

## A família nas práticas das equipes de Saúde da Família

*The family in the practices of Family Health teams*

*La familia en las prácticas de los equipos de Salud de la Familia*

**Nair Chase da Silva<sup>1</sup>, Ligia Giovanella<sup>2</sup>, Evelyne Marie Therese Mainbourg<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Manaus-AM, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane. Manaus-AM, Brasil.

**Submissão:** 18-07-2013    **Aprovação:** 16-01-2014

### RESUMO

Estudo exploratório, qualitativo, cujo objetivo foi analisar o atributo “centralidade na família” na Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de saúde dos profissionais a partir da análise das práticas de saúde direcionadas às famílias na cidade de Manaus-AM. Utilizou como técnicas de levantamento de dados a entrevista, a observação participante e o grupo focal. Os informantes foram profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e membros das famílias cadastradas. O foco na família foi analisado em duas dimensões, denominadas: a) Implantando um novo modelo assistencial centrado na família e b) Incorporando a família como o centro do cuidado no novo modelo assistencial. Os resultados evidenciaram baixa intensidade do foco na família nas práticas dos profissionais. Concluiu-se que a família não é o centro da atenção na ESF em Manaus e que as práticas dos profissionais que integram as equipes da ESF ainda estão centradas nos indivíduos.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família; Família; Práticas de Saúde; Equipes de Saúde da Família.

### ABSTRACT

Exploratory, qualitative study, that aimed to analyze the “centrality in the family”, a Family Health Strategy (FHS) attribute, examining how the family context is considered in the practice of health professionals, through the analysis of health practices directed to families in Manaus-AM, Brazil. Interviews, participant observation and the focus groups were used as techniques for data collection. Informants were FHS teams professionals and families members. The focus on family was analyzed in two dimensions, called: a) Deploying a new family-centered care model and b) Incorporating the family as the center of care in the new health care model. The results showed low intensity of focus on the family in health practices. The family is not the center of attention in the FHS in Manaus and practices of professionals within the FHS teams still focus on individuals.

**Key words:** Family Health Strategy; Family; Health Practices; Family Health Teams.

### RESUMEN

Estudio exploratorio, cualitativo, que analizó del atributo “centralidad de la familia” en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), tratando de examinar cómo se considera el entorno familiar en la práctica de los profesionales de la salud a partir del análisis de las prácticas de salud dirigidas a las familias en la ciudad de Manaus-AM, Brasil. Como técnicas de recopilación de datos se utilizarán la entrevista, la observación participante y el grupo focal. Los informantes fueron los profesionales de los equipos de profesionales de la ESF y los miembros de familias registradas. Se analizó el enfoque en la familia en dos dimensiones, llamadas: a) La implementación de un nuevo modelo de atención centrado en la familia y b) La incorporación de la familia como el centro de la atención en el nuevo modelo de atención de salud. Los resultados mostraron baja intensidad de atención a la familia en las prácticas de salud. De ello se desprende que la familia no es el centro de atención en la ESF en Manaus y que las prácticas de los profesionales en los equipos de la ESF aún se están centrando en los individuos.

**Palabras clave:** Estrategia de Salud de la Familia; Familia; Practicas de Salud; Equipos de Salud de la Familia.

**AUTOR CORRESPONDENTE**    **Nair Chase da Silva**    E-mail: nairchase@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) é a centralidade da família como foco da atenção, sendo necessário conhecê-la em sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades individuais e de grupo em interação<sup>(1)</sup>. O contexto familiar é o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde os fenômenos da saúde e da doença adquirem maior relevância. O impacto da doença recai sobre todos os membros da família, assim como a interação familiar exerce influência sobre a sua cura<sup>(2)</sup>. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas inter-relações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados, podendo tornar-se parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros<sup>(3)</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como proposta estabelecer uma parceria com a família, tornando-a mais autônoma e independente, contribuindo assim para a construção de sua cidadania<sup>(4)</sup>. Implantada inicialmente como um programa destinado a populações desassistidas, a Saúde da Família foi posteriormente alçada à condição de estratégia para reorganização da APS no Brasil, sendo ponto de partida para a reestruturação do sistema de saúde. Na ESF, a unidade familiar é central. Entretanto, cabe distinguir se a apreçoada centralidade na família de fato é parte de um novo modelo de atenção ou se a atenção individual está sendo reproduzida no espaço familiar.

