o F.I.R.O e o PRACTICE, que são instrumentos de origem Norteamericana, traduzidos para o uso em nosso país. Esses dois instrumentos têm sido abordados em cursos de especialização e residência em saúde da família, como por exemplo no curso de especialização em saúde da família ofertado aos

profissionais da ESF dos municípios do Estado de Mato Grosso (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2004).

O modelo F.I.R.O foi originalmente desenvolvido por Schuktz no estudo de grupos em um sistema social. Recentemente, Doherty e Colengelo adaptaram-o para estudos e terapias de famílias (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2004). É um instrumento de orientação da relação interpessoal que analisa a família a partir das dimensões de inclusão, controle e intimidade. O ponto inicial é a inclusão que deve ser compreendida nos níveis de estrutura do grupo, nas crenças que fornecem as diretrizes comportamentais do mesmo e os papéis a serem desempenhados por cada membro para harmonia do grupo. Estabelecido o tipo de controle baseando-se nessa inclusão, criam-se condições para o desenvolvimento da intimidade. Este instrumento fornece condições para perceber os significados dos diferentes processos que ocorrem no grupo em estudo, no caso a família, auxiliando na intervenção familiar (WAGNER et al, 2001).

Já o modelo PRACTICE, projetado por médicos da família, é um instrumento de acesso à família, como a conferência familiar. Comumente usada para organizar as informações obtidas junto à família, facilita o desenvolvimento da avaliação familiar, podendo ser usada para itens de ordem biológica, comportamental e de relacionamentos (SILVA; SANTOS, 2003).

Para essas autoras, este instrumento deve ser preenchido de forma objetiva, enfocando o que se necessita, enfatizando que nem todos os itens que compõem o PRACTICE devem ser registrados, mas apenas o que for específico para o caso. Serve como guia no contato com a família e é usado da seguinte forma: cada letra corresponde a um assunto a ser investigado e registrado. Segue a especificação de cada item possível de ser analisado:

P→ problema apresentado;

R→ papéis de cada membro da estrutura familiar.

A→ afeto, como a família se comporta diante do problema apresentado;

C→ tipo de comunicação dentro da estrutura familiar;

T→ fase do ciclo de vida em que a família se encontra;

I → história de doença na família, passado e presente;

C→ como os membros da família enfrentam o estresse da vida;

E→ quais os recursos que a família possui para enfrentar o problema em questão.

O PRATICE fornece informações essenciais para se conhecer a família, a dinâmica familiar e como esta lida com diferentes situações. Com isso, subsidia a abordagem e a intervenção familiar, necessárias para assistir a família.

Outros instrumentos também têm sido utilizados para abordagem e intervenção na família, como o MCAF e MCIF, que segundo Wright e Leahey (2002), foi adaptado a partir do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders em 1983, e se baseia em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança. O modelo é uma estrutura multidimensional que consiste de três categorias principais e suas subcategorias: a categoria estrutural (interna, externa e contexto), a de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e a funcional (instrumental e expressiva). O profissional decide quais subcategorias são relevantes e apropriadas para a exploração e avaliação junto a cada família e a cada momento que esta vive.

Para a avaliação estrutural, o MCAF propõe o genograma e o diagrama de vínculos como instrumentos para delinear as estruturas internas e externas da família. A categoria de desenvolvimento avalia o ciclo vital da família e as mudanças ocorridas através do diagrama de vínculos. A categoria funcional aborda as atividades familiares rotineiras e os aspectos de comunicação verbal e não verbal de seus membros, além de comportamentos, atitudes e valores adotados pela família (MACHADO et al, 2006).

Após a avaliação familiar se decide realizar ou não a intervenção, considerando o nível de funcionamento da família, o seu próprio nível de habilidade, e os recursos disponíveis. Os elementos do MCIF são intervenções, domínios do funcionamento familiar e ajuste ou eficácia. Enfoca a promoção, a melhoria, e sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Machado et al (2006), ao aplicar o Modelo Calgary em uma família no município de Marília-SP, em condições sócioeconômicas e de saúde desfavoráveis, verificaram que o modelo mostrou-se eficaz para lidar com a família, pois possibilitou uma visão ampla de suas condições, das relações internas e externas à família e da individualidade de cada um de seus membros. Para os autores, a identificação de pontos fortes nas relações familiares e em cada membro permite aos profissionais de saúde atuarem de forma mais consistente nas fragilidades existentes, bem como estabelecer ações de saúde mais efetivas.

Em um estudo realizado por Sala et al (2004), estes propuseram a construção de um cadastro ampliado da população adscrita de quatro equipes de saúde da família, com características microrregionais diferenciadas, no município de São Paulo-SP. Esse cadastro foi elaborado a partir de dados da ficha A, de outros agravos à saúde não presentes na ficha A, do Cartão Nacional de Saúde, e

das situações de risco à saúde e situações de violência. Em uma primeira seção estão os dados referentes ao domicílio e à família e em uma segunda seção os dados individuais.

No referido estudo, foram comparadas as informações colhidas no cadastro com a impressão mais subjetiva dos agentes comunitários de saúde e as possibilidades de diagnósticos com os dados da ficha A. O estudo mostrou que os dados considerados pelo SIAB, colhidos por meio da ficha A seriam suficientes para caracterizar as diferenças e iniquidades presentes em uma área adscrita de unidade de saúde. Alerta, porém, para o fato de que os coeficientes de agravos variam muito de um ACS para outro, mesmo quando consideradas microáreas com indicadores de situação de vida semelhantes. O desempenho individual do ACS e a sua facilidade em estabelecer relação amigável e de confiança com o morador que está sendo cadastrado podem determinar o resultado final deste perfil (SALA et al, 2004).

Observamos que este instrumento, o cadastro ampliado, oferece informações das características biológicas e das condições socioeconômicas de uma família, porém é ineficiente para apreender os diversos aspectos da estrutura familiar, compreender a dinâmica familiar e a influência destes aspectos em suas condições de vida.

Segundo Gil (2006a), a implementação na ESF de instrumentos e tecnologias como genograma, abordagem familiar, conhecimento do território e visita domiciliar poderia contribuir para mudar a perspectiva centrada no atendimento curativo individual e focalizada unicamente na doença. Para tanto, seria necessário rever o processo de trabalho dos profissionais e readequar os instrumentos de trabalho, de forma a priorizar novos aspectos e abordagens de acordo com os pressupostos da saúde da família.

Constatamos ainda a necessidade de incorporar novos conhecimentos e a aplicabilidade de estratégias no processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, modificando o cotidiano de suas práticas, bem como a percepção destas estratégias pelos gestores dos serviços de saúde.

Outro aspecto que merece atenção no processo de mudança no modo de assistir ao indivíduo e à família é a necessária transformação do modo de compreender o processo saúde-doença e o conceito de saúde que a população possui, haja vista que os serviços e os profissionais ficam reféns da consulta

médica como sendo a única (ou a mais importante) solução para todos os problemas de saúde da população (GIL, 2006a).

Percebemos o quanto é desafiante, seja para os trabalhadores, gestores, usuários, a incorporação em suas práticas de novos conhecimentos e conceitos no que se refere à saúde, para então compreender a utilização das estratégias e dos instrumentos aqui apresentados, como forma de sensibilização para uma mudança efetiva no modelo assistencial e na forma de assistir a família.

4 BASE METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2006b), a pesquisa exploratória se caracteriza por proporcionar maior familiaridade com o problema, e a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Para esse autor, as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as habitualmente utilizadas pelos pesquisadores preocupados com a atuação prática.

Por sua vez, “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações” (MINAYO, 2006, p. 57).

Optamos pelo estudo qualitativo por ser a abordagem que mais se identifica com o objeto de investigação em questão e que responde ao objetivo proposto de compreender como os profissionais das equipes de saúde da família percebem seu preparo para assistir à família.

4.2 Local de estudo

4.2.1 Caracterização do município

O município de Várzea Grande-MT apresenta uma área de 938 km², possui densidade demográfica de 17 hab./km², e está situado a uma altitude de 190 m, com clima tropical quente sub-úmido (VARZEA GRANDE, 2009).

A população estimada para o ano de 2008, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 237.925 habitantes (BRASIL, 2008b).

A estrutura organizacional formal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Várzea Grande está regulamentada pela Lei nº1710 de 1997, publicada no Diário Oficial da União em 13/ 01/ 1997 (VÁRZEA GRANDE, 2009).

A Lei Municipal nº. 2628 de 19 de novembro de 2003 aprovou o novo organograma e competências do quadro administrativo da SMS. Assim, a estrutura funcional da secretaria, a direção superior é composta pelo Gabinete do Secretário, apoiado por uma Assessoria Especial, e do Subsecretario. A Fundação de Saúde de Várzea Grande (FUSVAG), mesmo se constituindo em uma unidade de administração indireta, encontra-se vinculada diretamente ao Secretário de Saúde. Neste nível hierárquico, também está o Conselho Municipal de Saúde, instância institucionalizada para o exercício do controle social, reforçado pela Ouvidoria (VÁRZEA GRANDE, 2009).

O nível intermediário da estrutura organizacional contempla duas Superintendências: Técnica e de Gestão. Vinculadas à Superintendência Técnica encontram-se oito Diretorias, a saber: de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; de Saúde Bucal; de Atenção Básica; de Vigilância em Saúde; de Educação em Saúde; de Vigilância Ambiental; do Laboratório Central e do Centro de Reabilitação. Do mesmo modo, a Superintendência de Gestão está composta por cinco Diretorias: de Recursos Humanos; de Planejamento; de Controle e Avaliação; Administrativa e Financeira; Comunicação e Informação. Algumas Diretorias ainda se desdobram em Gerências e outros cargos de direção, no nível central ou dos serviços de saúde (VÁRZEA GRANDE, 2009).

O município foi habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde SUS 01 /02, em 05 de dezembro de 2003 – Portaria nº 2307 (NOAS/ SUS – 01 /02) (VÁRZEA GRANDE, 2009).

A rede assistencial de saúde do município está assim constituída:

- ✓ 06 centros de saúde, sendo 4 com consultórios odontológicos;
- ✓ 05 policlínicas;

- ✓ 01 centro de especialidades médicas com um consultório odontológico;
- ✓ 08 USF, com um total de 20 equipes;
- ✓ 06 pólos do PACS contando com 90 ACS;
- ✓ 09 consultórios odontológicos, sendo 02 em unidades de saúde da família e 07 em policlínicas e postos de saúde.
- ✓ 02 laboratórios de apoio diagnóstico localizados no Centro de Especialidade Médica e no Hospital e Pronto Socorro Municipal;
- ✓ 1 laboratório central de apoio diagnóstico que atende as policlínicas e USF
- ✓ 02 Centros de Atenção Psicossocial;
- ✓ 06 Centros de Testagem e Aconselhamento;
- ✓ 01 Serviço de Assistência Especializada em DST/HIS/Aids;
- ✓ 02 Unidades de Radiodiagnóstico em uma policlínica e no centro de especialidades médicas;
- ✓ 01 Centro de Controle de Zoonoses;
- ✓ 01 Centro de Doenças Tropicais;
- ✓ 01 Hospital e Pronto Socorro Municipal, com 138 leitos e um consultório odontológico para urgências;
- ✓ 01 Unidade de Reabilitação;
- ✓ 01 Central de Regulação;
- ✓ 01 Farmácia Popular;
- ✓ 03 Hospitais privados com leitos conveniados ao SUS.

O município implantou o PACS em 1997, tendo como principal objetivo levar ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, às necessidades e demandas das comunidades. A implementação evoluiu de forma gradual até 2001 e, a partir de 2002, manteve-se estável. A ESF foi implantada em Várzea Grande em 2001 com 03 equipes, sendo inicialmente priorizadas as áreas periféricas urbanas sem serviços de saúde com população de baixa renda, risco social e epidemiológico (VARZEA GRANDE, 2009)

Atualmente o município conta com 8 USF, perfazendo um total de 20 equipes. Destas unidades, somente 5 estão inseridas no CNES como USF, totalizando 14 equipes (BRASIL, 2009b).

De acordo com os dados do SIAB, no consolidado das famílias cadastradas no ano de 2008, o município de Várzea Grande possuía 14.955

famílias cadastradas, correspondendo a uma população total de 58.204 pessoas, sendo 29.368 do sexo feminino e 28.836 do sexo masculino, resultando em uma cobertura de 24,5% da população total do município (VÁRZEA GRANDE, 2009).

Em relação às condições de vida da população assistida pela ESF, o tipo de casa em que a comunidade mora é predominantemente de tijolo (92,58%). O abastecimento de água é realizado, em sua maioria, pela rede pública (76,17%); e 93,72% das famílias possuem energia elétrica. O sistema de esgoto é responsável por somente 15,79% do destino dos dejetos, enquanto que, 80,36% são coletados em fossas e os restantes 3,84% lançados a céu aberto; o lixo é coletado em 83,86% dos domicílios. Verificou-se ainda que, o acesso ao sistema de ensino pode ser considerado como “bom”, na medida em que 74,27% das crianças de 7 a 14 anos estão na escola e a população de 15 anos e mais refere ser alfabetizada (91,7%). As doenças referidas de maior frequência são: hipertensão arterial (6,68%); diabetes (1,30%), deficiência física ou mental (0,85%) e alcoolismo (0,50%) dos casos (VÁRZEA GRANDE, 2009).

O relatório do SIAB mostra que houve uma redução quantitativa das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do referido município entre os anos de 2005 a 2008. O total geral de consultas médicas realizadas no ano 2008 foi de 33.934 (redução de 22% em relação ao ano anterior), correspondendo a 0,58 consultas habitante/ano. Considerando a distribuição do número de consultas, segundo faixa etária, proporcionalmente os menores de um ano foram os que mais necessitaram de atendimento médico (10,7 consultas/ano) (VÁRZEA GRANDE, 2009).

Em relação ao tipo de atendimento (médico e de enfermeiro), a hipertensão arterial aparece como a principal doença atendida por estes profissionais; em segundo lugar, o pré-natal e em terceiro os atendimentos em puericultura. Neste contexto, chama a atenção o baixo número de exames de prevenção do câncer uterino realizado (2.024), na medida em que para esta ação a população feminina prioritária (de 20 a 59 anos) totaliza 16.524 mulheres (VÁRZEA GRANDE, 2009).

No ano de 2008 foram realizados pelo enfermeiro, 16.301 atendimentos individuais (redução de 21,3% em relação ao ano anterior) e 2.261 visitas domiciliares do médico e enfermeiro. Segundo o relatório de produção gerado pelo SIAB, foram realizadas 127.034 visitas domiciliares, resultando em 0,81 visita/família/mês. Deste total, 94% das visitas foram realizadas pelo ACS;

2,1% pelos profissionais de nível médio e 1,8% pelo médico e enfermeiro (VÁRZEA GRANDE, 2009).

4.2.2 Caracterização das Unidades de Saúde da Família estudadas

Das 8 USFs do município, foram selecionadas como locais de estudo as 5 USFs Família inseridas no CNES no período de julho de 2009. A escolha dessas unidades deveu-se ao fato de as mesmas estarem cadastradas no CNES como unidades de saúde da família, desenvolverem atividades da ESF e alimentarem o SIAB, o que garante o repasse de verbas do Ministério da Saúde para o município manter a estratégia em funcionamento.

Essas USFs desenvolvem atividades de recepção, registro e agendamento de consultas; ações individuais e/ou coletivas de prevenção à saúde; consultas médicas e/ou de enfermagem; procedimentos e cuidados de enfermagem (imunizações, inalações, curativos, dispensa e administração de medicamentos, educação em saúde); coleta de material para exames laboratoriais; atendimento médico, de enfermagem e de odontologia em urgências básicas; e a realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e casos de maior complexidade. Visando preservar o anonimato das USF estudadas, identificaremos as mesmas somente por número (1 a 5), como demonstra a seguir:

1) Unidade de Saúde da Família 1, localizada no bairro Vila Artur conta com 03 equipes de saúde da família com 01 enfermeiro, 01 médico generalista, 02 técnicos de enfermagem e 07 ACS em cada equipe. No apoio são 04 técnicos administrativos e 02 funcionários de serviços gerais e 01 gerente. A estrutura física da unidade é constituída por sala de curativo, sala de vacina, farmácia, consultório odontológico, 03 consultórios médicos, 03 consultórios de enfermagem, 02 salas de pré-consulta, sanitário dos funcionários, sanitário coletivo, copa, sala de educação em saúde, sala de coleta de colpocitologia oncológica com banheiro privativo, corredores e recepção.

