



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Cláudia Portela e Silva**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR**

São Luís  
2016

**Cláudia Portela e Silva**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da Família,  
Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra Conceição de Maria  
Pedrozo e Silva de Azevedo

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Promoção da saúde

São Luís

2016

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Portela e Silva, Cláudia.

Conhecimento e prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as Ferramentas de abordagem familiar / Cláudia Portela e Silva. - 2016.

63 p.

Orientador(a): Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Ferramentas de abordagem familiar. I. Pedrozo e Silva de Azevedo, Conceição de Maria. II. Título.

**Cláudia Portela e Silva**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR**

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo  
Presidente/Orientador  
RENASF / Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorlene Maria Cardoso de Aquino  
RENASF / Universidade Federal do Maranhão

Aprovada em            /            / 2016

## AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza, que me permitiu chegar até aqui.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e à Universidade Federal do Maranhão, por proporcionarem esse projeto.

Ao meu pai José Ribamar Ferreira da Silva (*in memoriam*), que dentre os bons exemplos, semeou a prática da leitura edificante.

À minha mãe, Maria de Jesus Portela e Silva, pelo amor e dedicação a mim ofertados em todos os momentos de minha vida.

A meus irmãos, pela cooperação em todas as conquistas, e de forma especial à Cleide, pelo cuidado e afeto que sempre me ofertou.

Ao meu companheiro de todos os dias, Victor Hugo Matteucci Filho, pelo apoio, incentivo e compreensão durante todos esses anos de convivência.

Aos meus filhos, Matheus, Mayra e Marcel, as joias mais preciosas que Deus me concedeu, e fonte de motivação em todas as lutas e conquistas.

À professora Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo, pela valiosa orientação na construção desse estudo.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (Renasf/Ufma), pela dedicação, empenho e conhecimentos compartilhados.

Aos colegas de mestrado, pontos de luz e de apoio nessa caminhada. Que alegria ter alcançado essa vitória junto com vocês.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Luís - MA, por ter autorizado a realização dessa pesquisa.

Aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Cohab-Anil, que prontamente aceitaram participar desse estudo. Muito obrigada!

Não existe família perfeita. Não temos pais perfeitos, não somos perfeitos, não nos casamos com uma pessoa perfeita nem temos filhos perfeitos. Temos queixas uns dos outros. Decepcionamos uns aos outros. Por isso, não há casamento saudável nem família saudável sem o exercício do perdão. O perdão é vital para nossa saúde emocional e sobrevivência espiritual. Sem perdão a família se torna uma arena de conflitos e um reduto de mágoas.

Sem perdão a família adoece. O perdão é a assepsia da alma, a faxina da mente e a alforria do coração. Quem não perdoa não tem paz na alma nem comunhão com Deus. A mágoa é um veneno que intoxica e mata. Guardar mágoa no coração é um gesto autodestrutivo. É autofagia. Quem não perdoa adoece física, emocional e espiritualmente.

É por isso que a família precisa ser lugar de vida e não de morte; território de cura e não de adoecimento; palco de perdão e não de culpa. O perdão traz alegria onde a mágoa produziu tristeza; cura, onde a mágoa causou doença.

Papa Francisco

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo de reorganização do Sistema Único de Saúde, preconiza em sua atuação que as equipes de saúde, dentre outros aspectos, direcionem o foco da atenção para as famílias e utilizem tecnologias/ ferramentas apropriadas para o trabalho com famílias. Este estudo, teve por objetivo compreender a prática dos profissionais da ESF na perspectiva do uso das ferramentas de abordagem familiar. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O material empírico foi obtido, por meio de entrevistas semiestruturadas com questões de caracterização dos participantes e sobre o conhecimento e práticas a cerca das ferramentas de abordagem familiar. Participaram deste estudo, profissionais de nível superior que compõem as equipes da ESF de uma unidade básica de saúde. Os dados foram coletados em setembro de 2016. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo obtendo como resultado as categorias temáticas: conceito de família, foco da atenção, capacitação para trabalhar com famílias e conhecimento e prática sobre as ferramentas de abordagem familiar. Observou-se no estudo, que todos os profissionais eram do sexo feminino, tinham tempo médio de atuação na estratégia de 13 anos, a maioria dos participantes possuía curso de especialização em saúde da família. Os profissionais, apresentaram de forma predominante, um conceito de família não restrito a consanguinidade, relataram que, apesar de atentarem para as famílias, na prática o foco da atenção ainda é o indivíduo, informaram que na formação e nos treinamentos posteriores, não tiveram conteúdos que contemplassem a avaliação familiar, quanto ao conhecimento e utilização das ferramentas de abordagem: genograma, ecomapa e ciclo vital familiar, todos afirmaram desconhecer e não utilizar as referidas ferramentas. O estudo indica a necessidade de qualificação e instrumentalização dos profissionais quanto a importância e utilização das ferramentas de abordagem familiar, o que poderá suprir as fragilidades identificadas, contribuindo para a melhoria da atenção e cuidado às famílias e comunidades.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Ferramentas de abordagem Familiar. Atenção Primária em Saúde.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (FHS), reorganizing axis of the Unified Health System, recommends in its actions that the health teams, among other things, to target the focus of attention for families and use technology / appropriate tools to work with families. The purpose of this study was to understand the practice of FHS professionals in the perspective of the use of family approach tools. This is a descriptive study with a qualitative approach. The empirical material was obtained through semi-structured interviews with characterization of questions of the participants and the knowledge and practices about the family approach tools. Graduated professionals attended the study who compose the FHS teams in a health facility. Data were collected in September 2016. The technique of Content Analysis was used, resulting in thematic categories: the concept of family, focus of attention, training to work with families and knowledge and practice of the family approach tools. It was observed in the study that all the professionals were female, had average time of action in the strategy of 13 years, most of the participants had a specialization course in family health. Professionals showed the predominant form, a concept of family is not restricted to consanguinity, they reported that although hearken to families, in practice the focus of attention is still the individual reported that the training and further training, were not content that addressed the family assessment, as the knowledge and use of tools approach: genogram, ecomap and family life cycle, all said to ignore and not use such tools. The study indicates the need for qualification and instrumentalization of professionals and the importance and use of familiar tools approach, which could address the identified weaknesses, contributing to the improvement of attention and care to families and communities.

**Keywords:** Family Health Strategy. Family approach tools. Primary Health Care.



## LISTA DE SIGLAS

|      |   |
|------|---|
| APS  | Atenção Primária à Saúde                                |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética       |
| CNS  | Conselho Nacional de Saúde                              |
| EPS  | Educação Permanente em Saúde                            |
| ESF  | Estratégia Saúde da Família                             |
| FIRO | Fundamental, Interpessoal <i>Ralations Orientations</i> |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde                      |
| PSF  | Programa Saúde da Família                               |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica                 |
| STJ  | Superior Tribunal de Justiça                            |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                                  |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Genograma .....   | 25 |
| Figura 2 - Estrutura de um ecomapa.....  | 27 |
| Figura 3 - Símbolos das relações.....  | 27 |
| Quadro 1 - Ciclo de Vida Familiar segundo a Escola de Saúde Pública de<br>Minas Gerais, 2011 ..... | 29 |

## SUMÁRIO

|            |   |    |
|------------|---|----|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 11 |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b> .....  | 15 |
| <b>2.1</b> | <b>Geral</b> .....  | 15 |
| <b>2.2</b> | <b>Específicos</b> .....  | 15 |
| <b>3</b>   | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....                                      | 16 |
| <b>3.1</b> | <b>Conceito de família e as novas estruturas familiares</b> .....       | 17 |
| <b>3.2</b> | <b>O cuidado</b> .....  | 19 |
| <b>3.3</b> | <b>Trabalhando com famílias</b> .....                                   | 20 |
| <b>3.4</b> | <b>Ferramentas de trabalho com famílias</b> .....                       | 21 |
| 3.4.1      | Genograma .....   | 23 |
| 3.4.2      | Ecomapa.....  | 26 |
| 3.4.3      | Ciclo vital familiar.....   | 27 |
| <b>4</b>   | <b>METODOLOGIA</b> .....  | 30 |
| <b>4.1</b> | <b>Tipo de estudo</b> .....   | 30 |
| <b>4.2</b> | <b>Local da pesquisa</b> .....  | 30 |
| <b>4.3</b> | <b>População</b> .....  | 30 |
| <b>4.4</b> | <b>Técnicas e instrumentos</b> .....                                    | 30 |
| <b>4.5</b> | <b>Coleta de dados</b> .....  | 31 |
| <b>4.6</b> | <b>Análise dos dados</b> .....  | 31 |
| <b>4.7</b> | <b>Considerações éticas</b> .....                                       | 32 |
| <b>5</b>   | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                                     | 33 |
| <b>5.1</b> | <b>Caracterização dos profissionais entrevistados</b> .....             | 33 |
| <b>5.2</b> | <b>Categorias temáticas</b> .....                                       | 34 |
| 5.2.1      | Conceito de família .....   | 34 |
| 5.2.2      | Foco da atenção .....   | 36 |
| 5.2.3      | Capacitação para trabalhar com famílias .....                           | 38 |
| 5.2.4      | Conhecimento e prática sobre as ferramentas de abordagem familiar ..... | 42 |
| <b>6</b>   | <b>CONCLUSÃO</b> .....  | 48 |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 49 |
|            | <b>APÊNDICE A - FORMULÁRIO</b> .....                                    | 56 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO.....</b> | <b>57</b> |
| <b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>                    | <b>60</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem alcançando grande espaço de discussão no cenário mundial como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, com serviços que têm em vista os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, proporcionando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2010).

A adoção da APS como eixo estruturante de diversos sistemas de saúde nacionais e internacionais já é realidade. No entanto, a operacionalização nos remete à discussão sobre o desafio de pôr em prática modelos compatíveis com as complexas necessidades da população e a implementação de práticas que permitam ofertar atenção contínua e integral, com qualidade e humanizada (BRASIL, C. H. G., 2010).

Para Starfield (2002) e Mendes (2012), a APS possui sete atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Sendo os quatro primeiros atributos essenciais e os três últimos derivados.

Abordar a questão família como centro da APS é uma situação prioritária, especialmente se a colocarmos na estratégia de reorganização do sistema de saúde (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

No Brasil, o modelo de atenção primária à saúde em construção é o da Saúde da Família. Implantado como Programa, hoje tido como uma estratégia de reordenação do sistema de saúde (SILVA, 2010). A APS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) representam eixos norteadores da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

Essa reorganização teve como pressuposto a implementação dos princípios do SUS, e, portanto caráter substitutivo ao buscar um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde (PAIM, 2001).

A ESF foi concebida pelo Ministério da Saúde em janeiro de 1994, com objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e

critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doença e para a atenção hospitalar (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

Foi construído em bases distintas, de modo a cumprir com os objetivos do SUS inscritos nas legislações constitucionais e infraconstitucionais. São várias as suas especificidades. É um modelo de saúde da família que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Essa opção estratégica convoca, necessariamente, a territorialização dos espaços de atuação da APS e a ação intersetorial (MENDES, 2012).