Este artigo tem como objetivo analisar se a ESF constitui um novo modelo de atenção à saúde com foco na família. Para tanto, propõe-se a analisar as práticas de saúde direcionadas às famílias em Unidades de Saúde da Família (USF) e domicílios na cidade de Manaus-AM.

## REVISÃO DA LITERATURA

A atenção em saúde centrada na família como política de Estado não é fato recente<sup>(5)</sup>. Todavia, no Brasil, a eleição da família como alvo de atenção à saúde teve início com o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi adaptado de experiências estrangeiras que tinham a família como foco do modelo de assistência, sendo fortemente impulsionado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que à época mostrou-se inovador<sup>(6)</sup>. No contexto internacional, na década de 1990, havia um redirecionamento das políticas sociais para as famílias<sup>(7)</sup>.

A centralidade da família é um atributo da APS<sup>(1)</sup>. Para prover atenção integral, a família deve ser o objeto da atenção dos profissionais, que deverão conhecê-la em seus múltiplos aspectos: sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais. Reconhece-se o contexto familiar como o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros, onde os fenômenos da saúde e da doença adquirem maior relevância. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas inter-relações. Ao mesmo tempo, é uma unidade prestadora de cuidados, podendo

tornar-se parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros.

A ESF tem como proposta estabelecer uma parceria com a família, tornando-a mais autônoma e independente, contribuindo assim para a construção da cidadania. Neste intento, propõe-se a trabalhar com duas perspectivas: superar o modelo de atenção que privilegia uma visão fragmentada de indivíduo, descontextualizado de seu ambiente familiar e comunitário, para entendê-lo de forma integral e em seu contexto social com vistas à construção de sua autonomia, e ter a família como parceira no cuidado da saúde de seus membros<sup>(4)</sup>.

Entretanto, parte dos conflitos advindos da implantação da ESF foram gerados pelo convívio entre as mudanças pretendidas e o modo convencional como está organizada a assistência, o que demanda modificações nas práticas de saúde dos profissionais<sup>(8)</sup>.

## MÉTODO

Esse artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa aprovada pelo CEP da ENSP/FIOCRUZ sob o número 0129.0.031.000-07/FR nº 151.888. Tendo o município de Manaus como cenário de implantação da ESF, a investigação explorou a “centralidade na família” como categoria de análise derivada da concepção original da ESF e o significado que ocupa na operacionalização no nível local, na perspectiva de trabalhadores e famílias dessa localidade.

Em Manaus, em 2008, a ESF contava com 165 USF, distribuídas em quatro Distritos Sanitários (DS), denominados Norte, Sul, Leste, e Oeste. A observação ocorreu em quatro Unidades, uma em cada DS, por indicação da coordenação do DS que utilizou os seguintes critérios: estar em funcionamento há no mínimo dois anos; representar a média em termos de desempenho em relação às demais USF; estar com a equipe de saúde completa, com seus integrantes há no mínimo um ano na Estratégia.

Como estratégias de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação participante. Cada USF foi observada durante uma semana por meio do acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde tanto nos domicílios como na própria Unidade.

Foram realizadas 56 entrevistas semiestruturadas com membros das famílias inscritas nas USF e indicadas pelos profissionais da equipe de saúde a partir dos seguintes critérios: estar inscrita na USF há no mínimo um ano e ter recebido assistência de algum profissional de saúde da ESF há no mínimo 15 dias. O encerramento das entrevistas deu-se por recorrência das respostas, segundo critérios de saturação.

Foram realizados ainda oito grupos focais, dois em cada DS, um grupo com enfermeiros e médicos, e outro com ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: estar na ESF há no mínimo dois anos e na mesma USF há no mínimo um ano. A seleção foi feita por meio de sorteio realizado durante as reuniões mensais dos profissionais das USF nos DS. O número de participantes por grupo focal foi de quatro a doze integrantes<sup>(9)</sup>.

O material derivado das entrevistas e dos grupos focais foi gravado e transcrito, gerando um acervo de dados primários

que foi submetido à técnica de análise de conteúdo na vertente temática<sup>(10)</sup>. Os fragmentos dos discursos foram identificados segundo o sujeito da pesquisa (família, ACS, enfermeiros e médicos) e DS de vinculação.