2) Unidade de Saúde da Família 2, localizada no bairro Água Vermelha, integra também 02 equipes, compostas cada equipe por 01 médico, 01 enfermeira, 06 agentes e 02 técnicos de enfermagem. No apoio são 02 técnicos administrativos e 02 funcionários de serviços gerais e 01 gerente. Conta com

estrutura física composta por: recepção, copa, sala de vacina, sala de curativo, expurgo, sala de nebulização, 02 salas de enfermagem, sala de espera, 02 consultórios médicos, sala de pré consulta, farmácia e 02 sanitários para funcionários e usuários.

3) Unidade de Saúde da Família 3, fica localizada no bairro São Matheus. Possui 03 equipes compostas cada uma por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 07 agentes de saúde. No apoio são 03 técnicos administrativos e 02 funcionários de serviços gerais e 01 gerente. A estrutura física contém: sala de reuniões, 02 sanitários para funcionários, 02 sanitários para usuários, sala de pré consulta, sala de espera, 02 salas para consulta médica, 02 salas de enfermagem, 01 farmácia, sala de coleta de material para exames, sala de curativo e aerosol;

4) Unidade de Saúde da Família 4, localizada no bairro Unipark, é composta por 03 equipes de saúde da família, sendo que cada uma possui: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 06 ACS. No apoio há 02 técnicos administrativos, 01 gerente e 02 funcionários de serviços gerais. A estrutura física é dividida em 03 consultórios médicos, 01 sala de espera, 01 sala de curativo, 01 sala de nebulização, 01 sala de pré consulta, 01 sala da gerência, recepção, 01 farmácia, 02 banheiros para funcionários, 02 banheiros para os clientes, 01 sala de vacina, 01 copa, 01 sala para expurgo e 01 sala para materiais esterilizados ;

5) Unidade de Saúde da Família 5, localizada no Bairro da Manga, é constituída por 03 equipes de saúde da família, composta cada uma por: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. No apoio são 04 técnicos administrativos e 02 funcionários de serviços gerais e 01 gerente. A estrutura física é dividida em 03 consultórios médicos, 03 salas da enfermagem, 01 sala de curativo, 01 sala de nebulização, 01 sala de pré consulta, 01 sala da gerência, recepção, 01 farmácia, 02 banheiros para funcionários, 02 banheiros para os clientes, 01 sala de vacina, 01 copa e 01 expurgo.

4.3 Sujeitos do estudo

Foram sujeitos do estudo médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e ACS das 14 equipes de saúde da família das 5 USFs incluídas no CNES, sendo que cada equipe possui, em média, 10 profissionais (1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos em enfermagem e 6 ACS).

Foi utilizado como critério de inclusão profissionais que estavam na equipe há mais de 12 meses em atuação no momento da coleta de dados. Após a adoção destes critérios, restaram 95 assim distribuídos:

- ✓ Das catorze equipes, havia somente sete médicos. Destes sete, um estava afastado temporariamente, dois atuavam a menos de 12 meses, três não aceitaram participar do estudo, o que resultou na participação de apenas um médico.

- ✓ Dos catorze enfermeiros, dois não aceitaram participar do estudo, totalizando doze enfermeiros.

- ✓ Dos vinte e oito técnicos em enfermagem, dois não aceitaram participar e oito estavam afastados temporariamente, totalizando dezoito técnicos de enfermagem

- ✓ Dos oitenta e quatro ACS, vinte estavam afastados temporariamente, totalizando sessenta e quatro ACS.

O número total de participantes também foi determinado pela saturação dos dados, método qualitativo de amostragem que discrimina a quantidade de sujeitos a partir da necessidade de informações, ou seja, até o ponto em que nenhuma informação nova é obtida e a redundância é atingida (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo a saturação dos dados se deu quando os discursos dos grupos focais começaram a se repetir. Com isso, a amostra final deste estudo foram 62 profissionais de 8 equipes de saúde da família.

4.4 Coleta de dados

Previamente ocorreu o contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande-MT, através da Superintendência Técnica de Saúde, visando a autorização para a entrada em campo bem como conhecer as características da rede de serviços de saúde do município, tendo como foco as USF e as equipes de saúde da família.

Após esse primeiro contato e autorização da SMS, foram realizadas visitas de aproximação com as unidades de saúde da família e as respectivas equipes. Esse contato inicial visou ao reconhecimento do ambiente onde seria realizado o estudo, bem como conhecer e criar vínculos de empatia e confiança com os profissionais. Após a autorização do gerente da unidade de saúde da família, fizemos contato com os profissionais para agendamento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e uma acadêmica de enfermagem bolsista de iniciação científica, no período de julho de 2009 a outubro de 2009, e efetivada através da técnica de grupo focal.

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista realizada em pequenos grupos. Deve ser aplicada mediante um roteiro sob a coordenação de um moderador (MINAYO, 2006).

Para Minayo (2007, p. 69), a técnica em grupo focal:

Tem a qualidade de permitir a formação de consensos sobre determinado assunto ou de cristalizar opiniões díspares, a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária.

Segundo essa mesma autora, a técnica tem sido cada vez mais utilizada em pesquisa qualitativa e para operacionalizá-la são necessários um moderador e um observador. O primeiro tem papel de focalizar o tema e direcionar a entrevista, e o segundo, além de auxiliar nos aspectos organizacionais, tem o papel de registrar o processo criativo e interativo.

No momento da coleta de dados a pesquisadora realizou o papel de moderadora e uma acadêmica de enfermagem bolsista de iniciação científica foi preparada para realizar o papel de observadora, sendo responsável também pela manipulação do gravador.

Essa técnica foi escolhida por ser considerada uma ferramenta capaz de criar condições para que o encontro dos profissionais das equipes de saúde da família permitisse uma discussão aprofundada em que cada participante de forma espontânea explicasse suas ideias e posições acerca das questões levantadas pelo pesquisador.

A técnica do grupo focal possibilita, assim, explorar aspectos subjetivos e, por isso mesmo, apresenta aderência ao objeto de estudo, permitindo acompanhar o constante movimento de renovação que se manifesta nos sujeitos,

em termos de sua cultura, crenças, valores, ideologia, interesses, modo de realizar sua prática e comportamentos frente a determinadas situações.

Considerando que para a aplicação dessa técnica é importante que os encontros sejam planejados cuidadosamente, garantindo ampla participação dos sujeitos da pesquisa na definição dos critérios de funcionamento do grupo, desde horários e locais de reunião, observando os detalhes como ventilação, iluminação e espaço para a realização da técnica, de maneira a assegurar conforto, facilidade de acesso e ambiente adequado (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Assim, as datas e horários das entrevistas foram definidos pelos profissionais das equipes, respeitando a disponibilidade dos mesmos. Os dias escolhidos coincidiram com os dias de reuniões das equipes, na maior parte das vezes no período vespertino. Apenas com duas equipes os encontros se deram no período matutino.

O grupo focal foi realizado com os profissionais das equipes selecionadas, sendo que a média de participantes foi de 8 pessoas por grupo. Teve duração em média de 2 horas cada e o local foi a própria unidade de saúde da família onde atuam os profissionais em questão e esta foi gravada com a autorização dos sujeitos pesquisados com posterior transcrição na íntegra.

Os estudiosos do funcionamento de grupos focais propõem uma metodologia que visa sistematizar as decisões durante a reunião. Assim foi preparado um roteiro para os encontros, que contemplou os seguintes passos:

- 1º momento: a pesquisadora se apresentava, explicava para o grupo os objetivos do estudo e a participação voluntária no mesmo e pedia permissão para gravar as falas dos profissionais, reforçando os aspectos éticos da pesquisa.

- 2º momento: Após a autorização, a pesquisadora explicava como seria conduzido o grupo focal e inicia a apresentação de todos os participantes que diziam o nome, profissão e a quanto tempo atuavam naquela equipe de saúde da família.

- 3º momento: a pesquisadora apresentava as questões do roteiro norteador.

- 4º momento: iniciava efetivamente o grupo focal, a pesquisadora ia conduzindo os questionamentos e a observadora controlava o ambiente e o gravador e fazia as anotações pertinentes sobre os dados dos participantes.

As sessões do grupo focal foram realizadas tendo como referência um roteiro norteador (Apêndice 1) com questões que contemplavam o objetivo da

pesquisa, abordando aspectos referentes ao preparo e suporte/apoio dos profissionais das equipes para atuar junto às famílias na ESF.

4.5 Organização e análise dos dados

Os dados coletados nas entrevistas do grupo focal foram tratados através da técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin (1977), e organizada por outros autores como Minayo (2006) e Gomes (2007).

Bardin (1977) refere que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas, que possui diferentes maneiras para se analisar, como: análise de avaliação ou representacional; análise de expressão; análise de enunciação e análise temática. Neste estudo, a análise de dados foi feita através da análise temática.

Para Gomes (2007), na análise temática o conceito central é o tema, que comporta um feixe de relações e pode ser apresentado através de uma palavra, frase ou resumo.

De acordo com Bardin (1977, p. 105) “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura”.

Para essa autora, fazer uma análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, cuja presença ou frequência possua algum significado para o objeto analítico visado.

Segundo Gomes (2007) a análise de conteúdo temática apresenta as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Na fase de pré-análise, foi feita a ordenação dos dados coletados como a transcrição dos discursos dos sujeitos pesquisados que foram gravados durante a entrevista de grupo focal. Posteriormente, realizou-se uma leitura compreensiva e exaustiva do conjunto de material selecionado visando à impregnação pelo conteúdo. Essa leitura objetivou conhecer o conjunto de dados, apreender as particularidades, elaborar pressupostos iniciais para nortear a análise e interpretação, escolher formas de classificação inicial e determinar os conceitos teóricos que seriam utilizados na análise (GOMES, 2007).

Cabe lembrar que essa etapa foi realizada concomitante à coleta de dados, ou seja, logo após cada entrevista, evitando assim distanciar o período entre a coleta e a análise do material.

Seguindo as orientações de Gomes (2007), na fase de exploração do material, os trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise foram distribuídos pela classificação definida na fase anterior. Depois foi feita uma leitura dialogando-se com as partes do texto já analisados; identificando-se através de inferências os núcleos de sentido apontados. Os núcleos de sentidos foram interpretados de acordo com os questionamentos iniciais. Posteriormente, os diferentes núcleos de sentido foram analisados para identificar temáticas mais amplas; reagrupando as partes do texto por temas encontrados. Por fim, uma redação por tema foi elaborada, de modo a articular os sentidos do texto e os conceitos teóricos que orientaram a análise.

Bardin (1977, p. 117) considera a categorização como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos.”

No processo de categorização, como orienta Gomes (2007), é adotada a inclusão dos elementos significativos de acordo com as questões de estudo e o referencial teórico construído (exaustividade); recorte do material com exclusividade, ou seja, não o inserindo em mais de um tema ou sub-tema; e considerou sua representatividade no universo das categorias.

Na etapa final, a interpretação, em si, foi realizada a síntese interpretativa, dialogando as categorizações emergidas com os objetivos e pressupostos da pesquisa, à luz do referencial teórico adotado neste estudo (MINAYO, 2006; GOMES, 2007).

Diante desse processo de análise, os núcleos de sentidos foram agrupados nas seguintes categorias temáticas:

- 1) Lacunas na formação dos profissionais de saúde da família para o trabalho com famílias;
- 2) A educação permanente em saúde no preparo dos profissionais para atuar na estratégia saúde da família;
- 3) A visita domiciliária como tecnologia para assistir à família;
- 4) Limites e possibilidades no trabalho com famílias na ESF.

As falas dos entrevistados foram identificadas por “Entrevistado Grupo focal 1 a Entrevistado Grupo focal 8”, equivalendo a numeração as 8 equipes

que participaram do estudo. Essa numeração não reproduz a sequência das entrevistas e nem tampouco a identificação das equipes de saúde da família no município.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa seguiu rigorosamente os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996b). Para tal, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso e aprovado pelo Parecer nº 682/2009 (ANEXO1).

O estudo foi autorizado, através de ofícios, pela superintendente técnica de saúde da SMS de Várzea Grande-MT que coordenada as ações da atenção básica e ESF no município. Após a autorização da SMS, houve a autorização de cada gerente das 5 unidades de saúde da família estudadas.

Os sujeitos do estudo participaram voluntariamente da pesquisa e registraram seu aceite no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). Foi-lhes garantido o anonimato, assegurando-lhes a liberdade e o direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Lacunas na formação dos profissionais de saúde da família para o trabalho com famílias.

Nesta primeira categoria, discutiremos os aspectos referentes à formação dos profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos) e de nível técnico (técnicos de enfermagem). Não adentraremos na formação dos ACS, pois sabemos que ainda não há uma formação específica para atuar como ACS.

Atualmente existe o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde e coordenado pelas secretarias estaduais de saúde, porém este curso ainda é realizado de forma esporádica e fragmentada, ou seja, alguns municípios iniciaram e não concluíram e muitos nem oferecem o curso, portanto não há uma exigência de formação para atuar como ACS. Os ACS que fazem parte do estudo referiram que não tiveram acesso a este curso.

A legislação que rege o exercício profissional do ACS refere que o mesmo tenha o ensino fundamental completo e conclua o curso de qualificação básica, porém não define o que esse curso aborda (BRASIL, 2002).

A formação dos profissionais de saúde é alvo de preocupações e debates há algumas décadas, com maior ênfase a partir de 1980, impulsionada

pelo movimento da reforma sanitária e a implantação do SUS. Foi principalmente no âmbito das CNS, que se iniciaram as discussões acerca desta questão, tendo continuidade mais tarde nas CNRHS, criada em 1986, em que o tema formação profissional e preparo para atuar no cenário de saúde, sempre foi alvo desses encontros, além da luta por melhores condições de trabalho e valorização dos profissionais de saúde.

Na década de 1990, com a implantação do PSF e sua consolidação enquanto estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde na atenção básica, essa preocupação ficou ainda mais evidente, pois até então a formação dos profissionais de saúde não incluíam esse direcionamento. Os profissionais lançados no mercado não estavam preparados para atuar no contexto da estratégia saúde da família, com isso a necessidade de se rever a formação desses profissionais.

Com a LDB e as DCNs para os cursos da saúde, houve um pequeno avanço no que se refere à formação dos profissionais de saúde para atuarem no contexto do SUS. Para Mardsen (2009), apesar das DCN para os cursos da saúde apontarem para a necessidade da formação priorizar no ensino os princípios e diretrizes do SUS, bem como preparar o aluno para trabalhar neste cenário, na realidade este ainda é um desafio para a maioria das instituições formadoras.

As complexas demandas do SUS e a consolidação da ESF vinculadas à garantia da integralidade da atenção, da humanização da assistência, da construção da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, representam a urgente necessidade de rompimento na formação dos profissionais de saúde ainda centrada na abordagem médico-hegemônica que vem determinando a preparação dos profissionais e as práticas de saúde no âmbito dos serviços (COSTA; MIRANDA, 2009).

Para atender as demandas de preparo para atuação na ESF, é necessária uma real articulação entre ensino-serviço e outros órgãos, bem como, a implementação da EPS como estratégia de transformação da formação e práticas em saúde (MARDSEN, 2009).

Mas o desafio de mudanças na formação, para que haja uma real transformação nas práticas de saúde e no modo de fazer saúde ainda está imposto. Pois, muitos profissionais que estão atualmente atuando no SUS e na ESF não foram preparados para atender as necessidades desse contexto de saúde, isso

pelo fato da sua formação ter ocorrido antes do início das mudanças nos currículos da área da saúde, como referem os entrevistados a seguir:

“Não, porque na época quando eu graduei, não existia o PSF ainda, logo após surgiu (o PSF) [...]” (Entrevistado Grupo Focal 1).

“No meu caso não, a minha graduação foi aquela mais tradicional, eram matérias mais específicas. A reformulação do currículo aconteceu depois que eu entrei na faculdade, então eu não tenho formação nenhuma de PSF” (Entrevistado Grupo focal 2).

Quando ouvimos os discursos dos profissionais de saúde que se formaram posteriormente à implantação da ESF, a grande maioria relata que apesar de ter recebido informações e conhecimentos acerca da ESF na graduação, não foram abordados alguns aspectos essenciais para a atuação na estratégia, incluindo, o trabalho com famílias.

Percebemos ainda que, mesmo com alguns investimentos na formação, com a inserção de conteúdos que abordam o SUS e a ESF, o ensino ainda é muito fragmentado, não englobando aspectos essenciais para se trabalhar nesse cenário e principalmente para que ocorram mudanças no atual modelo de atenção à saúde.

Os excertos dos discursos dos sujeitos evidenciam os limites da graduação no preparo dos profissionais para o trabalho com famílias.

“Não muito, era voltado (o ensino) para assistência mesmo e pouco voltado para atenção com famílias, muito pouco, foi mais individualizado” (Entrevistado Grupo focal 4).