Apresenta como elementos centrais o trabalho com a descrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (PAIM, 2001).

Compete à equipe multidisciplinar traçar diretrizes de acompanhamento da família dentro e fora da casa e, assim, elaborar estratégias de intervenção quando necessárias e oportunas, no sentido de estabelecer vínculos mais duradouros e com responsabilidade (FERNANDES; CURRA, 2006).

A ESF focaliza uma assistência baseada em cuidados familiares, onde os profissionais que compõem as equipes devem ter uma visão integral de todos os componentes de uma família em seu ambiente físico e social (MUNIZ, 2012).

Ao focar a atuação na família, amplia-se a noção de atendimento integral à saúde, em que, a partir de um paciente, as ações são desdobradas para o grupo, com a organização de práticas preventivas coletivas e de promoção de saúde. Partindo-se do princípio que a ESF tem como lógica o fortalecimento da saúde das famílias, dos membros que a compõe e da comunidade de um modo geral, ela deve dominar instrumentos capazes de facilitar seu processo de trabalho no momento da abordagem familiar (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

Uma das formas dessa atuação consiste na utilização das Ferramentas de abordagens familiar. O uso de ferramentas para a abordagem familiar é de extrema importância como dispositivo, no que se refere às tecnologias leves para a assistência dentro da saúde da família (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

As tecnologias em saúde se constituem em leves, que são as tecnologias das relações, como práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, escuta

sensível; leves-duras, que estão relacionadas aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e as duras que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

As ferramentas de trabalho utilizadas com as famílias são tecnologias baseadas no relacionamento entre o profissional e a comunidade, procedentes da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações entre os mesmos, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e com a comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007).

Conhecer a família oferece o contexto para avaliação dos problemas de saúde dos pacientes e ajuda a isolar a probabilidade de diversos diagnósticos, favorecendo a decisão a respeito de uma intervenção apropriada. Assim, as ferramentas de abordagem familiar constituem estratégias importantes para o acesso a essas famílias (OLIVEIRA et al., 2014).

Sua adequada utilização estabelece um elo entre os profissionais da estratégia saúde da família e a comunidade, permitindo assim, controle sobre grande parte dos acontecimentos, o que facilita a elaboração de estratégias em saúde voltadas ao controle de doenças e agravos nas famílias assistidas pelos profissionais, além de proporcionar a construção de intervenções direcionadas aos problemas de relacionamento e vida afetiva de seus membros (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

A aproximação entre as famílias e os profissionais de saúde facilita a utilização das ferramentas de abordagem familiar, pois quando estão presentes no cotidiano dos profissionais, proporciona um acompanhamento longitudinal das famílias e de seus membros, auxiliam no diagnóstico, na elaboração e reavaliação do plano de intervenções (BRASIL, 2011).

Entretanto, para que isso ocorra, o processo de trabalho deve ganhar contornos específicos, o profissional precisa ter qualificação e apresentar perfil diferenciado, já que a ênfase da assistência não está nos procedimentos técnicos, mas sim, na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe (CRUZ, 2005).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda diversas ferramentas específicas e básicas para ser utilizadas na abordagem familiar e para tal, é necessária a apropriação pelos profissionais de saúde desses instrumentos, são preconizadas o APGAR Familiar, o Fundamental, Interpessoal *Ralations Orientations*

(Firo), Pratices, Genograma, Ecomapa, entrevista familiar e discussão, reflexão de casos familiares e Projeto Terapêutico de cuidado às famílias (BRASIL,2012).

Nesta pesquisa, buscamos compreender a prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na perspectiva do uso das ferramentas de abordagem familiar. Optamos por direcionar na identificação do conhecimento sobre as ferramentas de abordagem familiar: genograma, ecomapa e ciclo vital familiar, por entender que estas ferramentas encontram-se disponíveis na literatura, são de fácil compreensão e aplicação.

Desta forma, entendemos que compreender essas questões e estar preparado para trabalhar junto às famílias, favorece a atuação da equipe de saúde, fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, qualifica a atenção e o cuidado, contribuindo para a manutenção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Compreender a prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na perspectiva do uso das ferramentas de abordagem familiar.

### **2.2 Específicos**

- a) Verificar a percepção dos profissionais quanto ao conceito de família e foco de atenção;
- b) Identificar a capacitação dos profissionais para o cuidado familiar;
- c) Identificar o conhecimento dos profissionais sobre Genograma, Ecomapa e Ciclo vital familiar.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As mudanças na sociedade, caracterizadas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes desse cenário (BRASIL, 2012).

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. A superioridade de modelos de atenção com base na Atenção Primária em Saúde, como desenhos de redes de serviços, está cada dia mais evidente na literatura científica. Há mais de duas décadas Starfield reafirma que a APS com seus princípios organizativos aumenta a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, diminui as referências a especialistas e aos hospitais, melhora os resultados sanitários, produz serviços mais custos-efetivos, aumenta a satisfação dos clientes e melhora a qualidade percebida (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a atenção primária em saúde, é uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral e integrada ao longo do tempo. No Brasil, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para expansão da APS e, portanto, para a reorientação do SUS é a ESF, criada em 1994 (CASTRO et al., 2012).

A Estratégia Saúde da Família foi implantada para reorganizar o Sistema Único de Saúde e nela cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável. Atualmente, a ideia de que as condições de saúde-doença dos membros da família e a família como unidade influenciam-se mutuamente já é consolidada. Atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais (SILVA; BOUSSO, 2011).

Desta forma, a ESF vem ocupando lugar de destaque no Sistema Único de Saúde por compartilhar dos seus princípios e diretrizes e buscar um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população (COSTA; MIRANDA, 2008).

### **3.1 Conceito de família e as novas estruturas familiares**

Segundo Borges (2004), a configuração de uma sociedade se dá por suas instituições sociais, sendo uma delas, a família. A família, enquanto instituição social, vem sofrendo diversas transformações, resultantes dos vários determinantes de seu lugar e tempo ocupados, produzindo a partir desse lócus as formas de organização concreta dos indivíduos e as relações de poder, bem como o afeto e a subjetividade.

A família é reconhecida na Constituição Federal (artigo 226) como sendo a base da sociedade e com direito à proteção do Estado. É reconhecida a união estável entre homem e mulher como entidade familiar. Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher (BRASIL, 1988).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2012), no Censo demográfico 2010, há referência à família como primeira fonte de proteção contra as dificuldades, oferecendo identidade e permitindo a seus membros, a construção de relações de desenvolvimento, carinho e amor.

Para as pesquisas demográficas o conceito de família é, na verdade, o de domicílio, que é definido como grupo de pessoas que vivem em uma mesma moradia. Mesmo assim, atualmente, as famílias são formadas por diversas estruturas, com os quais vem-se observando que o núcleo tradicional (família nuclear e heterossexual), constituído por um casal e filhos, não é mais a única forma estrutural da família brasileira, apesar de ainda ser a principal (MOIMAZ, 2011).

Recentemente as famílias são formadas por diversas estruturas: famílias formadas por casais que já tiveram outros casamentos, pessoas que vivem sós, pais com filhos adotivos, mães solteiras com seus filhos, casais que não possuem filhos, entre outros. Ainda temos as famílias que são uma espécie de retrato do momento atual em que vivemos e de todas as transformações

contemporâneas: casais homossexuais – com ou sem casamento e às vezes adoção de crianças – e núcleos familiares formados por casais que têm seus filhos através de inseminação artificial, ou mesmo barriga de aluguel. Ainda temos as situações familiares ditas temporárias que em boa parte dos lares acabam por se configurar permanentes como é o caso dos casais que coabitam durante algum tempo juntos e somente legalizam suas relações após o nascimento do primeiro filho (VILLA, 2012).

Segundo Brasil, C. H. G. (2010), as famílias podem se apresentar como:

- a) Família nuclear, ou conjugal, que é formada pelo marido, esposa e filhos (naturais ou adotados) que vivem em um domicílio comum;
- b) Família de pai ou mãe solteiro (a);
- c) Família binuclear, que constitui aquela onde há o encerramento da unidade marital, mas os pais mantêm a função paterna/materna;
- d) Família reconstituída, que são aquelas em que um ou ambos possuem filhos de outro relacionamento, mas que residem no domicílio;
- e) Família estendida, que é identificada como aquela em que além da família nuclear, há parentes lineares ou colaterais, havendo muitas vezes, a convivência de três ou mais gerações.

Caeiro (1991) já entendia a família como um sistema de relações interpessoais, dinâmica, estruturada segundo um conjunto de crenças, valores, normas e constituído sob uma influência cultural determinada pelo contexto em que vive. Constitui-se a unidade primordial de organização social. Como sistema, qualquer alteração que afete um dos membros repercutirá na família como um todo determinando ajustes adaptativos ou não.

A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: inclui a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; e introduz a família como unidade de cuidado, como ente distinto de cada indivíduo-membro. Isso significa que abordar um problema de saúde implica gerar intervenções sistêmicas e considerar impacto das intervenções entendendo que:

a família é a fonte principal de crenças e pautas de comportamentos relacionados com a saúde como comportamentos e estilos de vida (MENDES, 2012).

Uma visão integral dos tipos de família aponta variáveis que podem ocorrer quando trabalhamos com famílias: as diversas conjunturas podem gerar variadas formas de conflito, tendo em mente que as pré-concepções dos profissionais de saúde não devem influenciar no tratamento do usuário (BRASIL, 2012).

### **3.2 O cuidado**

No SUS, superar desafios postos e propor novas formas de atuação em saúde, tornou-se, nos últimos anos, um imperativo. É necessário avançar na construção de uma abordagem diferenciada de cuidado a fim de modificar o cenário de intensa fragmentação, demonstrado cotidianamente por lacunas assistenciais importantes presentes nos serviços e na articulação entre eles, com grandes incoerências entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população (SILVA, 2008).

Atuar em saúde, tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores sócio culturais (BRASIL, 2000).

Frequentemente a equipe se depara com situações em que apenas a compreensão de uma patologia, ou uma abordagem tecnicista não é suficiente para o cuidado necessário. O entendimento sobre as famílias facilitam a compreensão de alguns agravos a saúde que muitas vezes são entendidos como não colaboração, descaso ou incapacidade. Quando entramos no contexto da pessoa, seja ele na abordagem familiar ou na abordagem domiciliar estamos nos corresponsabilizando por seu cuidado, desta forma permitindo e fornecendo instrumentos para que esse indivíduo ou família tenham autonomia e empoderamento para construir sua saúde. Cuidar do indivíduo é sem dúvida acolher sua família, respeitando-a, bem como a seus valores e crenças (BRASIL, 2012).

A ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontadas, uma atenção integral à saúde de indivíduos e

comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas (AYRES, 2009).

### **3.3 Trabalhando com famílias**

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

Trabalhar com famílias exige a incorporação de uma tecnologia relacional, fundada na abordagem humanista, e desenvolvida por meio da compreensão do funcionamento sistêmico da família e da explicação do método clínico centrado no paciente. Existem momentos-chave que podem e devem ser explorados, como ocasião de cadastro das famílias, as mudanças no ciclo de vida delas, a observação da resiliência familiar para situações adversas e o surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto entre seus membros. Essas situações permitem que o profissional de cuidados primários crie um vínculo com o paciente e sua família, desdobrando em responsabilização no tempo, pois, ao dar atenção facilita ser aceito para investigar e intervir (WAGNER, 2001).

