

**Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

MÓNICA ANDRÉA MIRANDA ARAGÃO

**A família como cenário de cuidado formal: como os
enfermeiros percebem o seu cuidado à família na
Estratégia Saúde da Família?**

**SÃO LUIS
2014**

MÓNICA ANDRÉA MIRANDA ARAGÃO

A família como cenário de cuidado formal: como os enfermeiros percebem o seu cuidado à família na Estratégia Saúde da Família?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Professora Doutora Liberata Campos Coimbra

SÃO LUIS
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Aragão, Mónica Andréa Miranda. A família como cenário de cuidado formal: como os enfermeiros percebem o seu cuidado à família na Estratégia Saúde da Família? / Mónica Andréa Miranda Aragão. – São Luís, 2014.

72 f. il.

Orientadora: Prof. Dr^a Liberata Campos Coimbra

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, 2014.

1. Enfermagem familiar. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Saúde da família. I. Coimbra, Liberata Campos. II. Título.

CDU: 616-084:616-051

ARAGÃO, Mónica Andréa Miranda. **A família como cenário de cuidado formal:** como os enfermeiros percebem o seu cuidado à família na Estratégia Saúde da Família? 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2014.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde
Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Liberata Campos Coimbra – Orientadora
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Zeni Carvalho Lamy – 1º. Membro
Doutora em Saúde da Criança e da Mulher
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Nair Portela Silva Coutinho – 2º. Membro
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Lena Maria Barros Fonsêca
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

*Dedico este trabalho ao meu
esposo e filhos. Sem vocês nada
tem sentido na minha vida. Nada
vale mais do que ter o amor
incondicional de vocês.*

AGRADECIMENTOS

À Deus meu maior mestre, fortalecedor, guia, apoiador. O Senhor não me deixa vacilar nos momentos mais difíceis, muito obrigada.

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de fazer parte desse espaço de discussão sobre a ciência da Enfermagem.

Aos docentes e à coordenação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Profa. Ana Hélia Lima Sardinha, pelo conhecimento construído ao longo do mestrado, que me oportunizaram ampliar a visão a respeito da pesquisa e de temas tão relevantes para nossa formação acadêmica e profissional.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra, muito obrigada pelo apoio, confiança, amizade, compreensão, incentivo e reconhecimento do meu potencial. Aprendi muito com os seus exemplos de vida e ensinamentos acadêmicos, desde a minha graduação e até quando Deus nos permitir o convívio. A senhora foi muito importante neste processo de construção acadêmica, desde o início. Muito obrigada!

Às professoras, membros da Comissão Examinadora pelo interesse em contribuir com seus conhecimentos para esta Dissertação, com a certeza de que suas sugestões engrandecerão este trabalho.

À Prefeitura Municipal de São Luís/Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio ao trabalho realizado e a todos os enfermeiros que participaram desta pesquisa, concedendo seus depoimentos mais francos, sem o qual não seria possível este estudo.

Aos colegas do MAENF, Amanda Namíbia Silva Pereira, Danilo Marcelo Araújo dos Santos, Maria Elza Lima Sousa, Gustavo Henrique Alves Lima, Lidiane Andréia Assunção Barros, Luciana Palácio Fernandes Cabeça, Luis Fernando Bogéa Pereira, Márcia Raquel Lima Amaral de Moura, Nayara Frais de Andrade, Poliana Soares de Oliveira, Roseane Mafra Azevedo e Thaís Sttefanne Costa de Almeida, obrigada pela parceria, companheirismo e amizade de todas as horas.

Ao meu esposo, José Chaves Aragão Neto, que esteve sempre ao meu lado nesta jornada, sem perder em nenhum momento a confiança que sempre em mim depositou. A você meu eterno amor e agradecimento. Admiro sua coragem e força, você é parte importante nesta conquista. Não poderia existir incentivo maior refletido em seu amor diário.

Aos meus três filhos, Fábio Patrick Miranda Aranha, Monick Nielly Miranda Pinto e Maria Karolina Miranda Aragão, cada um de vocês sabe o lugar especial que ocupa em meu coração. Obrigada pelo cuidado, pelo incentivo, pela paciência e compreensão durante minha ausência de alguns momentos. O amor incondicional e desmedido que

recebo de vocês todos os dias me faz ser muito feliz por ser Mãe. Vocês são meu orgulho e bens mais preciosos que Deus me concedeu.

Aos meus pais, Daniel Freddy Miranda Garrido e Maria Luisa Isabel Oliva Berrios, pela vida concebida e pelos ensinamentos e educação que recebi de vocês em todos estes anos, isso foi decisivo em todas as minhas conquistas.

Às minhas irmãs, Paula Aracy Miranda Oliva e Patricia Soledad Miranda Oliva, que me fazem acreditar que a vida é um eterno aprendizado e amadurecimento, obrigada pelo apoio, carinho e reconhecimento.

A minha nora, Fernanda Cristina Nogueira Rodrigues, muito obrigada por tudo o que você representa em nossas vidas, obrigada pelo apoio e por me ajudar sempre. Te amo minha filha.

As amigas de todos os momentos, Cynthia Griselda Castro Viégas, Janaina de Jesus Castro Câmara, Márcia Ramos Costa, Stelma Regina Sodré Pontes, pela amizade constante e troca de conhecimentos importantes nesta caminhada.

Ao Instituto Florence de Ensino Superior, aos docentes e discentes dessa instituição, foi nesse espaço que compreendi a importância de aprimorar o meu fazer docente diário. Obrigada!

Agradeço também a todos que fizeram parte deste trabalho, direta ou indiretamente, que contribuíram de alguma forma para que este estudo fosse possível.

*E digo-vos que a vida é de fato obscuridade,
exceto onde há arrebatamento.
E todo arrebatamento é cego exceto onde há
saber.
E todo saber é vão exceto onde há trabalho.
E todo trabalho é vazio exceto onde há amor.
E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis um sopro
do vosso espírito.*

Khalil Gibran

ARAGÃO, M. A. M. **A família como cenário de cuidado formal:** como os enfermeiros percebem o seu cuidado à família na Estratégia Saúde da Família? 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2014.

Orientadora: Dra. Liberata Campos Coimbra
Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Resumo

O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família deve construir com as famílias um relacionamento cooperativo – profissional/família, aliando os conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação e intuição. Objetivou-se com este trabalho compreender como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família percebem seu cuidado familiar. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, feito em oito unidades básicas de saúde, com oito enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2014, com análise dos dados a partir da Análise Temática. Após processo analítico-reflexivo das entrevistas, emergiram 640 (seiscentos e quarenta) núcleos de sentido, que foram agrupados em 17 (dezesete) temas provisórios e 03 (três) temas definitivos: conhecendo as famílias atendidas; caracterizando seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família; e cuidando da família na Estratégia Saúde da Família. Estes temas refletem que os enfermeiros conhecem as características das famílias atendidas, fato que auxilia no processo do cuidado. Interpretam o seu processo de trabalho na estratégia como um reflexo das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém com pouca efetividade no cuidado às famílias atendidas. Conceituam família como um grupo de pessoas unidas por laços de parentesco ou não, que se percebem como família, que possuem objetivos comuns, e que se cuidam mutuamente. Apesar de acreditarem que ultrapassaram o modelo centrado no indivíduo e que conseguem cuidar da família como contexto de saúde e doença, não apresentam as metodologias aplicadas para avaliação e intervenção das famílias, não conhecem e não utilizam ferramentas para esse cuidado, o foco é o indivíduo na família; relatam que o cuidado à família não é colocado em prática devido às dificuldades estruturais, como a falta de carro para visita domiciliar, esta vista como uma das principais ferramentas para abordagem às famílias. Evidenciam que sentem-se frustrados e angustiados por não perceberem seu valor profissional e reconhecimento de seu trabalho na estratégia. Conclui-se que o cuidado formal praticado pelo enfermeiro às famílias, necessita de uma reflexão acerca do que é realmente o trabalho voltado para as famílias, com adoção de estratégias metodológicas para o efetivo planejamento de ações direcionadas para o cuidado às famílias.

Descritores: Enfermagem Familiar. Cuidados de Enfermagem. Família. Saúde da Família.

ARAGÃO, M. A. M. The family as a formal care setting: how the nurses realize family care in the Family Health Strategy? 2014. 72 f. Dissertation (Master). Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luis, 2014.

Advisor: Dra. Liberata Campos Coimbra
Line of Research: nursing in public health

Abstract

The nurses of the Family Health Strategy should build with families in a cooperative relationship - professional / family, based on a theoretical grounding, allied the technological and scientific knowledge with observation skills, communication and intuition. Aimed to with this work understanding the practice of nurses of the Family Health Strategy in family care. This is a descriptive study with a qualitative approach, done in eight basic health units, with nurses of the Family Health Strategy. The semi-structured interview was used. The data collection survey was conducted in the period February to May 2014, with analysis of data from the thematic analysis. After analytical-reflective process of interviews, emerged 640 (six hundred and forty) nucleus of meaning, which have been grouped into seventeen (17) provisional themes and 03 (three) final themes: knowing the families served; featuring your work process in the family health strategy; and taking care of the family on the family health strategy. These themes reflect that nurses know the characteristics of families served, a fact that helps the family in the care process. Featuring the work process in the strategy as a reflection of the guidelines recommended by the Ministry of Health, but with little effectiveness in caring for families served. Conceptualize the family as a group of people united by kinship or not, who perceive themselves as a family, that have common objectives and mutually care if. The family care despite believing that exceeded the model and focusing on individuals who can take care of the family as the context of health and disease, do not have the methodologies for assessment and intervention of families do not know and do not use this for care tools, focus is the individual in the family; reported that family care is not put into practice due to structural problems, such as lack of car for home visits, view this as a major tool for approaching families. Show that they feel frustrated and distressed for not realizing their professional value and recognition of their work on strategy. It is concluded that formal care practiced by nurses to families, requires a reflection on what is actually working toward families, adopting methodological strategies for the effective planning of actions directed to the care of families.

Descriptors: Family Nursing. Cares of Nursing. Family. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAENF	Mestrado Acadêmico em Enfermagem
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	MARCO CONCEITUAL	18
3.1	DEFININDO E CONCEITUANDO FAMÍLIA	18
3.2	O CUIDADO/CUIDADO HUMANO	20
3.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	23
3.4	O TRABALHO COM FAMÍLIAS	25
4	PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	30
4.2	LOCAL E PERÍODO DA INVESTIGAÇÃO	30
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	31
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1	CONHECENDO AS FAMÍLIAS ATENDIDAS	37
5.2	CARACTERIZANDO O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .	40
5.3	CUIDANDO DA FAMÍLIA	48
6	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	63
	ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

A partir dos anos de 1970, os principais sistemas de saúde passaram a ser questionados sobre o seu modelo, pautado na centralidade ao indivíduo, direcionado à cura de doenças, elevados custos assistenciais e baixa efetividade. Frente a essa perspectiva, acreditou-se que era impossível assistir ao indivíduo sem considerar pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família, a qual começou a ser vista como objeto de investigação e de trabalho, configurando-se assim, como objeto de atenção à saúde (BORGES; FRANCO, 2012).

Esse enfoque à família foi adotado como eixo norteador das políticas e programas de saúde pública no Brasil, particularmente na Atenção Primária à Saúde – APS, sendo criado em 1994, o Programa Saúde da Família – PSF, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, focado na unidade familiar, e de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS (TRAD, 2010; BRASIL, 2001).

A partir de 1996 o Ministério da Saúde – MS reconheceu o PSF como uma estratégia, rompendo com o conceito de programa, e modificando a sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família – ESF (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

A ESF operacionaliza suas diretrizes organizativas mediante a implantação de equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, lotados em unidades básicas de saúde, e quando ampliada, conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (COSTA; CARBONE, 2004; BRASIL, 2012). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de 600 (seiscentas) a 1.000 (mil) famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (SAITO, 2008).

Norteadas as práticas propostas, a ESF prevê em seu trabalho o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e programação com base nesse diagnóstico local, a complementaridade, a abordagem multiprofissional, o sistema de referência e contra referência, a educação continuada, a intersetorialidade, o acompanhamento, a avaliação e o controle social. Nesse modelo a família passa então a ser o objeto principal da atenção, compreendida a partir desse ambiente onde vive e sua interação com ele (MOIMAZ et al, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, do Ministério da Saúde, aprovada pela Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, reafirma a família como sujeito do processo de cuidado, e define o domicílio como o contexto social em que se constroem

as relações intra e extrafamiliares, e se efetiva a luta pela sobrevivência e pelas condições de vida (BRASIL, 2012).

Devendo ser reconhecida como lócus do cuidado, é na família que se dão as primeiras práticas de cuidado informal à saúde de seus membros, é onde se constroem os projetos futuros, e consolidam-se os comportamentos definidos pelas crenças e valores atribuídos às atitudes de cada indivíduo e da família como um todo (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Como alternativas de assistência à saúde, Helman (2009) identifica três setores de assistência à saúde: o setor popular, caracterizado pelas práticas alternativas, o cuidado prestado pela família como setor informal, e o setor formal como o cuidado formal prestado pelas profissões da saúde, entre elas a Enfermagem, este como foco deste trabalho.

A enfermagem de família está fundamentada no lar e na comunidade, considerando os fatores sociais, psicológicos e familiares como imprescindíveis para a realização de qualquer avaliação e intervenção (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A família é um espaço que promove e participa do cuidado à saúde, responsabilizando-se pelo estado de bem-estar de seus integrantes, interage com os serviços de saúde, respeitando o conhecimento científico dos profissionais, bem como articula saberes populares de cuidado, tomando a decisão sobre a melhor forma de tratamento (MORENO, 2008).

É um verdadeiro sistema de saúde para seus componentes, pois possui um modelo explicativo de saúde e doença baseado em um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas, os quais guiam as suas ações, definindo os caminhos que deve seguir, como solicitar ajuda a seus significantes e profissionais (MOIMAZ et al., 2011).

A enfermagem tem um compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde, pois o significado que a família dá para o bem-estar, e para a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, induz os enfermeiros a considerarem o cuidado centrado na família como parte integrante dos cuidados de enfermagem (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

O cuidado de enfermagem à família implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades, utilizando seu conhecimento sobre essas informações, e junto com a família pensar e implementar a melhor assistência possível (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Sendo assim, o enfermeiro deve ser competente em acessar e intervir com as famílias em um relacionamento cooperativo – profissional/família, tendo como base uma fundamentação teórica, aliando os conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação e intuição (BOUSSO; ANGELO, 2001).