“Muito pouco, eu acho. Porque nós fizemos pouco estágio, nós fizemos mais as visitas (domiciliar) na graduação” (Entrevistado Grupo focal 6).

“A minha formação não era assim, na faculdade a gente vê o básico, todos os estágios que eu tive, que foram em PSF e posto de saúde, trabalhei muito pouco, assim, a gente fazia visita, só que hoje, eu vejo que aqui na prática faltou muita coisa. A gente aprende no dia-a-dia mesmo. (...) O foco principal era mais a parte administrativa (no PSF) que a gente fazia, a gente até fazia visita (domiciliar) também, mas o foco mais assim, era a parte administrativa (Entrevistado Grupo focal 5).

Apesar de a VD ter sido vista durante a graduação/formação por alguns profissionais, o simples fato de realizar tal atividade não sugere que se tenha trabalhado com o conceito ampliado de saúde com a família no domicílio.

Muitas vezes a visita é feita com uma abordagem curativa, ou com intervenções voltadas somente para um dos membros, sem nenhum retorno às necessidades daquela família.

A abordagem interdisciplinar no trabalho em equipe raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação (BRASIL, 2007b).

Para Mardsen (2009) a formação dos profissionais de saúde ainda está vinculada ao modelo de saúde hegemônico, lançando no mercado profissionais despreparados para o trabalho interdisciplinar. Os profissionais possuem uma dificuldade de trabalhar com a integralidade das ações em saúde, e limitam-se às demandas impostas no dia-a-dia do seu trabalho.

A orientação predominante na formação das diversas profissões na área da saúde ainda é alheia à organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, apresentando pouca ou nenhuma relação com a realidade social e epidemiológica da população. Além disso, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados (BRASIL, 2007b).

Quando retomamos os discursos dos profissionais percebemos que alguns deles receberam durante a graduação o embasamento teórico acerca dos fundamentos da ESF, além das atividades práticas, para lhes dar o suporte necessário para atuar neste contexto.

“Na minha graduação, do 3° ao último ano da faculdade, fizemos vários estágios voltados para o Programa Saúde da Família tanto na prática como na teoria. No último ano da graduação nós escolhíamos, tínhamos que saber tanto da assistência em hospital quanto das práticas nos programas de saúde da família” (Entrevistado Grupo focal 4).

*“Bom, na minha graduação eu tive o preparo né!, e no último semestre da faculdade durante um mês no internato rural em Poconé, eu trabalhei no PSF atuando como enfermeira mesmo.”
“[...] eu consegui absorver bastante coisa, desde o 7° semestre eu tive no PSF de Cuiabá mesmo em estágio, e em Poconé, por que lá a unidade ficou por minha conta assim, eu que tive que fazer todo o trabalho é [pausa] pré-natal, puericultura, relatório, então assim, eu saí já pronta pra trabalhar em PSF, tanto que eu me formei, eu fui pro interior, trabalhei em PSF, aí voltei pra cá” (Entrevistado Grupo focal 2).*

As falas evidenciam também que as atividades práticas em cenário da atenção básica e na saúde da família se dão principalmente nos últimos semestres dos cursos de graduação.

Segundo Garcia et al (2004), as mudanças na formação dos profissionais de saúde remetem à transformação nos currículos, inserindo o aluno cada vez mais cedo nos cenários de práticas de saúde, em especial na atenção básica, relacionando o conhecimento da assistência à saúde do SUS à realidade vivenciada por ele. A inserção inicial na atenção básica se deve ao fato desta ocupar uma posição estratégica no atual sistema de saúde brasileiro, sendo a porta de entrada para o mesmo. Este cenário possibilita ao aluno uma visão ampliada do processo saúde-doença pela proximidade com os usuários e com as reais necessidades de saúde da população.

Quando discutimos a formação do profissional da saúde para atuar na ESF logo nos vem à mente o perfil que este profissional deve possuir para atender às necessidades de saúde presentes neste contexto.

A formação deste profissional não pode se centrar apenas na clínica específica, mas deve contemplar conhecimentos e habilidades que possibilitem dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, além do recorte do seu corpo biológico, deve abranger também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas. É possível que a formação acadêmica tradicional recebida pela maioria dos profissionais durante seus cursos de graduação, baseada em modelos estáticos e currículos rígidos e pouco conectados com as reais necessidades da população, seja fator de insegurança para a realização de suas atividades no âmbito da ESF. Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação (CAMELO E ANGERAMI, 2008).

Já em relação à formação dos profissionais de enfermagem de nível médio (técnicos em enfermagem), a preocupação com o preparo para atuação na ESF não deve ser menor.

A Resolução 04/1999 da Câmara de Educação Básica que instituiu as DCN para os cursos técnicos na área da saúde, prevê que o ensino seja capaz de compreender as ações integradas de proteção e prevenção, educação, recuperação e reabilitação referentes às necessidades individuais e coletivas, visando à promoção da saúde, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico hospitalar. A atenção e a assistência à saúde devem abranger

todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica (BRASIL, 1999a).

E de acordo com essa DCN são estabelecidas ao profissional técnico em enfermagem o desenvolvimento, dentre outras, das seguintes competências (BRASIL, 1999a, p. 18):

prestar cuidado integral de enfermagem a pacientes, hospitalizados e em domicílio, que apresentam alterações clínicas dos sistemas cardíaco-respiratório, gastro-intestinal, genitourinário, endócrino e neurológico, nas diferentes fases do ciclo vital; prestar cuidado integral à mulher hospitalizada e em domicílio, durante o parto e puerpério, E ao recém-nascido, em condições normais; prestar cuidado integral à mulher hospitalizada e em domicílio, na gestação, parto, puerpério e ao recém-nascido, em situação de risco.

Apesar de as diretrizes curriculares preverem que o profissional técnico deva ter compreensão de um conceito ampliado de saúde, na perspectiva de uma atenção integral a indivíduos e comunidades, quando se detém o olhar para as competências que deverão ser desenvolvidas nesse profissional, percebe-se que estas caminham para uma atenção fragmentada, curativa, focada na doença e dividida em momentos pontuais do ciclo de vida do indivíduo e nas necessidades de cuidados.

Quando detemos o olhar aos relatos das entrevistas com os técnicos em enfermagem observamos que no processo de formação eles têm menos oportunidades e contato com a ESF, quando comparados aos profissionais de nível superior. Os discursos dos entrevistados reforçam esses aspectos, e reafirmam também que, apesar do contato durante a formação com os aspectos conceituais da ESF, isso não lhes deu o preparo suficiente para o trabalho que realizam hoje nas unidades de saúde da família.

“Não, não foi aquele preparo né!” “Bom eu tive a matéria, de saúde coletiva, mas assim, eu acho que foi muito pouco, nós não vimos tanto sobre o que é o PSF” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Não, no curso técnico não, porque na verdade eu fiz auxiliar em 1986, depois eu só fiz a complementação do técnico em 2002. E já fiz também porque assim, eu já estava no PSF [...] como é complementação [...] o técnico de enfermagem ele tem mais coisas do que quem tem só a complementação. Como eu fiz só a complementação, eu vi mais UTI, essas coisas” (Entrevistado Grupo focal 1).

“Bom, eu tive só a matéria de saúde coletiva no curso técnico, fizemos também estágio em uma casa de apoio próximo à Avenida Beira Rio. A matéria que eu tive e a experiência só foi essa. E quando eu fiz os estágios, não fui a nenhum PSF, somente policlínicas e hospital mesmo. Esta matéria que eu tive foi somente uma aula, nesta casa de apoio. Só isso” (Entrevistado Grupo focal 4).

“Eu, por exemplo, no técnico eu vi só no papel (teoria), sobre trabalhar com família né!” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Trabalhou, assim, um pouco, visita né! A gente ia, o médico ia também fazer a visita (domiciliar)” (Entrevistado Grupo focal 5).

Para Wermenlinger (2007), tendo em vista a complexidade do campo da saúde, do universo de conhecimentos e dos saberes e práticas que a área reúne, é de difícil aplicação essa complexidade na formação de técnicos de nível médio, considerando o tempo reduzido de formação.

Ainda para essa autora, as iniciativas de mudanças nos currículos parecem estar sendo mais efetivas nos cursos de graduação da área da saúde do que nos cursos técnicos, em especial do técnico em enfermagem, pois observa-se que as competências desenvolvidas por este profissional, ainda estão centradas na atuação hospitalar e no modelo hegemônico de atenção à saúde.

O desafio posto pela realidade é adequar a incorporação tecnológica à estrutura de necessidades de saúde, redefinindo o papel do hospital na organização da atenção - valorizando a atenção ambulatorial e domiciliar, articulando a demanda espontânea a uma oferta organizada de serviços e utilizando o saber epidemiológico e social na realização das práticas de saúde. Mais que uma disputa de paradigmas, trata-se de adotar medidas concretas no sentido de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em saúde, superando a ênfase exclusiva na assistência médico-hospitalar. Assim, a atenção à saúde - e não apenas a assistência médica, envolverá novos âmbitos físicos de atuação profissional (estabelecimentos de saúde, domicílios, escolas, creches, fábricas, comunidade etc.) e outros processos de trabalho como a atenção à família e vigilância à saúde (BRASIL, 1999a).

Dois entrevistados relataram que tiveram um contato maior com a teorização sobre o ESF durante sua formação técnica, tendo em vista que naquele momento estes profissionais foram “presenteados” com um curso, no qual, um de seus professores era instrutor de um curso na secretaria estadual de saúde e inseriu os alunos do curso técnico em enfermagem em uma capacitação para os profissionais de saúde que já estavam atuando na ESF.

“No meu curso técnico eu tive a matéria de saúde coletiva, ela também trata isso da saúde da família. Foram seis meses, essa disciplina [...] Falou, comentava muito sobre, principalmente porque foi em 2003, o PSF estava assim, em alta, criação. Então a professora, falava muito do PSF” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Olha, era trabalhado em cima do que a gente via em campo, a gente acabava vendo e discutindo em sala de aula. Inclusive, um dos nossos monitores foi nosso professor, trabalhava junto conosco lá em Chapada (cidade de Chapada dos Guimarães) na época, então ele acabou trazendo todo mundo de lá para fazer o treinamento em PSF” (Entrevistado Grupo focal 1).

No que se refere à formação após a graduação, alguns profissionais realizaram cursos de pós-graduação *lato sensu*. Destes, alguns se especializaram em áreas diferentes da saúde da família. Aqui discutiremos apenas aqueles que realizaram especialização em saúde pública ou saúde da família, tendo em vista que estes cursos devem fornecer ao aluno um aprendizado específico para atuação no contexto do SUS e em especial na estratégia saúde da família, por ser este o atual modelo orientador da atenção básica em nosso país.

O excerto a seguir evidencia que para o profissional o curso de especialização na área de saúde pública não abordou muito a ESF.

“Então, eu me especializei em saúde pública, embora não fale muito de PSF, não é direcionada ao PSF, mas a gente já viu alguma coisa voltada para o PSF” (Entrevistado Grupo focal 3).

Por outro lado, um dos profissionais entrevistados referiu que se sentiu preparado para o trabalho na ESF após o curso de especialização realizado, porém não soube precisar sobre qual foi esse preparo e como isso modificou sua prática cotidiana, sobretudo no trabalho junto às famílias.

“Deu, porque assim, foi bem centrado naquilo que a gente via em campo, no que a gente via no trabalho” (Entrevistado Grupo focal 1).

Para Campos e Belisário (2001), entre os distintos problemas que afloram com a implantação da ESF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade do campo da saúde coletiva. Contudo, essa carência só faz

aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação permanente dos profissionais que atuam na ESF. Nesse sentido, algumas estratégias têm sido implementadas, dentre elas o curso de especialização em saúde da família dirigido a profissionais de nível superior e a criação de residências multiprofissionais em saúde da família.

No que diz respeito à capacitação dos técnicos em enfermagem, um deles relatou que realizou um curso de especialização em saúde da família para o nível técnico, e que este curso forneceu subsídios para o trabalho com famílias. Contudo, o entrevistado reforça que o fato de ter sido ACS, antes de atuar como técnico, ajudou-o na prática voltada às famílias.

“Bom, eu foi assim, um detalhe que ficou fácil trabalhar com família é por que antes eu fui agente de saúde (ACS) durante 07 anos, que já mexe com família na comunidade. Aí eu fiz a minha especialização em cima de PSF em Cuiabá, 07 meses de especialização em Saúde Pública, terminei o técnico de enfermagem e vim pra cá” (Entrevistado Grupo focal 2).

O sucesso de um programa destinado à melhoria da qualidade de vida de uma população, por melhor que seja o planejamento, depende de recursos humanos adequadamente preparados, para gradualmente ajustarem seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, socioeconômica e cultural, exigindo uma constante revisão do seu papel como instrumento social (FARIA, 2007).

Segundo Gil (2005) esses dois processos – modelo de atenção e recursos humanos – são difíceis de discutir separadamente e, ainda que se avalie como de imprescindível importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, tão importante quanto, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada destes e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito dos municípios.

De acordo com Carvalho et al (2005) as competências profissionais são construídas ao longo da trajetória da vida profissional do trabalhador, que partilha experiências e práticas coletivas, que estão condicionadas pelo contexto econômico, social e político, sendo expressão de relações sociais e resultantes de negociações entre os interesses dos diversos atores envolvidos no

processos tais como: trabalhadores, gestores, educadores, instituições e entidades representativas dos diferentes segmentos, dentre tantos outros.

5.2 A educação permanente em saúde no preparo dos profissionais para atuar na estratégia saúde da família.

A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de disseminar a EPS entre os atores envolvidos, isto é, os trabalhadores; os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores, e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde (CECCIM, 2005b).

No que concerne ao processo de educação permanente dos profissionais entrevistados constatamos que boa parte deles foi capacitada com o curso introdutório assim que iniciaram o trabalho na equipe, pois é uma característica dos profissionais estudados, em especial dos ACS, que são numericamente maiores do que os demais membros da equipe, e que estão trabalhando desde a implantação da USF.

“É, todo mundo que entrou, foi dado o introdutório” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Bom, a gente foi selecionado, depois a gente teve o curso introdutório, foram 03 dias, o dia todo” (Entrevistado Grupo focal 7)

Quando questionados a respeito da carga horária do curso introdutório, observamos que não foram respeitadas as 40 horas mínimas para a certificação do curso, como previsto na Portaria nº 2.527 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

“A gente teve o introdutório né!, que foram os 03 dias, que a gente viu algumas coisas que na verdade é o básico. Você vai criando assim, é o dia-a-dia que você, vai aprendendo com a comunidade e com o trabalho daqui. Por que o que você vê lá, é muito superficial, não tem como você pegar alguma coisa né!” (Entrevistado Grupo focal 1).

A necessidade de cumprir a carga horária mínima deve-se ao fato da extensão de conceitos fundamentais para se trabalhar em saúde da família, bem como um momento de troca de saberes entre instrutores e integrantes de outras

equipes, tendo em vista que normalmente esse curso é ofertado quando já se iniciaram as primeiras atividades na unidade de saúde e os profissionais já vivenciaram o trabalho na equipe.

Durante o curso introdutório, estão envolvidos num mesmo ambiente de aprendizado, profissionais de saúde de nível superior e de nível médio, que poderão, ou não, ter tido contato com a teoria e a prática sobre a ESF durante a sua formação, e ainda os ACS que não têm formação na área da saúde, porém já conhecem a realidade da comunidade onde vão trabalhar, e possuem suas crenças e cultura como integrantes dessa comunidade. Portanto, é um momento propício a novos aprendizados e vivências, caracterizando, assim, a aprendizagem significativa, essencial na EPS.

É importante reforçar que o processo de educação permanente precisa centrar-se no trabalho, buscando a competência profissional, com repercussões favoráveis sobre a qualidade do atendimento à população. Assim, o horizonte para a educação permanente é a efetiva concretização dos princípios do SUS. Avançar nesta direção significa não só ampliar e aprofundar as reflexões, mas, sobretudo revertê-las em ações concretas, disseminando os conhecimentos apreendidos. Espera-se, pois, que o processo de educação permanente funcione como fonte de conhecimento, e como objeto de transformação das práticas de saúde da família (BRASIL, 2000b).

“Mas eu acho assim, que o curso ficou muito abstrato, acho que o que eu aprendi mesmo foi no dia-a-dia. Atuação mesmo, todo dia é uma coisa diferente” (Entrevistado Grupo focal 7).

“Sabe, então eu acho assim, ou esse introdutório foi muito fraco ou eles tem uma base mas não sabem aquilo que é para fazer” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Não, aquele introdutório foi mais um preenchimento de papel, noções de lançamento de relatório, mas o dia-a-dia nós temos que aprender na marra” (Entrevistado Grupo focal 6).