O trabalho com famílias tem um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagem, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados (BRASIL, C. H. G., 2010).

A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integridade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados (BRASIL, 2012).

A família constitui um sistema aberto, complexo em constante movimento, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social e dele

compartilham. É o lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se e separar-se; é a sede das primeiras trocas afetivo emocionais e da construção da identidade (FERNANDES; CURRA, 2006).

Para cuidar das famílias é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer um aperfeiçoamento das competências profissionais. Trabalhar nessa perspectiva implica conceber que Saúde da Família vai além da soma da saúde dos indivíduos. A análise da Saúde da Família deve incluir simultaneamente saúde e doença, indivíduo e coletivo. Essa é a perspectiva que deve nortear o processo de trabalho das equipes, mas para tanto há a necessidade permanente de qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

O desafio de conhecer e aprender a lidar com as necessidades psicológicas, socioeconômicas e de saúde das famílias, são tarefas que exigem dos profissionais competência e sensibilidade. Para tanto, faz-se necessária uma contínua discussão teórico-prática dentro do conjunto da Equipe. É essencial que os profissionais tenham um sólido domínio das questões que compõem e fundamentam o mundo familiar e suas interações (GAIVA; SIQUEIRA, 2011).

A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar (MENDES, 2012).

### **3.4 Ferramentas de trabalho com famílias**

Para descobrir como um paciente resolve seus problemas e ajudá-lo a alcançar suas expectativas de bem-estar é necessário conhecer e compreender a constituição de sua família e o papel que ele exerce dentro dela, qual sua ocupação, seu nível de educação formal, as expectativas da família em relação a ele e as conexões afetivas construídas através das vivências. A família adquire importância fundamental, visto que pode constituir-se em uma fonte geradora de problemas e de solução dos mesmos (FERNANDES; CURRA, 2006).

As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas da saúde da família, são tecnologias oriundas da Sociologia e da

Psicologia, que visam estreitar as relações entre os profissionais e as famílias promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (MENDES, 2012).

O uso de estratégias para abordagem familiar pode ser de suma relevância visto que os profissionais que compõem uma equipe de saúde da família, dedicam-se em registrar sistematicamente informações que podem ser modificadas diariamente devido às diferentes dinâmicas de cada grupo familiar. Ou seja, essas estratégias têm intenções de servir como alças e suportes ao que se deseja obter de informações sobre as famílias assistidas (MUNIZ, 2012).

Conhecer a família oferece o contexto para avaliação dos problemas de saúde dos pacientes e ajuda a isolar a probabilidade de diversos diagnósticos, favorecendo a decisão a respeito de uma intervenção apropriada. Assim, as ferramentas de abordagem familiar constituem estratégias importantes para o acesso a essas famílias. As principais ferramentas de abordagem familiar são: o genograma, o ciclo de vida familiar, a teoria Firo, o modelo *Practice* que representa um acróstico das palavras em inglês *Problem* (problema), *Roles* (papéis e estrutura), *Affect* (afeto) *Communication* (comunicação), *Time in life* (tempo no ciclo de vida), *Illness* (doenças na família, passadas e presentes), *Copingwith stress* (lidando com o estresse), *Environment/ecology* (ecologia e meio ambiente) e a conferência familiar (STARFIELD, 2002).

O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias (FERNANDES; CURRA, 2006).

Dentre os fundamentos do trabalho familiar na ESF estão o processo de territorialização, o cadastro familiar, a classificação de riscos familiares e as ferramentas de abordagem familiar (MENDES, 2012).

Utilizar as ferramentas de abordagem familiar possibilita aos profissionais que atuam na ESF, ter uma linha de direcionamento de como ajudar os problemas que aparecem no seu cotidiano com as famílias, no decorrer de sua prática profissional.



### 3.4.1 Genograma

De acordo com o Ministério da Saúde, o Genograma (“árvore da família”, familigrama) é um método de coleta, armazenamento e processamento de dados sobre a família, podendo ser usado para explorar problemas biomédicos, genéticos, comportamentais e sociais. Sua funcionalidade está na rápida visualização da complexidade da “estrutura” da família (BRASIL, 2010).

O Genograma é uma representação gráfica do sistema familiar, preferencialmente em três gerações, que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações. Os terapeutas familiares utilizam-no como estratégia para avaliação e intervenção. Algumas equipes da ESF já o empregam para visualização dos agravos de saúde e planejamento de ações (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2010).

Para Horta (2007), o genograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornece informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações; fornece as bases para a discussão e análise das interações familiares.

Na representação iconográfica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas conectoras, suas relações. A pessoa que ocupa papel central no genograma, normalmente é aquela que originou a necessidade de utilização dessa ferramenta (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

Para Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007), a utilidade do Genograma proporciona:

- a) Uma avaliação rápida e global da família: composição, relações e problemas;
- b) Ajuda no fortalecimento do seu vínculo com a equipe de profissionais;
- c) Propicia a rápida revisão da situação familiar em face de mudanças no seu contexto. Ex. nascimento, casamento, etc.;
- d) Possibilita a avaliação do vínculo familiar por meio do uso dos primeiros nomes dos membros da família e identifica quem vive na residência;
- e) Viabiliza a identificação rápida dos fatores de risco importantes nos membros da família e o rastreamento de pacientes de alto risco;

- f) Identifica a necessidade de promover alterações no estilo de vida do indivíduo e da família;
- g) Demonstra que as relações familiares podem influir na saúde de cada um de seus membros.

O genograma identifica a estrutura da família e seu padrão de relação, nos ajuda a demonstrar esquematicamente problemas biomédicos, genéticos, comportamentais e sociais que envolvem a família estudada. É um método indicado para avaliação de risco, prevenção, problemas diferenciados e avaliação do problema familiar. O instrumento também pode ser usado como fator educativo permitindo ao paciente e sua família ter a noção das repetições dos processos que vêm ocorrendo e em como estes se repetem (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2011).

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

A vantagem do genograma é que apresenta um modo sucinto e universal de representação do grupo familiar, compreensível por todos que o conhecem, evitando textos longos e muitas vezes pouco precisos e operacionais na descrição do grupo familiar. O genograma também pode servir como ferramenta de conversação, seja com a família, seja com a equipe, visando à escuta de diversos pontos de vista sobre dada realidade e a construção simultânea de uma única forma – muitas vezes acaba servindo como instrumento terapêutico, constituindo uma estratégia de vinculação, consenso e exposição dialogada acerca do grupo familiar (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2010).

Na figura 1, a representação gráfica do genograma segundo a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007).

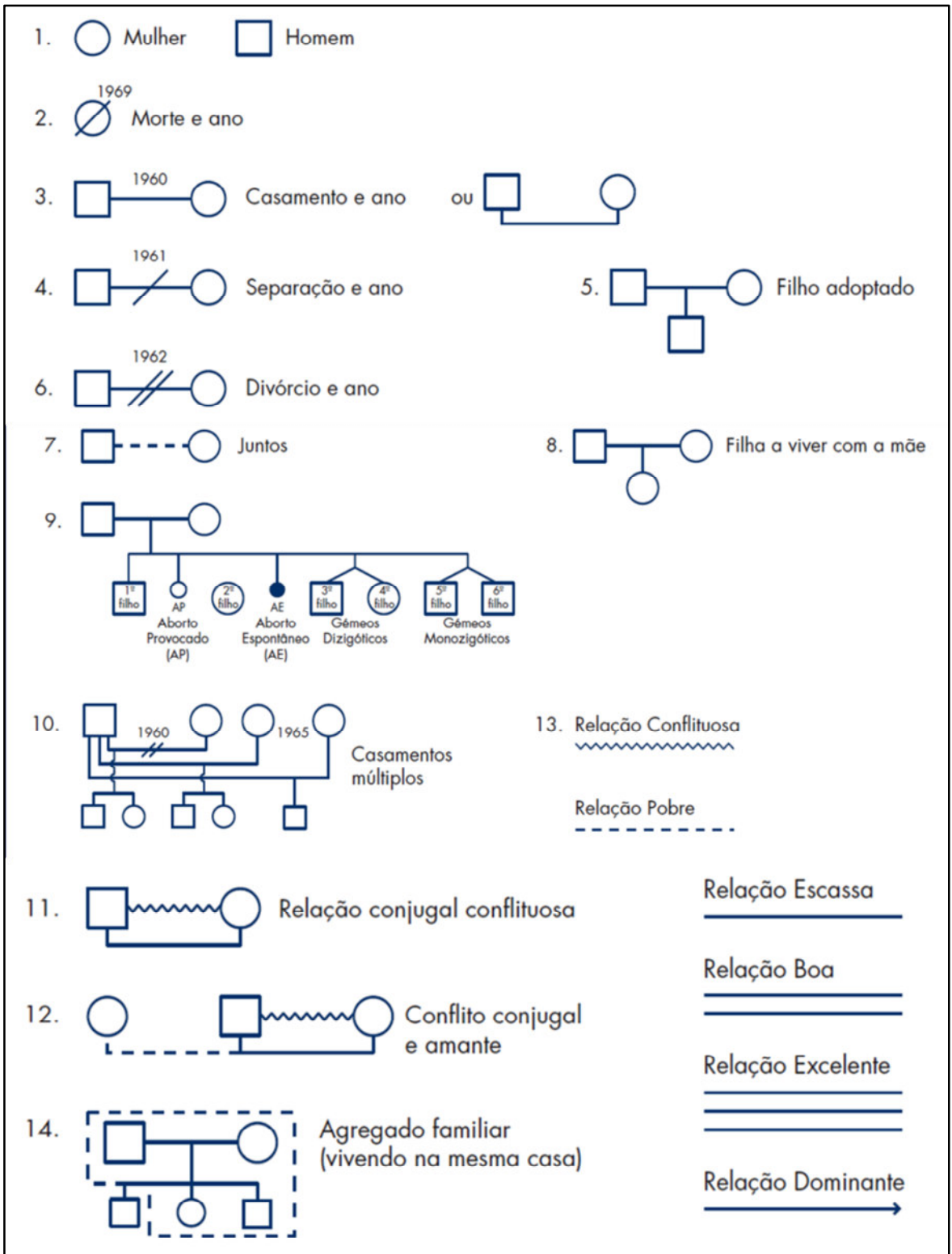


Figura 1 - Genograma

Fonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007)

### 3.4.2 Ecomapa

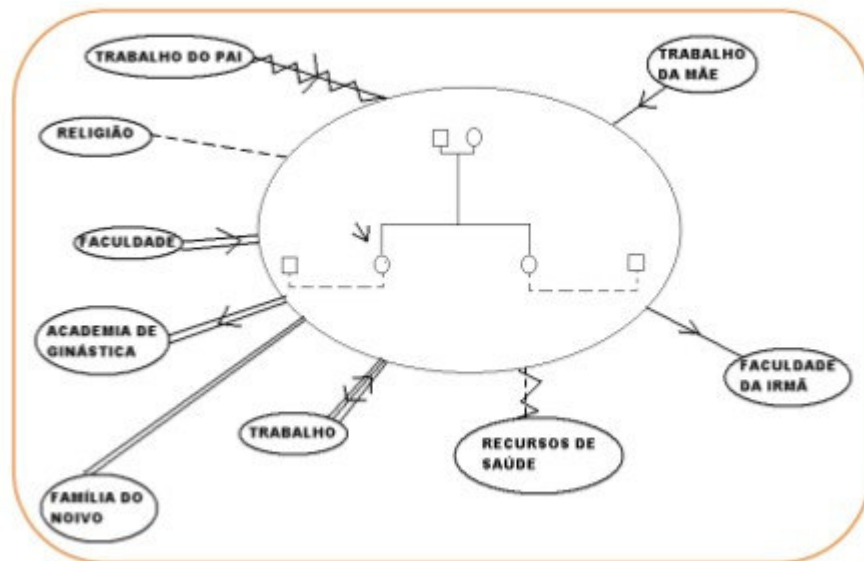
Na abordagem das famílias, a compreensão da família pode não ser suficiente, pois a mesma se relaciona com o meio e com outros atores sociais (outras famílias, pessoas ou instituições) e estas relações são fundamentais para se atingir e preservar o equilíbrio bio-psico-social da unidade familiar. Neste contexto, surge o Ecomapa (BRASIL, 2012).