O cuidado de enfermagem, inicialmente, era compreendido por uma visão caritativa, o que foi sendo modificado quando a enfermagem foi se consolidando como uma profissão de base científica, em que o cuidar, mesmo sendo seu elemento basilar, exigiu um embasamento teórico para a garantia de sua eficácia e resolutividade (OLIVEIRA; SALVADOR; SANTOS, 2012).

Para que o trabalho em enfermagem seja denominado de cuidado de enfermagem familiar, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento desse universo que é a família para entender e atender as suas necessidades. É preciso saber ouvir, ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e conhecer o que está implícito (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Buscar junto com a família o reconhecimento de suas necessidades, dificuldades, potencialidades, e forças, deve ser o objetivo do cuidado dirigido para a mesma, garantindo que as condições intrínsecas sejam reveladas, para que assim o cuidado possa acontecer (BARBOSA; BALIEIRO; PETTINGILL, 2012).

Para que haja interação com as famílias, algumas estratégias podem ser utilizadas, como as visitas domiciliares, a educação em saúde, o acolhimento, enquanto escuta qualificada e resolução dos problemas, e o uso de instrumentos que permitam reconhecer as características das famílias, como o Genograma, o Ecomapa, e outros (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

A relação deve ser construída ao longo das ações de saúde, explorando as estruturas familiares em qualquer oportunidade, como na ocasião do cadastro das famílias, as mudanças das fases de ciclo de vida das famílias, o surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto, para a partir da compreensão que se tem da família preparar uma estratégia personalizada para cada grupo familiar (WAGNER, 1999).

Acredita-se, então que, cuidar da família como foco central do seu trabalho é um compromisso moral do enfermeiro, quando este busca a família como referencial em seu processo cuidativo, e quando estabelece com a mesma um relacionamento afetivo e de responsabilização em todas as situações de dificuldade que as famílias enfrentam (PINTO, 2010).

Porém, o cuidado à família ainda configura-se como um desafio para a enfermagem, pois reconhecer a importância da família como cliente do cuidado, assegurando a participação de todos os membros familiares no planejamento das ações e assegurando a possibilidade da própria família definir seus problemas e as melhores soluções, não reflete as práticas atuais do cuidado de enfermagem (BARBOSA; BALIEIRO; PETTINGILL, 2012).

A falta da abordagem à família na ESF é entendida como uma consequência da falta de definição sobre o conceito de família e da falta de preparo profissional, ou seja,

como resultado do despreparo e da indefinição de estratégias para o trabalho com famílias, o atendimento a estas se dá, muitas vezes, em decorrência do surgimento de uma doença em um de seus membros, não sendo feita diferença entre o cuidado de um indivíduo doente que tem uma família e o cuidado a uma família que tem um indivíduo doente (MOURA; KANTORSKI; GALERA, 2006).

Nesse sentido permanece na enfermagem a dúvida a respeito se cuidar da família é o mesmo que cuidar de um grupo, se o atendimento aos diferentes membros que compõem a família está se atendendo a organização familiar, e se os métodos e técnicas usadas individualmente são apropriados para atender a organização familiar (BUSTAMANTE; SANTOS, 2004).

Parte-se do pressuposto que mesmo existindo políticas que preconizem a família como foco do cuidado, o enfermeiro enfrenta desafios para ultrapassar o modelo biomédico, pautado no indivíduo e na especialização, e direcionar seu foco ao cuidado familiar, tendo em vista a sua formação técnica e hospitalocêntrica.

Somado a isso a própria organização dos serviços de saúde, que ainda estão alicerçados no paradigma biologicista, onde o foco é o atendimento individual, baseado em sintomas, cujas atividades estão inseridas dentro das ações programáticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, não favorecem a inserção do cuidado familiar (MORENO, 2008).

É importante também perceber que as relações entre famílias e serviços de saúde estão inseridas em um contexto de determinantes sociais, políticos e econômicos, não bastando mais a intervenção e a recuperação isoladas do corpo biológico, visto que essas práticas não têm respondido de forma plena às necessidades da população. As ações devem ir além e demandar uma atenção que reconheça a integralidade do ser humano e o impacto disso em sua qualidade de vida (MOIMAZ et al, 2011).

Sendo assim, as prerrogativas para a importância da família como cenário de cuidado se confirmam, e tornam-se imperativas para a prática dos enfermeiros e para a operacionalização da Estratégia Saúde da Família.

Frente a essas considerações, delinea-se como objeto deste estudo a percepção do enfermeiros sobre o cuidado formal prestado à família na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA, por compreender que o seu trabalho deve centrar-se no acompanhamento das famílias ao longo de suas vidas, potencializando as suas forças internas e o desenvolvimento de competências familiares que permitam às mesmas viverem o seu melhor potencial.

Esta pesquisa possibilitará a investigação de uma ação preconizada na atenção primária em saúde para a garantia dos princípios que regem a ESF, sendo assim, complementar as informações já produzidas cientificamente a respeito do tema em São Luís/MA, local da pesquisa.

Portanto, no sentido de compreender o cuidado familiar realizado pelos enfermeiros da ESF de São Luís, questiona-se: Como o enfermeiro percebe o seu cuidado às famílias na ESF? Sua prática contempla quais aspectos do cuidado familiar? Quais são as ferramentas utilizadas pelos enfermeiros nesse cuidado para compreender e atender as necessidades das famílias?

Este estudo faz-se relevante para a enfermagem, pois ao se propor compreender o cuidado familiar realizado pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família no município de São Luís/MA, oportunizará aos enfermeiros, que atuam no cotidiano desta estratégia, uma reflexão crítica sobre o seu cotidiano no trabalho com famílias, à luz das políticas de saúde no Brasil, contemplando as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, já implantada no Brasil há 20 anos.

E por outro lado, poderá subsidiar elementos à Coordenação da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, no intuito de apresentar estratégias que venham implementar as ações dos enfermeiros na ESF no cuidado direcionado às famílias, permitindo assim o planejamento de ações coerentes com um cuidar eficaz, eficiente, individualizado e contextualizado com a realidade das famílias assistidas, a fim de possibilitar a melhora da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, aproximando-se, assim da dimensão humanizada do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o seu cuidado familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre família;
- Identificar os instrumentos e estratégias que os enfermeiros referem utilizar no cuidado à família;
- Verificar o reconhecimento e análise pelos enfermeiros dos problemas de saúde dos usuários, considerando o contexto familiar, as condições de vida e os fatores de riscos sociais a que as famílias estão expostas.

3 MARCO CONCEITUAL

Para sustentação teórica do objeto da investigação, definido como cuidado formal à família realizado pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, o marco conceitual foi desenvolvido a partir dos seguintes conceitos: família, cuidado/cuidado humano, cuidado de enfermagem de família, trabalho com famílias.

3.1 DEFININDO E CONCEITUANDO FAMÍLIA

A significação de família vem sendo discutida no setor saúde, tanto no cenário dos serviços como nas instituições de ensino. No cenário mundial essa discussão surgiu na década de 1960, e, no Brasil, no início de 1990, junto às discussões das políticas públicas e à reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 1999).

O termo família tem origem no latim “*Famulus*”, que significa “escravo doméstico”, “servo”, e os romanos criaram a expressão “família” para designar um organismo social, cujo chefe mantinha sob o seu poder a mulher, os filhos e os escravos, com o pátrio poder romano e o direito de vida e morte sob todos eles (ENGELS, 1995).

Segundo Engels, “esta forma de família assinala a passagem do matrimônio sindiásmico à monogamia” (1995, p. 62). E que a família progride conforme o desenvolvimento da sociedade, modifica-se conforme o contexto histórico, cultural e social em que se encontra. Portanto, o termo evolui conforme a evolução da sociedade.

A compreensão do significado de família requer o reconhecimento dos aspectos que envolvem suas relações, sua conformação, suas dinâmicas, que são variáveis no tempo, a evolução no seu ciclo de vida, bem como das situações de crise que acontecem no seio familiar (MACHADO et al., 2006).

Segundo o Dicionário Aurélio (2012) o termo família representa: o pai, a mãe e os filhos; família numerosa, todas as pessoas do mesmo sangue, como filhos, irmãos, sobrinhos etc.

Para o IBGE (2010, p. 309) “família é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar”.

Na cultura ocidental uma família é definida especificamente como um grupo de pessoas de mesmo sangue, ou unidas legalmente, como no casamento e na adoção, em

culturas não ocidentais, a família é definida por outros conceitos que não os laços consanguíneos. Assim a família poderia se constituir em uma instituição normalizada por uma série de regulamentos de afiliação e alianças, aceitas pelos membros (MOIMAZ et al, 2011).

Segundo Roudinesco (2003), em termos amplos, a família significa um conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento e afiliação, ou ainda pela sucessão dos indivíduos descendendo uns aos outros.

Para Elsen; Marcon & Silva (2004, p. 34):

Família é, antes de tudo, um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, tanto sadios como doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa.

A família é uma unidade dinâmica, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, têm direitos e responsabilidades, desenvolvendo uma estrutura e organização própria. Os membros da família possuem e estabelecem objetivos de vida, interagindo entre si e com outras pessoas e grupos, em diferentes níveis de aproximação (ELSEN; ALTHOFF; MANFRINI, 2001).

A família é caracterizada por uma “teia latente de contínuas e inconstantes ligações que proporcionam a oportunidade para ativar e intensificar relacionamentos íntimos familiares” (CALDAS; VERAS, 2010).

Caracteriza-se ainda, por ser um espaço complexo, que se constrói e reconstrói histórica e cotidianamente através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, como Estado, trabalho e mercado (MIOTO, 2010, p. 54).

Como definições para a função da família, Roudinesco (2003) afirma que há que se distinguir a evolução da família em três grandes períodos para os quais a função da família se modifica. A primeira fase dita “tradicional”, tendo como função principal a prioridade em assegurar o matrimônio; a segunda fase, a família dita “moderna”, na qual é valorizada a divisão doméstica do trabalho, da autoridade e da responsabilidade pelo cuidado dos filhos; e a terceira fase, a família chamada de “contemporânea” ou “pós-moderna”, baseada em uma união, com duração relativa, onde se incrementam o divórcio e as recomposições conjugais. Essa evolução histórica evidencia as alterações na função

social das famílias e de seus componentes, influenciadas pelas mudanças econômicas, sociais e culturais do Brasil.

3.2 O CUIDADO/CUIDADO HUMANO

O cuidado existe desde que a vida surge, é inerente à vida humana, tornando-se uma necessidade vital no cuidado às crianças, às gestantes, aos recém-nascidos, aos que mais precisam de atenção (COLLIÈRE, 2003).

Etmologicamente a palavra Cuidar originou-se do verbo *soniare*, que significa “ocupar-se de”, o que decorre da necessidade do homem de estar no mundo em vida (COLLIÈRE, 2003).

Segundo alguns estudiosos, a palavra cuidado deriva do latim, e significa “cura”, termo que era utilizado em textos, nas relações de amor e amizade, e expressava uma atitude de desvelo, preocupação e inquietação para com a pessoa amada (BOFF, 1999).

Os fundamentos históricos do cuidado humano apontam a experiência do cuidar como parte do processo de evolução humana (MAIA; VAGHETTI, 2008). Assim, o ser humano executa o cuidado de acordo com as necessidades individuais e coletivas que são determinadas de acordo com os distintos contextos culturais, políticos e sociais.

Heidegger (1995) reforça o cuidado como o próprio ser do ser humano, e complementado por Collière (2003), cuidar nesse sentido consiste em tornar o mundo viável à existência humana ao mantermos a vida em seu desenvolvimento, decorre da natureza de ser no mundo, em vida.

O ser humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidado pela ideia do cuidado, assim como as práticas de cuidado (HEIDEGGER, 1995).

Os autores consideram que o ser humano deixa de ser humano sem o cuidado, se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, perde sentido e morre, se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e à tudo que estiver em sua volta (BUSTAMANTE-EDQUÉN; SANTOS, 2004).

Ayres (2004, p. 22) adota o termo Cuidado como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”, atividades inerentes à prática da Enfermagem.

Boff (2004, p. 33) identifica o cuidado como “essência do ser humano”. Sob esta concepção, o cuidado é ocupação, significa desvelo, solicitude, atenção, bom trato e se expressa no sentido de existir e coexistir com o mundo, é uma atitude de envolvimento afetivo, de ocupação e de entrega.

O cuidar da pessoa deve constituir-se em uma coerência indivisível, na qual o que determina os aspectos mais importantes ou menos importantes nessa relação vai depender da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que este remete à sua vida (HESBEEN, 2001).

Cuidar é:

aprender a discernir o que necessita de estimulação, de desenvolvimento de forças e de capacidades de vida, mas também o que exige manter as capacidades existentes, atenuar ou compensar as perdas e acompanhar o que é incerto, ou se debilita (COLLIÈRE, 2003, p.134).

O cuidar é uma atenção particular dispensada a uma pessoa em uma determinada situação, com vistas a ajudá-la, contribuindo para o seu bem-estar e promovendo a sua saúde (HONORÉ, 2004).

Porém como reforça Collière (2003, p. 138) “tomamos o cuidado segundo regras, modos, significações e ritos que não conduzem a nenhum sentido, e para os quais não se põe a questão do escolher. Estamos na passividade da atividade cuidadora”.

O cuidado consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência, é também ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura (WALDOW, 2012).

O cuidado é concreto, variável no tempo e no espaço, e, como realidade humana, é profundamente marcado pela temporalidade e historicidade essenciais ao próprio humano. O cuidar humano representa o viver do ser humano.

Sendo assim, instituiu-se no Brasil a Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS, proposta como uma política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas instâncias que constituem o SUS, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, essa política define-se por diretrizes específicas nos diversos setores, entre eles na Atenção Básica, norteada por:

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
2. Incentivar práticas promocionais de saúde.

3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Para esta política o cuidado realiza-se exatamente no cotidiano dos processos terapêuticos, sendo neste espaço que se situam os atores políticos, ocupando e construindo o cenário das práticas de saúde. Profissionais de saúde e usuários dos serviços precisam recuperar seus lugares como sujeitos de fato e de direito, em uma dimensão que retoma o humano naquilo que lhe é mais próprio: suas possibilidades de exercer autonomia e responsabilizar-se por suas práticas, ultrapassando um lugar de objetualização como simples lócus operativo da terapêutica e alcançando sua dimensão de sujeito da história. Não só os usuários são objetos de uma prática ou de um sistema de saúde, mas os próprios profissionais quando perdem a capacidade de refletir sobre sua prática e sua história (SOUZA; MOREIRA, 2007).