“E eu fiz o introdutório de Várzea Grande quando eu vim para a equipe daqui, e daqui só foi 03 dias. Então a gente viu assim, muito superficial eu diria [...]. Tudo bem que é teoria, mas, se você discute mais na teoria, quando você vai pra prática, você lembra daquilo que você fez na teoria, né! [...]” (Entrevistado Grupo focal 1).

Para alguns entrevistados, o curso introdutório deixou a desejar, pois foi muito superficial e não se relacionou com a realidade de trabalho que eles

vivenciavam, deixando-os despreparados e inseguros para a atuação na ESF. O discurso abaixo destaca de forma contundente a importância da educação permanente mostrando que a qualificação dos profissionais requer novos métodos, novas abordagens e novos conteúdos para permitir que a prática vivenciada seja a base do diálogo com todas as formas de produção do conhecimento.

“Acho que esses cursos não preparam para a nossa realidade, acho que não. Por que assim se temos a dificuldade com o tuberculoso, um exemplo, eles (os instrutores) chegam lá e acham que nós que somos incompetentes, entendeu? Então, tudo eles acham que é fácil e não é fácil na prática. Então, eles sempre colocam a culpa na gente, como se o paciente não tivesse responsabilidade com o tratamento dele. Então assim, eu acho que nessa questão, acho que eles erram um pouco, eles estão tão acostumados com a teoria, tão longe da prática, talvez eles não saibam da dificuldade que a gente encontra aqui né” (Entrevistado Grupo focal 2).

Essa realidade é contrária ao que a EPS propõe, ou seja, um aprendizado centrado no trabalho, nas necessidades dos profissionais e da população, e que contribua com mudanças nas práticas de saúde e prepare o profissional para o trabalho.

Nesse sentido, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) sugere a educação permanente como uma proposta educativa centrada no enfrentamento dos problemas que emergem do cotidiano dos serviços de saúde, reconhecendo-a como uma eficaz ferramenta técnica e política para o desenvolvimento destes serviços. A EPS incorpora a noção do trabalho como um princípio educativo e toma o trabalhador como eixo, e a atenção à saúde da população e a educação dos trabalhadores, como um instrumento essencial de seu desenvolvimento (OPAS, 1987).

Nesta perspectiva, o processo de EPS deve considerar os seguintes elementos: o contexto, que constitui a base de sustentação dos objetivos do processo em questão; a identificação das necessidades de aprendizagem, que requerem ações educativas para todos os profissionais de saúde; o perfil educacional, que consiste em uma identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes que o trabalhador deve adquirir para agir da melhor forma ao desempenhar sua responsabilidade social e de trabalho (OPAS, 1987).

Segundo Faria (2007), a educação permanente favorece a transformação do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos profissionais e suas instituições, estimulando a produção de conhecimentos,

gerando novos perfis de competência profissional, e, conseqüentemente, a criação de modelos de atenção a partir da prática. Reconhecemos ser esta uma proposta educativa voltada à reflexão e intervenção sobre o processo de trabalho, de modo a aprimorar a qualidade do serviço e as condições de sua realização.

Entretanto, para outros entrevistados o curso introdutório os preparou para o trabalho, especialmente por ter sido um momento de troca de experiências e discussão do que já estavam vivenciando na prática.

“Eu achei que foi bem interessante, por que a gente já tava atuando também né!, já tinha um mês e pouco que estávamos atuando no PSF, por que a gente já trabalhava na área então já conhecia a realidade aqui do bairro. Então, chegou uma hora, a gente pôde colocar tudo isso né, as dificuldades nossas em relação à família, os problemas sociais” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Preparou e veio pessoas de outros PSF também, que tinham experiência para passar para nós. Eles tinham a experiência mas não tinha o curso. Aí foi uma troca também” (Entrevistado Grupo focal 7).

Quando questionados a respeito dos conteúdos que foram tratados no curso, referiram que foram discutidos conceitos essenciais como o trabalho com família e como abordá-las, porém nenhum entrevistado conseguiu explicitar sobre instrumentos e estratégias para intervenção com essas famílias, ou seja, a abordagem trabalhada foi genérica, sem entretanto avaliar e intervir efetivamente no contexto familiar.

“E depois quando eu entrei, também teve o Introdutório que foi onde passaram informações a respeito do PSF, discussão sobre a família, sobre o enfermeiro, da equipe[...]” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Então tudo isso foi direcionado em como abordar as pessoas, como chegar nas famílias. Desde a classe inferior até as mais favorecidas, foi mais a respeito disso, houveram várias grupos que deveriam abordar, tanto faz os agentes na casa trazendo para a unidade ou então levando o enfermeiro/médico na casa da pessoa” (Entrevistado Grupo focal 4).

Segundo os entrevistados também foram tratados aspectos relativos à atenção a grupos prioritários, a exemplo dos portadores de patologias como hanseníase, tuberculose, diabetes e hipertensão arterial.

“Na realidade, as estratégias foram como abordar e fazer, a respeito da realidade, sobre quantos hipertensos, diabéticos, hansenianos” (Entrevistado Grupo focal 4).

“[...] Abordou tudo, hanseníase, tuberculose, como funciona, epidemiologia no Mato Grosso, foi um introdutório de como funciona o programa de saúde da família” (Entrevistado Grupo focal 7).

Cabe destacar que não foi mencionada pelos profissionais a oferta de conteúdos como políticas e sistema de saúde, processo de trabalho, equipe interdisciplinar, participação popular e o uso de tecnologias leves como o acolhimento, escuta, vínculo, autonomização e responsabilização, sendo esses essenciais para o trabalho na ESF.

De acordo com a Portaria nº 2.527, o curso introdutório para profissionais de saúde da família deve oferecer no mínimo os seguintes conteúdos (BRASIL, 2006c, p. 1):

A atenção básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento; o processo de trabalho das equipes; e a atuação interdisciplinar e participação popular.

Apesar de a maioria dos profissionais que participaram da pesquisa terem recebido a capacitação do introdutório, pois já estão atuando nas equipes desde a sua implantação, aqueles que foram incorporados posteriormente ainda não receberam esta capacitação até o momento.

Um outro aspecto que tem interferido no processo de capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família é a alta rotatividade do médico nas USF. No momento da coleta de dados das catorze equipes estudadas, apenas sete possuíam médico, sendo que em duas equipes o profissional havia se inserido há menos de 1 mês, e em uma equipe o médico estava de férias e não havia cobertura. Essa rotatividade é destacada na fala a seguir:

“Até tem um projeto que assinamos esses dias de fazer a capacitação para aqueles que não fizeram o introdutório. Temos uma dificuldade com os médicos, eles não ficam, então os médicos que fizeram o introdutório com a gente já não estão mais aqui [...]” (Entrevistado Grupo focal 4).

A falta de capacitação específica para atuar na ESF também tem sido uma dificuldade enfrentada por outros municípios brasileiros. Estudo realizado no estado da Paraíba que avaliou a ESF a partir das crenças dos profissionais das equipes, evidenciou que nem todos os componentes da equipe tiveram qualquer tipo de capacitação, nem mesmo o curso introdutório (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008).

Estudo como de Nemes Filho (2001) mostra que os profissionais consideram que poderiam atuar melhor na ESF se houvesse um processo mais eficaz na capacitação da equipe. Tal estudo também evidencia as dificuldades dos municípios em manter as atividades de educação de maneira contínua e permanente.

A EPS deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde prestados. Na saúde da família ao mesmo tempo que forma um novo campo de conhecimento e ação, através da troca de ideias e experiências pessoais e profissionais, deve respeitar as formações individuais ou especialidades de cada um de seus membros (BRASIL, 2000b).

Para tanto, apenas o curso introdutório não instrumentaliza o profissional para atuar na ESF e principalmente para assistir às famílias. O processo de capacitação deve ser realizado concomitantemente às vivências diárias do trabalho. Segundo Faria (2007), apenas os cursos introdutórios não são suficientes para abarcar todos os aspectos do trabalho na perspectiva da proposta de atuação na ESF.

Buscamos também obter informações sobre outras capacitações que os profissionais receberam após sua inserção nas equipes de saúde da família.

“Bom, eu como ACS, a gente fez bastante cursinhos né!, de tuberculose, hanseníase, capacitação de acompanhamento de gestante [...]” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Bom, eu tenho assim, bastante cursos né!, eu fiz saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, e por último eu fiz um treinamento de avaliação, na verdade é um instrumento em que a gente avalia o serviço que a gente está prestando” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Nós recebemos, tivemos DST ano passado, [pausa] tuberculose, tivemos planejamento familiar” (Entrevistado Grupo focal 5).

Percebemos pelos depoimentos, que as capacitações oferecidas aos profissionais da ESF são principalmente direcionadas às ações programáticas de atenção aos grupos, focados na clínica, reforçando a forma fragmentada de conceber o indivíduo. Ainda segundo os entrevistados, a oferta de cursos de capacitação é grande, no entanto os temas se repetem muito.

“Tem, a gente tem bastante (cursos), mas todo ano na verdade tem capacitação de tuberculose e hanseníase, até agora tivemos sobre a mudança de medicação, também capacitação de vacinas, planejamento familiar, DST/AIDS, temos oficinas disso, saúde do idoso [...]” (Entrevistado Grupo focal 4).

Em contrapartida, para alguns profissionais além de os cursos de capacitações abordarem temas repetidos, eles são oferecidos esporadicamente.

“Todas as capacitações que a gente tem, é crescimento e desenvolvimento, hanseníase, tuberculose, gestante. Assim, eu acho que a secretaria tinha que ter uma equipe para estar trabalhando assim, sempre. Não de vez em quando estar fazendo capacitação” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Mas antes nós tínhamos muito mais cursos, eu tenho cursos em várias áreas: diarreia, hipertensão, HIV/AIDS, até aconselhamento para entregar um exame de HIV. Porém, agora diminuiu bastante [...]” (Entrevistado Grupo focal 4).

Estudo realizado por Germano et al (2005) que analisou a política de capacitação de recursos humanos para a ESF da SMS do Município de Natal/RN, evidenciou que essa política ainda se baseia em processos educativos de natureza pontual e descontínua, não se caracterizando como uma educação permanente.

O município de Várzea Grande não possui um plano de capacitação para os profissionais de saúde da família, porém ofertou no ano de 2008, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, uma série de capacitações para esses profissionais, entre elas: coleta do teste do pezinho; atualização em feridas e estomias; plano integrado de enfrentamento à feminilização da epidemia de Aids e outras DST; assistência ao ciclo gravídico-puerperal; capacitação em planejamento familiar; capacitação em saúde do idoso; I seminário de humanização da atenção e da gestão em saúde; saúde de adolescentes e jovens; saúde mental; capacitação em tracoma; diagnóstico e tratamento da leishmaniose tegumentar e visceral, malária e hantavirose;

implantação da rede sentinela; protocolos clínicos em saúde do trabalhador; seminário de alimentação saudável, atividade física, segurança alimentar e nutricional; atenção integral à saúde da criança e adolescente; oficina para multiplicadores em gerontologia; capacitação de enfermagem para assistência da dengue (VÁRZEA GRANDE, 2009).

Foi oferecido um número razoável de capacitação para os profissionais que atuam na ESF do município, sendo a maioria cursos rápidos de atualizações, outros no formato de oficinas e protocolos. Foram capacitações voltadas para atender as necessidades de atualização na assistência aos grupos prioritários e às condições clínicas específicas.

Outras dificuldades observadas nas entrevistas é a falta de condições e de estímulo para os profissionais se capacitarem.

“Acaba ficando cansativo, é a mesma coisa que você sabe de cor, e o certificado que a gente nunca consegue. Você sempre precisa do certificado e você nunca tem o certificado, por quê? Porque eles nunca fornecem, sem falar que eles não dão nem condições de você ir, porque às vezes você tem que tirar do próprio bolso pra estar participando. A gente já não ganha bem, e às vezes você tem que desembolsar do próprio salário pra estar capacitando, aí às vezes você acaba nem indo, porque não tem condições de ir, acaba faltando a capacitação” (Entrevistado Grupo focal 1).

O profissional é o elemento-chave para que a ESF se concretize, e desta forma, é imprescindível tornar este profissional satisfeito, motivado e capacitado, com a finalidade de melhorar o seu desenvolvimento profissional. É papel fundamental das instituições na capacitação contínua de seus trabalhadores, colocar à sua disposição um instrumental para lidar com as questões técnicas, sociais e emocionais (CAMELO E ANGERAMI, 2008).

Alguns dos profissionais entrevistados relataram que as capacitações recebidas os deixaram mais seguros para o trabalho na ESF.

“Ajudou né! A reconhecer, tratar as outras pessoas, então a gente tem noção né, aprender a como falar com as pessoas. Eu acho que ajudou” (Entrevistado Grupo Focal 3).

O excerto a seguir mostra que a experiência anterior como ACS tem ajudado no trabalho atual como técnico em enfermagem em uma equipe de saúde da família.

“Bom, eu já era agente de saúde, então eu já vim com outra formação e o técnico não explora muito a respeito de trabalhar com famílias. Eu fiz um curso para técnicos de enfermagem que falava de saúde da família. Isso ampliou mais a visão que eu tinha sobre saúde, foi um curso oferecido pelo estado. Era voltado para os técnicos de enfermagem, porém eu ainda atuava como agente de saúde, mas assim mesmo eu fiz. Aí que a gente vê a realidade para trabalhar nos PSF, atenção básica” (Entrevistado Grupo focal 4).

Estudo realizado por Camelo e Angerami (2008) que objetivou identificar e analisar o preparo e formação dos profissionais das equipes de saúde da família de um município do interior do Estado de São Paulo mostrou que se houvesse um preparo anterior e contínuo para o desenvolvimento das atividades, haveria menor desgaste e ansiedade na execução das tarefas, pois os profissionais saberiam lidar com as situações presentes na relação trabalhador/usuário.

Assim sendo, para levantar as necessidades de capacitações das equipes de saúde da família faz-se necessário considerar os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores dos profissionais, elementos essenciais para a resolução dos problemas presentes nas áreas de abrangências. Nessa perspectiva, tem-se preconizado que o processo educativo não deve ser considerado um momento particular da vida acadêmica, mas, sim, um investimento na formação para o trabalho, em que o mesmo possa definir as demandas educacionais (BRASIL, 2000b).

Os profissionais perceberam que a educação permanente não se restringe a cursos de capacitação pontuais oferecidos pela secretaria de saúde. Para eles a capacitação também ocorre através da busca e troca de saberes no cotidiano do processo de trabalho.

“A gente teve assim também, algumas capacitações aqui, com o Dr. que é médico, e com a nossa primeira enfermeira [...]” (Entrevistado Grupo focal 1).

“Também os médicos que estão aqui, as dúvidas, a gente conversa mais com eles né!. Os outros funcionários também, a enfermeira né, que sabe e a gente vai atrás” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Ah, eu, assim, nós temos o nosso suporte que é a enfermeira né!. Tudo que temos dúvida, nós vamos procurar ela, mas assim, o que nós estamos reivindicando ainda é o nosso curso técnico para o agente comunitário de saúde” (Entrevistado Grupo focal 3).

“[...] a enfermeira que ia passando aos poucos, as dúvidas que tinha perguntava, porque também a gente não podia passar a

informação sem saber, a gente vinha e perguntava” (Entrevistado Grupo focal 6).

“Mas assim, teve capacitação, vários cursos, a enfermeira ajudou muito, praticamente, essa enfermeira que tinha aqui passava tudo” (Entrevistado Grupo focal 3).

Em estudo realizado por Germano et al (2005) com profissionais que atuavam na ESF, os entrevistados revelaram que buscam solucionar os problemas do cotidiano do trabalho nas reuniões ampliadas de equipe. Os profissionais apontam que os problemas que não são resolvidos no processo de trabalho, eles buscam solucionar consultando outros profissionais, pesquisando ou buscando qualificação para suprir tal necessidade. Referem ainda que ao resolver os problemas em conjunto, todos ficam comprometidos com a tomada de decisão; ao compartilharem ideias, saberes, experiências e escutarem uns aos outros, o processo torna-se rico, participativo e educativo.

Outra característica da educação permanente percebida pelos entrevistados é a articulação do serviço com as instituições formadoras. Essa situação cria espaço para a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais, acadêmicos e docentes de cursos da área de saúde, como mostra o discurso a seguir.

“[...] o estagiário vinha para ajudar, onde eles estariam apresentando trabalho e ao mesmo tempo a gente estaria aprendendo”(Entrevistado Grupo focal 6).