O ecomapa, assim como o genograma, faz parte do conjunto de instrumentos de avaliação familiar. Ambos podem aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar. O genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família e o ecomapa, identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde residem. Foi desenvolvido em 1975 para ajudar as assistentes sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2010).

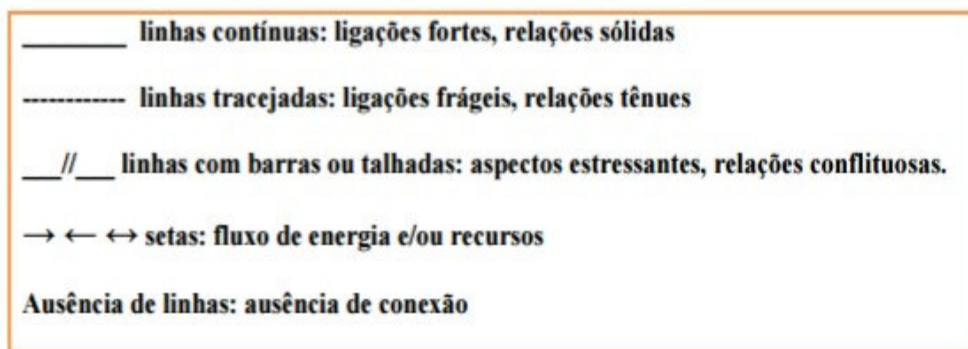
Segundo Agostinho (2007), o ecomapa identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

Por ser um instrumento com importantes ganhos, tanto no aspecto relacional, de melhoria do vínculo, quanto na programação do trabalho, pode ser aplicado a todas as famílias, sendo ideal para as famílias com maiores dificuldades relacionais tanto intrafamiliar, quanto sociais, para o melhor estudo e compreensão do sistema a ser trabalhado (BRASIL, 2014).

Para Horta (2007), o ecomapa é um desenho complementar ao genograma na compreensão da composição e estrutura relacional da família. Consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, incluindo a rede de suporte sócio-sanitário. Pode apresentar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos; é o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família sendo, portanto, dinâmico. Os membros da família e suas idades ficam no centro do círculo, círculos externos são os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas. Linhas indicam o tipo de conexão: contínuas ou duplas, ligações fortes, relações sólidas; pontilhadas, ligações frágeis, relações tênues; com barras ou talhadas (figuras 2 e 3).



**Figura 2 - Estrutura de um ecomapa**  
**Fonte: Horta (2008)**



**Figura 3 - Símbolos das relações**  
**Fonte: Horta (2008)**

### 3.4.3 Ciclo vital familiar

Em sua trajetória, a família passa por vários estágios que se caracterizam por eventos naturais que necessariamente provocam mudança na organização do sistema familiar. As diferentes etapas do ciclo de vida exigem da família uma série de ajustamentos para que esta possa cumprir sua função e permitir que seus membros cresçam livres e autônomos (FERNANDES; CURRA, 2006).

A família não é uma estrutura estática, ao contrário, está sujeita a mudanças contínuas no decorrer do seu desenvolvimento, não se podendo deixar

de considerar a influencia determinada pelo contexto social, político e econômico. O profissional tendo em conta essas mudanças poderá ajudar os familiares a prevê-las e a prepararem-se para elas, podendo, ao mesmo tempo, enriquecer a sua compreensão do contexto em que ocorrem as várias situações de doença (BRASIL, 2010).

Definir a qual ciclo de vida familiar a família pertence é importante, pois ajuda a compreender as principais necessidades da família, trabalhos preventivos a serem desenvolvidos, esclarecimentos sobre as questões específicas do ciclo auxiliando a família a resolver problemas, ou seja, oferecendo ajuda específica para a fase vivenciada. A partir do princípio da longitudinalidade, observamos as mudanças e a reorganização do grupo familiar na passagem de uma fase para outra, dando apoio segundo as necessidades vigentes (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2010).

O entendimento desses ciclos e dos modos como interferem na saúde permite prever quando e como as condições de saúde podem emergir, o que possibilita um melhor entendimento dos sintomas dessas condições. Os profissionais da ESF, entendendo essas transições, podem ajudar as famílias a prever e se preparar para elas, ao tempo em que ampliam os seus próprios entendimentos sobre o contexto em que se dão as experiências com as condições de saúde. Cada ciclo se caracteriza por demandas e necessidades peculiares (MENDES, 2012).

Na literatura os autores representam esses estágios em ciclos, que variam na distribuição das fases havendo diferenças na quantidade destas, conforme o entendimento do pesquisador.

As tarefas de desenvolvimento são definidas por Duvall como tarefas que surgem numa dada fase da vida de um indivíduo ou família, e a adaptação a essa situação poderá levar à satisfação e ao sucesso de tarefas posteriores (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2011).

O quadro 1 apresenta o ciclo de vida familiar com seus ciclos e tarefas.

**Quadro 1** - Ciclo de Vida Familiar segundo a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2011

| <b>Fase do ciclo de vida familiar</b> | <b>Posição na família</b>   | <b>Tarefas de desenvolvimento da Família nas fases críticas</b>  |
|---------------------------------------|---|--|
| Casal sem filhos                      | Mulher\ Marido<br>Início do subsistema conjugal   | Constituição de um casamento mutuamente satisfatório.<br>Adaptação à gravidez  |
| Nascimento dos primeiros filhos       | Mulher-mãe<br>Marido-Pai<br>Lactente filho, ou ambos<br>Início dos Subsistemas parental | Ter, adaptar-se e encorajar o desenvolvimento das crianças.<br>Constituir um lar agradável para os pais e para as crianças.  |
| Idade pré-escolar                     | Mulher-mãe<br>Marido-pai<br>Filha-irmã<br>Filho-irmão<br>Início do Subsistema fraternal | Adaptação às necessidades e interesses essenciais das crianças em idade pré-escolar, estimulando e impulsionando o crescimento. Lidar com o desgaste de energia e com a falta de privacidade dos pais. |
| Idade escolar                         | Mulher-mãe<br>Marido-pai<br>Filha-irmão<br>Filho-irmão                                  | Integração de uma maneira construtiva na comunidade das famílias com crianças na idade escolar. Encorajamento das crianças no seu desempenho escolar.  |
| Adolescência                          | Mulher-mãe<br>Marido-pai<br>Filha-irmã<br>Filho-irmão                                   | Equilibrar a liberdade com responsabilidade à medida que os adolescentes crescem e eles próprios se emancipam.<br>Estabelecer interesses e carreiras pós-paternidade                                   |
| Saída dos filhos de casa              | Mulher-mãe-avó<br>Marido-pai-avô  | Libertar os jovens adultos para o trabalho, serviço militar, casamento, etc. Com rituais e assistência adequados.  |
| Pais de meia idade                    | Filha-irmã-tia<br>Filho-irmão-tio<br>Mulher-mãe-avó<br>Marido-pai-avô                   | Refazer a relação matrimonial.<br>Manter laços familiares entre as gerações mais velhas e as mais novas.   |
| Famíliares envelhecidos               | Viúva-viúvo   | Enfrentar a morte do cônjuge e a conseqüente solidão. Fechar a casa da família ou adaptar à velhice.<br>Adaptação à reforma.   |

Fonte: Adaptado de Duvall (1957)

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo descritivo desenvolvido por meio da abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

### **4.2 Local da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde Cohab-Anil, Unidade de Saúde da Rede Municipal de São Luís-MA, localizada na zona urbana, que possui três equipes da Estratégia Saúde da Família, além de outros profissionais, como: cirurgião-dentista, nutricionista, psicóloga, pediatra e um acupunturista, que contribuem no atendimento dos usuários da ESF e da demanda espontânea. O território de atuação das equipes da Estratégia é formado de áreas localizadas no I, II e III Conjuntos da Cohab-Anil, além de três micro áreas no bairro do Novo Angelim e uma micro área no bairro do Itapiracó.

### **4.3 População**

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais de nível superior que integram as três equipes da ESF, totalizando seis participantes.

### **4.4 Técnicas e instrumentos**

Para identificação dos participantes foi utilizado um formulário composto por questões relativas ao sexo, idade, profissão, nível de formação e tempo de atuação na ESF. Para a abordagem qualitativa foi utilizado um roteiro de entrevistas com perguntas norteadoras, relacionadas ao conhecimento e prática sobre as ferramentas de abordagem familiar (APÊNDICE A).



#### **4.5 Coleta de dados**

Para a coleta dos dados, inicialmente foram feitos os devidos esclarecimentos aos participantes sobre a pesquisa, em seguida houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) sobre o objetivo do estudo, garantindo sigilo das informações. Após esses procedimentos, as entrevistas foram realizadas individualmente, na própria unidade de saúde e em horário previamente acordado com os participantes. Como garantia de fidedignidade, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2016 e obtidos pela própria pesquisadora.

#### **4.6 Análise dos dados**

Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011). De acordo com a autora, a Análise de Conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo é composta por quatro modalidades, e dentre estas, tem-se a análise temática, que de acordo com Bardin (2011), é a forma mais adequada à investigação em saúde.

Para proceder a análise dos dados obtidos nas entrevistas, segue-se as seguintes etapas:

- a) Pré-análise, que corresponde a fase de organização. Após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas são transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado contemplando, a leitura flutuante e interrogativa de todo o material estudado.
- b) Categorização–exploração, nessa fase o material será explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, procura-se expressões ou palavras significativas, para fazer a ordenação das categorias empíricas.

d) Análise dos resultados e interpretação, nessa fase tem-se a análise final sobre as categorias empíricas encontradas, sendo realizadas inferências e interpretações, relacionando-se os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

#### **4.7 Considerações éticas**

Este estudo seguiu os preceitos que determinam a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos; sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae) nº 57982716.8.00005086 e parecer consubstanciado de nº 1.682.867 (ANEXO A).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Caracterização dos profissionais entrevistados**

Foram entrevistados todos os profissionais de nível superior que compõem as três equipes de saúde da família da unidade básica do estudo, totalizando seis participantes. Para garantir o sigilo necessário à pesquisa, os entrevistados foram identificados pela letra P, referente a “profissional”, seguindo da numeração crescente da ordem conforme ocorreu a realização da entrevista.