Para concretização da Humanização enquanto política e prática de saúde humana dirigida à humanos, considera-se ser necessária a adoção de um referencial teórico da Enfermagem para efetivar o cuidado à saúde. Entre eles destaca-se a Teoria da Prática Humanística de Paterson e Zderad que exige, de quem a adota, a compreensão da experiência do cliente, valorizando a interação humana. Isso implica estar aberto ao todo da experiência, despir-se de pré-julgamentos, aceitar as expressões e sentimentos do cliente para, a partir daí, responder às suas necessidades compartilhando amor e confiança, a fim de que ele possa vir a ser mais e melhor, processo de tornar-se tudo o que é humanamente possível em sua situação particular (MERCÊS; SOUZA, 2006).

Ainda segundo as autoras, para Paterson e Zderad, a saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às experiências da vida, independente do seu estado físico, social, psicológico ou espiritual, pois é algo mais do que a ausência de doença. Assim, independente de sua doença, o cliente pode estar saudável, se estiver aberto às experiências da vida. O encontro do enfermeiro com o cliente pode resultar, então, em conforto, porque a pessoa pode vir a se sentir confortável mesmo enfrentando uma doença, na medida em que há envolvimento com o outro, em relações verdadeiras.

Essa teoria reforça que a Enfermagem se constitui em um diálogo vivo entre o enfermeiro e o cliente, para nutrir o bem-estar e o estar-melhor daquele que cuida e é cuidado, nesse sentido a ideia central é o diálogo, que refere-se a uma interação mais específica entre pessoas, que pode se manifestar verbal ou silenciosamente, é um

relacionamento que envolve um verdadeiro partilhar. O diálogo se dá por meio do encontro, do relacionamento, da presença e dos chamados e respostas (GEORGE, 1993).

Como mostra Waldow (2001), o cuidado não pode se resumir à ação técnica, à execução de um procedimento, ou seja, ao fazer; ele é relacional e inclui o ser, que se expressa nas atitudes. Por isso, o cuidado deveria ser mais plástico, mais arte, ao lado da técnica. A plasticidade requer que reconheçamos o conhecimento que o outro tem, e as nossas possibilidades como ser cuidador (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011).

Ao tomar o cuidado a partir desta compreensão, surgem intenções em mobilizar tecnologias que se dirigem ao que Merhy (1999) define como tecnologias leves, que compreendem as relações, entre as quais o autor destaca o vínculo, o acolhimento, o escutar e o se colocar para o outro como verdadeiro outro. O que significa dizer, colocar-se com conhecimentos, capacidades e atitudes flexíveis para planejar o cuidado de maneira a atender necessidades muito particulares dos envolvidos, mas com um olhar ampliado para o contexto, para a família.

3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Historicamente a Enfermagem vem buscando construir um corpo de conhecimento baseado no cuidado humano, o que antes era orientado religiosamente, focando na bondade e benevolência, atualmente cresce cientificamente nas discussões da profissão Enfermagem (MAIA; VAGHETTI, 2008).

A Enfermagem, como atividade humana, existe há muitos anos, embora seja considerada uma profissão jovem, expressando-se como atividade profissional, se desenvolveu a partir da construção e consolidação do seu saber. Assim, foi em direção ao cuidar efetivo, implementando o cuidado em seu cotidiano como uma forma de relacionar-se com compromisso, responsabilidade e zelo (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

O cuidado é considerado a essência da Enfermagem, um imperativo moral, constituindo-se no mais poderoso símbolo da profissão, estando presente na vida humana, no processo vital dos seres, do nascer ao morrer, do qual a enfermagem participa (SILVA, 1997). E o cuidado, como preocupação com a vida, não pode se restringir às atividades de medicalização ou de enfermagem, pois a vida humana é essencialmente cuidado (SANTIN, 1998).

Nesse sentido cuidar para a Enfermagem, representa uma dimensão interrelacional, que envolve os clientes e sujeitos do cuidado, nas diversas formas de

atenção e expressividade terapêutica. Surge nos momentos de descobertas entre esses dois seres, que ao conhecerem-se, aceitam-se ou não e trocam experiências (SILVA, 1997).

A enfermagem deve então servir-se de referências, sem as fazer passar por regras, mas deve apreender a variedade de suas manifestações, pois o saber para cuidar, parte das realidades da vida, da aproximação entre as pessoas e das representações que estas possuem sobre suas necessidades (COLLIÈRE, 2003).

São as pessoas a tratar e as suas famílias, que possuem as referências indicadoras de sentido, da orientação e dos limites das informações a partilhar com quem cuida, são a primeira fonte de conhecimentos que vão desencadear os cuidados prestados pela enfermagem (COLLIÈRE, 1999).

Na enfermagem, a família esteve presente desde o início da profissão, pois os doentes eram atendidos em suas casas, sendo a enfermagem considerada, entre as da área da saúde, como uma das profissões que mais convive com a família (PINTO et al., 2010).

E para os enfermeiros a preocupação em incluir as famílias como objeto de assistência é anterior ao propósito do PSF, principalmente na disciplina Materno-Infantil, dando início a um lento movimento de mudança no enfoque da assistência de enfermagem, que passou a incluir a família como objeto e parceira da assistência (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Desta forma, encontra-se no cerne de todas as manifestações da vida, vivenciadas pelas pessoas e pelas famílias, para isso “a enfermagem precisa ser repensada a partir do relacionamento humano, onde a sensibilidade é o fio condutor” (SANTIN, 1998).

Essa sensibilidade ao próximo, às suas necessidades, o estar junto, o saber ouvir, reforçam a importância da família e dos indivíduos como participantes no cuidado, apoiando-os, respeitando seus limites e suas dificuldades, evidenciando assim a melhor forma de cuidar específica àquela situação/família/indivíduo (BARBOSA; BALIEIRO; PETTINGILL, 2012).

As autoras acima, ainda reforçam que a insensibilidade dos profissionais faz com que as famílias deparem-se com a dificuldade de tomarem decisões acertadas aos seus problemas, tendo em vista o seu tumulto emocional, ocasionado por dificuldades ao cuidar de um familiar com necessidades mais complexas à sua realidade.

Segundo Backes; Erdmann e Büscher (2009) para que o cuidado de enfermagem à família aconteça é necessário que exista compreensão, acolhimento, escuta qualificada e formação de vínculos de confiança, capazes de estabelecer as interconexões que envolvem o processo de saúde/doença.

Atualmente muitas discussões vêm sendo feitas no sentido de aprimorar e/ou instituir o cuidado centrado na família. A elaboração deste termo teve início no ano de 1969,

na qual buscava-se verificar a visão dos usuários e famílias sobre o cuidado prestado no hospital (PINTO et al., 2010).

O cuidado centrado na família tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e famílias, e restabelecer seu controle e dignidade. Bem mais do que ter a família como foco do cuidado, deve-se enfatizar que os seus integrantes possuem competências individuais na tomada de decisões (PINTO et al., 2010).

Ainda segundo as autoras, é imperativo que os enfermeiros estejam capacitados para identificar as reais necessidades e as fragilidades da família nos diferentes contextos de atuação, possibilitando o alívio dos sofrimentos e facilitando a mudança.

Estas percepções, que o cuidado à família pressupõe, facilitam a proximidade do enfermeiro, o qual deve auxiliar na reorganização e redimensionamento da dinâmica familiar, que pode ter sido alterada em virtude de demandas internas dos seus integrantes (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Para objetivação do cuidado centrado na família, o enfermeiro deve estar aberto a novas maneiras de ver, de compreender, aos novos conhecimentos, que venham enriquecer o seu modo de agir para essa perspectiva, o cuidado.

O enfoque da enfermagem de família é nas relações e interações, em que a finalidade da intervenção é a mudança, em uma perspectiva dinâmica em parceria com a família, visando apoiá-la na busca de soluções para os problemas identificados, englobando-a no planejamento e execução das intervenções. O objetivo da enfermagem de família centra-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável durante os seus processos de mudança (FIGUEIREDO; MARTINS, 2009).

3.4 O TRABALHO COM FAMÍLIAS

O conceito de trabalhar com famílias refere-se às múltiplas intervenções profissionais curtas ao longo do tempo, utilizando para isso como referência as estruturas familiares, o que exige a incorporação de uma tecnologia relacional, fundada na abordagem humanista, como visto anteriormente. Nesse sentido Ditterich; Gabardo & Moysés (2009) descrevem momentos-chaves para se aproximar das famílias: na ocasião do cadastro das famílias, nas mudanças dos ciclos de vida da família, quando surgem situações adversas, como doenças crônicas ou agudas entre seus membros, ocasião em que se pode observar a resiliência familiar.

O trabalhar com famílias segundo Wagner (1999), pode ser dividido em 5 (cinco) etapas:

1. Associação: inicia-se no momento em que um usuário traz ao profissional uma situação em que a família interfere direta ou indiretamente no processo;
2. Avaliação: consiste em analisar a família de um modo mais objetivo, perceber o funcionamento e a crença da família no processo de adoecer e propor intervenções que respeitem seu modo de vida. Esta atitude aumenta o poder de resposta às intervenções sugeridas à família;
3. Educação em saúde: momento para capacitação dos membros da família a desenvolver autocuidado e hábitos de vida mais saudáveis, sendo essencial uma boa comunicação com a mesma;
4. Facilitação: o profissional conhece a estrutura familiar, suas relações de poder e trocas de sentimento, nesse momento o profissional facilita a interação entre os membros da família, esclarecendo as dúvidas em relação a patologia e sua progressão e informa sobre as alternativas de tratamento;
5. Referência: momento em que o profissional da atenção básica encaminha seu usuário aos serviços de maior complexidade de atendimento, gerando maior confiança entre a família e o profissional.

Porém em revisão realizada por Silva; Silva & Bousso (2011) o que se evidenciava nos documentos norteadores para ESF, do Ministério da Saúde, desde a sua implantação, era a falta de ações específicas direcionadas para o atendimento das necessidades das famílias como sistema ou unidade do cuidado, mantendo-se o modelo centrado na atenção individualizada. Apesar de reforçar que a ESF surgiu embasada, sobretudo, na temática da família como foco de sua ação, em busca da reorientação do modelo, não especificavam as orientações sobre como conduzir a ação profissional diante de questões levantadas sobre dinâmicas familiares.

Entretanto a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria Nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, delinea o trabalho com famílias em: manter atualizado o cadastramento das famílias; praticar o cuidado familiar, propondo intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos e das famílias; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias sob sua responsabilidade, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), acrescenta ainda em seu caderno de Atenção Domiciliar, algumas ferramentas e instrumentos que sistematizam o trabalho com famílias, entre eles:

- Genograma: baseia-se em um heredograma, que mostra graficamente a estrutura e o padrão de doenças, relacionamentos e conflitos dos familiares em três gerações desenhadas utilizando-se símbolos padronizados.
- Ecomapa: consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com outros sistemas sociais, a família com a rede de suporte social
- A.P.G.A.R. familiar: proveniente da língua inglesa, avalia a satisfação de cada membro da família em relação a Adaptation (Adaptação), Partneship (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução). As famílias são classificadas como funcionais e moderadamente/gravemente disfuncionais;
- P.R.A.C.T.I.C.E.: enfoca no problema da família e avalia o funcionamento da mesma. Presenting problem (Problema apresentado), Roles and structure (Papeis e estrutura), Affect (Afeto), Communication (Comunicação), Time of life cycle (fase do ciclo de vida), Illness in Family (doença na família), Coping with stress (enfrentamento do estresse), Ecology (meio ambiente, rede de apoio).
- F.I.R.O.: sigla de Fundamental Interpersonal Relations Orientation (orientações fundamentais nas relações interpessoais), categorizado como uma teoria das necessidades.
- Ciclo de Vida Familiar: a estrutura e a função da família modificam-se com o tempo, caracterizando os estágios da vida familiar – saída de casa (adultos jovens solteiros), união de famílias pelo casamento (o novo casal), famílias com filhos pequenos, famílias com adolescentes, saída dos filhos de casa e continuidade, famílias na vida tardia. Sendo que em cada etapa desse ciclo de vida, ocorrem mudanças no status familiar que são exigidas para a família prosseguir o seu desenvolvimento (WILLIAMS, 2002).

Acrescentado as essas ferramentas, duas enfermeiras canadenses, Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, desenvolveram o Modelo Calgary de Avaliação da Família – MCAF, que é baseado em uma estrutura multidimensional, que aborda três categorias, chamadas de estrutural, de desenvolvimento e funcional, e estas são divididas em subcategorias. Cada uma das categorias se constitui de informações, que unidas têm a finalidade de entender e direcionar o cuidado junto a cada família (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Na categoria estrutural, são avaliadas as subcategorias estrutura interna, estrutura externa e contexto. Na avaliação de desenvolvimento, são avaliadas as subcategorias estágios, tarefas e vínculos. Na avaliação funcional, são analisadas as

subcategorias instrumental, funcionamento expressivo, influências e poder (SCHWARTZ et al, 2009).

Estes instrumentos de avaliação e intervenção podem ser utilizados conjuntamente, variando a necessidade e características apresentadas por cada família. Esses instrumentos ao serem aplicados possibilitam à família repensar suas relações, e ao profissional adquirir a confiança da família e a busca de suporte, mediante suas necessidades (MOIMAZ et al, 2011).

Somado a esse suporte de ferramentas e instrumentos, as abordagens à família podem ser, conforme descreve Ribeiro (2004, p. 662):

Família/indivíduo: a família é o cliente nominal, mas não é o “objeto” do cuidado, o foco real do cuidado é o indivíduo, que pode ser a mulher, a criança ou o portador de hipertensão arterial. Nesse caso a família tem papéis a desempenhar e para isso necessita de orientações e treinamento;

Família/domicílio: neste caso o ambiente, a infraestrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco da atenção. A família representa o contexto físico, o domicílio, que é a base para apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo saúde/doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda;

Família/indivíduo/domicílio: nesta abordagem unem-se os sentido/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio, diferenciando-se por ser focado, agora, num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo saúde/doença;

Família/comunidade: esta abordagem transforma a família em ‘as famílias’; sua identidade e processo de viver definem-se sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade;

Família/risco social: neste enfoque a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas de exclusão social, que vivem em comunidades periféricas. Neste caso a família não possui a estrutura, as condições materiais e sociais de sobrevivência e precisa ser continuamente ajudada para poder voltar a funcionar;

Família/família: neste enfoque a família é o foco principal e real do cuidado, considerada em sua identidade, possuidora de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. Considera-se nesta abordagem: as condições materiais e simbólicas, consequentes à inserção social da família, a sua organização e dinâmica, à disponibilidade de redes de proteção, ao desempenho social esperado, entre outras. Enfim a família é considerada em seu ser e

viver, consequentes à sua inserção no contexto social, historicamente contextualizada, imersa na complexidade de ser família na pós-modernidade.