Os dados foram organizados em torno de sete eixos temáticos, sendo aqui analisado apenas o eixo “práticas de saúde na USF e no domicílio, direcionadas às famílias”. Esta análise foi realizada em duas dimensões: a) Implantando um novo modelo assistencial centrado na família, que considerou como categorias operacionais *cadastramento da família, organização do prontuário da família e registro no prontuário da família*; e b) *Incorporando a família como o centro do cuidado no novo modelo assistencial*, que examinou as categorias: *assistência domiciliar, atividades educativas em saúde e abordagem familiar no atendimento na Unidade de Saúde da Família*. Buscou identificar se as práticas de saúde das equipes da ESF caracterizavam uma atenção direcionada às famílias. A pesquisa de campo foi realizada entre dezembro de 2008 e maio de 2009.

## RESULTADOS

### A. Implantando um novo modelo assistencial centrado na família

#### **Cadastramento das famílias**

O ponto de partida para a implantação da Estratégia Saúde da Família é o cadastramento das famílias, seguido do diagnóstico de saúde da comunidade e da identificação das famílias de risco no território<sup>(11)</sup>.

A observação participante mostrou que todas as USF procederam ao cadastramento das famílias de seu território. No entanto, o diagnóstico de saúde da comunidade e a identificação das famílias de risco não foram realizados, o que inviabiliza uma programação com base no conhecimento das famílias e na identificação dos problemas do território.

*Não [fizemos diagnóstico], nós fizemos o cadastramento para delimitar a área de abrangência e começamos a atender na unidade e nos domicílios. (M-DS)*

Agregam-se a esse quadro as mudanças impostas ao processo de cadastramento, por ocasião da implantação do Gerenciamento de Informações Locais (GIL), que acentuaram o distanciamento da família como foco da atenção.

*Quando teve a reunião para ser implantado o GIL, eu falei: isto quebra o núcleo familiar da Estratégia de Saúde da Família, porque agora o indivíduo não vai ser visto como pertencente a uma família. Ele é visto individualmente, ele é um número; tanto que o cadastro do GIL não pede nada da família (M-DO).*

#### **Organização do prontuário das famílias**

Relatos dos grupos focais e observação participante na USF indicaram ser regra a fragmentação dos prontuários. A depender do grupo com maior demanda à USF, as fichas de Assistência Médico Sanitária (AMS) são separadas, criando-se,

por exemplo, um arquivo de fichas de AMS de crianças, outro de pré-natal, e assim sucessivamente. A explicação dada para justificar essa separação foi de agilizar o arquivamento e o desarquivamento dessas fichas. Outra fragmentação do prontuário ocorre com a separação da ficha A (ficha de cadastramento das famílias) das fichas de AMS, produzindo uma desagregação do trabalho entre os membros da equipe em relação às famílias, pois a ficha A permanece sob a guarda do ACS.

#### **Registro no prontuário das famílias**

Dados dos grupos focais indicam que os profissionais reconhecem que as informações sobre as condições socioeconômicas e culturais das famílias deveriam ficar-lhes acessíveis, pois isto os ajudaria para a incorporação do enfoque familiar. Porém, os objetivos são mais burocráticos e administrativos do que para ter a família como foco da atenção.

*[...] Sabe por que eu passei a fazer isto [juntar fichas A e AMS], deixa eu lhe dizer, porque as fichas A nunca eram atualizadas, então você nunca tinha como acompanhar na época das minhas 1.600 famílias entendeu [...] eu não tinha condições de atualizar todas as 1.600 em visita domiciliar. (E-DO)*

A observação participante e a análise de prontuários permitiram constatar as limitações da ficha A no que se refere às interações familiares. Não existe normatização ou padronização em nível nacional e local quanto ao uso do genograma e do ecomapa, instrumentos utilizados para o conhecimento da estrutura e dinâmica de funcionamento das famílias. Os relatos na USF informaram que os profissionais não utilizavam e às vezes nem conheciam tais instrumentos, embora eles façam parte do Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa<sup>(12)</sup>, material instrucional para a prática dos profissionais na Atenção Básica (AB). Apesar da ficha A solicitar informações sobre a participação da família em grupos comunitários, poucos dados são registrados.

Dados advindos dos grupos focais e da observação participante mostraram ainda que não ficam registradas na ficha A as mudanças pelas quais passam as famílias, uma vez que a cada atualização pelo ACS, os registros anteriores são apagados.

Nas fichas de AMS os registros sobre os antecedentes familiares que subsidiem o estabelecimento do diagnóstico são bastante escassos. Essas fichas são manipuladas por todos os membros das Equipes da ESF, à exceção do ACS que, segundo relatos, não seria autorizado a fazer o registro de suas atividades nessa ficha.