Todos os entrevistados eram do sexo feminino, dado coincidente com os estudos de Marqui et al. (2010) e Matos, Toassil e Oliveira (2013), onde as autoras destacam que a tendência de feminização das profissões na saúde é uma realidade, e esta acarreta especificidades e demandas próprias desse fenômeno.

O termo feminização no mercado de trabalho se refere, normalmente, a um franco crescimento da população feminina em algumas profissões que historicamente eram desempenhadas por homens, como a medicina e odontologia (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010).

Quanto a faixa etária, a idade dos entrevistados variou de 36 a 59 anos, apresentando uma média de 44 anos. No que diz respeito ao tempo de atuação na ESF, foi observado uma média de 13 anos, sendo 09 anos para o profissional com menor tempo de atuação e 16 anos, o de maior tempo de atividade na ESF.

Com exceção de uma entrevistada, todas as demais possuíam curso de pós-graduação com especialização em Saúde da Família, o que sinaliza uma certa homogeneidade dos participantes no que diz respeito a capacitação para atuar na ESF. Este resultado assemelha-se com resultado obtido por Marqui et al. (2010), que constatou que as principais áreas de cursos de especialização dos profissionais da ESF de uma Coordenadoria Regional do Rio Grande do Sul-RS, foram nas áreas de Saúde coletiva, Saúde Pública e Administração hospitalar. No entanto, difere dos dados encontrados por Lopes e Bousquat (2011), que em pesquisa sobre perfil de médicos e enfermeiros da ESF de Praia Grande-SP, obtiveram dados referentes a qualificação desses profissionais, onde um expressivo número, não tinha residência ou especialização, sugerindo aos gestores a necessidade de investimento em capacitações.

## 5.2 Categorias temáticas

Após a transcrição, leitura e análise das entrevistas dos participantes, foi possível identificar as seguintes categorias temáticas: Conceito de família, Foco da atenção, Capacitação para atuar com famílias e Conhecimento e prática sobre as ferramentas de abordagem familiar.

### 5.2.1 Conceito de família

A primeira categoria expressa o conceito de família, que pode ser entendido por algo muito individual e que está diretamente relacionado com a experiência familiar e os referenciais de quem o manifesta.

Para a maioria das participantes deste estudo, o conceito de família consiste nas relações construídas pelo vínculo, afeto, convivência, não restringindo-se aos laços de consanguinidade, o que pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

Pra mim, família pode ser definida como um grupo de pessoas, que independente de laços de sangue, se relacionam e têm uma convivência em comum. (P1).

São pessoas que têm uma relação de vínculo, afeto mesmo não tendo laços de sangue. (P3).

Entendo família como um núcleo de pessoas que tem afinidades em comum, convivem em um espaço de respeito, trabalho, afeto e amor. (P6).

Para Silva (2010), a perspectiva biológica compartilha com os sentimentos que apontam para o convívio familiar estável, como a afetividade, a aliança entre seus membros, o crédito, e a consideração. Há concepção de família para além dos laços consanguíneos, com a incorporação de outras categorias que exprimem reciprocidade, não a afasta da perspectiva biológica, mas adverte que para ser família não é suficiente ter o mesmo sangue, é preciso outros atributos.

A fala nos remete a uma concepção de família como base e estrutura para o indivíduo. A ausência dessa base poderia sinalizar problemas futuros aos indivíduos, que quando crianças possam ficar sem essa convivência.

Família pra mim é o começo de tudo. É essencial para todas as pessoas. A estrutura, a organização... vem da família. No início da formação, é muito importante para as crianças conviverem com os pais. Para ser família não é preciso que tenha laços de sangue, mas que tenha amor, afeto.... tudo isso. (P4).

Outro conceito de família foi apresentado por uma das entrevistadas, sinalizando uma concepção do modelo tradicional de família, nuclear e heterossexual, este tipo de família, embora ainda hegemônica nos dias atuais, divide espaço com outros arranjos familiares mais elásticos: “Entendo que família é a união de um homem e uma mulher e seus filhos, que moram juntos e têm uma convivência em comum” (P5).

Biroli (2014) destaca que atualmente, no Brasil, a família em torno de um casal heterossexual e seus filhos já não corresponde mais à realidade de muitos brasileiros e brasileiras, a quantidade de divórcios e de famílias unipessoais exemplifica esta mudança.

As mudanças ocorridas na sociedade determinam a forma como as famílias estão se organizando. A família torna-se plural com várias configurações possíveis (BOCK, 2001).

Para o Ministério da Saúde, os profissionais, em sua prática, se deparam com variadas composições familiares além das famílias ditas convencionais. Por exemplo, famílias incluindo três ou quatro gerações, casais que podem morar separadamente, famílias resultantes de divórcios anteriores com ou sem filhos do casamento anterior, casais homossexuais com ou sem filhos e várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo (BRASIL, 2012).

O posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) nos diz que a dignidade da pessoa humana, consagrada pela Constituição, não é aumentada nem diminuída em razão do uso da sexualidade, e que a orientação sexual não pode servir de pretexto para excluir certos arranjos familiares da proteção jurídica representada pelo casamento (BRASIL, 2013).

Para Silva e Bousso (2011), o conceito de família, deve sustentar e influenciar diretamente os aspectos relacionados às abordagens familiares na ESF e, por esse motivo, buscar explicitar este conceito é importante, para melhor compreender as práticas que acontecem neste cenário.

Ouvir os profissionais das ESF e as famílias cadastradas sobre o que é família, é tarefa necessária quando a política de saúde se propõe a ter a família como o centro da atenção, na perspectiva de se identificar de qual família se está falando, como está organizada e como funciona (SILVA, 2010).

### 5.2.2 Foco da atenção

A família como foco da atenção é um dos atributos da Atenção Primária em Saúde, sendo necessário conhecê-la em sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades individuais e de grupo em interação. Reconhece-se o contexto familiar como o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde este adoecimento adquire maior relevância. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados, devendo ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas interações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados, podendo tornar-se uma parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros (SILVA, 2010).

Centrar-se na família significa reconhecê-la como uma organização passível de uma abordagem profissional terapêutica, e ao mesmo tempo como fonte de saúde e de adoecimento do indivíduo, bem como de apoio ou barreira em relação ao tratamento (STARFIELD, 2002).

O deslocamento do foco de atenção do indivíduo para a família é uma marca distintiva do Programa Saúde da Família (PSF), que almeja romper com o modelo centrado na saúde individual e na cura da doença, ao passo que procura ampliar a compreensão do processo saúde doença, no qual a doença não é um estado, mas um processo de adoecimento, o que leva a enfatizar o cuidado, também entendido como um processo. Para isso, busca na atuação de uma equipe multiprofissional, o fortalecimento do vínculo entre esta equipe e a população atendida (SARTI, 2010).

Neste estudo, foi indagado às participantes sobre o foco dispensado na atenção, se este estava centrado no indivíduo ou na família. Obtivemos as respostas:

O foco ainda é no indivíduo. Na realidade, trabalhamos pouco com as famílias. (P1).

A atuação está no indivíduo, trabalhamos muito com as questões focadas no ambulatório, no indivíduo, na doença... (P2).

Ainda trabalhamos mais com os indivíduos e grupos definidos, como de hipertensos, diabéticos, gestantes... pouca coisa com as famílias. (P4).

Atualmente na prática mesmo, focamos no indivíduo. Mas há casos que se aborda a família... mas geralmente trabalhamos mais é com as pessoas individualmente. (P3).

Esses resultados estão de acordo com trabalhos encontrados na literatura como o estudo realizado por Oliveira e Marcon (2007), que apontou que

profissionais da ESF, não conseguem tomar a família como foco da unidade de cuidado. Essa dificuldade está associada a falta de conhecimento e de habilidades no que tange aos instrumentos e estratégias para se trabalhar com famílias (GAIVA; SIQUEIRA, 2011).

Essa realidade também foi evidenciada por Silva (2010), em pesquisa realizada com profissionais da ESF e com famílias assistidas pela estratégia, na cidade de Manaus-AM, cujo objetivo foi analisar o atributo Centralidade na família, obtendo dentre outros resultados, que a abordagem tem se dado de forma heterogênea, sobre o indivíduo, e de forma incipiente sobre a família. A atenção centrada na família exige o conhecimento do serviço sobre a família, sobre sua dinâmica interna e externa. Exige também o conhecimento sobre os problemas de saúde dos membros da família. Conhecendo adequadamente a família, o serviço poderá avaliar as potencialidades e fragilidades da família, seu funcionamento, sua maneira de agir, poderá estabelecer vínculos de responsabilidade e confiança.

Realmente, o trabalho que fazemos é mais direcionado ao indivíduo. Pensamos nas famílias, mas atuamos mais individualmente. (P5).  
Até agora o direcionamento é para o indivíduo, mas temos o prontuário familiar que tem informações sobre várias pessoas da família. (P6).

As respostas obtidas demonstram que as entrevistadas ainda têm o indivíduo como foco da atenção, no entanto, observa-se que há uma referência à família e ao prontuário familiar, sinalizando que embora esta não esteja no centro da atenção, sua importância se faz presente, o que pode favorecer à mudanças de práticas na atenção dispensada às famílias.

De acordo com Mendes (2012), a focalização na família, impõe considerar a família como sujeito de atuação, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar.

Para o Ministério da Saúde, atuar em saúde, tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais (BRASIL, 2000).

Silva e Bousso (2011), analisando documentos norteadores da ESF, apontam que nesses documentos não estão especificadas ações para o atendimento das necessidades da família como sistema ou unidades de cuidado.

Nestes há o reforço da necessidade de criação de vínculos entre a equipe profissional, as famílias e a comunidade, buscando relações mais humanas, mas propõem estratégias direcionadas para grupos específicos como gestantes, crianças menores de 5 anos, hipertensos e diabéticos.

Estas orientações podem fomentar os profissionais da ESF no seu direcionamento para a atenção ao indivíduo, obstruindo sua atenção no núcleo família.

De acordo com Zanetti et al. (2010), ainda há uma lacuna no conhecimento referente à concepção, por parte de profissionais das equipes de saúde da família, acerca de seu objeto de trabalho-a família- e sobre o modo como desenvolvem sua abordagem de interação com este núcleo social.

### 5.2.3 Capacitação para trabalhar com famílias

Os graduandos das escolas de saúde não são formados para o exercício das funções de profissionais de saúde da família e comunidade. É possível que uma das razões para isso seja a hegemonia do sistema de atenção à saúde, fragmentado e voltado para as condições agudas. A forma de estruturação desse sistema cria um contexto que leva a um currículo de graduação, também, fragmentado, com muitas disciplinas desconexas e focalizado em unidades de prática de atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, como os hospitais e os centros ambulatoriais de especialidades médicas (MENDES, 2012).