Trabalhar com o foco na família e no coletivo é desafiante para os profissionais de saúde. Cuidar da família de uma forma geral, não é uma tarefa fácil, porém é necessária boa vontade e percepção de que cada família tem sua forma de cuidar e que isso deve ser respeitado, dessa forma o trabalho terá mais sucesso (WAIDMAN; ELSEN, 2004).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado”. Ela se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que envolvem valores, crenças, atitudes e as aspirações humana que não podem ser medidos em termos de quantidade, frequência e intensidade (MINAYO, 2007, p. 57).

Portanto a metodologia qualitativa mostra-se apropriado para a compreensão do objeto deste estudo.

4.2 LOCAL E PERÍODO DA INVESTIGAÇÃO

O município de São Luís está localizado geograficamente ao norte do Estado do Maranhão, ocupando uma área de 828,01 km², tendo como limites os municípios de Paço do Lumiar, São José de Ribamar e Raposa, compondo assim a Região Metropolitana, e ainda com o oceano Atlântico ao norte. A população estimada pelo IBGE (2014) para a cidade de São Luis é de 1.064.197 habitantes, que estão distribuídos no centro urbano com 122 bairros (que constituem a região semiurbana) e 122 povoados (que formam a zona rural).

A cidade está organizada em 7 (sete) Distritos Sanitários, 6 (seis) na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga e Tirirical) e 1 (um) na zona rural (Vila Esperança). Atualmente o município possui 104 (cento e quatro) equipes da Estratégia Saúde da Família atuando em 44 (quarenta e quatro) Unidades de Saúde da Família, sendo 31 (trinta e uma) unidades na zona urbana e 13 (treze) na zona rural.

A pesquisa foi desenvolvida em 08 (oito) Unidades de Saúde da Família, que compõem os serviços de Atenção Básica de Saúde do município de São Luís/MA. Foi selecionada aleatoriamente uma unidade em cada distrito, sendo duas unidades do distrito Centro, totalizando 07 (sete) unidades de saúde da família na zona urbana, e 01 (uma)

unidade na zona rural, no distrito da Vila Esperança, objetivando a participação de todos os distritos da cidade.

Atualmente a ESF no município de São Luís, segundo o Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde, tem uma proporção de cobertura populacional em torno de 34,51% (BRASIL, 2014).

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2014.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 08 (oito) enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de São Luís/MA, de 08 (oito) unidades de saúde da família diferentes.

Atualmente existem 104 (cento e quatro) enfermeiros atuando nessas equipes. No entanto, por se tratar de pesquisa com abordagem qualitativa, a preocupação com a definição da amostra foi dada mediante o aprofundamento e a compreensão do objeto pesquisado. Considerando para isso, como critérios de inclusão a participação de pelo menos um enfermeiro de cada distrito de saúde de São Luís, bem como os enfermeiros que estivessem em atividade na Estratégia Saúde da Família há pelo menos 01 (um) ano e vinculados a essa equipe/área também pelo mesmo período.

Como critérios de exclusão, não participaram do estudo, os enfermeiros que estavam afastados de suas atividades profissionais por motivo de licença-saúde, licença-maternidade e outros afastamentos do serviço, ou que estivessem nessa ESF há menos de 01 (um) ano.

Os sujeitos do estudo estão assim caracterizados: faixa etária variou entre 31 anos a 39 anos, com média de idade de 34 anos, tempo de formação superior em Enfermagem entre 8 e 13 anos, média de 10 anos, todos possuíam Especialização em Saúde da Família, e um com Mestrado em Enfermagem, o tempo de vínculo com a unidade de Saúde da Família variou entre 3 anos a 7 anos, média de 5 anos e meio, e o número de famílias cadastradas variou entre 550 a 1.600, com média de 868 famílias por enfermeiro.

Para garantia do anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados por meio da letra E (letra inicial da palavra “enfermeiro”), seguida de um algarismo (E1... E8).

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada, que oportunizou ao entrevistador a possibilidade de explorar amplamente o tema em questão. Para Minayo (2007), a entrevista é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa.

Na entrevista semiestruturada, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade e as questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS, 2005).

Para a realização das entrevistas o enfermeiro foi convidado por meio de ligação telefônica, momento que foram apresentados os objetivos da pesquisa, e solicitada a sua participação voluntária, após o seu consentimento foi agendada a entrevista que aconteceu durante o turno de trabalho dos mesmos, nas unidades de saúde onde os mesmos atuavam, momento em que os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Para a entrevista foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras, que incluíam: o conhecimento das famílias sob sua responsabilidade, a conceituação de família, formas de cuidado prestado às famílias e dificuldades para a realização do cuidado familiar (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas em uma sala privativa nas próprias unidades, e foram gravadas, em gravador digital, marca Panasonic RR-US551, sendo depois transcritas para realização da análise.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para análise e interpretação dos dados das entrevistas foi utilizado o referencial teórico de Bardin, norteado pela análise de conteúdo, mais especificamente pela análise temática.

Segundo Bauer & Gaskell (2002, p. 191) “a análise de conteúdo é uma técnica que serve para produzir inferência de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada”.

Esta técnica pode-se utilizar da Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido presentes nas entrevistas, os temas, na busca de significados para o

objeto analítico visado (MINAYO, 2007). Ainda, segundo a autora a construção de categorias, é utilizada para determinar agrupamentos de ideias sobre um determinado conceito. Direciona-se para as características da mensagem propriamente dita, seu valor informacional e as ideias nela expressas (MORAES, 1999).

Operacionalmente a análise temática divide-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

Conforme segue segundo a autora: A pré-análise é a fase inicial e consiste na escolha dos documentos a serem analisados a partir da retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. É dividida em *leitura flutuante*, que é caracterizada pelo contato direto e intenso do pesquisador com o material de campo; a constituição do *corpus*, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa, dentre as quais a exaustividade (que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que ele contenha as características essenciais do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados e às técnicas empregadas e ao atributo dos interlocutores) e a pertinência (que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do estudo). Nesta fase pré-analítica, determinaram-se as unidades de sentido (palavras chave ou frases), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de sentido), os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientaram a análise.

Na segunda etapa foi feita a exploração do material, que trata da transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir dos seus núcleos de sentido. Procedeu-se o recorte do texto em unidades de registro e realizou-se a classificação e agregação dos dados.

Na terceira e última etapa foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretados. A partir daí, foram propostas inferências e realizadas as interpretações com o referencial teórico, que fundamentou a pesquisa e abriu as possibilidades em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas.

Nesta investigação os resultados estão apresentados de forma descritiva a partir da construção dos temas, pois para Minayo (2010), a noção de Tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, a qual pode ser apresentada por uma palavra, frase ou resumo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde do Município para liberação do campo de pesquisa (Anexo A), após essa concessão (Anexo B), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, recebendo aprovação conforme Parecer Consubstanciado nº 472.936 (Anexo C) e, após a aprovação, foi iniciada a coleta de dados nas oito unidades.

Todas as informações coletadas foram mantidas em confidencialidade, não permitindo a identificação dos participantes, os quais estão identificados com a letra “E” seguida de um número corresponde a ordem das entrevistas. Os entrevistados receberam uma explicação sobre os objetivos do estudo e as entrevistas somente foram iniciadas após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelos sujeitos.

O risco que esta pesquisa poderia ocasionar ao sujeito era o desconforto em compartilhar informações pessoais/profissionais confidenciais, porém deixou-se claro ao pesquisado que se sentisse algum incômodo em responder a qualquer pergunta, ou parte das informações da pesquisa, foi permitido ao mesmo a possibilidade de se recusar em responder, por sentir que a pergunta era muito pessoal ou incômoda.

A pesquisa foi realizada conforme as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura flutuante e em profundidade das entrevistas realizadas, foram obtidas 640 (seiscentas e quarenta) unidades de sentido, construídas através dos relatos dos enfermeiros, a partir dos quais foram identificados os sentidos de cada trecho, e agrupados em núcleos comuns, sendo então construídos os temas provisórios e os definitivos, conforme os Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Dados brutos e produção das unidades de sentido.

Trechos das Entrevistas	Unidades de Sentido
<p>O cuidado para a família é direcionado de acordo com aquilo que chega pra gente, então se tem uma família com um problema, esse problema é identificado pelo agente comunitário de saúde, ele repassa o problema e a equipe vai até a família para ver se realmente é aquele problema e se a equipe pode ajudar de alguma forma, e se pode diminuir o sofrimento daquela família.</p> <p>O nosso cuidado está voltado para diminuição do problema. Se a equipe não pode cessar o problema, pelo menos vai intervir para poder diminuir o problema que aquela família está passando.</p> <p>Acho que família é um grupo de pessoas que residem em uma casa e compartilham das mesmas coisas, dos mesmos objetivos.</p> <p>Percebo que família não está muito ligada a pai, mãe e filhos, a tradicional família nuclear, está ligada mesmo as pessoas que estão convivendo ali naquela casa e naquele momento.</p> <p>Acho que hoje família não tem mais aquele conceito padrão de pai e mãe, eu acho que envolve mais um laço de convivência.</p> <p>Questionamos sobre os problemas ou doenças dos demais integrantes, sendo mais comum situações, em que algum cliente desses que o médico, faz um diagnóstico de hipertensão e diabetes por exemplo, então em cima disso investigamos alguém da família que possivelmente também tenha, nos casos de hanseníase e tuberculose, que faz parte da rotina de investigação, isso também faz parte da rotina.</p>	<p>Falando que o cuidado dedicado à família é prestado de acordo com o problema apresentado para a equipe.</p> <p>Explicando que o ACS é quem identifica o problema familiar.</p> <p>Explicando que o ACS repassa o problema para a equipe da ESF</p> <p>Falando que a ESF se desloca até o domicílio da família para tentar ajudar a resolver o problema</p> <p>Afirmando que o cuidado prestado visa diminuir o problema da família quando não é possível resolvê-lo.</p> <p>Descrevendo a família segundo sua percepção.</p> <p>Relatando que a família não está muito ligada a pai, mãe e filhos.</p> <p>Afirmando que a família está ligada as pessoas que estão convivendo no mesmo ambiente por um determinado tempo.</p> <p>Afirmando que a família não compreende mais a família nuclear.</p> <p>Afirmando que família compreende um laço de convivência, não só em laços sanguíneos.</p> <p>Afirmando que investiga as doenças e problemas de outros integrantes da família, nos casos de portadores de HAS e DM, hanseníase e tuberculose por fazerem parte da rotina essa investigação.</p>

Quadro 2 - Núcleos de sentido e construção dos temas.

Núcleos dos Sentidos	Construção dos Temas
Falando da reunião de equipe para tratar sobre a situação crítica de uma família. Falando que o atendimento na Unidade de Saúde é pontual direcionado para o problema apresentado.	Processo de trabalho
Afirmando que a família só tinha a renda da senhora acamada para manter a família.	Contexto social das famílias atendidas
Conseguindo apoio da igreja para doar cesta básica mensal para a família. Afirmando que gradativamente a equipe buscava solucionar os problemas da família.	Cuidado familiar

Após identificação dessas unidades de sentido, estas foram agrupadas em 17 (dezessete) temas provisórios, totalizando ao final 3 (três) temas definitivos, os quais estão descritos conforme a Figura 1.

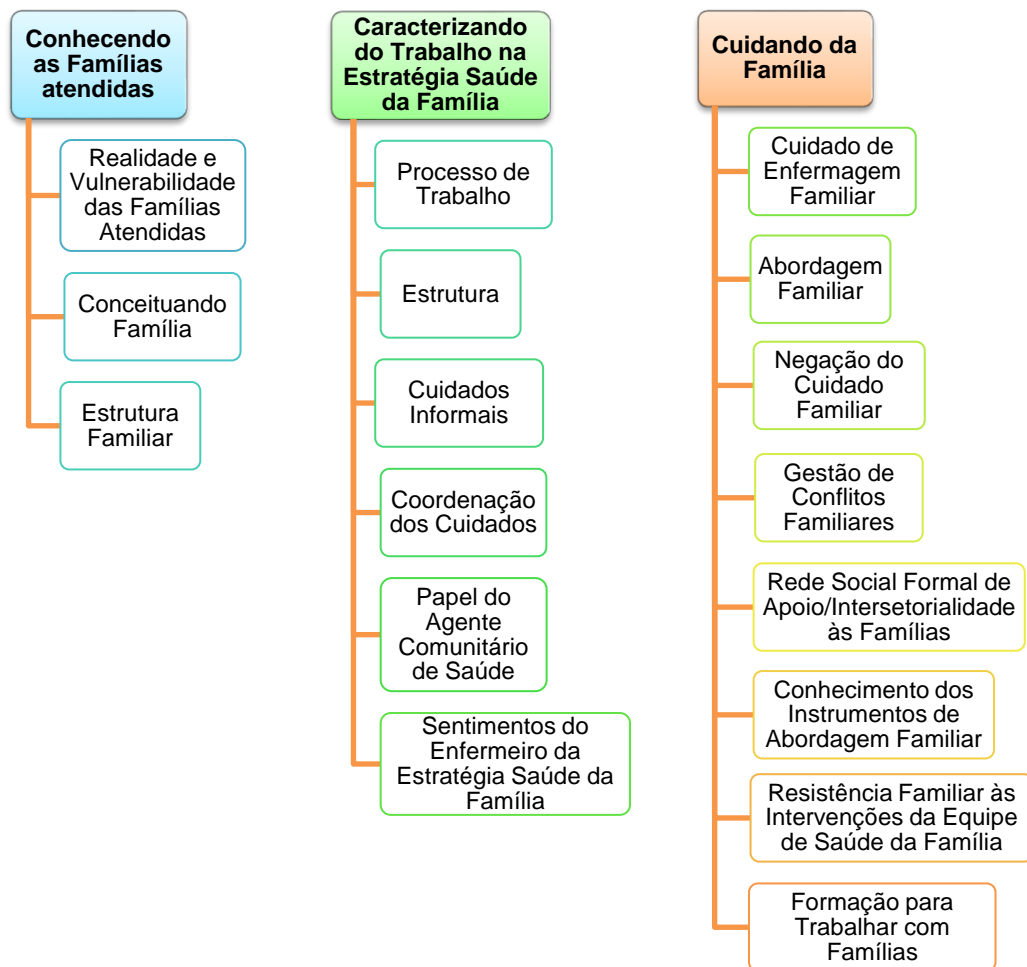


Figura 1- Temas definitivos e temas provisórios, após construção do corpus da pesquisa, São Luís/2014.