### B. Incorporando a família como o centro do cuidado no novo modelo assistencial

A atuação dos profissionais no novo modelo está balizada, dentre outros aspectos, pela assunção da família como foco da atenção. Desta forma busca-se analisar como a família é considerada nas seguintes práticas de saúde realizadas pelos profissionais das equipes da ESF: assistência domiciliar, atividades educativas em saúde e atendimento na USF.

### **Assistência domiciliar**

A assistência domiciliar<sup>(4)</sup> agrega a visita, a consulta e a internação domiciliares, ainda que comumente não se faça distinção entre os termos, generalizando-se o termo visita domiciliar para toda e qualquer ida ao domicílio. A consulta domiciliar é atividade atribuída a enfermeiros e médicos que também acompanham a internação domiciliar, enquanto a visita domiciliar é atividade dos ACS.

A observação participante no domicílio e o grupo focal mostraram que a visita domiciliar é atividade compulsória para os ACS. Fez parte das atribuições de todos os membros das equipes da ESF por ocasião da implantação da Estratégia. Os profissionais das equipes da ESF consideraram-na um bom recurso para o conhecimento das famílias e ressentiram-se pelos rumos que a Estratégia tomou no quesito assistência domiciliar. Com as mudanças instituídas no Programa, estes profissionais foram se afastando da abordagem familiar e aproximando-se da abordagem individual.

Em algumas situações, as visitas domiciliares foram confundidas pelos ACS com as ações de controle da dengue e da malária, que têm como foco o espaço domiciliar e seu entorno. Em compensação, a repetição das visitas torna o contato rotineiro que cria vínculos, facilitando confidências e revelando a existência de situações familiares que podem levar ao adoecimento.

*Nós fazemos em média 7 a 8 visitas por dia, nós temos que fazer uma visita mensal a cada casa, mas tem situações que nós fazemos mais de uma visita na mesma casa, quando tem um doente, pra ver como está a situação dele [do doente], se melhorou ou não. (ACS-DL)*

Relatos dos grupos focais de médicos e enfermeiros também mostraram que a priorização da produção estatística tem repercussões sobre a assistência domiciliar.

*Em alguns casos a gente assiste a família, agora como existe a cobrança da produção a gente deixa de assistir a família porque a família não dá número, repito família não dá número, não dá índice, número pro gestor. O tempo que você gasta com a família, vamos dizer assim entre aspas você, porque você ficou a manhã inteira no caso com uma família você poderia ter atendido 18 pessoas no consultório. Então é assim, em alguns casos sim, você consegue atender a família, na maioria deles não. (E-DL)*

Observou-se ainda pouco estímulo dos membros das equipes da ESF na orientação sobre divisão de tarefas no cuidado a pacientes dependentes, assumidos por apenas um integrante da família, mesmo em famílias numerosas. A observação participante possibilitou ver a recorrência de oportunidades perdidas no cuidado familiar durante a consulta domiciliar, situações em que haveria de estender o cuidado para além do motivo da visita a um paciente, de forma a amenizar o sofrimento e mal-estar da família, e a manter a aliança/parceria da família no cuidado de seus membros.

Embora os profissionais das equipes da ESF tenham contato com os outros membros da família por ocasião da visita

domiciliar, as famílias referiram que a consulta restringe-se ao doente, não sendo perguntado sobre a saúde dos outros membros da família.

*Não, não perguntam. Só perguntam pela gente [que está fazendo a consulta]. Só pergunta do paciente que está consultando, nunca pergunta sobre quem está em casa, quem não está doente. (F-DN)*

A família não apareceu como foco da visita domiciliar de auxiliares e técnicos de enfermagem. A fala seguinte aponta para uma abordagem sobre os indivíduos inscritos nos programas e por ciclo de vida, e indica também atividades de verificação de parâmetros individuais e procedimentos de enfermagem.

*Bem, nós temos muitos hipertensos, diabéticos e acamados, aí tem aqueles rebeldes, aí eu tiro uma semana pra gente visitar criança, orientar pra pesar, ver se está magrinha, amarelinha, pra pesar e pra marcar a consulta. As grávidas que estão com pressão alta, as puérperas, os curativos, fazer medicação de acamados. (Aux. Enf-DN)*

### **Atividades educativas em saúde**

Ainda que os documentos oficiais<sup>(4)</sup> recomendem a realização de práticas educativas voltadas para grupos por ciclo de vida e em situações de vulnerabilidade, o contexto familiar é um espaço privilegiado para essas práticas.