Nas graduações da área da saúde, a família e as ferramentas que auxiliam no seu acompanhamento aparecem em poucos currículos, gerando limites ao alcance das ações da saúde. Dessa forma, no cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde encontram dificuldades em realizar intervenções baseadas em uma abordagem familiar. O processo de educação permanente fortalece o cuidado familiar e pode ser uma estratégia de auxílio no enfrentamento dessas dificuldades (BRASIL, 2014).

Segundo Zanetti et al. (2010), percebe-se que várias estratégias de formação e capacitação foram desenvolvidas para implantação efetiva da Estratégia, no entanto, devido as singularidades existentes nas equipes que atuam em todo o território nacional, algumas questões como o trabalho com as famílias, ainda não estejam suficientemente pontuadas.



Indagadas sobre em que momento de sua formação profissional, as participantes, haviam recebido informações sobre instrumentos de avaliação familiar, responderam:

Não houve nas capacitações esse conteúdo, não foi falado nada nesse sentido (P5).

Na verdade, não tive informações sobre esses instrumentos... (P4)

Na graduação houve a referência de 'olhar o indivíduo no contexto'... assim, considerar também o lado social, mas avaliação familiar, não foi mencionado. (P1).

Em estudo realizado por Assis et al. (2010), aponta que menos de 50% dos profissionais das ESF afirmaram, que as capacitações valorizam ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos. O enfoque biológico, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde, porém, ainda é predominante.

A fala das entrevistadas aponta a ausência do enfoque do trabalho com as famílias nas capacitações sob a ótica da abordagem familiar.

Na graduação não tive nenhuma, mas na especialização houve apresentação de como fazer um diagnóstico para se chegar ao planejamento, mas de uma forma geral... a área como um todo. Avaliação familiar, não foi repassada (P3).

Quando fiz a especialização em saúde da família, foi apresentado as fichas do [Sistema de Informação da Atenção Básica] (Siab) e nelas tem várias informações, incluindo as famílias, as enfermidades... essas questões. (P2).

Pode-se observar nos depoimentos, que as entrevistadas não tiveram contato com esse conteúdo, há um desconhecimento sobre os instrumentos de avaliação familiar, havendo referência às fichas do Siab como ferramentas para avaliar as famílias, no entanto estes impressos não tem essa finalidade, contribuem com informações relevantes, no entanto, não se configuram como instrumentos de abordagem familiar, o que evidencia que a temática de avaliação familiar, não foi abordada na formação e nas demais capacitações pelas quais passaram as participantes.

Estes depoimentos estão de acordo com Silva (2010), que ao analisar documentos oficiais: Cadernos de Atenção Básica e Portaria do Ministério da Saúde 2.777/06, aponta que nestes, há referência à família e a comunidade como foco da atenção, havendo ainda referência na portaria, de conteúdos sobre

instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias. No entanto, a autora observa que tais conteúdos ainda não foram incorporados na ESF.

Os processos de educação permanente das equipes de PSF, na maioria das vezes, são realizados por atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos e separando intervenções educacionais e desempenho. Essas micro intervenções educacionais são inefetivas e apresentam altos custos diretos e indiretos pelo tempo subtraído constantemente do trabalho dos profissionais nas unidades de ESF (MENDES, 2012).

A formação dos profissionais capacitados para atuar na ESF e alocação destes pelos gestores de saúde nos serviços públicos é de alta importância, dada a abordagem que este fará na reversão do modelo assistencial vigente (COSTA et al., 2009).

No que diz respeito ao uso de técnicas e instrumentos de abordagem, foi indagado as participantes se na atenção às famílias era utilizado alguma técnica ou instrumento para abordagem familiar, obtivemos as seguintes respostas:

Ainda não, trabalhamos com o prontuário familiar, mas com o foco ainda no indivíduo com enfermidade. (P2).

Realizamos as visitas domiciliares e nelas procuramos conhecer as necessidades das famílias. (P6).

Para Silva e Bousso (2011), em pesquisa de Revisão Integrativa sobre abordagem familiar na ESF, apontam que devido a indefinição de estratégias e do despreparo para o trabalho com famílias, o atendimento a estas acontece muitas vezes, em função do surgimento de alguma enfermidade de um de seus membros, não havendo diferença no cuidado de um indivíduo doente, ou de uma família que tem um indivíduo doente.

Observar-se de acordo com as falas das entrevistadas, que não há utilização de técnicas ou instrumentos de abordagem as famílias:

Não utilizo porque ainda não conheço... (P3)

Ainda não estamos usando nenhum instrumento para abordagem familiar. (P5).

De acordo com Michaelis... (2012), compreende-se como instrumento, os meios que facilitam realizar uma ação operacional e a técnica, está

relacionada à habilidade no uso ou emprego dos instrumentos. A eficácia do instrumento está diretamente relacionada à habilidade no emprego da técnica e do diagnóstico realizado pelo profissional.

Os meios ou instrumentos se referem aos modos de aproximação ao objeto de trabalho e de sua transformação, e contemplam a tecnologia não material, ou seja, os saberes específicos de cada profissional, inerentes à clínica, a epidemiologia, às ciências sociais, entre outros; o saber popular; as tecnologias de comunicação social; as formas de planejamento; e tecnologias materiais que são os instrumentos e equipamentos utilizados. A partir daí, vislumbra-se como produto, a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários, a prevenção e controle dos riscos, agravos e doenças, constituindo-se em um processo (NUNES, 2001).

O trabalho humano é uma atividade laboriosa determinada por um objetivo, que utiliza para isso uma matéria (objeto), instrumentos e saberes (meios). Nessa direção, entendemos que tanto o objeto como os meios de trabalho são apreendidos de acordo com a intencionalidade, ou seja, do olhar de quem o concebe, o qual estabelece a sua utilização com a finalidade de alcançar o produto que foi idealizado (NASCIMENTO, 2003).

Observa-se que há uma diversidade de entendimento nas respostas, ficando evidente que não há uma sistematização na abordagem às famílias, o que sinaliza uma necessidade de que a temática seja apresentada aos profissionais do estudo, esclarecendo sobre os instrumentos de abordagem familiar e as dúvidas evidenciadas.

Uma abordagem de maior envergadura sobre o tema se faz necessária, promovendo treinamento em bases mais sólidas sobre a família de forma sistematizada, crítica, objetiva, analítica e planejada que possibilite o deslocamento de uma prática generalista para uma prática avançada com a família (SILVA, 2010).

A formação dos profissionais capacitados para atuar na ESF e alocação destes pelos gestores de saúde nos serviços públicos é de alta importância, dada a abordagem que este fará na reversão do modelo assistencial vigente (COSTA et al., 2009).

#### 5.2.4 Conhecimento e prática sobre as ferramentas de abordagem familiar

Para trabalharmos com as famílias temos que perceber o seu funcionamento e respeitar suas regras, facilitar a comunicação dentro da família e auxiliá-la na busca de suas próprias soluções. Durante o processo de trabalho temos que procurar o contato com cada membro da família, respeitar a hierarquia da organização familiar e adaptar a comunicação (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2011).

Em pesquisa realizada por Backes et al. (2012) com profissionais que integram uma equipe da ESF, cujo objetivo foi compreender o significado da atuação profissional em uma comunidade socialmente vulnerável, os autores encontraram dentre outros resultados, que o espaço da família é compreendido como um local sensível e propício à ampliação das interações profissional-família-comunidade.

Esse resultado nos remete ao encontrado neste estudo, quando foi questionado as participantes, em relação a prática desenvolvida na ESF, o que não poderia faltar no trabalho com famílias. Obtivemos essas respostas :

Penso que o respeito é algo muito importante. É preciso respeitar a família e toda a situação nela encontrada, a questão social, cultural... assim, o que é importante pra ela. Não ter nenhum tipo de preconceito. (P3).

É preciso levar em conta a situação social, religiosa, cultural, econômica... tudo isso é importante para trabalhar com as famílias. (P1). Vejo que a atenção, o respeito à família, transmitir confiança são muito importantes para obter laços, criar vínculos com a família. E isso é construído aos poucos... favorece o trabalho com as famílias. (P4).

Precisamos de estrutura de trabalho, ter melhores condições pra assistir as famílias, uma questão de organização mesmo. Pra irmos às famílias temos que ter como dá uma resposta para o que elas precisam. (P5).

De acordo com os depoimentos, pode-se perceber que a atuação das entrevistadas junto às famílias é permeada com a necessidade da compreensão do contexto social e das singularidades das famílias. As participantes evidenciam uma postura respeitosa e de zelo nessa relação profissional-família. Embora não tenha sido citado pela maioria, merece destaque a fala que menciona a necessidade de estrutura adequada de organização e recursos assistenciais para melhor atender às necessidades de saúde das famílias.

A primeira atividade de um profissional ao iniciar um novo trabalho é buscar informações sobre o campo onde irá atuar. Assim, para realizar um

trabalho com famílias, faz-se imperioso mergulhar nesse universo para conhecer sua origem, processo de desenvolvimento, conceitos construídos, políticas existentes e práticas profissionais na área (BARBOSA, 2012).

Com a inserção mais ativa e efetiva na realidade das famílias, os profissionais percebem que a sua prática transforma e é transformada a partir de sua entrada em uma realidade aparentemente complexa, para a qual não foram preparados e os coloca em uma situação ao mesmo tempo desafiadora e instigadora. Mesmo tendo que desafiar as próprias possibilidades, a sensação de “completude e satisfação profissional”, provocada pelo contato direto com o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário é muito mais instigadora do que atuar no hospital, onde a aparente segurança tecnológica e o conforto da estrutura limitam a autonomia profissional (BACKES et al., 2012).

É com base nas etapas de trabalho com famílias que as equipes escolhem a abordagem e as ferramentas adequadas, definem o atendimento e, sobretudo, conseguem antecipar problemas, conduzir campanhas educativas nas comunidades e famílias ou sugerir mudanças em hábitos que fatalmente desencadeariam ou agravariam doenças (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Estudo bibliográfico realizado por Sousa, Figueredo e Erdman (2010), sobre instrumentos para avaliação e intervenção familiar, identificou dentre outros resultados, que 159 pesquisas disponibilizavam instrumentos de avaliação e intervenção na família, destes, 51 estudos apontavam mais de um instrumento de avaliação, o que sinaliza uma certa preocupação por parte de profissionais e pesquisadores em incluir a dinâmica familiar no cuidado em saúde.

Foi solicitado aos profissionais que expressassem seu entendimento sobre o termo ferramentas de abordagem familiar e obtivemos as seguintes expressões:

Desconheço esse termo, não me lembro de ter visto esse assunto... (P1).

Sinceramente? não conheço, ainda não ouvi falar. (P4).

Pra mim é novo, desconheço totalmente. (P5).

É estranho, na verdade é desconhecido pra mim. (P3).