5.1 CONHECENDO AS FAMÍLIAS ATENDIDAS

Este tema apresenta a descrição das famílias, na concepção dos enfermeiros entrevistados. Referem conhecer socialmente e estruturalmente as famílias pelas quais são responsáveis, pois relatam que elas vivem em uma realidade social, econômica e educacional em sua maioria marginalizada e socialmente desfavorecida. Apresentam como características mais marcantes a pobreza, a violência, o tráfico e o uso e abuso de drogas ilícitas, tráfico de armas, baixa escolaridade e dependência econômica das aposentadorias e dos programas sociais de distribuição de renda do Governo Federal, como o Bolsa Família. Estas características apresentadas pelos enfermeiros não se diferenciaram em função da localização das unidades, são muito similares, independente se zona urbana ou zona rural.

Os tipos de moradias variam no tipo de material de construção, com residências de alvenaria com forro e cobertura adequadas, enquanto outras de alvenaria porém sem revestimento ou forro, residências ainda construídas de taipa, sem sistema de água ou esgoto, ruas não asfaltadas, e algumas apresentadas como mansão de traficantes.

[...] A maioria das residências da nossa área está em total situação de pobreza. Eu tenho área debaixo da ponte [...] que vivem em cima de palafitas, em mangues. Crianças vivem naquela situação totalmente precária, e tem famílias que já tem uma casa de tijolo, já tem uma água encanada, um esgoto próprio, então é muito diversificado e tem muita, muita, muita “boca de fumo”, muitas adolescentes grávidas, infelizmente a gente tem um nível de pobreza muito grande, de marginalidade mais ainda (E7).

[...] A área que eu trabalho é uma área de baixa renda, então são casas às vezes só no tijolo, cobertas com telha sem forro e sem reboco, não tem água encanada, não tem coleta de lixo, as ruas são sem infraestrutura, a minha área é basicamente toda assim (E8).

A concepção de família que os enfermeiros têm, reporta-se a realidade que vivenciam em seus atendimentos e de sua experiência de vida.

Porém segundo Sarti (2004) quando se trabalha com famílias muitos profissionais enfrentam um primeiro problema: o de identificar a noção de família com suas referências pessoais, que tende a ser identificada com a “nossa” família. Há uma tendência a projetar a família com a qual se identifica – como idealização ou como realidade vivida, o que pode impedir o olhar do que se passa a partir de outros pontos de vista.

Quando questionados a respeito do que compreendem por família construíram os seguintes conceitos:

- União entre pessoas por laços de afetividade e atitudes de cuidado;

- Grupo de pessoas que moram no mesmo domicílio, unidas por laços consanguíneos ou não, que são acolhidas e que acolhem motivadas por seus interesses e necessidades;
- Pessoas que convivem sob o mesmo teto, com objetivos comuns e que se ajudam mutuamente.
- Conjunto de pessoas vivendo no mesmo ambiente, que tem a intenção de trabalhar em bem comum. O amor, o companheirismo, os laços que os unem, são elos que unem as famílias.
- São laços que as pessoas constroem a partir de problemas eventuais e de necessidades que encontram. E que se consideram como família.

Referem que os conceitos apresentados teoricamente não refletem as realidades das famílias que são atendidas, pois as mesmas não se configuram em momentos somente de alegria ou harmonia.

Como modelos de famílias, surgiram depoimentos de que a família que ainda defendem é a família nuclear, formada por pai, mãe e filhos. Outros enfermeiros referiram que esse mesmo modelo não suporta mais a realidade das famílias de suas vivências profissionais e pessoais.

Fato notável entre os enfermeiros é a pouca discussão sobre as mudanças nos modelos familiares, entre eles as famílias homoafetivas, as quais vêm aumentando no Brasil. Estas percepções sobre a família, podem em algum momento repercutir sobre sua conduta frente à família, pois a falta da compreensão da realidade das famílias e de suas constituições pode interferir no cuidado prestado às mesmas.

Segundo Moimaz (2011) o conhecer e o reconhecer profundos dessas interações e configurações familiares constituem objetos de extrema importância para as práticas em saúde, visto que interferem, determinam e condicionam o processo de cura e adoecer humano.

Estruturalmente as famílias foram descritas pelos enfermeiros como compostas por diversas configurações familiares, e que essa formação advém da necessidade dos indivíduos se agruparem em busca de suporte para sobreviver. Relatam que várias famílias são monoparentais femininas, que permaneceram nas residências de seus genitores, pelas dificuldades financeiras de manterem-se sozinhas. Outras características marcantes são as famílias formadas por avós que ficaram com os netos sob sua responsabilidade e famílias muito extensas, em que em um mesmo domicílio moram em torno de 10 a 15 pessoas, com graus de parentesco variados entre os seus membros.

[...] Geralmente são famílias de baixa renda, baixo nível econômico, baixo nível de escolaridade, formadas por mães solteiras, ou então é um aposentado que sustenta a casa, mas fora isso a gente não vê famílias mesmo, aqueles núcleos familiares formados por pai, mãe e filhos, tudo

bonitinho, todo mundo na escola, não é muito comum encontrar dentro da área (E6).

Das cerca de 57 milhões de unidades domésticas recenseadas em 2010 no Brasil, 6,9 milhões eram unidades unipessoais, ou seja, pessoas que viviam sozinhas (12,1%), quase 50 milhões eram ocupadas por duas ou mais pessoas com parentesco (87,2%), com diferentes configurações, totalizando 54,3 milhões de famílias. Cerca de 400 mil unidades domésticas não contavam com pessoas aparentadas entre si (0,7%) uma comparação no período intercensitário 2000/2010 houve um crescimento expressivo da proporção de unidades unipessoais em detrimento da redução da proporção de unidades com duas ou mais pessoas com parentesco, e também do aumento do percentual daquelas formadas por pessoas sem parentesco (IBGE, 2010).

As configurações de famílias podem ser do tipo nuclear, que consiste nos pais e em seus filhos dependentes, na família extensiva, que envolve a família nuclear e outras pessoas com laços sanguíneos (avós, tios, tias e primos), família monoparental, ou de pai/mãe solteiros, que resulta da perda de um dos cônjuges, por morte, divórcio, separação ou abandono, esta tende a ser vulnerável econômica e socialmente, a família binuclear, constituída após o divórcio, cujo filho é membro da família nuclear de ambos, o pai e a mãe, a família reconstituída ou mista, combinada ou casada novamente, inclui padrastos, madrastas e enteados, a família homossexual, em que os filhos podem ser de uniões heterossexuais anteriores, concebidos por um dos membros de um casal homoafetivo por inseminação ou adoção (WILLIAMS, 2002).

Estes fatores, apresentados pelos enfermeiros, associados às condições socioeconômicas potencializam uma situação de vulnerabilidade social destas famílias, comprometendo a saúde de seus membros. Vários são os relatos de violência intrafamiliar, incentivados pelo uso abusivo de drogas e interesses econômicos no seio familiar, bem como doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sequelas de AVC, deficiências físicas e presença de transtornos mentais. Esta realidade é a que normalmente é indicada para um acompanhamento mais próximo pelos enfermeiros, porém relatam que o tráfico de drogas em suas áreas de abrangência dificulta o acesso às famílias que necessitam desse cuidado, conforme relato abaixo:

[...] tem casas que a gente não consegue entrar porque é uma área de risco para tráfico de drogas, então tem mansões de traficantes que a gente não tem acesso à área (E1).

[...] temos uma deficiente visual que passou por uma situação muito difícil de ter sido trancada em casa com duas crianças menores e um adolescente, ela passava o final de semana todo trancada em casa, porque a filha era usuária de drogas, trancava ela, levava o cartão da conta, tirava o dinheiro todo, fumava o dinheiro todo e eles ficavam passando necessidade em casa (E1).

5.2 CARACTERIZANDO O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os enfermeiros referem que seus atendimentos são direcionados aos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, com atenção aos grupos/ciclos de vida ou por agravos, a criança, a mulher, o homem, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, a hanseníase e a tuberculose. E esta divisão por programas/agravos determina o agendamento semanal das consultas de Enfermagem, bem como o atendimento à livre demanda ou por encaminhamento do ACS, que faz a indicação dos atendimentos conforme sua avaliação sobre as necessidades da população.

[...] Dentro das famílias cadastradas a gente trabalha com atendimentos semanais divididos em tipos de atendimentos de semana, pré-natal, Hiperdia, criança (E5).

[...] As famílias são atendidas de acordo com a demanda, com as queixas delas e através de agendamentos feitos pelos agentes comunitários de saúde, eles avaliam a necessidade do indivíduo, da família, e elas vem até a unidade, no momento está sendo assim, elas vem até a unidade através de atendimento individual, por demanda organizada através dos agentes comunitários de saúde (E4).

Segundo Miotto (2010) na operacionalização dos serviços atenção básica à saúde, baseado em programas, muitas vezes o indivíduo é reduzido às suas partes anatômicas, o órgão que necessita de cuidado, ou fragmentado conforme suas necessidades, como no caso da criança, mulher, idoso, direcionando assim os programas e serviços a essa lógica segmentada.

Em algumas unidades o agendamento por programas/agravos não é efetivo, a agenda semanal é aberta às demandas espontâneas advindas da comunidade, e em alguns casos são atendimentos de usuários fora das áreas de abrangência da equipe de saúde da família, pois a cobertura populacional da ESF é referida pelos enfermeiros como baixa para a população da cidade de São Luís, e isto prejudica o reconhecimento pelos enfermeiros dos problemas existentes em sua área de abrangência.

[...] Hoje por exemplo, eu atendi pessoas do município vizinho, atendi pessoas do interior, porque na nossa produção diária, você tem que perguntar se é cadastrado na equipe, se não é cadastrado na equipe, eu atendi 12 pessoas hoje, as 12 eram de fora da nossa área de abrangência (E2).

[...] Para o cuidado das famílias temos uma dificuldade aqui, pois não trabalhamos somente com área adscrita, não conseguimos ainda isso, por algumas razões e uma delas, por exemplo, é a cobertura da estratégia aqui em São Luís que é muito pequena e a gente termina trabalhando com grande número de pessoas fora das famílias cadastradas (E5).

O Ministério da Saúde preconiza na PNAB (BRASIL, 2012) que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Essa recomendação deve levar em conta o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Na realidade pesquisada, observou-se uma variedade no número de famílias cadastradas por equipe, esse número variou entre 550 a 1.600 famílias, com média de 868 famílias por enfermeiro. Para efeito de cálculo aproximado do número pessoas por família, a média seria de 3.462 pessoas por equipe, considerando que cada família possui em torno de 4 membros. Apesar de estar na média preconizada pelo MS, a vulnerabilidade das famílias também é fator decisivo nesse quantitativo.

Em todas as unidades pesquisadas as famílias possuem prontuário familiar, no qual a capa utilizada para o mesmo é uma cópia da Ficha de Cadastro das Famílias, ou seja, a Ficha "A", do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Esta ficha possui informações dos membros da família, seus agravos/patologias, as características de suas moradias e saneamento básico. Estas informações, para os enfermeiros, são referidas como limitadas, pois não refletem as mudanças dos integrantes daquela família, bem como de outras informações que melhorariam uma abordagem familiar. Além de informarem que os registros do cadastro familiar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, não é confirmado pelo enfermeiro.

O Ministério da Saúde implantou em 2013 o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), com o objetivo de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, na busca de melhoria das informações produzidas pelas equipes desse nível de atenção. Destaca-se entre as fichas implementadas, a Ficha de Cadastro Domiciliar, que irá mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2013). Porém essas fichas e o novo sistema ainda não haviam sido implantados nas unidades dos enfermeiros pesquisados.

Internamente, no prontuário, todos os membros da família que já foram atendidos pela Equipe de Saúde da Família tem uma Ficha Geral, onde são anotadas as consultas já realizadas.

Os enfermeiros relatam que os usuários não aceitam abordagens muito demoradas, pois relatam que os familiares/usuários quando são questionados sobre as relações intrafamiliares ou sobre outros aspectos que fogem ao motivo que os levou ao atendimento, por algumas vezes não respondem ou mostram impaciência com a abordagem, procuram o atendimento na UBS para tratar de problemas pontuais, direcionado a alguma queixa específica, gerando insatisfação se não conseguem resolver seus

problemas, e essa demanda dos usuários direciona o atendimento do profissional para a resolução daquele problema específico, diminuindo o campo de atuação do enfermeiro.

[...] a gente já consegue em algumas famílias chamar todo mundo para resolver um determinado problema com a ajuda das famílias, com a ajuda de cada membro da família, mas tem família que não aceita isso, diz: não vocês estão conversando demais eu quero resolver é esse problema bem aqui (E1).

Na proposta da ESF, a visita domiciliar deve se articular com os desafios presentes, tendo as famílias como unidade central de atenção. As VDs se destacam como intervenção capaz de promover ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar por permitir uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e dinâmica das famílias (CRUZ; BOURGET, 2010).

A visita domiciliar é vista como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Porém todos os enfermeiros entrevistados relataram que, há pelo menos dois anos não realizam Visita Domiciliar – VD, como rotina do serviço, e justificam pela ausência de transporte da Secretaria Municipal de Saúde. Além da falta do transporte referem que as situações de vulnerabilidades as quais as famílias estão expostas impedem que a equipe possa adentrar em algumas comunidades em seus carros particulares. Salvo em alguns casos demandados pela justiça por meio das Promotorias ou dos Conselhos Tutelares, para identificar famílias e usuários vivendo em condições insalubres ou que são vítimas de violência intrafamiliar, para isso é disponibilizado um carro da prefeitura.

[...] Há mais de dois anos que a gente não tem carro para a visita domiciliar, então a gente não vai [...] eu não posso ir no meu carro pra fazer visita domiciliar, eu acho que não é justo dar condições que a gente não tem condições e ainda assim tem o medo também porque é uma área de risco, não tem segurança, então é complicado, eu me sinto completamente desmotivada com medo de fazer e triste pelo fato de não estar fazendo as visitas (E4).

Como parte integrante de seu processo de trabalho, os enfermeiros acreditam que as atividades educativas favorecem o reconhecimento do ambiente das famílias, oportunizando conhecer a realidade social das comunidades. Reforçam também que, as atividades realizadas nas comunidades os aproximam das famílias e servem para além de sua proposta educativa, receber demandas advindas das famílias.

O termo acolhimento foi referido pelos enfermeiros em suas falas, como importante e fundamental para o início do processo de cuidado para as famílias, que sentem a falta da resolução dos problemas de seus usuários, sentindo suas limitações para cuidar

das famílias sob sua responsabilidade. Porém ao ser focado, foi dito que a Atenção Básica está hoje limitada ao acolhimento, e que acolher não é suficiente para resolver os problemas das famílias.