As práticas educativas em saúde referidas às famílias foram consideradas difíceis de ser realizadas, tanto por médicos e enfermeiros quanto por ACS e auxiliares ou técnicos de enfermagem, devido à falta de infraestrutura institucional.

*[...] seria ótimo, mas a gente não tem auditório, depende da gente conseguir uma parceria com os outros bairros que tem uma escola, uma igreja que abre espaço, [...] tem unidade de saúde que eu sei que não tem esse espaço. Vai fazer na recepção da unidade de saúde? não tem condições, não tem. [...] Outra coisa o próprio material de educação em saúde é escasso, muito poucas vezes tem um folheto, um banner, um pôster, alguma coisa assim, você não tem essa estrutura. (M-DN)*

A observação de campo não identificou nenhuma prática educativa coletiva em saúde que estabelecesse articulação com as famílias. A realização das mesmas na USF esteve voltada para a demanda espontânea que compareceu para consulta e as atividades educativas em saúde extramuros destinaram-se a grupos por ciclo de vida e agravos prevalentes. Foram realizadas pelos ACS e auxiliares ou técnicos de enfermagem na sala de espera e, como mencionado, sofreram interferência da movimentação da clientela a ser atendida.

### **Abordagem familiar no atendimento na Unidade de Saúde da Família**

A abordagem familiar no atendimento na USF também esteve pouco presente no atendimento individual, tanto de



enfermeiros quanto de médicos. A abordagem foi centrada no indivíduo, com ênfase na queixa da doença atual. Nos grupos focais com enfermeiros e médicos, foi lhes perguntado se conheciam as famílias sob seus cuidados, e os profissionais responderam:

*As famílias, todo mundo dentro da casa? Não [...] médicos e enfermeiros não tem tantas condições de conhecerem todos os locais porque [a área] é muito grande. Uma ACS minha tem 200 famílias, a outra tem 147 a outra 180 a outra tem 170, mas elas têm um acesso maior, aquela afinidade na família, elas conhecem o irmão, o pai, beltrano, o sicrano. Se a gente fizer esse levantamento saúde da família em equipe, dá pra gente chegar até a família através deles que são uma ponte entre nós, uma ponte extremamente eficaz. (E-DN)*

Esta fala indica a dificuldade em articular uma abordagem familiar no atendimento individual, justificada como a necessidade de conhecer todos os integrantes da família por núcleo familiar. Esta dificuldade parece imobilizar os profissionais, o que foi confirmado, por exemplo, no caso de assistência a um portador de hipertensão arterial.

*Faço a consulta de enfermagem e dou orientação sobre dieta, medicamentos, exercícios. (E-DS)*

A referência de que a consulta era centrada no indivíduo prevaleceu sobre a abordagem familiar. Houve situações em que causou bastante estranheza a possibilidade de acolher na consulta individual outros membros da família. Foi perguntado às famílias se, durante a consulta, eram mencionados outros membros da família, e a pergunta causou admiração.

*Não, na consulta, a gente só fala da gente. (F-DO)*

Tanta surpresa denuncia que não houve incorporação da centralidade na família pelos profissionais, o que impede que a família se veja como o centro da atenção.

## DISCUSSÃO

### A. Implantando um novo modelo assistencial centrado na família

#### **Cadastramento das famílias**

O cadastramento das famílias, primeiro contato da Equipes da ESF com as famílias dá-se por meio da visita domiciliar para o preenchimento da Ficha A. Consiste no levantamento de informações sobre a família quanto à: situação domiciliar, o que inclui condições de moradia, de saneamento, as condições ambientais e os possíveis fatores de risco à saúde. Deve informar ainda sobre composição familiar, renda, ocupação de seus membros, condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, morbimortalidade referidas, riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou para a dinâmica de seu funcionamento<sup>(4)</sup>.

Como não foi realizado o diagnóstico de saúde da comunidade e tampouco a identificação das famílias de risco, a apropriação das informações sobre as famílias de risco ocorreu no cotidiano do serviço a partir da interpretação do papel de cada membro da família, sua relação com a rede comunitária, os fatores de vulnerabilidade e o tempo de convivência com esta; o que não é suficiente para gerar uma atenção qualificada, que requer reflexão, além da experiência empírica.