De acordo com as falas, observa-se que as entrevistadas têm o termo em questionamento, como algo desconhecido, novo. Apenas um participante, que apesar de sinalizar desconhecimento com o termo ferramentas de abordagem familiar, o associou às tecnologias leves: “É novo pra mim esse termo, mas acho

que deve estar associado a diagnóstico, talvez alguma tecnologia leve, algo assim nesse sentido...”. (P6).

Observa-se no depoimento, que embora as ferramentas de abordagem estejam relacionadas às tecnologias leves, para a entrevistada o termo é desconhecido, havendo, portanto, unanimidade entre todos os participantes no que diz ao desconhecimento do termo investigado.

A ESF propõe inovações na organização e dinâmica da atenção mediante o uso de tecnologias que permitem aos profissionais aproximarem-se das pessoas, famílias e comunidades, tendo por objetivo a prestação de assistência segundo as reais necessidades da população (MANDU et al., 2008).

A equipe deve realizar uma análise crítica do que é possível fazer ou não, tendo em vista as necessidades familiares, o interesse da unidade estudada e a capacidade da equipe de trabalho intervir favoravelmente no processo de autoconhecimento e crescimento das famílias (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2011).

Para Ditterich, Gabardo e Moysés (2009), em estudo sobre o uso das ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de Saúde da Família de Curitiba-PR, os autores concluem que o uso das ferramentas é essencial como dispositivo no âmbito das tecnologias leves para o trabalho de cuidado em saúde. Favorecem a aproximação da equipe de saúde com os problemas das pessoas na comunidade, permitem a coleta de evidências narrativas e a elaboração de estratégias nas ações e serviços em saúde.

Indagadas sobre o conhecimento acerca das ferramentas genograma e ecomapa, todas as participantes, de forma unânime, responderam ter desconhecimento das referidas ferramentas de abordagem, conforme demonstram nas respostas abaixo:

Realmente, ainda não vi nada sobre essas ferramentas... não conheço. (P2).

Já fiz vários treinamentos, mas em nenhum deles foi falado sobre esse assunto, pra mim é novo. Realmente, ainda não tenho conhecimento sobre genograma e ecomapa. (P1).

Desconheço totalmente esse tema. Genograma e ecomapa... não, não conheço. (P5).

Não conheço essas ferramentas de abordagens, mas gostaria de conhecê-las. (P6).

O genograma é como uma foto de um determinado momento e pode ser refeito quando ocorrem mudanças significativas. As equipes de ESF não

realizam intervenções psicoterapêuticas, mas têm condições de identificar pontos de conflitos que podem dificultar suas ações de promoção de saúde e realizar os devidos encaminhamentos. Além disso, podem empregar esse instrumento para identificar a presença de problemas de saúde, pessoas que necessitem de cuidados especiais e outros pontos de interesse para suas intervenções (SCHLITLER; CERON; GONÇALVES, 2009).

Maciel (2005) se refere ao genograma como uma ferramenta de especial importância, visto que esta alcança o objetivo de analisar a complexidade das relações humanas, considerando que o ambiente afetivo tem impacto relevante no processo saúde-doença, pois de acordo com o autor, as circunstâncias às quais as pessoas são submetidas no decorrer de suas vidas podem favorecer o desenvolvimento biológico, social e psicológico, podendo ser favorável ou desfavoravelmente.

O genograma permite identificar, de maneira mais rápida a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, com criação de vínculo entre profissional e a família /indivíduo (BRASIL,2012).

Em relação ao Ecomapa, Rocha, Nascimento e Lima (2006) afirmam que ele consiste num diagrama das relações entre a família e a comunidade, as autoras destacam o fluxo de energia e recursos que podem ser observados em sua construção, identificando relações favoráveis e estressantes.

A compreensão da situação familiar, permite planejar mais adequadamente estratégias de intervenção, implementação e avaliação dos resultados, considerando os recursos potenciais existentes na família e na comunidade, inclusive toda a rede de serviços, ampliando as possibilidades de sucesso em relação ao alcance das expectativas.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), a rede social é um sistema composto por pessoas, funções e situações que oferece apoio material, moral e emocional à família em momentos de necessidades. Sendo esse apoio fundamental para as famílias, especialmente em momentos de problemas de saúde. As redes de apoio social podem ajudar a sustentar a família em várias dimensões: social, cultural, econômica, religiosa, educacional e de saúde. É importante identificar os relacionamentos externos da família que possam ajudar a superar as fragilidades de seu relacionamento interno nesses momentos de crise.

Observar-se nas falas das entrevistadas, que as ferramentas genograma e ecomapa são termos novos, desconhecidos por todas as

participantes, sinalizando a não abordagem dessas ferramentas nas capacitações oferecidas a essas profissionais.

O conhecimento acerca da ferramenta Ciclo vital familiar, também foi investigado. Sobre esta, havia desconhecimento por parte de todas as entrevistadas, conforme as respostas abaixo, havendo duas participantes que fizeram uma associação da ferramenta Ciclo vital familiar com Ciclos de vida, conteúdo abordado em curso introdutório, quando do ingresso na ESF.

É nova pra mim, não vi esse assunto nos cursos que já fiz ... (P3).

Olha, essa ferramenta também não conheço. (P6).

Pra ser bem sincera, não conheço não... (P2).

No curso introdutório, foi falado sobre a questão dos ciclos de vida. Infância, adolescência, fase adulta, velhice... tem algo a ver? (P1).

Pode-se constatar que a ferramenta Ciclo vital familiar, mostrou-se também desconhecida pelas participantes do estudo, o que reforça dado obtido neste pesquisa, ao constatar que todas as entrevistadas, apesar de terem passado por capacitações com foco na ESF, não tiveram nesses treinamentos, informações sobre as ferramentas de abordagem familiar, apontando para a ausência da avaliação na prática com as famílias.

A família, em seu desenvolvimento, passa por ciclos de vida que são períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação, e por momentos de desequilíbrio que alavancam novos e mais complexos estágios que geram novas funções e capacidades. Esse movimento por ciclos estabelece reestruturações relacionais contínuas na busca de nova ordem familiar. Os ciclos são de casamento, de nascimento dos filhos, anos escolares e adolescência, formatura e início de trabalho ou continuação dos estudos, filhos que saem de casa, involução, aposentadoria e viuvez. Nenhuma família está isenta de problemas e infortúnios (MENDES, 2012).

As crises e eventos estressantes afetam toda a família e apresentam riscos para o indivíduo e para as relações familiares. Definir a qual ciclo de vida familiar a família pertence é importante, pois ajuda a compreender as principais necessidades da família, trabalhos preventivos a serem desenvolvidos, esclarecimentos sobre as questões específicas do ciclo, ou seja, oferecendo ajuda específica para a fase vivenciada (BRASIL, 2014).

No trânsito pelo ciclo vital, a família oscila entre períodos de estabilidade e de mudança, denominados de crises familiares que originam momentos de estresse devido a que a família requer uma adaptação em sua



estrutura e em sua dinâmica. Quando essas crises são parte do ciclo vital das pessoas ou das famílias e possibilitam passar a uma nova etapa, são denominadas de crises normativas e é possível antecipar suas ocorrências. Quando essas crises não são previsíveis ou esperadas para a etapa do ciclo de vida se lhes denomina de crises não normativas (MENDES, 2012).

Para Gaiva e Siqueira (2011), no que se refere aos instrumentos de abordagem familiar e intervenção na família, apesar de alguns serem adotados no cotidiano de trabalho da ESF, à prática mostra que estes ainda não são utilizados por todos os profissionais das equipes de saúde da família.

Concordamos com Resta e Mota (2005), ao enfatizarem que para a concretização da proposta de ESF, há necessidade que os profissionais incorporem em sua prática discussões sobre a família, e que ao planejar as atividades em saúde, usem a experiência, o contexto de vida e os saberes das famílias.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados e discutidos mostraram que, os profissionais envolvidos na pesquisa, foram todos do sexo feminino, com idade compreendida entre 39 e 59 anos, com tempo médio de atuação na ESF de 13 anos e que apesar de possuírem grande experiência na ESF, ainda mantém o foco de atenção predominantemente no indivíduo e atuam de forma incipiente e assistemática junto às famílias.

Há, de forma unânime, o desconhecimento e não utilização, das ferramentas de abordagem familiar investigadas neste estudo, pois tais conteúdos não constaram na graduação e nos cursos de atualização e aperfeiçoamento disponibilizados aos profissionais, o que aponta para a necessidade de desenvolver estratégias que instrumentalizem as equipes de saúde sobre tais conteúdos e sua contribuição na prática de atenção às famílias assistidas. De forma mais ampliada, os resultados desta pesquisa poderão auxiliar para o planejamento de ações que envolvam essa temática, contribuindo nas fragilidades identificadas.

Desta forma, entendemos que trabalhar com famílias nos desafia e encanta, pois é em essência, adentrar em um sistema dinâmico e singular. Perceber o quanto é valioso essa atuação e algo de relevante importância para aqueles que fazem essa opção. Assim, a equipe responsável por essa atenção deve sentir-se segura e inserida nesse universo, percebendo-se como elemento de acolhimento, suporte e promoção da saúde do sistema familiar, contribuindo de forma positiva para a melhoria da atenção e cuidado às famílias e comunidades e fonte preciosa de apoio.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. **Ecomapa**: dossier família. 2007. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001155345624718.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2016.
- ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.
- BACKES, D. S. et al. Significado da atuação da Estratégia Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1151-1157, 2012.
- BARBOSA, A. M. G. Instrumentos para compreensão da família. **Universitas**, ano 5, n. 9, p. 11-26, jul./dez. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BIROLI, F. **Família**: novos conceitos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.
- BOCK, A. M. B. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BORGES, C. D. **Vida familiar**: modelo, consenso e consonância cultural na população de Ribeirão Preto. 2004. 247 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BRASIL, C. H. G. **Ferramentas de acesso à família**: residência em medicina em família e comunidades e especialização em Saúde de Família para enfermeiros e cirurgiões-dentistas, 2010.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 10 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília, DF, 2010. (Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000. (Cadernos de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento**: atitudes e práticas na população brasileira. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. **Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias**: módulo 7. 7. ed. Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Resolução do CNJ consolida entendimento do STJ quanto ao casamento civil entre pessoas do mesmo sexo**. 2013. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/noticias/100514633/resolucao-do-cnj-consolida-entendimento-do-stj-quanto-ao-casamento-civil-entre-pessoas-do-mesmo-sexo>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

CAEIRO, R. T. **Registro clínico em medicina de família**. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-178, set. 2012.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMO, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde**. Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. **Planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília, DF, 2011.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

COSTA, R. K.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo Assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p.120-128, abr.\jun. 2008.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização no curso de odontologia da Universidade de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1865-1873, 2010.

CRUZ, M. B. G. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 28-35, 2005.

DITTERICH, A. C.; GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba-PR. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, set. 2009.

DUVALL, E. M. **Family development**. New York: Lippincott, 1957.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. **Ferramentas de abordagem da família: PROMEF/SEMCAD: ciclo 1: módulo 3**. Porto Alegre, 2006.

GAIVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da Est. Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 679-704, 2011.