[...] Dificuldades hoje, eu enfrento muitas, basicamente a gente da atenção básica está vivendo só de acolhimento, e a gente sabe que acolhimento é importantíssimo, é peça fundamental para o início do cuidado, mas só acolher eu não vou conseguir sanar todos os problemas que os usuários estão me trazendo (E8).

Com esta fala percebe-se que o enfermeiro não compreende a complexidade do Acolhimento como um dos princípios organizativos da ESF, em todas as suas dimensões. Pois trata-se um atributo longitudinal no cuidado às famílias, exigindo a criação e manutenção do vínculo, da responsabilização e da resolutividade.

Apesar de existirem diversas definições para acolhimento, isto revela os múltiplos sentidos e significados que podem ser atribuídos ao termo. Em termos genéricos pode-se dizer que acolhimento é uma prática constitutiva das relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde (2013, p. 21) reforça que o acolhimento possui três dimensões:

Acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso: como forma de inclusão dos usuários, independente de seus agravos ou de seu ciclo de vida. A ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

Acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado: marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras.

Acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe: exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. [...] É fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Nesse sentido a PNAB refere que, o acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que deve ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, assumindo a função central de oferecer uma resposta positiva,

capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos, e se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

O Agente Comunitário de Saúde – ACS faz parte da equipe na Estratégia Saúde da Família e foi considerado pelos enfermeiros como um membro importante para efetivação do cuidado familiar, tendo em vista que é o elo entre as famílias e a equipe. Exerce seu papel de acordo com as prerrogativas da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), que define seu trabalho em realizar as visitas domiciliares para as famílias de sua microárea, e nestas fazer a observação das necessidades dos indivíduos e de suas famílias, realizando a partir dessa identificação, os encaminhamentos necessários para atendimento nas unidades básicas de saúde.

Os ACS são os responsáveis pelo agendamento das consultas a partir da identificação dos casos prioritários, são também considerados pelos enfermeiros, peça fundamental na identificação das dinâmicas familiares, pois possuem as informações sobre as relações de conflito que permeiam as famílias, pois fazem parte da comunidade, são moradores da área, conforme preconizado pelo MS.

Desenvolvem um trabalho de apoio às famílias, pois ao perceberem os problemas da comunidade, repassam essas informações à equipe da unidade de saúde.

[...] O agente de saúde traz a informação pra gente, ele fala quem são os membros, como é que eles vivem, com o quê eles trabalham. [...] porque quando a gente vai visitar, eles (os membros da família) acabam mascarando a situação, pode ser uma família que vive em guerra, mas quando a gente vai visitar parece uma família em paz, mas o agente de saúde como ele está passando ali pela rua todo dia, é ele quem traz a informação. A minha fonte de informação, meu investigador é o agente comunitário de saúde (E8).

[...] eu utilizo o diálogo com o agente de saúde, porque é quem está diretamente na residência, no local de moradia desses pacientes [...] Geralmente quando a gente tem uma família “problemática” o próprio agente de saúde quando marca a consulta já avisa: “enfermeira eu marquei uma consulta para uma gestante que a mãe está querendo que ela aborte, ela vai vir conversar com a senhora hoje a tarde” (E7).

Dessa forma, o papel do ACS se torna fundamental para a equipe, pois amplia as informações acerca das relações familiares, e direciona para a unidade de saúde ou indica a necessidade de visita domiciliar para os casos prioritários. A partir dessas informações os enfermeiros podem realizar uma abordagem familiar direcionada ao contexto do problema ou das relações familiares que necessitam de intervenção.

Segundo Sarti (2010) a abordagem familiar serve para aproximar os profissionais do contexto social dos usuários, pensado como a ‘comunidade’. O instrumento para essa

aproximação são as VDs, centrais neste modelo de atenção, que têm, assim, no ACS a figura principal da dinâmica pretendida.

O momento da VD, segundo os enfermeiros, oportuniza um olhar para o usuário que está doente e que tem uma família, nesse sentido eles reforçam a importância da família na prestação do cuidado em domicílio, como garantia da continuidade do cuidado prescrito e orientado ao familiar.

[...] O mais perto que a gente chega da família é durante a visita domiciliar, é quando podemos cuidar do paciente e orientar a família a continuar com aquelas orientações que repassamos (E4).

Entre os enfermeiros entrevistados, vários relataram o cuidado de familiares aos seus integrantes, bem como a falta de cuidados. Geralmente é a figura feminina quem assume esse papel nas famílias, deixando por algumas vezes suas atividades laborais em função do parente que se encontra doente.

Os cuidados prestados pelos familiares aos membros que necessitam de atenção são denominados de cuidados informais, sendo a família a principal arena de cuidados à saúde, e onde muitos casos de má saúde são reconhecidos e então tratados. Estima-se que de 70 a 90% dos cuidados de saúde aconteçam na família, entre pessoas ligadas por graus de parentesco e que compartilham informações semelhantes de saúde e de doença (HELLMAN, 2009).

Mesmo em famílias numerosas, alguns integrantes não assumem nenhum papel nesse cuidado, sobrecarregando principalmente aquele familiar, que teoricamente tem mais disponibilidade para o cuidado.

[...] anteriormente essa senhora tinha uma renda, porque no lado da casa dela tinha um quartinho que era um salão, só que ela teve que abandonar todo o trabalho dela para poder tomar de conta da mãe e do filho, então acabou ficando só com a renda da mãe, os outros familiares que não moram com ela, que não prestam cuidado se achavam no direito de ficar com parte da renda da senhora e ela acabava ficando com o mínimo (E1).

[...] O agente de saúde veio trazer uma situação de um idoso que estava vivendo, em condições precárias, vivia sujo, era cadeirante [...] a gente foi lá e dessa vez eu tive a oportunidade de ir com a médica e ele estava realmente muito sujo e tinha aposentadoria, conversamos com a família que aquela situação não era boa, e que a gente já tinha sido procurado e que caso não mudasse a gente ia ter que acionar o órgão competente, ela alegou que não tinha tempo [...] com a situação, a outra filha assumiu a responsabilidade, então ele passou a viver em uma situação mais confortável (E8).

Os enfermeiros relatam que o cuidado da família ao seu membro é importante, pois de certa forma garante o desenvolvimento da assistência que foi planejada.

Quando a família vivencia um problema de saúde, muitas vezes sente-se confusa e impotente para prestar esse cuidado, principalmente quando a doença envolve novos conhecimentos ou técnicas específicas, então neste momento é necessário a orientação e o apoio da equipe para o enfrentamento do problema (LOPES; MARCON, 2012).

Segundo Oliveira e Marcon (2007), um dos benefícios de se trabalhar com famílias está na maior facilidade de acesso e aceitação das orientações realizadas, beneficiando assim, a prática profissional, pois a intimidade, a confiança e o vínculo estabelecido com as famílias favorecem a qualidade da assistência, resultando em maior gratificação pessoal e profissional.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a aproximação da equipe com a família, na intenção de garantir um cuidado eficaz, poderá fazer com que seus membros vejam nos profissionais da ESF uma importante alternativa para resolução dos seus problemas ao longo do tempo, estabelecendo um vínculo e a possibilidade da coordenação de cuidados.

A coordenação de cuidados, reportada pelos enfermeiros, refere-se a possibilidade de ter um acompanhamento eficaz e eficiente das famílias, sendo este longitudinal e presente em todos os momentos que a família necessitar.

A coordenação de cuidados, o quarto componente da atenção primária, é essencial para a obtenção de outros atributos dessa atenção, como a longitudinalidade, a integralidade e o primeiro contato. Coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum, esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

[...] Eu não tenho a coordenação de cuidados das minhas famílias cadastradas e sei que para cuidar delas eu precisaria coordenar o cuidado das pessoas da família (E2).

Pode se perceber que os enfermeiros reconhecem esses atributos na atenção à saúde de suas famílias, na tentativa de manter o vínculo com seus usuários através do tempo e da necessidade de resolução dos problemas durante os anos.

Os enfermeiros aos serem questionados sobre as dificuldades para a concretização do cuidado às famílias reportaram-se principalmente às questões estruturais como as que mais impedem o cuidado às famílias. Principalmente a não realização das VDs. Porém não foi a única razão apresentada.

Muitos enfermeiros relatam que neste momento, a SEMUS não vem dando o devido apoio e importância às questões de cuidado na ESF, por vários motivos. Referem que atualmente a gestão das UBS não está preparada para o gerenciamento do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, pois não possuem o perfil adequado para gerirem a ESF, isso faz com que se sintam desmotivados, confirmam que para ocupar esse cargo é necessária a compreensão metodológica e instrumental sobre ESF.

[...] Como dificuldades eu posso elencar a estrutura física da unidade que para fazer uma abordagem familiar você tem que ter os instrumentos adequados que a gente não tem, nunca foi e nunca vi a secretaria de saúde disponibilizar nenhum instrumento que trabalhasse família (E2).

[...] As dificuldades são os recursos materiais e até humanos. Porque a gente precisa de uma estrutura e da flexibilidade que infelizmente algumas gestões têm outras não. E a nossa atual não tem flexibilidade. É consulta, consulta, consulta dentro das 4 paredes. Isso é uma insatisfação minha e de outros enfermeiros que trabalham aqui, de gestores que vem para gestão de saúde da família sem ter a experiência e querem colocar barreiras (E3).

Queixam-se da falta de apoio da SEMUS, quanto às VDs, a falta de pactuação das mesmas para o município de São Luís, bem como a falta de transporte para a realização das mesmas.

A falta de materiais e medicamentos necessários para a garantia de uma assistência de qualidade à população, a inflexibilidade dos atuais gestores, que têm uma preocupação exacerbada em relação a produtividade das equipes.

[...] aqui no município a realidade hoje é de não ter remédio pra hipertensos e diabéticos, então a gente está em uma situação que nunca vivenciou antes (E2).

[...] A gente se sente de mãos atadas, por exemplo, vamos numa visita, encontramos o usuário acamado, às vezes precisando de um curativo em casa, precisando que o remédio chegue até ele através de nossas mãos e nós não temos esses recursos, curativo, material, os medicamentos têm faltado demais, então isso nos frustra porque a gente vai levar uma orientação, um cuidado, mas o que eles precisam mesmo, infelizmente não temos (E3).

Incluem ainda que, a estrutura das unidades de saúde não favorece a realização de uma abordagem mais ampla para as famílias, alguns relatam que evitam a realização de atividades educativas na unidade por falta de um espaço adequado, usando para isso as suas salas de atendimento, conforme relato de um enfermeiro:

[...] fiz a palestra com os homens no hall da unidade, que era o local que poderia reunir com aquele quantitativo, porque não tem um auditório específico, o local (hall) era muito quente, aberto, muito barulho de carro de som fora da unidade [...] hoje em alguns casos eu adoto uma outra postura, na minha sala eu consigo reunir até dez pessoas, apertado, mas eu consigo (E7).

No enfoque sobre os sentimentos experienciados pelos enfermeiros, relatam sentirem-se gratificados ao perceberem o reconhecimento do seu trabalho pelas famílias, ao observar que na ausência por motivo de férias, ou outros momentos eventuais, os seus usuários aguardam seu retorno. As mães que foram atendidas durante o pré-natal com os enfermeiros retornam para dar continuidade ao acompanhamento com seus filhos, fortalecendo e vislumbrando assim o vínculo de responsabilização com essas famílias.

[...] eu fico feliz com a confiança que as famílias depositam na gente [...] eu estava de férias mês passado quando retornei uma gestante que faz tratamento para hanseníase, descobriu que estava grávida e me esperou para começar o pré-natal [...] então isso é gratificante. [...] também as mães que fazem pré-natal, depois que o filho nasce, ela vem pra ficar acompanhando todo o crescimento e desenvolvimento, e elas tem aquela confiança de todo mês virem aqui e pedem para marcar no cartãozinho, então isso tudo é gratificante (E6).

Porém relatam sentimentos negativos, como frustração, desmotivação e tristeza ao citarem que entre suas atividades a VD não estar sendo feita, a falta de valorização profissional por parte da gestão, a própria dificuldade para o atendimento das demandas advindas da família e a falta de adesão da comunidade às atividades propostas pela equipe de Saúde da Família.

[...] a gente se sente até desmotivado também por causa da comunidade que não vem até a gente, não saem de casa, já tentamos formar alguns grupos, mas eles não vem [...] eu acho que a gente precisa sair daqui e ir tentar fazer o que realmente a estratégia diz [...] mas a gente precisa dessas condições de trabalho, como segurança, instrumentos, para podermos lutar junto com a equipe (E4).

Os sentimentos de frustração naturalmente surgem, quando criam-se expectativas que não são satisfeitas, como o fato de não haver recursos, materiais, medicamentos, que possam garantir o atendimento às famílias.

5.3 CUIDANDO DA FAMÍLIA

Ao serem perguntados sobre o cuidado prestado às famílias, relatam que o cuidado prestado às mesmas é realizado mediante o problema que é apresentado por elas e/ou indicado pelos ACS. O objetivo desse cuidado é diminuir o problema ou amenizar o sofrimento apresentado. Nesses casos utilizam-se, principalmente, da Visita Domiciliar, que em suas falas é o melhor momento de se aproximar das famílias, criando um vínculo de responsabilização. Definem que nesse momento conseguem abordar a família, através da

conversa e perceber a estrutura e as dinâmicas familiares. Porém a rotina na unidade e a falta de transporte dificultam a realização dessas visitas.

Para o cuidado às famílias, os enfermeiros se utilizam de reuniões em equipe, principalmente com o médico e os Agentes Comunitários de Saúde para discutir os casos das famílias que precisam de atendimento, e principalmente caracterizam em suas falas, que esse atendimento é feito, principalmente, através da ferramenta da Visita Domiciliar.

Entre as necessidades apresentadas pelas famílias, os enfermeiros relatam como mais recorrentes, a violência intrafamiliar, a negligência aos cuidados de seus integrantes, o uso abusivo de drogas, a falta de alimentos para os membros das famílias e a falta de recursos financeiros para a sobrevivência das mesmas.

Em suas falas revelam que cuidam das famílias através da realização de procedimentos em domicílio, como a realização de curativos, imunização em campanhas nacionais, quando neste caso se deslocam até os domicílios dos idosos para garantir a aplicação da vacina contra Influenza, mediante a necessidade do atingimento das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Em outros casos, providenciam uma rede apoio para as famílias, como a igreja, para que a família consiga participar dos projetos de doação de cestas básicas, que são destinadas às famílias carentes, a promotoria, com os encaminhamentos aos órgãos jurídicos para que deem suporte às famílias, o conselho tutelar, a própria SEMUS, no fornecimento de alimentação especial, os Centro de Referência em Assistência Social – CRAS.