Nesta perspectiva, a proposta do Pró-Saúde prevê que os processos de reorientação da formação dos profissionais ocorram simultaneamente em distintos eixos, e que as IES integradas aos serviços públicos de saúde deem respostas às necessidades concretas na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação dos serviços, contribuindo para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2007b).

No município onde foi realizado este estudo há uma IES que desenvolve as atividades práticas de cursos da área da saúde nas USFs, o que favorece a articulação entre o ensino e a assistência, processo essencial para o fortalecimento da EPS. Esse momento é essencial para a concretização da educação permanente, uma vez que interagem profissionais que vivenciam a prática no seu cotidiano e alunos que estão aplicando a teoria na prática,

possibilitando assim possíveis transformações no cotidiano do processo de trabalho.

Para Mardsen (2009) as relações vivenciadas nas unidades de saúde não se limitam à interação do aluno com o professor e seus colegas. O aluno tem contato também com os demais profissionais que atuam no serviço e com os usuários. Nas múltiplas direções e sentidos do fazer pedagógico em serviço, professores educam alunos, profissionais e usuários; alunos educam usuários; usuários educam alunos; profissionais e equipe educam alunos; e as situações vivenciadas no cotidiano educam todos. Os alunos também educam professores e profissionais, com suas dúvidas e estranhamentos ao cotidiano da instituição, eles também podem fazer os professores e profissionais olharem para o serviço e para as práticas de outra forma. Eles podem desencadear a construção de um espaço para a mudança de práticas instituídas e que não são mais adequadas à realidade encontrada no serviço ou de seus usuários. Pois a naturalização dos acontecimentos e características das instituições são fenômenos comuns após anos de prática, em especial quando se atua sempre no mesmo local.

As capacitações para os profissionais de saúde da família deste município são oferecidas, tanto pela secretaria municipal quanto pela secretaria estadual de saúde. Para operacionalizar a participação dos profissionais nos cursos são estabelecidos critérios de acordo com a disponibilidade de número de vagas.

“É assim, o município recebe a vaga do estado, e nos comunicam as vagas disponíveis” (Entrevistado Grupo focal 4).

Assim, raramente participam todos os profissionais de uma mesma equipe, o que é uma perda, pois o vivenciar juntos um novo aprendizado, favorece a interação entre esses profissionais e a discussão das questões de acordo com a realidade de cada equipe de saúde, além de ser um momento oportuno para se pensar em equipe.

“Quando tem os cursos geralmente só tem para os agentes” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Quando é para as agentes, vão só os agentes. Aí quando é para técnica de enfermagem tem que escolher quem vai. Geralmente vai uma, aí vai por critério de sorteio ou acordo entre as duas” (Entrevistado Grupo focal 1).

“Olha, a gente decide, quem nunca fez é que vai. Que nem os técnicos a gente faz rodízio, quem foi no último curso, vão outros

dois nesse novo. Do enfermeiro que já tem o curso, a gente manda quem não tem” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Então, aí tem curso que já é bem específico, tem curso que vem para técnico de enfermagem, tem curso que é para agente de saúde [...]” (Entrevistado Grupo focal 8).

Entendemos que a definição de critérios e restrição do número de vagas para a participação dos profissionais nas capacitações não condizem com as propostas da EPS, pois a não capacitação de todos os profissionais da equipe, pode gerar uma divergência na forma de fazer saúde. Além disso, ainda existe o problema da demora entre uma capacitação e outra.

“[...] geralmente vai ou o enfermeiro ou o médico, entendeu? Normalmente não vão os dois, aí porque um vai outro não vai. E demora muito para vir o outro treinamento” (Entrevistado Grupo focal 1).

A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação, a gestão e os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. A formação do profissional em saúde, além de respeitar as diretrizes curriculares nacionais, deve estar atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos da população (BRASIL, 2007b).

5. 3 A visita domiciliária como tecnologia para assistir à família.

A ESF propõe inovações na organização e dinâmica da atenção mediante o uso de tecnologias que permitam a aproximação dos profissionais das pessoas, famílias e comunidades, tendo por objetivo a prestação de assistência segundo as reais necessidades da população. Entre as tecnologias utilizadas no trabalho das equipes de saúde da família, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares (MANDÚ et al, 2008).

A VD deve ser exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Ela se constitui em um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial, além de ser uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade (BRASIL, 2003).

Concordamos com Ciampone e Peduzzi (2000) quando afirmam que o grande desafio nas atuais propostas da ESF se encontra no deslocamento do objeto de atenção do indivíduo para a família, do interior da instituição para o espaço domiciliar, na dimensão da vida social. Essa perspectiva requer um novo pensar e um novo fazer da equipe profissional, uma vez que o espaço domiciliar é uma dimensão de alta complexidade, onde, para atuar, serão necessárias além de competências teórico-metodológicas, habilidades relacionais, instrumentos essenciais para a proposta de mudança no modelo assistencial.

Segundo Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008) ao reconhecer o domicílio como um espaço de cuidado, valorizando os recursos físicos e ambientais e o apoio familiar como importantes no cuidado ao cliente, a visita pode contribuir com as instituições públicas de saúde, na expansão de seus serviços e obtenção de um alcance maior de suas ações, quanto ajudar na resolução da problemática enfrentada pela população carente de atenção à saúde.

No município estudado, o planejamento das VDs a serem realizadas pelas equipes de saúde está estritamente relacionado ao trabalho do ACS, por ser este quem vivencia as situações de saúde que demandam o cuidado de outros profissionais. Para Abrahão e Lagrange (2007), é a partir da visita do ACS no domicílio que são traçados o plano e as estratégias de ação a serem desenvolvidos pela equipe junto à família.

“[...] Nós (os agentes) vamos à área, a gente vê, prioriza, viemos aqui, levamos, ela faz a avaliação dela de técnica, se ela não conseguir resolver, se ela ver a necessidade, a gente traz a enfermeira” (Entrevistado Grupo focal 1).

“É agendado, pela demanda do agente. Quando tem médico, o médico é uma vez por semana. Daí vai ele, uma agente de saúde, uma técnica de enfermagem ou eu. Como agora não tem médico é pela demanda do agente do saúde. Eu não tenho dia fixo, precisou eu vou na área com elas e a gente faz a visita. Se não, elas agendam e a gente vai junto também, porque no momento não ta agendando porque não tem médico” (Entrevistado Grupo focal 7).

O ACS como membro da comunidade é portador de um saber próprio sobre a realidade local, o que lhe possibilita um olhar diferenciado, em relação aos demais profissionais da equipe acerca dos problemas e necessidades da população (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007). No entanto, a VD organizada a partir de um planejamento coletivo com os demais membros da equipe proporciona uma articulação de saberes e propostas de ações interdisciplinares para cada família.

No município estudado, a visita é, na maioria das vezes, realizada somente pelos ACS, a presença dos outros profissionais na visita é pontual e não houve relatos de realização desta atividade com toda a equipe multiprofissional. Os profissionais vão separadamente, sendo que normalmente pelo menos dois membros da equipe estão presentes na visita.

“A médica tem um dia que ela vai, uma vez por semana, quinta-feira de manhã é dia de visita médica. Então hoje, por exemplo, elas já entregaram uma relação das pessoas que a médica vai visitar na quinta feira. E para mim também é diferente, tem um dia, embora, eu estou mais livre assim, pra fazer em outros momentos né!. Então por exemplo, não necessariamente alguém chega aqui com uma dúvida e vai esperar até o dia, depende da rotina, se estiver tranquilo, calmo, se não for um dia que estiver agendado, a gente vai, não tem problema” (Entrevistado Grupo focal 1).

“[...] Quando eu vou fazer visita (a enfermeira), é com o agente de saúde, é muito raro levar a técnica de enfermagem. Porque tem a função delas (das técnicas) dentro da unidade também, às vezes quando é alguma coisa, por exemplo, um curativo muito extenso, eu levo elas e mostro como deve ser feito. Agora o médico, faz visita com o agente de saúde e o técnico junto, normalmente há um preparo prévio para a visita do médico, em que o enfermeiro faz a visita antes e passa o caso para o médico” (Entrevistado Grupo focal 4).

A VD promove o cuidado no local onde o indivíduo e família estão inseridos. Para tanto, é essencial que todos os membros da equipe estejam

atuando juntos nesse contexto, visando ao trabalho em equipe e à integralidade das ações

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção (PEDUZZI, 2001).

Atualmente o trabalho com famílias nos domicílios é quase que exclusivamente realizado pelos ACS, como podemos ver nos relatos dos profissionais e nas informações da secretaria municipal de saúde. Pelo SIAB, como já relatado anteriormente, 94% das VDs são realizadas pelos ACS. Constatamos pelos discursos dos entrevistados que a presença de outros membros da equipe nos domicílios só acontece, via de regra, em situações pontuais, sem uma integração ou continuidade da assistência. Entendemos que para a família ser assistida sistematicamente pelo conjunto da equipe e com qualidade, há necessidade da ampliação das equipes ou mesmo da atuação de mais de uma equipe para que a demanda da unidade possa ser atendida sem prejuízo do trabalho com as famílias.

Para os profissionais do estudo a visita é direcionada aos grupos prioritários de atenção à saúde e quando relatam isso não incluem as famílias desses indivíduos.

“A gente está fazendo o possível pra pegar mais os idosos, os hipertensos, acamados” (Entrevistado Grupo focal 1).

“[...] geralmente é acamado, idoso, paciente com crise [...], que não consegue caminhar muito longe, quem realmente precisa, por que também não tem como a gente estar saindo da unidade consultar quem está bom né!, quem pode vir até aqui” (Entrevistado Grupo focal 2).

É também através da realização da VD que são identificadas as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, e se faz o direcionamento adequado para os programas verticais do Ministério da Saúde, os chamados grupos prioritários, com a criança, a gestante e os portadores de doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Apesar de os discursos dos ACS evidenciarem que o objeto principal das VDs são os indivíduos pertencentes aos grupos prioritários de atenção

à saúde, há uma preocupação em visitar rotineiramente as famílias que possuem essas condições, desde que se respeite o número de visitas mensais.

“Aqueles que estão mais doentes, que são os idosos, que têm hipertenso, eu faço mais visita. E vou deixando aqueles que não ta doente, que estão saudáveis também. Mas nem por isso eu deixo de passar uma vez na casa. Então eu acho que com todos são assim” (Entrevistado Grupo focal 1).

“A visita é conforme, a gente faz tipo uma seleção das pessoas que precisam mais, que é o grupo de risco, gestante, hipertenso, diabético, drogas, hanseníase, então esses são os primeiros. Daí quando atende eles, sem extrapolar a quantidade de famílias, a gente vai nos que sobram até fechar a área” (Entrevistado Grupo focal 8).

Os depoimentos também deixam claro que a visita não deve ser realizada para indivíduos que estejam saudáveis conforme o olhar da equipe, ou seja, que não se enquadrem no chamando grupo prioritário. Além do que a visita é vista como momento de consulta para atender o indivíduo doente.

De acordo com Mandú et al (2008) as famílias dos indivíduos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade devem ser apoiadas, mesmo que condições de saúde específicas requeiram maior atenção à um membro, não se pode anular a totalidade no núcleo familiar. A ideia de monitoramento da saúde-doença nos grupos prioritários não deve se consolidar como uma prática de controle sobre a vida e os comportamentos em saúde das pessoas, bloqueando-se a ação direcionada às necessidades mais abrangentes e à produção de autonomia delas, seja dos seus membros ou da família como um todo, pois estas características remetem à esperada ampliação do acesso e equidade (MANDÚ, et al 2008).

As vantagens da VD como modalidade assistencial são inúmeras, especialmente nos casos em que é necessária uma maior aproximação do profissional, representando o sistema de saúde, com a realidade de vida e a saúde da família. Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados no interior da unidade de saúde, contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença muitas vezes são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos profissionais responsáveis pela atenção à saúde das famílias (EGRY; FONSECA, 2000).

De acordo com Abrahão e Lagrange (2007) o domicílio é considerado o espaço privilegiado para as ações de promoção de saúde e

prevenção das doenças, visto que constitui o cenário onde ocorrem as relações sociais geradoras de risco à saúde e de adoecimento dos indivíduos. As ações de assistência domiciliar, mais especificamente as visitas, em que a ida ao domicílio é realizada pelos profissionais da ESF, possuem objetivos e ações específicas para cada membro da equipe.

Ainda para esses autores, ao enfermeiro cabe a ida ao domicílio com o objetivo educativo, centrado na prestação de cuidados mais direcionados, sejam educativos, preventivos de acordo com o levantamento epidemiológico da área de abrangência da unidade de saúde da família, ou assistencial/curativo. Ao médico cabe, além das ações citadas acima, o diagnóstico diferencial de alguma doença ou agravo. A VD é o principal instrumento de trabalho do ACS, cabendo a este realizar, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na sua área de abrangência, porém este número pode variar de acordo com as necessidades das famílias.

A PNAB, além de definir as atribuições específicas dos profissionais das equipes de saúde da família, define também as ações a serem realizadas por cada um dos membros no âmbito do domicílio (BRASIL, 2006a, p. 43-44):

Ao ACS: desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visita domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; Ao enfermeiro e ao médico: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; Ao técnico de enfermagem: participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc).

Os dados da pesquisa mostram que as VDs realizadas pelas enfermeiras, apesar de serem pontuais, ou seja, voltadas para indivíduos que vivenciaram determinados momentos do ciclo vital (puérpera, recém-nascido, idoso), são direcionadas para a promoção e prevenção da saúde, uma vez que focam o cuidado e oferecem orientações essenciais para a família lidar com essas situações.

“A maioria das vezes sim, é, são mais pontuais (a visita da enfermeira). Outras vezes é mais preventivo, por exemplo puérpera, a gente vai mais para esse lado, fazer curativo no coto umbilical, orientar pra amamentar. Mas a maioria das vezes é mais curativa” (Entrevistado Grupo focal 1).

“É, eu (a enfermeira) oriento mais né, a gente tipo assim, eu falo – ó, vamos fazer assim, vamos fazer de tal forma. O paciente acamado, vamos colocar no sol de manhã, deixar menos deitado, alimentação, curativo que tiver que fazer” (Entrevistado Grupo focal 2).

“[...] Mas assim, eu costumo fazer visitas mais para crianças que nascem, puérperas, mais preventivo [...]” (Entrevistado Grupo focal 7).

A realização das atividades pelas enfermeiras está coerente com o que prevê a PNAB, ao definir as observações específicas do enfermeiro para atuar nas equipes de saúde da família.

Para Mantovani, Mottin e Rodrigues (2007) a visita domiciliária constitui recurso fundamental para a prestação de assistência ao usuário/família, principalmente as ações educativas em saúde voltadas para as doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial, que acomete um contingente considerável da população brasileira. A VD é fundamental ao considerar as peculiaridades individuais e contextuais na relação usuário/profissional/família.

Assim, a visita deve ter por finalidade transformar o perfil de saúde-doença da população e não apenas atender queixas e situações pontuais através de intervenções específicas (EGRY; FONSECA, 2000). Nesse sentido, essa prática deve se sintonizar com a perspectiva de promoção da saúde, favorecendo inovações importantes no processo de enfrentamento da saúde-doença com a participação das famílias (MANDU et al, 2008).

Os discursos mostram ainda que a VD realizada pelo médico é focada na doença e direcionada ao indivíduo doente, não abordando a família.

“Ela (a médica) examina, ela orienta, ela vê a medicação, ela vê como que a pessoa está vivendo, é assim” (Entrevistado Grupo focal 2).

“É mais curativa (visita médica), é centrada, mais curativa. Geralmente é para acamado, hipertenso, diabético que está descompensado, aí acaba chegando até eles, porque não pode vir o médico chega até eles” (Entrevistado Grupo focal 5).

De acordo com a PNAB, os médicos devem realizar a visita domiciliária para assistência integral do indivíduo nos diversos momentos de vida, portanto, o foco não deve ser apenas curativo (BRASIL, 2006a).

Os depoimentos destacaram a valorização do trabalho do ACS no domicílio através da VD, sendo esta essencial para o conhecimento das condições de vida das famílias.

“[...] porque eu acho assim, a visita é algo muito importante do agente de saúde, não só para ele está vendo uma coisa, mas é uma série de coisas, desde higiene, desde os cuidados com o quintal, com a casa, com a água. Então acho que é um momento muito específico deles, e que se eles não conseguirem visualizar a importância deles, eles não conseguem desenvolver o trabalho na comunidade” (Entrevistado Grupo focal 3).

A VD realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas a outras atividades com este propósito, geradas nos demais segmentos da comunidade. Nesta perspectiva, a VD é um dos principais instrumentos utilizados pelo agente, sendo guiada também pelos programas de saúde.