Pesquisas realizadas em 2002 e 2006 corroboram esse achado indicando haver um desconhecimento por parte das Equipes da ESF sobre o perfil epidemiológico da população e os problemas prioritários<sup>(13)</sup>. Desse modo, a delimitação da área de abrangência e o atendimento à população prevaleceram sobre a identificação das famílias de risco e o conhecimento sobre o território.

#### **Organização do prontuário da famílias**

A organização dos prontuários das famílias deve ser tomada como um indicador de centralidade na família. O prontuário familiar deve reunir os registros sobre a família e a assistência que lhe é prestada. Deve ser composto pela ficha A e pela ficha de AMS de cada um dos integrantes da família. A proposta de organizar os prontuários por família, reunindo todos os membros da família é imprescindível ao princípio de integralidade.

A fragmentação dos prontuários do grupo familiar cria condições desfavoráveis para ter uma visão abrangente da família com vistas a incorporar uma nova prática: a família como o centro da atenção. A lógica do procedimento individual prevaleceu sobre a da unidade familiar.

#### **Registro no prontuário das famílias**

A atualização dos dados na ficha A, sem manter os registros anteriores, juntamente com a insuficiência de registros sobre a trajetória da família indicam pouca valorização da ficha A pelos profissionais. Isso leva à perda da possibilidade de reconstruir a trajetória da família numa perspectiva longitudinal<sup>(1)</sup>.

A ausência de genograma e ecomapa inviabiliza o conhecimento das dinâmicas internas e externas da família. Os registros no prontuário devem estabelecer relação entre os membros da família que permita identificar/estabelecer a presença ou não de fatores familiares no adoecimento e na recuperação da saúde. As redes sociais são recursos comunitários importantes tanto para preservação da saúde quanto para apoio nas adversidades<sup>(14)</sup>, sendo uma atribuição das equipes da ESF aproximar as famílias desses recursos, quando constatada a inexistência desses vínculos.

A análise das fichas de AMS mostrou que não existe cruzamento entre os registros dos membros da família, nem mesmo nas situações em que um mesmo agravo atinge mais de um membro da família. Nessas fichas não se tem os registros dos ACS, que são feitos em cadernetas que só servem para a administração. Entretanto, o ACS é quem mais mantém contato com o núcleo familiar, conforme observado em campo.

## B. Incorporando a família como o centro do cuidado no novo modelo assistencial

### *Assistência domiciliar*

Na ESF, a assistência domiciliar é um instrumento tanto de coleta de informações sobre o contexto familiar, como de repasse de informações das equipes para as famílias. O objetivo da visita domiciliar no PSF é possibilitar aos membros das equipes conhecer as condições de vida e saúde das famílias, de forma a facilitar o planejamento das ações, pois permite avaliar as potencialidades da família<sup>(15)</sup>. (explicação do autor para correção no texto: Pode haver uma confusão entre ESF (Estratégia Saúde da Família) e ESF (Equipes de Saúde da Família). O primeiro ESF representa a Estratégia. Os outros, as Equipes)

As mudanças processadas na ESF geraram ênfase do serviço sobre a produção, que se mostrou um entrave para a abordagem familiar integral. A despeito de suas potencialidades, ainda se tira pouco proveito da ida ao domicílio, o que pode ser atribuído às limitações estruturais que a USF apresenta e à consciência que o profissional tem da complexidade dos problemas no território perante o qual se vê impotente em lidar de maneira densa, aprofundada. Assim, opta por ações pontuais e individuais na solução de questões conjunturais. Tal situação evidencia a necessidade de ampliação das equipes da ESF com a inclusão de outros profissionais, com formação diferente, tema recorrente na fala dos integrantes das equipes.

A análise dos dados sobre a visita domiciliar mostrou, nas práticas dos profissionais, ausência da concepção “família/família” e, em seu lugar, a concepção de “família indivíduo/domicílio”<sup>(16)</sup>; a pouca atenção dos profissionais frente aos conflitos familiares gerados pela sobrecarga de uns poucos membros no cuidado com os familiares doentes, o que justificaria uma reunião com a família para estimular o diálogo com vistas a amenizar conflitos<sup>(17)</sup>; e a falta de ampliação do olhar sobre os demais membros da família, exigindo ver a família não apenas como uma unidade prestadora de cuidados, mas também, como uma unidade a ser cuidada. “É preciso cuidar de quem cuida”<sup>(3)</sup>.