[...] Entramos também com um pedido na Secretaria Municipal de Saúde para que ela recebesse a alimentação da mãe dela pela Secretaria, agora ela já recebe, vêm os frascos em que ela coloca a alimentação (E1).

[...] A gente tem uma parceria, por exemplo com o CRAS, então algumas situações que a gente precisa encaminha para o CRAS e vice e versa, então as parcerias são interessantes também (E5).

Os enfermeiros também acreditam que ultrapassam seu cuidado, quando relatam que por alguns momentos ajudaram financeiramente às famílias que precisavam de algum auxílio, como aquisição de material para curativo, auxílio em dinheiro para gestante com necessidade alimentar. Esse suporte financeiro às famílias é visto pelos enfermeiros com certa cautela, pois relatam que não querem criar a dependência das famílias, mas que sabem que algumas atitudes precisam ser tomadas para que a família possa sair daquela situação, e que se sentem de certa forma, responsáveis em ajudá-las.

[...] situações que a gente acompanhou uma gestante, fez o pré-natal, e sabíamos das condições mesmo muito carente dela e a criança nasceu com baixo peso e também até chegamos a ajudar financeiramente até com uma certa cautela, porque de repente isso pode gerar uma outra situação de outros também quererem isso, pois a gente chegou a ter percebido que a

situação era realmente muito crítica e chegamos a fazer, porém não é padrão, mas é uma situação que tentamos ajudar (E5).

A atuação do enfermeiro deve ser de natureza ética, legal e política, defendendo famílias que podem estar em uma condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas, interferindo em ações de assistência que beneficiem a família e a sociedade como um todo (ANGELO; BOUSSO, 2001).

[...] então eu disse para a filha ir até a justiça, até o promotor contar a situação, dizer que ela estava sendo coagida pelos outros familiares a entregar parte do pouco do dinheiro que a idosa recebia para alimentação, porque estavam passando fome, e assim ela fez, foi ao promotor, entrou com um processo, acabou recebendo o respaldo do promotor. E hoje em dia ela recebe o dinheiro da mãe todo só para as despesas da casa (E1).

Referem ainda que o tempo de vínculo com a unidade de saúde favorece o vínculo com as famílias, conhecem seus integrantes, alguns problemas de saúde e podem assim adentrar em algumas questões de ordem familiar.

Quando perguntados sobre a metodologia utilizada para investigar a estrutura e as relações familiares, referem que não fazem uso de nenhum instrumento, que já tiveram contato teórico com o Genograma, o FIRO, o PRACTICE e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, mas que os mesmos não fazem parte de sua rotina no trabalho com famílias. Reforçam que o único instrumento que apresenta informações gerais da família e que é utilizado nos atendimentos é a Ficha de Cadastro Familiar, que muitas vezes foi referida como ficha do ACS e não da família.

[...] A investigação das relações e dinâmicas na família é muito intuitivo, não tem nada padronizado, a gente vê que está surgindo um problema, então a gente vai lá e conversa, para buscar informações para ver o que a gente pode intervir, mas não que tenha algum protocolo ou algum fluxograma estabelecido, não tem nada disso. (E1).

[...] Eu já tive contato com o genograma, o FIRO, o PRACTICE, que hoje estão sendo utilizados, só que aqui a gente não tem, pelo ministério, pela secretaria nenhum desses instrumentos. Nenhum desses instrumentos é utilizado (E2).

[...] A investigação da estrutura da família só é feita através das entrevistas do cadastro. Que é feito pelos agentes de saúde, a ficha A onde toma os dados pessoais [...], se há patologias dentro daquele lar [...] através do cadastro, da ficha A do agente comunitário de saúde (E3).

[...] Não usamos nenhum instrumento para avaliação da família, a ficha técnica da família, Ficha A, é padrão e na verdade só tem alguns dados, ela é muito limitada e não avalia a família (E5).

Porém percebe-se que existe entre os enfermeiros, pelas suas falas, uma certa acomodação na busca por instrumentos que possam melhorar o seu fazer profissional, acessar os materiais que o Ministério da Saúde disponibiliza para o trabalho na ESF, como

o Manual da Atenção Domiciliar e o Melhor em Casa, que discutem sobre o uso de diversas ferramentas para abordagem familiar.

Segundo Moimaz et al (2011) na atenção à saúde das famílias, a observação e o histórico familiar são importantes estratégias para se obter informações para o planejamento das ações em saúde. Destacam-se entre alguns instrumentos o APGAR da família, o genograma e o ecomapa como valiosos instrumentos para compreensão dos processos familiares e das relações da família com a comunidade, servindo de base para intervenções em saúde pública.

Para os enfermeiros entrevistados a ausência desses instrumentos é vista como uma falta de organização metodológica advinda da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, que em suas falas, deveria ser a responsável por incluir as ferramentas de abordagem familiar na rotina do serviço, e instruir os enfermeiros e equipes da ESF para adoção desses instrumentos no cuidado às famílias.

[...] eu falo em relação a uma capacitação para essa abordagem familiar, pra trabalhar com esses instrumentos, para estar realmente trabalhando a família, já que é estratégia de saúde da família, então a gente tinha que sair desse individual aqui e ir trabalhar com a família mesmo de fato (E4).

As informações que esses instrumentos geram, possibilitam uma abordagem planejada para a concretização do cuidado às famílias.

Referem que as investigações são feitas através de conversas, da sensibilidade e intuição pessoais, durante os atendimentos na unidade, nas consultas de Enfermagem, e durante as visitas domiciliares, principalmente quando os enfermeiros percebem algum indício de conflito familiar. Tentam na medida do possível também, construir uma investigação abordando separadamente cada membro da família, na tentativa de captar informações sobre as dinâmicas familiares.

Relatam ainda que os ACS, e por algumas vezes os vizinhos, são os que possuem as informações sobre a estrutura e dinâmica familiar, sendo considerados peças fundamentais para determinar os problemas familiares.

As consultas de Enfermagem foram referidas como uma ferramenta importante para a investigação dos antecedentes pessoais e familiares, para identificação dos portadores de doenças/agravos de saúde, porém confirmam que a consulta é fragmentada e superficial e não garante que os membros da família sejam conhecidos ou abordados nos atendimentos. Os atendimentos em que relatam poder abordar algum outro membro da família são nas consultas de pré-natal e puerpério, ou então na avaliação de Crescimento e Desenvolvimento das crianças, no acompanhamento do Programa Bolsa Família, em que é solicitada a participação do companheiro da gestante, ou a presença dos irmãos.

Mas em suas falas referem que estes outros membros, quando comparecem não são abordados quanto ao seu estado de saúde, suas necessidades, seu cuidado, permanecendo, portanto, o atendimento direcionado ao usuário que buscou o serviço de saúde.

O atendimento às famílias, sempre se dá em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, raramente olhamos a família como um grupo de pessoas que necessita de uma intervenção, seja por dificuldades de relacionamento surgidos, ou em função da doença, ou por simplesmente estarem sofrendo com o surgimento da doença em um de seus integrantes (BOUSSO; ANGELO, 2001).

Observa-se então, conforme Ribeiro (2004) que existem várias abordagens para o cuidar das famílias e neste caso, a prática destes enfermeiros é direcionada à Família/indivíduo.

Porém um dado é importante, os enfermeiros assumem que possuem limitações para concretizar o cuidado às famílias, relatam que sentem-se despreparados para lidar com famílias, com conflitos familiares, com abordagens que ultrapassem o indivíduo, a doença, a queixa que motiva a consulta, com o uso de ferramentas e estratégias que abordem realmente a família em seus atendimentos.

[...] Acho que a gente está mais ligada a sintomatologia daquele usuário, de repente a problemática dela, a doença, e assim poder resolver o problema em família, mas a questão de investigar a família, não (E4).

Refletem sobre as reais razões que podem estar interferindo para que esse cuidado aconteça, listam entre algumas, a fragilidade dos conteúdos abordados nos cursos de pós-graduação lato sensu, na falta de sensibilidade e preparo dos gestores para a realização do cuidado às famílias no que preconiza a Estratégia Saúde da Família, na ausência do transporte para a realização das visitas domiciliares, pois não há pactuação para realização dessa visita no município, a falta de momentos de discussão sobre a família entre profissionais e gestores da ESF, a falta de insumos e medicamentos nas unidades,

[...] Da especialização em Saúde da Família, eu esperava mais, pra ser uma especialista em saúde da família eu esperava mais da minha especialização, pra gente poder saber abordar justamente a família. E não sinto-me segura para isso (E4).

Relatam ainda que, as famílias não aceitam o compartilhamento de responsabilidades no cuidado de seus membros, estas precisariam estar abertas às abordagens com enfoque na família. Muitas famílias não aceitam as visitas domiciliares ou os questionamentos a respeito de seus integrantes, outros membros familiares não participam das consultas.

[...] Nós até tentamos contato com outros membros da família, mas eles são irredutíveis, além deles não prestarem nenhuma assistência para elas, eles só iam lá quando eles sabiam que o dinheiro estava saindo, então nós não tivemos contato porque eles eram extremamente resistentes (E1).

É necessário enfatizar que os enfermeiros percebem que a família deveria ser o cenário de cuidado na ESF e que ao focar sua abordagem na família, precisa rever seus conceitos para conseguir entender e atuar, conforme relato abaixo:

[...] Eu aprendi com o tempo, por exemplo, que algumas coisas eu posso até pessoalmente ter uma opinião contrária, não concordar com aquilo, mas, nesse atendimento da família eu tenho que tentar deixar isso um pouco de lado e tentar entender o contexto daquela família, entender porque aquilo é daquele jeito, às vezes tem razões de ser (E5).

Segundo Miotto (2004) pode-se dizer que os processos de análise e intervenção no grupo familiar tem se limitado basicamente a dois níveis: um, em que a família é tomada como auxiliar de processos diagnósticos e de tratamento de problemas individuais, e outro em que a família é tomada também como um problema e transformada em objeto terapêutico.

A concepção profissional que adota a família como co-participante do cuidado, assegurando sua participação na definição e no planejamento da assistência, passa a instrumentalizá-la para que a mesma encontre suas fortalezas e possa assim alcançar seus objetivos de cuidar e progredir em suas fases e ciclos de vida. Isso envolve informar, discutir, compartilhar e negociar com a família os aspectos diagnosticados que interferem em seu bem-estar, propondo ações e estratégias para reverter, quando possível a situação encontrada (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

O que observou-se neste tema foi que os enfermeiros cuidam com dualidade, pois ao momento que relatam estarem aptos e atendendo as famílias, observou-se por outro lado, que o cuidado direcionado às famílias apresenta fragilidades.

6 CONCLUSÃO

Esta investigação buscou compreender o cuidado formal às famílias praticado pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em São Luis/MA, e a partir deste objeto descobrir quais são as estratégias, metodologias utilizadas ou as dificuldades apresentadas pelos enfermeiros para cuidar das famílias.

Os enfermeiros deixam evidenciado que compreendem que a abordagem às famílias configura-se como o eixo central da Estratégia Saúde da Família, percebem que a família possui suas formas de se autocuidar, e que em muitos momentos o saber profissional deve servir de apoio às famílias que estão cadastradas em suas equipes.

Visualizam a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, como elo entre a família e a Unidade Básica de Saúde, e creditam a eles a possibilidade de, conhecendo as famílias, fazerem a investigação das relações familiares que possam intervir em um cuidado mais efetivo para os seus membros.

A realidade apresentada sobre as famílias, no que se refere às suas estruturas, seu contexto social, os relacionamentos internos, a prestação de cuidado informal aos seus integrantes, a rede de apoio existente, exigem dos enfermeiros um enfoque direcionado aos aspectos culturais, biológicos e sociais das famílias, para a utilização de instrumentos de abordagem familiar, que servirão de base para o planejamento das ações direcionadas às famílias.

Porém evidenciou-se que não utilizam ferramentas, como os instrumentos de avaliação e intervenção das famílias, para realização de um cuidado mais sistematizado junto às mesmas, e que deveria ser investido, através da Secretaria Municipal de Saúde, em uma capacitação para o manejo dessas ferramentas e para o planejamento de ações que realmente envolvam a família em seu cuidado.

Desta forma, acredita-se que para o sucesso das ações desenvolvidas pelos enfermeiros e demais membros da equipe de Saúde da Família, há que se investir em uma qualificação ampla a respeito inicialmente do que é família, que família é essa que é foco do cuidado nas ações programáticas do Ministério da Saúde, e das formas de avaliação e intervenção que existem para o trabalho com famílias.

Embora os enfermeiros participantes dos estudos não trabalhem diretamente com famílias, de uma forma sistematizada ou com ferramentas, existe um cuidado que foi apresentado por eles, pois verificou-se que há uma preocupação com a realidade das famílias, com as necessidades financeiras, com as vulnerabilidades, com o risco social que

muitas enfrentam no seu cotidiano, e estas situações são mobilizadoras de um cuidado que ultrapassa a unidade de saúde e o processo de trabalho dos enfermeiros.

Revelou-se assim, que a prática dos enfermeiros com famílias na Estratégia Saúde da Família em São Luis/MA, tem um longo caminho a percorrer, juntamente com os órgãos competentes por instituir uma prática que contemple o cuidado familiar, a saúde da família, os instrumentos para trabalhar com famílias, a abordagem direcionada para as famílias e a inclusão da família como unidade de cuidado na ESF.

Com este estudo percebeu-se nas falas dos enfermeiros participantes, que os mesmos iniciaram uma reflexão sobre o seu cotidiano com famílias, na verdade com indivíduos que têm família, percebendo que necessitam ultrapassar o modelo centrado no indivíduo e na doença, para alcançar a família como lócus de atenção em saúde. Sendo assim, acredita-se que a intenção deste estudo foi atingida.

Esta pesquisa teve a pretensão de compreender o cuidado formal que o enfermeiro direciona para as famílias, sendo apenas um recorte a respeito do tema em questão, necessitando de uma investigação mais ampla para aprofundar o conhecimento sobre a temática, devendo outras pesquisas ser realizadas, a partir deste recorte, no intuito de criar meios de capacitação para os enfermeiros conseguirem avançar no cuidado às famílias, conforme preconizado em alguns documentos e pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p: 1103-1112, mai, 2009. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf Acesso em: 28 mai. de 2014.

ANGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szylit. Fundamentos da Assistência à família em saúde. *In: Manual de Enfermagem*. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília, 2001.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 13, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003. Acesso em: 15 dez. 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc. São Paulo**, v. 13, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003. Acesso em: 15 dez. 2013.

BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. Evidenciando o cuidado de Enfermagem como prática social. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 6. 2009.

BARBOSA, M.A.M.; BALIEIRO, M.M.F.G.; PETTENGILL, M.A.M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a22v21n1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a22v21n1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BORGES, Valéria Oliveira; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. Família no Programa de Saúde da Família: uma inquietação em sua abordagem. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 55.

BOUSSO, Regina Szylit; ANGELO, Margareth. A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. *In: Manual de Enfermagem*. Brasília, 2001. p. 18 – 22

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília/DF, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar, vol. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I, 2013.

_____. DAB – Departamento de Atenção Básica – PSF – Saúde da Família – Atenção Primária. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 26 jun. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica**: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BUSTAMANTE- EDQUÉN, Sebastián; SANTOS, Rosângela da Silva. A arte de cuidar em enfermagem familiar. **Fam. Saúde Desenv.** v. 6, n. 1, p. 57-64. 2004.

CALDAS, C.P; VERAS, R.P. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In: TRAD, Leny A.Bonfim. **Família contemporaneidade e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 380p.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizonide Negreiros de. **A família como foco da Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: Acesso em: 20 mar. 2014.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar... a primeira arte da vida**. Portugal: Lusociência, 2003.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo; ALMEIDA, Inez Silva de; SOUZA, Ivis Emilia de Oliveira. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de Enfermagem ao cuidado e cuidador. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 248-254. 2007.

CRUZ, Mariene Mirian; BOURGET, Monique Marie Marthe. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.605-613, 2010. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf
Acesso em: 29 mai. de 2014.

ELSEN, Ingrid; MARCON, Sônia Silvia; SILVA, Mara Regina Santos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem, 2002.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. 215 p.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Organizadoras). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva. Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 3, p: 615-621, 2009.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

HELMAN, Cecil G. Cuidado e Cura: os setores da assistência a saúde. In: HELMAN, Cecil H. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009. p. 79-112.

HESBEEN, Walter. **Qualidade em Enfermagem**: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar. Portugal: Lusociência, 2001.

HONORÉ, Bernard. **Cuidar** – persistir em conjunto na existência. Portugal: Lusociência, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Censo demográfico 2010**: Famílias e domicílios – resultado da amostra. 2010. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=797. Acesso em: 20 mai. 2014.

_____. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2014**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf. Acesso em 05 set. 2014

LIMA-RODRIGUEZ, J.S.; LIMA-SERRANO, M.; JIMÉNEZ-PICÓN, N.; DOMINGUEZ-SÁNCHEZ, I. Validação de conteúdo da escala de auto-percepção do estado da saúde familiar utilizando a técnica Delphi. **Rev. Latino-Am Enfermagem** [Internet]. Mar-abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200595. Acesso em: 06 fev. 2014.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 34, n. 1, p: 85-93. 2012.

MACHADO, Tatiane Carolina Martins; UEJI, Juliana Yuri; PINHEIRO, Juliana Campos da Fonseca; MARIN, Maria José Sanches. Cuidando de uma família de acordo com o Modelo Calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília – SP. **REME – Rev. Min. Enf.** v. 10, n. 1, p: 69-74. 2006. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/387. Acesso em: 27 mai. de 2014.

MAIA, Ana Rosete; VAGHETTI, Helena Heidtmann. O cuidado Humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, Francisca Georgina Macêdo; KOERICH, Magda Santos. **Cuidar-cuidado**: reflexões contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p. 15-33.

MARCON, Sônia Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix; SALES, Catarina Aparecida. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.14, n. spe, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jun. 2014.

MERCÊS, Cláudia Angélica Mainenti Ferreira; ROCHA, Ruth Mylius Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 3, p. 470-475, 2006.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. *In*: TRAD, Leny A. Bomfim. **Família, Contemporaneidade e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 51-66.

_____. Do conhecimento que temos à intervenção que fazemos: uma reflexão sobre a atenção às famílias no âmbito das políticas sociais. *In*: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSÉN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. 168 p.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba Moimaz; FADEL, Cristina Berger; YARID, Sérgio Donha; DINIZ, Diego Garcia. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 965-972, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf. Acesso em: 15 Mar. 2014.

OLIVEIRA, Ramonyer Kayo Morais de; SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Aplicação da teoria humanística de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa da literatura. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.** online 2012. jan./mar. v. 4, n. 1, p. 2695-2704. Disponível em: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3989608.pdf. Acesso em: 20 Mar. 2014.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.1, p. 65-72. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf Acesso em 20 Nov. 2013.

PINTO, Júlia Peres; RIBEIRO, Amália Circéa; PETTENGILL, Myriam Mandetta; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, Fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Dez. 2012.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

ROUDINESCO, Elizabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SANTIN, Silvino. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. Desenvolvido segundo o costume dos filósofos. Mesa redonda/reflexão. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 93 – 110. 1998.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2014.

SCHWARTZ, Eda; LANGE, Celmira; MEINCKE, Sonia Maria K.; HECK, Rita Maria; KANTORSKI, Luciane Prado; GALLO, Claudia Centeno. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de Enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. v. 8 (suplem.), p. 117-124. 2009.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. Pelotas: Ed. Universitária UFPEL, 1997.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Humanização da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família: explorando alguns dilemas para além da política. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Organizadoras). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; LEOPARDI, Maria Tereza; RAMOS, Flávia Souza. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R. Enferm. UFSM**. v.1, n.1, p: 88-96. 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013>. Acesso em: 25 Jan. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas públicas de saúde. **Saúde Deb**. v. 23, n. 53, p. 6-19. 1999.

WAGNER, Hamilton Lima; WAGNER, Angela Beatriz Papaleo; TALBOT, Yves; OLIVEIRA, Eleuza. **Trabalhando com famílias em Saúde da Família**. NATES – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde. p. 10-14. 1999.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEIN, Ingrid. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v. 26, n. 1, p. 147-157, 2004.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado humano**: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da Enfermagem. 6ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

WILLIAMS, Rhea P. A família e a cultura. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

WRIGHT, M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 Av. dos Portugueses s/nº,
 Campus Universitário do Bacanga,
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PPPG
 Prédio do CEB Velho, Bloco C Sala 07
 e-mail: cepufma@ufma.br Telefone: (98) 3272-8708

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mônica Andréa Miranda Aragão, sou Enfermeira, aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, e estou nesse momento lhe convidando a participar de uma pesquisa intitulada **“A FAMÍLIA COMO CENÁRIO DE CUIDADO FORMAL: COMO CUIDAM OS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?”**, que tem como objetivo identificar o cuidado familiar realizado pelos (as) enfermeiros (as) da Estratégia Saúde da Família, no município de São Luís/MA. Trata-se de uma pesquisa para fins de elaboração da Dissertação do Mestrado em Enfermagem.

A sua participação será muito importante neste estudo, pois você sendo enfermeiro (a) da Estratégia Saúde da Família, e estar vinculado à essa equipe há um ano, permitirá compreender como os enfermeiros cuidam das famílias cadastradas sob sua responsabilidade, no intuito de ampliar o conhecimento sobre o tema, e na tentativa de refletirmos sobre esse processo de trabalho tão importante para a efetivação dos princípios que regem a Estratégia Saúde da Família.

Porém a sua participação não é obrigatória, e em qualquer momento você poderá desistir de sua participação, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem prejuízo à sua pessoa ou ao seu trabalho, pois lhe será garantido o sigilo das informações colhidas, e você não será identificado em nenhuma publicação que resultar deste estudo. Não haverá pagamento pela sua participação neste estudo, bem como você não terá nenhuma despesa.

Caso aceite participar desta pesquisa, sua participação envolverá o seguinte procedimento: Uma conversa com a pesquisadora sobre como é o cuidado realizado por você às famílias cadastradas na sua equipe, através de uma entrevista, composta por perguntas previamente

elaboradas. Esta entrevista será gravada pela pesquisadora e realizada em sala privativa na própria unidade de saúde.

Este procedimento não envolverá nenhum risco direto, porém caso sinta algum desconforto em qualquer fase da pesquisa, poderá solicitar auxílio às pesquisadoras através dos endereços e telefones abaixo, ou se recusar a responder qualquer pergunta.

As informações obtidas através desta pesquisa serão tratadas com sigilo e confidencialidade, e os dados divulgados deste estudo não possibilitarão a sua identificação, a qual será codificada através de letras e números, garantindo assim seu anonimato e a sua privacidade. Ao concordar com a gravação da entrevista, os registros da mesma ficarão guardados sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos, após este prazo a gravação será destruída.

Como pesquisadoras nosso compromisso será o de apresentar os resultados da pesquisa para os enfermeiros, que são os sujeitos da pesquisa e para a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento. Reiteramos que sua participação é voluntária e caso concorde em participar deverá assinar em duas vias este termo, ou caso ainda queira um tempo para analisar sobre sua participação, agradecemos a sua atenção.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Luís/MA, ____/____/____

Sujeito da pesquisa

Pesquisadoras:

Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra
Pesquisadora Responsável
End.: Av. dos Portugueses s/nº
Campus Universitário do Bacanga
Centro Pedagógico Paulo Freire
Sala do Depto. de Enfermagem
São Luís/MA Telefone: 3272-9706 / 9972-3091

Mda. Mónica Andréa Miranda Aragão
Pesquisadora Assistente
End.: Av. C Qda. 07 Edifício Constantino
Apto. 404 – Angelim – São Luís/MA
Tel.: (98) 8866-4688

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com os Enfermeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: **A FAMÍLIA COMO CENÁRIO DE CUIDADO FORMAL: COMO CUIDAM OS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Tempo de formação superior:
4. Possui pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado), em qual área?
5. Tempo de vínculo com a unidade de atuação e com a equipe de saúde da família.
6. Quantas famílias estão cadastradas na sua equipe?

ROTEIRO DA ENTREVISTA:

1. Como você cuida das famílias sob sua responsabilidade?
2. Como são constituídas as famílias da sua área de abrangência?
3. O que você entende por família?
4. Descreva alguma situação em que a família/seus integrantes já foram reunidos pela ESF para discutir algum problema.
5. Como você investiga a estrutura familiar?
6. Como são investigadas as dinâmicas e relações familiares que podem afetar a saúde de seus integrantes?
7. Em seus atendimentos são usados alguns instrumentos para avaliação familiar?
8. De que forma a família é questionada a respeito de doenças ou problemas de seus integrantes?
9. Quais dificuldades você elencaria para a concretização do cuidado às famílias?

ANEXOS

Anexo A – Solicitação de autorização para a coleta de dados.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

REQUERIMENTO

Ao Sr. Dr. Marcos Pacheco
Superintendente de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de São Luis

Eu, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra, docente da Universidade Federal do Maranhão, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, venho por meio deste requerer autorização deste órgão público, para utilização das Unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de São Luis como campo de pesquisa para realização do Estudo **“A Família como cenário de cuidado formal: como cuidam os enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”**, sob minha coordenação.

O grupo de estudo que realizará a pesquisa é composto pela Mestranda em Enfermagem, Mônica Andréa Miranda Aragão, e por alunos de Iniciação Científica e alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

A previsão para realização do estudo é de dois meses de coleta de dados, sendo prorrogado de acordo com o andamento do mesmo.

Segue, em anexo, cópia do projeto de pesquisa e lista de unidades a serem pesquisadas.

Neste momento, gostaríamos de contar mais uma vez com a colaboração da Secretaria no sentido de comunicar a realização desta pesquisa às Unidades indicadas no anexo.

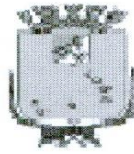
Ciente da necessidade de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica para a ampliação e qualificação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município de São Luís, desde já agradeço a colaboração.

Nestes Termos peço e aguardo deferimento.

São Luís, 12 de Junho de 2013.

Profª Dra. Liberata Campos Coimbra
Coordenadora da Pesquisa
Departamento de Enfermagem da UFMA

Anexo B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís para a coleta de dados.



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Senhora

Dra Liberata Campos Coimbra

Assunto: Autorização para coleta de dados

São Luís, 18 de junho de 2013.

Conforme a solicitação referente ao requerimento recebido de Vossa Senhoria em 12 de junho de 2013, autorizo a coleta de dados para a pesquisa vinculada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Enfermagem do Programa de Pós graduação da Universidade Federal do Maranhão intitulada: "**A Família como cenário de cuidado formal: como cuidam os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família a ser realizada pela mestrandia Mônica Andréa Miranda Aragão**" juntamente com os alunos da graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação da Professora Dra Liberata Campos Coimbra nas seguintes Unidades Básica de Saúde da rede municipal de saúde de São Luís: USF Coqueiro, CS Laura Vasconcelos, CS Itapera, CS Quebra Pote, CS Maria de Lourdes Rodrigues, CS João de Deus, CS Vila Itamar, CS Nazaré Neiva, USF Santa Efigênia, CS Janaina, CS Vila Embratel, CS São Raimundo, CS João Paulo, CS Amar, CS Bezerra de Menezes, USF São Francisco, CS Liberdade, CS Turu, CS Djalma Marques e CS Cohab Anil.

Atenciosamente,

Dr. Marcos Antonio Pacheco
 Superintendente de Educação em Saúde
 Superintendência de Educação em Saúde
 Mar. nº 818012

Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FAMÍLIA COMO CENÁRIO DE CUIDADO FORMAL: COMO CUIDAM OS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?

Pesquisador: LIBERATA CAMPOS COIMBRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16764813.2.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 472.936

Data da Relatoria: 29/10/2013

Apresentação do Projeto:

Neste estudo, basicamente descritivo, serão feitas entrevistas com enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de São Luis com o propósito de analisar o cuidado de enfermagem prestado às famílias cadastradas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prática dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no cuidado familiar.

Objetivos secundários:

Identificar as concepções dos enfermeiros sobre família; ; Identificar os instrumentos e estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a realização do cuidado à família; ; Verificar o reconhecimento e análise pelos enfermeiros dos problemas de saúde dos usuários, considerando o contexto familiar, as condições de vida e os fatores de riscos sociais a que as famílias estão expostas; ; Compreender como se dá o processo de comunicação na interação enfermeiro e família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pelo seu caráter observacional, o estudo não oferece riscos significativos aos indivíduos a serem avaliados. Por outro lado, um melhor conhecimento do modo como os enfermeiros estão atuando,

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 472.936

na prática, poderá servir para embasar futuros programas de treinamento e capacitação dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de delineamento simples, de fácil execução e de baixo custo que poderá trazer informações úteis para o aprimoramento do sistema de atendimento na atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Não existe recomendação para esse projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela autora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO LUIS, 29 de Novembro de 2013

Assinador por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br