De acordo com Peres, Poz e Grande (2006) a VD no contexto da ESF é considerada fundamental, pois os trabalhadores da equipe de saúde da família têm no espaço domiciliar uma possibilidade privilegiada para o desenvolvimento do diálogo e produção de saberes, salientando que o eixo estruturante dos serviços da atenção básica, especificamente na ESF são as ações educativas em saúde, que podem ser desenvolvidas por meio do conhecimento construído na relação trabalhadores/usuários dos serviços de saúde.

Na proposta da ESF, a VD deve se articular aos desafios que se colocam para esta estratégia, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, visando não só à prevenção da saúde e à recuperação e reabilitação de doenças, mas, também, à promoção da saúde (MANDÚ et al, 2008).

Sobre a abordagem familiar durante as VDs, os entrevistados ressaltaram que cada família é vista de uma forma, a depender de suas características e necessidades. Referiram que o modo de abordar varia de acordo com as condições de saúde dos indivíduos dessa família, ou seja, há maior dedicação àquelas famílias que possuem membros doentes.

“E a abordagem é assim. Cada família você tem um tipo de abordagem. Você tem um tipo de explicação, de orientação de forma diferente. Uma família que não tem doente, que não tem hipertenso, que é uma família de classe média razoável, você vai abordar por menos tempo, porque você não vai ficar uma hora lá dando orientação para essa família, sendo que ela tem né, todo tipo de orientação. Agora tem família que você fica 2 horas, tem família que você chega lá e às vezes você não consegue orientar porque eles querem desabafar, aí eles começam a falar. Cada família é abordada de uma forma, ninguém é abordado da mesma forma” (Entrevistado Grupo focal 1).

Estudo realizado por Sakata et al (2007), com objetivo de conhecer a concepção da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares, identificou que mesmo o ACS realizando visitas quase que diárias, nem sempre é possível visitar todas as famílias cadastradas na área de abrangência durante o mês. As visitas mais demoradas são aquelas feitas para famílias que apresentam “problema em casa” ou aquelas realizadas para “pessoas de idade que ficam sozinhas”, que utilizam o espaço da visita como um momento para conversar.

Para Túlio, Stefanelli e Centa (2000) a VD é essencial ao processo de vigilância à saúde, tendo por finalidade acompanhar a situação de saúde de cada membro da família, esperando-se a produção de resultados positivos através da antecipação de diagnósticos personalizados, do atendimento e de maior orientação ao indivíduo e sua família.

No discurso, os entrevistados reforçam que veem a família como um todo, porém ao descrever as atividades que são desenvolvidas no domicílio, mostram que direcionam as ações de saúde ao membro doente ou vulnerável. A atenção à família é entendida como fonte de recursos para um indivíduo doente, pois é a família que dispensará cuidados a esta pessoa.

“[...] geralmente quando é com acamado a gente consegue abordar a família né!, porque geralmente tem alguém da família junto, a gente consegue abordar, orientar a família como um todo. Quando vai na casa para fazer a visita, na verdade a gente consegue abordar a família como um todo, orienta. Por exemplo, é hipertenso, está com problema para tomar o medicamento, chama alguém da família e orienta a tomar. As meninas vão lá todos os dias, faz, treina a pessoa a tomar o medicamento. Consegue ver a família como um todo” (Entrevistado Grupo focal 1).

“A gente procura fazer o máximo possível, como em família que tem problema com droga, a gente vai na casa, reúne a família, conversa, faz tipo uma palestrinha ali com eles, explica, tudo que tem que ser explicado, orientações que tem que ser dadas, e assim por diante” (Entrevistado Grupo focal 2).

O excerto a seguir mostra que todos os membros da família merecem atenção durante a VD, mas em certos momentos alguns necessitam de maiores cuidados e atenção dos profissionais.

“Com todos os integrantes da família. [...] às vezes o assunto é uma pessoa, porque aquela pessoa está merecendo mais atenção naquele momento. Não que você esteja tirando os outros familiares” (Entrevistado Grupo focal 5).

Quando falamos da família como foco do cuidado, prevê-se que ela seja abordada como um todo, envolvendo todos os seus membros e a dinâmica familiar ali presente. Porém, quando um de seus integrantes possui uma necessidade de saúde, seja ela temporária ou permanente, é comum que a atenção voltada a este membro seja maior. Contudo, a família não deve ser excluída desse processo, uma vez que será primordial o seu envolvimento nessa condição de saúde, pois se não for dada a devida atenção a esta situação outras necessidades poderão se geradas dentro da família.

Para os entrevistados, a forma como a família é abordada pela equipe é o diferencial para se construir um espaço de confiança na relação com os usuários, sendo que a escuta, o acolhimento e o vínculo são tecnologias leves muito utilizadas neste contexto.

“Mas aí é que eu falo, é uma coisa que você tem que trabalhar né!. Porque às vezes a forma como você chega é o diferencial. [...] naquela família que te recebe, que te acolhe, que confia, provavelmente ela vai estar mais aberta a uma orientação. Orienta, porque na verdade ela vai confiar” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Quando a gente chega lá, às vezes o paciente não está nem doente, mas ele quer ouvir, ele quer uma ajuda, ele quer conversar, ele quer desabafar, você entendeu? Então, o que eu entendo de programa de saúde da família é isso aí, é você trabalhar junto com a família, trazer a família pra perto da gente” (Entrevistado Grupo focal 5).

Nessa perspectiva, a visita pode ser considerada também como uma estratégia de criação de vínculo, que é representado pelos profissionais como um estado de “respeito” e de “confiança” conquistado por eles na relação com os usuários e construído por meio da “convivência” e do “contato” constante (SAKATA et al, 2007).

Para Souza (2000) a VD possibilita uma nova dinâmica para as ações de saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da família, bem como na relação dos profissionais com a comunidade. A ESF assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio através da VD.

A VD propicia uma otimização do cuidado, uma vez que as tecnologias leves são exploradas de forma significativa, possibilitando assim maior resolutividade das necessidades de saúde, uma vez que os profissionais vivenciam as condições de vida desse indivíduo e família e o contexto social em que estão inseridos, possibilitando planejar as ações de saúde sob a perspectiva ampliada do conceito de saúde.

5. 4 Limites e possibilidades no trabalho com famílias na ESF

No que se refere ao trabalho com famílias na ESF uma série de dificuldades foram mencionadas pelos entrevistados, sendo essas comuns no processo de trabalho das equipes e que já foram relatadas em outros estudos, como veremos adiante.

Para melhor discutir estas dificuldades as classificamos em quatro tipos: dificuldades estruturais e organizacionais; despreparo dos ACS para trabalhar com a família; desconhecimento da população sobre a ESF; dificuldades na abordagem do núcleo familiar e a falta de co-responsabilização da família.

Também iremos apresentar algumas facilidades no trabalho com famílias que foram elencadas pelos entrevistados.

5.4.1 Dificuldades no trabalho com famílias

5.4.1.1 Dificuldades organizacionais e estruturais

Um dos aspectos mais destacados pelos entrevistados foi a falta de profissionais nas equipes, em especial o médico, tendo em vista a alta rotatividade desses profissionais nas USF do município, o que foi observado no momento da coleta de dados, como já referido anteriormente.

“Ah, acho que o principal suporte que nós estamos precisando é de um profissional médico, nós estamos há 06 meses sem profissional médico, a equipe está levando como pode. Está tendo muita cobrança por parte dos nossos clientes, cobram lá fora para eles (os agentes) como para mim (a enfermeira). A secretária fica cobrando, cobrando, mas a parte dela ela não faz, que é mandar um médico para nós. Então eu acho assim, esse é o principal problema que a gente está passando [...], depois que vir o médico a gente até consegue viabilizar outras coisas, mas o principal agora é o médico na unidade” (Entrevistado Grupo focal 1).

Para os membros das equipes a falta do profissional médico é um fator agravante das dificuldades encontradas no dia-a-dia do trabalho, uma vez que a população cobra deles a presença desse profissional na unidade de saúde, e a gestão deixa a desejar neste aspecto, pois não consegue sanar esse déficit.

Para Nascimento e Nascimento (2005) a rotatividade dos trabalhadores de saúde na ESF, em especial o médico, tem sido um fator limitante da estratégia, uma vez que os municípios não têm conseguido fixar este profissional nas equipes.

Observamos que nos municípios a precarização do trabalho na ESF ocorre devido também à instabilidade profissional, uma vez que grande parcela deles mantém contratos temporários com os profissionais, às vezes contratos informais e sem direitos trabalhistas, caracterizando o perfil de “empregos políticos”, ou seja, influenciados por decisões políticas e em função da duração dos mandatos políticos. Diante disso, é muito comum a saída de profissionais das equipes, em busca de outros empregos. Outro fator relevante, em especial para o profissional médico, é que estes muitas vezes buscam o trabalho na ESF em momentos transitórios de sua vida profissional, especialmente caracterizado pela recém-formação, quando buscam novos caminhos, como ingresso em residências médicas ou em cargos que lhes deem mais retorno profissional.

Essa falta de profissionais refere-se não só aos membros da equipe mínima da ESF, como também à falta ou mesmo à atuação sem continuidade ou resolutividade de outros profissionais da área da saúde considerados essenciais para a complementaridade da assistência, tornando-a integral e resolutiva. Dentre os profissionais, o assistente social e o psicólogo foram os mais citados.

“[...] Mas o lado social precisa, acho que a gente precisa de assistente social” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Eu mesma já fui tentar ajudar na minha área na questão social, como assistente social, mas não tive resposta não. Um senhor idoso com situação bem difícil mesmo, aí até hoje estou sem resposta. É complicado, você orienta sobre alimentação, como que faz se não tem? Então é complicado” (Entrevistado Grupo focal 6).

“Se a gente vai numa casa e a família está com um problema, a gente comunica a Assistente Social. O certo seria ela ir lá e tentar resolver o problema” (Entrevistado Grupo focal 2).

“A gente precisa muito de fisioterapia, psicologia agora tem uma psicóloga aqui na unidade, mas por enquanto só permanece aqui, sem formação de grupos ou visitas [...] Precisávamos de um profissional da psicologia para tratar famílias doentes, usuários de drogas, onde a família toda fica doente, pacientes com transtorno mental, transtornos alimentares. Fisioterapia precisa tem bastante paciente que já teve derrame, às vezes até conseguir uma consulta em algum centro de referência [...] Profissionais da saúde bucal também” (Entrevistado Grupo Focal 4).

Estudo realizado por Centa e Almeida (2003), junto aos profissionais que atuavam em USF do município de Curitiba-PR retratou a preocupação destes sobre a qualidade das ações realizadas no cotidiano do processo de trabalho, também evidenciou que uma das dificuldades para o trabalho na ESF é a falta de profissionais de determinadas áreas como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas.

Um dos desafios da equipe de saúde da família no trabalho com famílias no domicílio ou na própria unidade de saúde refere-se principalmente às dificuldades estruturais do próprio sistema de saúde. A equipe necessita de apoio multidisciplinar incluindo o trabalho de psicólogos, assistentes sociais, dentre outros profissionais para apoiá-los. A ausência ou precariedade de uma estrutura multidisciplinar de apoio dificulta o trabalho da equipe, especialmente com determinadas famílias que vivenciam problemas mais complexos, tais como: violência familiar, drogadição e sofrimento psíquico.

Outro grande obstáculo para a continuidade da assistência à família é a falta de um sistema de referência e contra-referência eficaz para a resolução dos problemas encontrados na área de atuação das equipes e das necessidades de saúde da população, tornando extremamente fragmentado o cuidado à saúde.

Neste estudo, os entrevistados foram incisivos ao relatar dificuldades no sistema de referência, englobando em especial os setores da saúde. O sistema de contra-referência não foi destacado por eles.

“O que a gente vai fazer? A gente encaminha para o serviço social e chega lá não tem ninguém para ajudar” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Então, a gente tem o planejamento familiar né!, a gente faz a palestra e tudo mais, só que às vezes quando a gente encaminha essa pessoa para lá (serviço social), para pedir um apoio, não tem!” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Todos os problemas que a gente traz, o que dá para resolver sempre resolve, mas o que não dá para resolver apenas aqui, nunca dá pra resolver, nunca tem suporte” (Entrevistado Grupo focal 6).

“Então assim, é tudo muito isolado, tudo muito segmentado, sem uma seqüência, nada” (Entrevistado Grupo focal 3).

“É uma hierarquia né, a nossa parte a gente faz, agora o que depende dos outros é que é complicado” (Entrevistado Grupo focal 2).

Segundo Fratini, Saupe e Massaroli (2008), os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de constituírem uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos possíveis sentidos teóricos quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não.

Para esses autores, a referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para atendimento em nível de maior complexidade, como os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, retornando para a porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, a atenção básica.

As dificuldades estruturais encontradas no processo de encaminhamento das situações que necessitam de uma assistência de maior complexidade trazem sérias complicações para a equipe, sobretudo ao ACS, pois são estes que se envolvem mais diretamente com as famílias no domicílio e estabelecem vínculos comprometidos em uma relação de ajuda.

Costa, Tagliari e Moretto (2003) realizaram um estudo que objetivou identificar as dificuldades e facilidades no trabalho das unidades de saúde da família de um município de médio porte do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo identificou como pontos frágeis na atenção à saúde a falta de integração das equipes de saúde da família com as outras secretarias em atividades multiprofissionais e intersetoriais, e o sistema de referência e contra-referência. A rede de atenção à saúde existe, mas nem sempre é resolutiva, e o usuário, muitas vezes, percorre várias unidades e profissionais da rede para receber o atendimento, e, quando volta para sua unidade, nem sempre retorna com a contra-referência, o que reflete a descontinuidade no fluxo de atendimento.

O bom desempenho dos atores principais muitas vezes é influenciado pelos coadjuvantes, ou seja, pelos vários setores da administração pública, que promovem através de ações intersetoriais uma atenção à saúde mais resolutiva. Sabe-se que a resolução dos problemas de saúde exige intervenções diferenciadas, que possibilitem a interdisciplinaridade e o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência que proporcione a continuidade das ações e o acompanhamento do usuário durante o atendimento, somando esforços em

busca de ações resolutivas e da melhoria das condições de vida da comunidade (COSTA; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

Outro aspecto importante para a qualidade e continuidade da assistência é a disponibilidade de recursos materiais no cotidiano de trabalho das equipes. Isso foi destacado pelos profissionais entrevistados, que enfatizaram a falta desses recursos materiais. Tais recursos incluem algumas ferramentas necessárias para o cotidiano do trabalho, como destaca a fala a seguir:

“Para nós na rua, eu acho assim, a gente precisa de um suporte da prefeitura. Porque assim, tudo é a gente que tem que comprar, protetor solar você tem que desembolsar, sombrinha você tem que desembolsar, tênis você tem que desembolsar, tudo você tem que desembolsar, entendeu? Além de não pagar bem, você tem que tirar do bolso para comprar esses materiais de trabalho [...]” (Entrevistado Grupo focal 1) .

Foi citada também a falta de materiais para a execução de ações rotineiras ofertadas aos usuários, como por exemplo, atividades de educação em saúde.

“É que assim, às vezes falta material mesmo, aquela parte mais didática assim, instrumentos. Porque, por exemplo, você tem a ação, você tem a idéia, você planeja, mas precisa de recursos. E nem sempre a gente tem esse recurso” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Uniforme, a gente quer fazer uma apresentação para o dia dos pais, vamos ter que desembolsar [...]. “Então aqui nós somos cobradas e não temos respaldo de nada. Inclusive nós estávamos tendo uma reunião para ver a questão financeira, se a gente não oferecer nada os outros não vem. A gente tem que tirar do bolso, então praticamente, a gente esta pagando para trabalhar aqui” (Entrevistado Grupo focal 1).

Para os profissionais, essa situação de carência de materiais pode acarretar falta de credibilidade dos usuários para com os profissionais, destacando os ACS, uma vez que são estes que têm maior contato e são fonte de informação para a população.

“A respeito das agentes de saúde que precisam realmente de um respaldo, muitas vezes vêm da secretaria que deve fazer isso ou aquilo, chega lá elas passam as informações para os pacientes, para as famílias e quando chega aqui não tem recursos, a secretaria não tem recursos. Então, passam por mentirosas, “alguém que não faz nada” (Entrevistado Grupo focal 4).

A falta de infra-estrutura dos prédios onde funcionam as USF também é uma barreira para a consolidação dos princípios da estratégia, incluindo o trabalho com as famílias, uma vez que não há um local adequado para se acolher essa população e principalmente realizar atividades que possibilitem maior participação dos indivíduos e famílias e o estreitamento do vínculo destes com os profissionais de saúde.