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

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de Políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

HORTA, T. C. G. **Abordagem Familiar**. 2008. Monografia (Residência Médica) - Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

\_\_\_\_\_. **Abordagem familiar: instrumento para uma Medicina de Família mais efetiva**. 2007. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/abordagem-familiar.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: família e domicílio**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

LOPES, E. Z.; BOUSQUAT, A. E. M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 118-124, abr./jun. 2011.

MACIEL, R. A. **Sobre as circunstâncias em que transcorreu a infância de jovens que moraram nas ruas do município de São Paulo e os possíveis efeitos sobre suas personalidades**. 2005. 353 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MANDU, E. N. T. et al. A visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e processo de feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MICHAELIS: dicionário da língua portuguesa. Disponível em: <<http://www.michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 965-972, 2011. Suplemento 1.

MUNIZ, V.O. **Abordagem familiar: avaliação da utilização de seus instrumentos em um município do noroeste capixaba**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2012.

NASCIMENTO, M. S. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde**. 2003. 206 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NUNES, C. A. Esquema para discussão sobre processo de trabalho em saúde. In: BAHIA. Secretaria da Saúde. Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador, 2001. (Módulo do Monitor).

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.

OLIVEIRA, V. C. A. et al. Aplicação das ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família Maracanã III: município de Montes Claros-MG. In: FÓRUM ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO, 8., 2014, Montes Claros. **Anais...** Montes Claros: Unimontes, 2014.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, p. 143-145, 2001.

RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 109-115, 2005. Número especial.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 709-714, 2006.

SARTI, C. O lugar da família no programa de saúde da família. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

SCHLITTLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade26/unidade26.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade26/unidade26.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

SILVA, M. C. L. S. R.; BOUSSO, R. S. A abordagem a família na ESF: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.

SILVA, N. C. da. **Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo centralidade na família' no PSF de Manaus**. 2010. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, S. F. **Redes de atenção no SUS: o pacto pela saúde e redes de regionalização de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa, 2008.

SILVEIRA FILHO, A. D. O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: ARCHANJO, D. R. **Saúde da Família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007. p. 101-123.

SOUSA, F. G. M.; FIGUEREDO, M. C. A. B. de; ERDMAN, A. L. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 11, n. 1, p. 60-63, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VILLA, S. B. Os formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. **Observatorium**: Revista Eletrônica de Geografia, v. 4, n. 12, p. 2-26, dez. 2012.

WAGNER, H. L. Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p.10-14, 2001.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, jul./set. 2010.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO

### PARTE 1 - DADOS PESSOAIS

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade: -----anos
3. Profissão: -----
4. Nível de Formação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
5. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

### PARTE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Qual seu conceito de família?
- 2- De acordo com sua prática, o que não pode faltar quando se trabalha com famílias?
- 3- Em sua prática na ESF, você considera que o foco da atenção está no indivíduo ou na família?
- 4- Para sua atuação na ESF, você se considera adequadamente instrumentalizado?
- 5- Na atenção às famílias você utiliza alguma técnica ou instrumento para abordagem familiar?
- 6- Em que momento de sua formação profissional, você teve informações sobre instrumentos de avaliação familiar?
- 7- O termo Ferramentas de abordagem familiar é pra você...
- 8- Qual seu conhecimento sobre Genograma e Ecomapa?
- 9- Qual seu conhecimento sobre Ciclo vital Familiar?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Convidamos você, profissional da Estratégia Saúde da Família, do Centro de Saúde Cohab – Anil, a participar do Projeto de Pesquisa chamado “Conhecimento e prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as Ferramentas de abordagem familiar”, que será desenvolvido pela Professora Dra. Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo e pela mestrandia Cláudia Portela e Silva, pesquisadoras da Universidade Federal do Maranhão.

O objetivo desta pesquisa é identificar o conhecimento e a prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, sobre as ferramentas de abordagem familiar.

Caso você participe da pesquisa, você será entrevistado(a) individualmente sobre a temática das ferramentas de abordagem familiar e esta entrevista, será realizada na unidade de saúde em que você trabalha.

Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum privilégio ou prejuízo em seu trabalho na Unidade de Saúde.

Sua participação na pesquisa não terá nenhum custo. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade das pesquisadoras.

Pela sua participação na pesquisa você não receberá nenhum valor em dinheiro.

Os benefícios estarão relacionados a identificação de conformidades e /ou fragilidades

relativas a aplicação das ferramentas de abordagem familiar, possibilitando planejamento e execução de ações de capacitação para melhoria da prática profissional e atenção aos usuários.

Nenhum procedimento deste estudo oferece risco físico ou a dignidade do participante. Os riscos serão mínimos, podendo estar relacionado com a possibilidade de algum desconforto ao responder a alguma pergunta, e ao tempo gasto com as entrevistas, mas se ocorrer algum fato nesse sentido, o participante será informado da importância de sua participação, e que poderá desistir de responder a alguma pergunta. Quanto ao tempo, a equipe irá se empenhar em usá-lo de forma mais prática possível para não trazer transtorno ao profissional.

As informações relacionadas aos relatórios só poderão ser acessadas pelos pesquisadores ou autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação científica, isto será feito sob forma de código, sem a divulgação de nome dos participantes, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

A sua participação neste projeto é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Estão

garantidas todas as informações que você desejar saber sobre a pesquisa, antes durante e depois do projeto.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será em duas vias de igual teor e deverá, obrigatoriamente, conter rubricas do participante da pesquisa e das pesquisadoras em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante

Se for necessário qualquer esclarecimento, você pode entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão, pelo telefone (98) 988036918 ou pelo e-mail [conceicaopedrozo@gmail.com](mailto:conceicaopedrozo@gmail.com), das 08h00 às 17h00 durante a semana, ou com Cláudia Portela e Silva, aluna do Mestrado Profissional Saúde da Família da mesma instituição, pelo telefone (98) 99114-6523 ou pelo e-mail [claudia.portela.silva@gmail.com](mailto:claudia.portela.silva@gmail.com) das 08h00 às 17h00.

Caso precise de maiores esclarecimentos você, também, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão HU/ UFMA ,situado na rua Barão de Itapary,nº227, 4º andar, Centro, São Luís-Ma, CEP 65.020-070 ,fone (98) 2109-1250. O Comitê de Ética em Pesquisa é composto por um grupo de diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do Projeto de Pesquisa, da qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no projeto a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho na Unidade de Saúde. Fui informado de que não haverá custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

São Luís, ---- de ----- 2016

---

Participante da pesquisa

**ANEXO**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

**Pesquisador:** CONCEIÇÃO DE MARIA PEDROZO E SILVA DE AZEVEDO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57982716.8.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.682.867

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa que será realizado no Centro de Saúde Cohab-Anil, Unidade de Saúde da Rede Municipal de São Luís/MA, com duração de 06 meses (com início previsto para setembro de 2016). Serão arrolados para a pesquisa todos os profissionais de nível superior que integram as três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo excluídos os que não pertencerem a ESF. Os participantes irão responder a um formulário, contendo questões de identificação, como sexo, idade, formação e tempo de atuação na ESF. Para a abordagem qualitativa será utilizado um roteiro de entrevista com perguntas norteadoras voltadas ao conhecimento e prática acerca das ferramentas de abordagem familiar. Os dados serão analisados utilizando-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), na modalidade de análise temática. Os pesquisadores esperam que este estudo possa contribuir para que os profissionais da ESF, identifiquem possíveis conformidades e/ou fragilidades na atenção dispensada às famílias assistidas, favorecendo a melhoria do cuidado à essas famílias. Financiamento próprio.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a opinião dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as ferramentas de

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SÃO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.682.867

abordagem familiar.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar o conhecimento dos profissionais sobre genograma e ecomapa;
- b) Investigar a percepção dos profissionais sobre ciclo vital familiar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo consta no PB-Informações Básicas:

**Riscos:** Nenhum procedimento deste estudo oferece risco físico ou a dignidade do participante. Os riscos serão mínimos, podendo estar relacionado com a possibilidade de algum desconforto ao responder a alguma pergunta, e ao tempo gasto com as entrevistas, mas se ocorrer algum fato nesse sentido, o participante será informado da importância de sua participação, e que poderá desistir de responder a alguma pergunta. Quanto ao tempo, a equipe irá se empenhar em usá-lo de forma mais prática possível para não trazer transtorno ao profissional.

**Benefícios:**

Os benefícios estarão relacionados a identificação de conformidades e/ou fragilidades relativas a aplicação das ferramentas de abordagem familiar, possibilitando planejamento e execução de ações de capacitação para melhoria da prática profissional e atenção aos usuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de reconhecida importância para a contribuição na melhoria contínua da qualidade do Sistema Único de Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referentes aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhadas, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227 | <b>CEP:</b> 65.020-070       |
| <b>Bairro:</b> CENTRO                        |                              |
| <b>UF:</b> MA                                | <b>Município:</b> SAO LUIS   |
| <b>Telefone:</b> (98)2109-1250               | <b>E-mail:</b> cep@huufma.br |



Continuação do Parecer: 1.682.867

Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.)

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

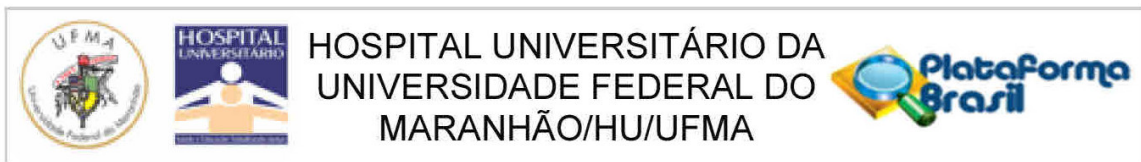
| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                   | Situação |
|---|--|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_748157.pdf | 02/08/2016<br>18:04:16 |                         | Aceito   |
| Outros  | CARTAREPOSTA.docx                            | 02/08/2016<br>18:03:12 | Cláudia Portela e Silva | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | DECL_COM.pdf                                 | 02/08/2016<br>18:00:13 | Cláudia Portela e Silva | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto.pdf                                  | 02/08/2016<br>17:51:13 | Cláudia Portela e Silva | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto.docx                                 | 02/08/2016<br>17:48:53 | Cláudia Portela e Silva | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx                                    | 02/08/2016<br>17:47:45 | Cláudia Portela e Silva | Aceito   |

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
Bairro: CENTRO  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 1.682.867

|  |                     |                        |   |        |
|--|---------------------|------------------------|---|--------|
| Declaração de Pesquisadores                | declaracao.docx     | 12/07/2016<br>17:36:50 | Cláudia Portela e Silva                       | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                | declaracao.pdf      | 12/07/2016<br>17:29:20 | Cláudia Portela e Silva                       | Aceito |
| Folha de Rosto                             | folharosto.pdf      | 12/07/2016<br>17:22:44 | Cláudia Portela e Silva                       | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                | EXPLICITACAO.docx   | 05/07/2016<br>18:09:16 | CONCEIÇÃO DE MARIA PEDROZO E SILVA DE AZEVEDO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracaoinfra.pdf | 05/07/2016<br>17:55:04 | CONCEIÇÃO DE MARIA PEDROZO E SILVA DE AZEVEDO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 17 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br