“Você quer fazer uma brincadeira e não tem uma sala, não tem uma quadra, não tem uma área, e eles querem grupo. Às vezes quer fazer um lanchinho e não tem onde sentar!” (Entrevistado Grupo focal 1).

“Não temos uma televisão, não tem um aparelho de som, não tem nada. Tudo tem que trazer de casa ou estar implorando para um vereador ou outro para dar, trazer. Assim, é esse tipo de dificuldade que a gente enfrenta no dia-a-dia. “Mas o PSF em si não é feito. Porque a gente não tem estrutura para isso” (Entrevistado Grupo focal 8).

Estudo realizado por Cotta et al (2006) em um município do Estado de Minas Gerais que caracterizou a organização do processo de trabalho em USF, mostrou várias dificuldades para a execução do trabalho nas equipes, destacando a racionalização de custos, a falta de transporte e de material, a precariedade da infra-estrutura das unidades e a escassez de recursos financeiros.

Um aspecto destacado pelos entrevistados e que está fortemente relacionado às dificuldades citadas anteriormente é a limitação de comunicação entre os profissionais das equipes e a gestão do nível central.

“A gente não tem muito essa parceria com a secretaria. Acho que falta um pouco dessa comunicação mesmo” (Entrevistado Grupo focal 3).

“Um diálogo melhor entre a secretaria e a gente, nós equipe do PSF [...] então tem esses conflitos” (Entrevistado Grupo focal 4).

A secretaria de saúde de um município é o local de suporte de todos os níveis de assistência à saúde. Por realizar a gestão da saúde local, favorece ou não a integração desses níveis de atenção e dos profissionais neles envolvidos, ao estabelecer mecanismos de articulação em prol de uma atenção à saúde mais efetiva no município. A SMS ainda é o ponto de referência para a resolução dos problemas e a condução do planejamento de ações de cada unidade de saúde, incluindo aí as USF. A comunicação limitada entre a gestão e os

profissionais que prestam cuidados nas unidades acarretará uma série de prejuízos como os acima citados.

Para Centa et al (2004), a equipe de saúde da família é capaz de assistir às famílias de forma diferenciada, mas para que isso se concretize com eficiência e resolutividade, os gestores devem priorizar não só o atendimento às necessidades da população, mas também investir na capacitação e no desenvolvimento dos profissionais que atuam na estratégia, oferecendo os recursos necessários para o desenvolvimento de suas ações.

Segundo Costa, Tagliari e Moretto (2003), a gestão deve preocupar-se com a construção de um modelo assistencial que seja capaz de se articular com o sistema de saúde e que fortaleça as atividades intersetoriais, pois a ESF nem sempre consegue resolver todos os problemas de saúde identificados. As parcerias são importantes e precisam ser estabelecidas. No tocante a estas questões, cabe salientar a importância da sensibilização do conjunto de atores do município como adjuvantes, para fortalecer a intersetorialidade e garantir a continuidade da assistência de forma universal, equânime e integral.

5.4.1.2 Despreparo do ACS para trabalhar com famílias

Outro problema identificado pelos entrevistados e que já destacamos na primeira categoria deste estudo é a falta de preparo dos ACS para o trabalho com as famílias.

“Aí a gente fica na dúvida, é um caso do serviço social ou não? [...] por que realmente a gente tem essa dificuldade” (Entrevistado Grupo focal 2).

“Para nós mesmos (ACS) também, porque em parte, o que você vai fazer? A pessoa vem e chama você, fala da dificuldade, e não é só uma família não, no caso eu estou com 142 famílias e às vezes você chega e eles vão contar para mim o que se passa. Vamos dizer que 25% delas contam os problemas, e você vai convivendo, chega um certo ponto que você não sabe o que você fazer, você tem que saber o que falar para eles, tem que preparar uma fala, ou as vezes é melhor ficar calada, só ouvir. Porque eles sentem muita confiança na gente” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Eu não me acho suficiente, no direito, não tenho liberdade, para chegar e me intrometer na vida particular deles, geralmente assim, quando está entrando, eu converso com a mãe, que ela tem mais liberdade para falar com ele” (Entrevistado Grupo focal 2).

“[...] Então assim, a gente não tem esse preparo, eu não tenho esse preparo, eu digo que eu não tenho preparo para trabalhar com famílias de usuário de droga, com alcoolismo, eu não tenho esse preparo” (Entrevistado Grupo focal 7).

O ACS assume funções junto às famílias que não são compatíveis com o seu nível de formação. Por outro lado, a forma como o processo de trabalho está organizado não oferece condições para que a equipe monitore mais de perto o trabalho do ACS junto às famílias e lhe dê o devido suporte. Nesse contexto de trabalho, a equipe não consegue intervir de forma eficaz nas dificuldades detectadas pelos ACS no domicílio, principalmente nas situações que demandam tomada de decisões, condutas e encaminhamentos de determinados problemas de saúde e condições de vida. Por sua vez, as famílias esperam uma resolução satisfatória de seus problemas por parte da USF/sistema de saúde.

Para Nunes et al (2002) o treinamento dos ACS deve munir os de outros saberes além do biomédico. Saberes estes que os habilitem nesse processo cotidiano de interação com as famílias, e no reconhecimento de suas necessidades.

O despreparo sinalizado pelos entrevistados reflete diretamente na sua própria saúde, uma vez que se sobrecarregam com as necessidades de saúde da população que, na maioria das vezes, não conseguem atender o que desencadeia uma série de sentimentos nos profissionais, como incompetência e desgaste emocional.

“Eu acho que eles tem que olhar o profissional, principalmente a gente que vai em casa, é muito problema, as pessoas falam muito. Então, querendo ou não, você acaba entrando naquele problema da família, e acho que a gente tinha que ter uma estrutura de apoio por trás. Um psicólogo, porque você acaba se estressando, é muita coisa, às vezes você não consegue resolver nada porque não tem respaldo [...] às vezes você mesma acaba entrando em desespero de não conseguir resolver. Você acaba levando isso às vezes para a sua família em casa. Então eu acho que a gente devia também ter um suporte para gente, porque além de profissional, nós também somos humanos, a gente devia ter o suporte” (Entrevistado Grupo focal 1).

“[...] porque eu enquanto enfermeira é claro que visualizo o ser humano completo, não vejo só o álcool, só a droga. A gente vê que ele está infeliz, vejo o contexto social. Mas, nem sempre a gente está pronta para aquela abordagem entendeu?” (Entrevistado Grupo focal 8).

Por serem vistos como mediadores entre os profissionais de saúde da equipe e a comunidade atendida, os ACS são fonte de desabafo da

população, sendo os trabalhadores mais atingidos pela cobrança dos usuários diante de suas insatisfações com o serviço (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008).

Para Jardim e Lancman (2009) o contato com diversas situações de conflitos familiares e famílias em situações de precariedade financeira e emocional, torna os profissionais das equipes de saúde da família vulneráveis ao estresse emocional, sendo necessário criar estratégias como o apoio psicológico para lidar com essas situações e garantir a sobrevivência física e emocional, para que não venham abater-se junto com a população.

Reiterando isso, Camelo e Angerami (2004) referem que algumas situações na relação trabalhador-usuário demandam certo gasto de energia e adaptação, como o contato direto com a realidade e/ou sofrimento do próximo, elementos próprios do trabalho na saúde. Essas situações, somadas às características individuais de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse.

Os ACS referiram ainda, que apesar de serem os profissionais que mantêm maior contato com a população, às vezes os usuários não dão a devida credibilidade no seu trabalho. Há que se destacar também o fato de os ACS serem os trabalhadores com menor nível de formação na ESF, levando a população a buscar com mais frequência as orientações dos outros profissionais da equipe, como a enfermeira ou o médico.

“[...] mas não deixa de ter aquele que não deixa entrar, que não dá credibilidade. eles não dão muita credibilidade ao agente de saúde, só dá credibilidade se a enfermeira estiver presente, se ela falar alguma coisa, se complementar o que o agente disse” (Entrevistado Grupo focal 6).

“Agora a nossa maior dificuldade é conseguir que eles confiem nas agentes” (Entrevistado Grupo focal 4).

De acordo com Jardim e Lancman (2009) a credibilidade no trabalho do ACS é um aspecto fundamental para a concretização do mesmo, sendo um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução. Sem credibilidade não há confiança e isso limita a atuação do ACS.

5.4.1.3 Desconhecimento da população sobre a ESF

A mudança do modelo assistencial de saúde não é tarefa fácil, uma vez que envolve vários aspectos e atores. Alguns já foram percorridos neste estudo, como a formação profissional e a hegemonia do modelo biologicista, centrado na doença. Porém, outro aspecto relevante é a cultura da população assistida acerca dos conceitos de saúde-doença. Diante disso, cabe aos profissionais e gestores se aproximar da comunidade e discutir com ela os princípios da estratégia, o processo de trabalho da equipe e a apresentação dos membros da equipe criando, desde a implantação da unidade, um espaço de diálogo e vínculo com a comunidade.

“Eles chegaram, implantaram, apesar de que tem 04 anos que está implantado a população não sabe direito o que é o PSF, não sabe como trabalha [...] A gente tenta sensibilizar no dia-a-dia, mas fica difícil quando a sensibilização não foi feita antes de estar implantando” (Entrevistado Grupo focal 1).

“[...] para nossa unidade funcionar, uma coisa que teria que ser feita é chamar a população aqui do bairro, apresentar todo mundo, deveriam ter feito isso para população ficar mais esclarecida” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Acho que aqui tem muito conflito, a secretaria quando vai montar um PSF, eles deveriam montar uma estrutura, dar um suporte para a comunidade [...] a comunidade não tem noção nenhuma do que é PSF” (Entrevistado Grupo focal 6).

Estudo realizado por Oliveira e Albuquerque (2008) com profissionais que atuavam em USF reforça esse aspecto do desconhecimento da população acerca da ESF. Os profissionais identificaram dificuldade da população em entender as regras de funcionamento da estratégia e reconhecem que as oficinas realizadas no momento da implantação do programa não foram suficientes para sensibilizar e informar as pessoas sobre esta nova estratégia de atenção à saúde.

Para a implantação da ESF, são necessárias estratégias de transição de um modelo de saúde para o outro, ou seja, um processo de sensibilização da comunidade. Se estas estratégias não são efetivadas ou não se tornam contínuas, a comunidade permanece resistente a esta transição e tem dificuldades em entender, aceitar e colaborar (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

5.4.1.4 Dificuldades na abordagem do núcleo familiar e a co-responsabilização da família

Os entrevistados referiram à dificuldade em abordar todos os membros da família, pois na maioria das vezes existe apenas um membro da família em casa quando são feitas as VDs. Às vezes são pessoas que nem pertencem ao seio familiar, mas que cuidam do lar ou de um dos membros da família.

“Geralmente quem não trabalha, a gente consegue abordar em casa, quem trabalha não tem como” (Entrevistado Grupo focal 1).

“Normalmente não tem aquele contato maior com os homens, pois estão trabalhando. É mais a mãe mesmo, ou a empregada, a secretária do lar, a avó também. A avó participa muito” (Entrevistado Grupo focal 4).

“E acaba às vezes não encontrando os outros, às vezes esta trabalhando, às vezes tem outra família” (Entrevistado Grupo focal 7).

Vale ressaltar que o domicílio não é o único espaço de abordagem da família. Apesar de ser o local preferencial para o encontro familiar, há outros espaços possíveis para esse encontro acontecer, como a própria unidade de saúde ou outros locais, como nas escolas, creches, igrejas, centros comunitários e outros.

Foi relatado pelos profissionais que a família muitas vezes não se responsabiliza pelos seus membros e suas necessidades, deslocando exclusivamente para os profissionais e o sistema de saúde a responsabilidade pelo cuidado. Isso gera um descompromisso por parte da família e interfere na própria assistência à saúde, uma vez que os cuidados se estendem ao ambiente familiar, sendo este um local de práticas de saúde influenciadas pela cultura da família. Portanto, quando não consegue se efetivar essa co-responsabilização da família, o resultado esperado dificilmente será alcançado.

“[...] Tem a família que não dá nem remédio de hipertensão para aquele idoso, o idoso não sabe, toma o remédio errado por que não tem alguém da família ajudando, não tem como a agente de saúde ir na casa todo dia, são várias casas que ela tem que visitar. Então a gente bate sempre na mesma tecla, vai lá fazer visita, chega lá a pressão está lá em cima, está tomando o remédio errado, às vezes nem está tomando por que perde. Então, e aí a culpa é de quem? Ah! por que o postinho – eles falam postinho, não fala nem PSF – não está em cima [...], a gente

está em cima, está visitando, está orientando, só que eles não agem [...] Cobram muito, jogam toda a responsabilidade no PSF. Nos agentes, técnicos, no enfermeiro e médico [...]" (Entrevistado Grupo focal 2).

"Um exemplo é um paciente idoso que nós temos, é um problema social, conseguimos até um local para ele internar, ficar no lar, mas ele não quis ir [...] Ele não tem ninguém, ele mora sozinho e tal, aí o pessoal quer que o agente de saúde leva o almoço, dá banho, janta, limpa a casa, não é papel dele" (Entrevistado Grupo focal 6).

[...] Um dos trabalhos do programa é aproximar a família do cliente. E se o agente de saúde sempre vai e acompanha, a família perde a responsabilidade, acha que o agente sempre irá acompanhar" (Entrevistado Grupo focal 4).

No trabalho com a família, além do preparo necessário para abordar e entrar neste contexto tão dinâmico e peculiar, é necessário o uso de tecnologias como o vínculo, acolhimento e escuta, a fim de proporcionar a autonomização e a co-responsabilização de toda a família no cuidado de seus membros.

O estímulo para criação de vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais da USF e população assistida, convocando-a na condição de parceira no cuidado à saúde, deve ser visto e trabalhado com especial atenção, de modo a aproveitar suas potencialidades sem jogar sobre elas o fardo da culpa por exigências acima dos limites que suas condições permitam (CAMPOS; MATTA, 2007).

Para Campos (2003), a construção do vínculo é um recurso terapêutico. Não se trata, portanto, de uma preocupação tão somente humanizadora, mas também do uso de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde.

Segundo Faria (2007), para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/família/equipe.

5.2 Facilidades no trabalho com famílias

Em relação às facilidades encontradas no trabalho com famílias, poucos aspectos foram apontados pelos sujeitos participantes, sendo que estas facilidades estão estritamente vinculadas à relação estabelecida entre profissionais e usuários/famílias, baseada no vínculo, confiança, acolhimento.

“Porque com todas as dificuldades que temos, a gente dá o melhor que podemos, atendemos da melhor maneira, já aprendemos a trabalhar com essa comunidade, aproximamos deles, já temos um elo, um vínculo entre a gente e eles” (Entrevistado Grupo focal 1).

“A partir do momento que conseguimos obter a confiança da comunidade fica mais fácil, [...] na minha área, a maior parte das pessoas eu já trabalho há muito tempo. Tem casa que eu já me sinto de casa” (Entrevistado Grupo focal 4).

Para Merhy (2007), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, precisa desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, os trabalhadores da saúde devem incorporar mais no cotidiano do trabalho as tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

O tempo de atuação na área de abrangência influencia e facilita a forma como o profissional aborda a família, pois como referiram os entrevistados, o cotidiano do trabalho se torna um aprendizado para lidar com as diversas situações vivenciadas junto às famílias.

“Mas com tempo a gente aprende a lidar, na família tem que ser forte, se acontecer alguma coisa com filho, com a mãe, você tem que ser mais forte para acalmar a família. A gente aprende” (Entrevistado Grupo focal 5).

“Mas no começo a pessoa fala – Ah! eu to assim – eu já ficava preocupada, hoje não. Hoje de tanto a enfermeira ficar conversando, falar, hoje eu estou mais madura. Teve uma vez que eu fiquei uma semana doente por causa do que a paciente me relatou), e eu fiquei doente. É verdade, é assim, será que não é falta de preparo? para ir pra rua? Hoje eu posso falar que estou preparada. Como esses dias, uma aí estava com dengue hemorrágica, todo mundo em desespero, chorando, eu falei: Calma gente! é só ir lá falar com a mulher, tomar remédio, passar medicação[...] Se fosse naquela época comigo, estava doente já.” (Entrevistado Grupo focal 5).

Segundo Campos (2003), a condição para a construção do vínculo entre profissionais e usuários está na capacidade de a equipe responsabilizar-se pela atenção à saúde dos que vivem em um dado território, encarregando-se de cada caso específico, seja em razão de doenças ou de outros fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas. Para estabelecer esta relação com a população, os profissionais de saúde devem ampliar os meios de trabalho como: modificar a escuta e o acolhimento, que pode e deve perpassar todo e qualquer momento do trabalho em saúde, utilizando medidas de prevenção e promoção da saúde e possibilitando espaços de educação em saúde para construção de novos hábitos.

Para os ACS, o fato de morarem na área de abrangência é visto como facilidade no contato com as famílias, por serem conhecedores de toda a população de sua área.

“A facilidade é que a gente mora na área, conhece todo mundo, é amigo de todo mundo” (Entrevistado Grupo focal 6).

“É que também nós moramos na área né!, então a gente já conhece as pessoas também, então já tem essa facilidade” (Entrevistado Grupo focal 7).

Os ACS sentem-se responsáveis não só pelos problemas identificados em sua comunidade, mas também se solidarizam com os problemas das pessoas, e sentem necessidade de ajudá-las. Por residir no mesmo espaço das pessoas que assistem, os problemas sociais são os mesmos para os quais estão direcionadas suas ações de cuidado (NASCIMENTO; CORRÊA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo deixa a certeza de que o preparo dos profissionais das equipes de saúde da família para o trabalho com as famílias é essencial no cotidiano dinâmico e em constante mutação no qual se desenvolve essa prática. É, portanto, subsídio para a qualidade da assistência prestada às famílias e à resolutividade das ações.

A análise dos dados deste estudo demonstrou que muitos profissionais que atuam na ESF têm dificuldades em compreender e desenvolver o trabalho voltado para a família, como uma parceira nos cuidados à saúde.

Considerando a família como uma unidade complexa, é imprescindível um preparo específico da equipe para se aproximar e relacionar com o mundo familiar, para que a sua presença seja um apoio efetivo à saúde da família. Assim, um desafio que se coloca é a formação e capacitação dos profissionais, condição fundamental para a sustentabilidade do trabalho da equipe.

O desafio de conhecer e aprender a lidar com as necessidades psicológicas, sócio-culturais, econômicas e de saúde das famílias, é uma tarefa que exige dos profissionais competência e sensibilidade. Para tanto, faz-se necessário uma contínua discussão conceitual no conjunto da equipe. Assim, é essencial que os profissionais tenham um sólido domínio de questões que compõem e fundamentam o mundo familiar e suas interações.

O preparo da equipe de saúde da família para esse tipo de trabalho, a nosso ver, pressupõe a necessidade de aporte específico – teórico, metodológico e técnico – para cuidar das famílias. Este preparo inclui, portanto, conhecimento sobre as diferentes teorias de família, aspectos conceituais sobre família nas diversas abordagens teóricas, metodologias e técnicas específicas para o cuidado da família.

A equipe de saúde da família, além do preparo teórico-metodológico e técnico, necessita de instrumentos pessoais, profissionais, materiais e políticos adequados para desenvolver um trabalho de qualidade junto às famílias.

Para tanto é necessário o envolvimento da gestão no planejamento das ações e no apoio necessário para que, efetivamente, a equipe consiga trabalhar com as famílias. As carências e dificuldades encontradas no cotidiano desses profissionais são inúmeras, o que se torna um empecilho para que

eles possam atuar com mudanças no modo de fazer saúde, em especial na atenção às famílias, requerendo para tal outros suportes.

Além disso, para assistir à família como foco do cuidado, os profissionais precisam desenvolver ações que vão muito além da visita domiciliária, da qual podem emergir as potencialidades e demandas da família, através da inserção da equipe no cotidiano de vida desta.

A visita domiciliária foi evidenciada neste estudo, como um recurso extremamente importante no contexto da assistência à saúde da família, no entanto, as equipes devem planejá-la e inseri-la em um projeto de ações assistenciais com caráter interdisciplinar que se volte à saúde da família. Para tal, as equipes necessitam ser capacitadas para a visita, com um preparo teórico, metodológico e técnico para o cuidado às famílias.

Apesar de alguns profissionais terem consciência da necessidade de um trabalho conjunto e integrado da equipe junto à família, a ausência de um projeto coletivo de trabalho fragmenta e muitas vezes prejudica o trabalho da equipe neste contexto. Além do mais, a ausência de visão conjunta do contexto da saúde da família dificulta a continuidade e integração das ações entre os diferentes membros da equipe, repercutindo no estabelecimento das relações de confiança, na resolutividade dos problemas e na credibilidade no trabalho da equipe. Nesse caso, a família torna-se alvo de ações isoladas, desconectadas e muitas vezes centradas em iniciativas e ações individualizadas, não explorando as tecnologias leves.

Por fim, olhar a família como objeto de ação da equipe de saúde requer o reconhecimento da necessidade de investimentos não apenas voltados para os profissionais de saúde, mas também ao o preparo da família, para que ela possa aderir de forma esclarecida, negociada e participativa à ESF.

Os aspectos apontados neste estudo são inúmeros e por serem tão abrangentes possibilitam a discussão mais aprofundada dos apontamentos relatados pelos profissionais no que se refere ao preparo para o trabalho com famílias na ESF. Os resultados aqui apresentados abrem espaço para novas investigações, uma vez que o município estudado não tem sido foco de pesquisas com esse objeto de investigação. Além de permitir uma reflexão da prática pelos profissionais das equipes de saúde da família e da gestão.

O estudo sinaliza necessidades de outros investimentos em pesquisa, dentre elas, da formação e capacitação dos profissionais da área da saúde; do trabalho do agente comunitário de saúde no domicílio; do cuidado a

família na perspectiva da gestão e dos usuários. Portanto, lacunas se abrem para o aprofundamento nas discussões que envolvem a ampla e complexa temática do cuidado à família no âmbito da ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. IN: MOROSINI, M.V. G. C., CORBO, A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p 151-172.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In:_____. **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.p. 15-26.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Lat Am de Enferm**, Ribeirão Preto-SP, v. 8, n. 6. p 96-101, dezembro, 2000.

ANGELO, M.; BOUSSO, R.S. A enfermagem e o cuidado em saúde da família. In: Brasil. Instituto de Desenvolvimento da Saúde. USP. Ministério da Saúde. Brasília, 2001. 113 p. **Manual de Enfermagem** [on line]. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em: 15/06/2008.

ATHAYDE, E.S.; GIL, C.R.R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina, **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.2, p 13-22, jun. 2005.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 225 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Lei nº 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 03/02/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Lei nº 8142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 03/02/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394** de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 10/11/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética em pesquisa. **Resolução nº 196** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. 9 p. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 03/02/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CEB n.º 4**, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 1999a. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 13/12/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introductório**. Milton Menezes da Costa Neto (Org). Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Caderno 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Parte II. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 62 p.

BRASIL. **Parecer CNS/CES n.º 583** de abril de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2001b.

BRASIL. **Parecer CNS/CES n.º 1133** de 07 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei n.º 10.507, de 10 de julho 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 03/02/2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v.3, n.1, p. 113-125, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 72p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto n.º 5154** de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os art. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução de Mortalidade Infantil**. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação**

permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 188 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2527** de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 10/11/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. nº 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico**. 2008b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11/07/2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. **Consolidado da cobertura das equipes de saúde da família**. 2009a. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 13/12/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. 2009b. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 11/03/2009.

CAMELO, S. H. H., ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Lat Am Enferm**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 1, p.14-21, jan/fev. 2004.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família, **Revista Ciência, cuidado e saúde**, Maringá-PR, v.7, n.1, p. 45-52, jan/mar, 2008.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP, v. 5, n. 9, p. 133-142, agost 2001.

CAMPOS, C.E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 8, n. 2, p. 569-584, abr/jun, 2003.

CAMPOS, M. R. de M. O.; MATTA, G. C. A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica. IN: MOROSINI, M.V. G. C., CORBO, A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.107-150.

CARVALHO, R. L. S.; et al. Perspectivas para a educação profissional de nível técnico em saúde a partir da proposta das diretrizes curriculares. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.33, p.23-32, jul./dez. 2005

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 41- 65, jan/jun, 2004.

CECCIM, R. B.. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP, v.9, n.16, p.161-77, fev.2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.975-986, out/dez, 2005b.

CENTA, M. de L.; ALMEIDA, B. M. M. O programa de saúde da família sob olhar da equipe multidisciplinar. **Família, saúde e desenvolvimento**., Curitiba, v.5, n.2, p.103-113, mai./ago. 2003

CENTA, M.L, et al. Realidade vivenciada pelos enfermeiros em programa saúde da família. **Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.1, p. 9-16, jan/abr, 2004.

CIAMPONE, M.H.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Rev Bras.Enf**, Brasília, v.53, n. especial, p. 143-147, dez, 2000.

COSTA, R. K.de S.; MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p. 300-304, mar/abr, 2009.

COSTA, S. T.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Compassos e descompassos na trajetória do programa saúde da família em município de médio porte do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 42-53, jul/dez, 2003.

COTTA et al. , R. M. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7 -18, set, 2006.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

ELSEN, I.; MARCON, S.S. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. **Família, saúde e desenvolvimento**. Curitiba, v.1, n. 1/2, p. 21-26, jan/dez., 1999.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C.R.; MANFRINI, G.C. Saúde da Família: desafios teóricos. **Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.3, n.2, p. 89-97, jul/dez. 2001.

FARIA, G. S. **Educação permanente em saúde: uma estratégia em construção para a gestão do programa saúde da família do centro de saúde escola**. 2007. 152f. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

FRANCO, T. B. Produção de cuidados e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde do Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu-SP, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRANCO, T. B; MAGALHAES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência a saúde: organização das linhas de cuidados. In: Emerson Merhy et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55- 124.

FRANCO, T. B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Emerson Merhy et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-134.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá-PR, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan/mar 2008.

GAÍVA, M. A. M; SCOCHI, C.G.S. O processo de trabalho em saúde: considerações teóricas. In: SILVA, M. A (Org). **Diferentes olhares sobre o trabalho da enfermagem**. Cuiabá: EdUFMT, 2005. p. 81-94.

GAIVA, M. A. M. A família como unidade de cuidado de enfermagem na atenção a saúde da criança. In: GAÍVA, M. A. M (Org.). **Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho do enfermeiro**. Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 61-80.

GARCIA, M. A. A, et al. O ensino da saúde coletiva e a escola médica em mudança: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 30-37, jan/abr, 2004.

GERMANO, R. M.; et al. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. UFRN: Natal, 2005. 31p. Disponível em: www.observarh.org.br. Acesso em 01/12/2009.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 490-498, mar/abr, 2005.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006a. 318 f. Tese (Doutorado) – Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006b.171 p.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. S (Org). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

HOFFMANN, A. C. O. S.; et al. A teoria do desenvolvimento da família: buscando convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n. 1, p. 75-88, jan/abr, 2005.

JARDIM, T. A.; LANCMAM, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP , v.13, n. 28, p. 123 -135, jan/mar, 2009.

KERBER, N. P. C., KIRCHHOF, A. L. C., CESAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar, 2008.

LEOPARDI, M. T. (Org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. 176p.

LODI, D. L. de P.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no programa saúde da família – PSF. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 67-80, jul./dez. 2003.

MACHADO, H. B.; et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.2, p 149-157, mai/ago, 2005.

MACHADO, T. C. M. et al. Cuidando de uma família de acordo com o modelo calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília – SP. **Reme: Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, MG. v. 10, ano 1, p. 69-74, jan./mar, 2006.

MANDÚ, E. N. T.; et al. A visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-40, jan-mar, 2008.

MANFRINI, G. C.; BOEHS, A. E.; Entrevista com a família: uma estratégia para conhecer e para cuidar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.6, n.1, p. 49-56, jan./abr. 2004.

MANTOVANI, M, F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades no tratamento da pressão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 1, abr/jun, 2007.

MARCON, S. R.; OLIVEIRA, A. G. B. Família e transtorno mental: reflexões teórico-práticas. In: Alice Oliveira (Org). **Ensino de enfermagem: temas e estratégias interdisciplinares**. Cuiabá: EdUFMT, 2006. p.119-132.

MARDSSEN, M. **A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio**. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Trad: Reginaldo Sant'anna. livro I. vol. I. 21 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 2v. 966 p.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 180p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 1992. 53 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do processo de trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: _____ (Org). **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. da S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1304-1301, jun 2006.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 333-345, abr/jun, 2005.

NEMES FILHO, A. Breves reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu-SP , v. 5, n. 9, p.154-156, ago, 2001.

NUNES, M. O.; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov/dez, 2002.

OLIVEIRA, S. F.; ALBURQUERQUE, F. J. B de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p.237-246, 2008

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

OPAS. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.78, 1987.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia, **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 35, n. 1, p.103-9, fev, 2001.

PEREIRA, A.T.S.; et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, sup 1. p 123-133, 2008.

PERES, E. M.; POZ, M. R. D.; GRANDE, N. R. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 208–13, abr/jun, 2006.

PIRES, D. Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde. In:_____.**Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. p. 159-203.

POLIT, D.S.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Lat Am Enferm**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 4, p. 658-644, agosto, 2004.

ROSSI, F.R; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-8, dez. 2005.

SAKATA, K. N.; et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-64, Nov/dez, 2007.

SALA, A.; et al. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p 1556-1564, nov-dez, 2004.

SANTOS, A.S; MIRANDA, M.R.C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007. 436 p.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu-SP, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Coordenadoria de pesquisa e desenvolvimento em saúde. **Curso Básico em Saúde da Família**. Módulo III. Cuiabá: Secretaria Estadual de Saúde, 2004. 72 p.

SEVERINO, A.J. O homem a natureza e o trabalho: a ordem econômica da sociedade. In: Severino, A.J. . **Filosofia**. São Paulo: Cortez, 1992. p. 149-162.

SILVA, J.V.; SANTOS, S.M.R. Trabalhando com famílias utilizando ferramentas. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora-MG, v. 6, n. 2, p 1-32, jul/dez 2003.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, nº especial, p. 25-30, 2000.

SOUZA, N. R.; DALLALANA, T.M. Enfoque sistêmico: uma discussão sobre mudanças de modelo no PSF. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.6, n.2, p. 154-165, maio/ago, 2004.

TULIO, E.C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v, 2, n. 2, p. 71-79, jul/dez. 2000.

VÁRZEA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 2008. Várzea Grande, MT: 2009.

VICTORA, C.G; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000

WAGNER, H.L., et al. Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora-MG, v.3, n. 8, p. 10-14, nov, 2001.

WERMELINGER, M. C. de M. **Educação profissional: o técnico da saúde (enfermagem) em evidência**. 2007. 142f. Tese (Doutorado) – Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para a avaliação e intervenção na família. Trad: Silvia M. Spada. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. p 327.

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO FACULDADE DE ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA-GRUPO FOCAL – N°

✓ **Dados de identificação:**

Unidade saúde da família: _____

Data: _____

Profissionais presentes (quantidade e profissão): _____

✓ **Entrevista:**

- 1) Vocês consideram que na formação (curso técnico/graduação/pós-graduação) foram preparados para trabalhar com famílias na ESF?
Explorar (quando, como, porquê?)
- 2) Vocês consideram que nas capacitações recebidas antes do ingresso na ESF, vocês foram preparados para trabalhar com famílias?
- 3) Vocês têm recebido suporte/apoio da gestão para trabalhar com famílias?
- 4) Quais suporte/apoio vocês consideram necessários para que os profissionais de saúde possam trabalhar com famílias no PSF?
Explorar facilidades e dificuldades
- 5) Quais atividades que vocês desenvolvem na ESF voltados para o trabalho com famílias? Explorar exemplos.
- 6) Você considera que há algo a mais que pode ser feito para que os profissionais/equipes atuem com as famílias no PSF? Necessidades de Capacitações, suporte e apoio.

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa: **A instrumentalização dos profissionais da estratégia saúde da família para trabalhar com as famílias**. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFMT. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 36157254.

O objetivo deste estudo é caracterizar os profissionais do PSF e analisar o preparo dos profissionais para trabalhar com as famílias no PSF. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista em grupo com os demais profissionais da equipe, a ser agendada pela pesquisadora conforme a sua disponibilidade.

Não haverá riscos relacionados com sua participação na pesquisa, apenas o desconforto de responder os questionamentos sobre seu trabalho no PSF. Os benefícios para você enquanto participante da pesquisa, são a reflexão da prática profissional, bem como avaliar a necessidade de capacitações na área e dispor para a secretaria de saúde um banco de dados dos profissionais e necessidades de capacitações.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo utilizado siglas para caracterizar os sujeitos.

Você receberá uma cópia desse termo que tem o nome, telefone e endereço da pesquisadora responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo.

Sou Valéria de Carvalho Araújo Siqueira, Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Mestranda em Enfermagem da UFMT, Telefone (65) 84121001 ou (65) 36158805, email: valeriakael@hotmail.com.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante).....,
idade:..... sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG
Nº:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de
minha participação nessa pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador principal:

.....

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](#)