Segundo Ribeiro<sup>(16)</sup>, a “visita à família” tem como premissa assisti-la com base no conhecimento de sua funcionalidade, “de seu ser e viver”. É preciso tomá-la como uma unidade, em sua totalidade, em oposição à soma de seus integrantes antes, durante e após situações de crise, independentemente de situações de risco ou vulnerabilidade social.

### *Atividades educativas em saúde*

A finalidade das ações educativas é produzir mudanças de comportamento que favoreçam a aquisição e a manutenção da saúde, na perspectiva da promoção da saúde; e quando a família é o alvo das ações educativas em saúde, as mudanças pretendidas são mais facilmente incorporadas.

A análise dos dados da observação participante indica que as atividades educativas em saúde seguiram um enfoque tradicional, unidirecional, voltado para as patologias e suas complicações. Mostrou que, de todas essas oportunidades, a que mais possibilita uma ação para a família é a atividade realizada no domicílio e, secundariamente, no consultório por

razões bastante práticas, pela oportunidade de contar com um maior número de integrantes da família, a privacidade, a flexibilidade de tempo e a imersão na realidade cotidiana e contextual da família.

### *Abordagem familiar no atendimento na Unidade de Saúde da Família*

A análise do atendimento na USF mostrou que mesmo nas patologias em que há predisposição familiar, a abordagem permaneceu centrada no indivíduo, o que corrobora a observação participante realizada nas consultas de enfermagem e médica, nas quais se notou que as orientações higiênico-dietéticas tinham recorrentemente como foco o indivíduo doente, excluindo-se a família do contexto da prevenção.

A investigação dos antecedentes familiares mostrou ser um instrumento valioso para estabelecer os nexos causais, mas não necessariamente um instrumento de intervenção, tanto no campo da prevenção como do tratamento. O enfoque familiar foi pouco incorporado na abordagem individual, além do diagnóstico. A análise dos prontuários também indicou poucos registros dessa natureza.

Apesar de algumas consultas terem sido desencadeadas por patologias que envolviam aspectos como predisposição familiar, estilo de vida e hereditariedade, a participação e a interação familiar não foram consideradas. Agrega-se a isso o fato da abordagem ser focada no indivíduo e a família concebida apenas como parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros.

Ao analisar o trabalho com famílias no PSF, Oliveira e Marcon<sup>(18)</sup> também concluem que práticas de saúde como a visita domiciliar, a educação em saúde e a coleta de dados privilegiam o indivíduo em detrimento da família e não estimulam a família para a construção de sua autonomia.

A ESF mostrou-se uma prática tradicional, centrada no indivíduo, em detrimento da família, cujo eixo de atuação tem sido os programas de assistência à saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, focados no ciclo de vida e nos agravos mais prevalentes na população brasileira.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva de análise assumida nesse artigo foi examinar se a ESF se configura como um novo modelo de atenção à saúde em Manaus com foco na família.

O exame da dimensão *Implantando um novo modelo assistencial centrado na família* e suas categorias operacionais, *cadastramento das famílias, organização do prontuário das famílias e registro nos prontuários sobre as famílias*, indica que a implantação de um novo modelo de atenção com base nas práticas de saúde que privilegie a família ainda não ocorreu. Evidência disso é o fato de que o cadastramento das famílias teve como finalidade apenas a delimitação da área de abrangência, sem a intenção de conhecer as famílias em sua singularidade e sem identificar aquelas em situação de risco. Tampouco buscou realizar o diagnóstico de saúde da comunidade que implica não apenas a coleta, mas também, a interpretação dos dados levantados. Os registros sobre a

família mostraram-se fragmentados e insuficientes para descrever o universo familiar, valorizando pouco as redes sociais da família.

Na segunda dimensão de análise, *Incorporando o novo modelo assistencial, a família como foco do cuidado* e suas respectivas categorias operacionais, *assistência domiciliar, práticas educativas em saúde e abordagem familiar no atendimento na USF e no domicílio*, conclui-se que a proposta do novo modelo assistencial não foi incorporada às práticas dos profissionais das equipes da ESF. A assistência domiciliar manteve-se com foco no indivíduo. As práticas educativas em saúde privilegiaram os indivíduos por ciclo de vida e enfocaram agravos prevalentes tanto no interior da USF quanto em outros espaços. Nos atendimentos realizados na USF e no domicílio, a abordagem mostrou-se centrada nos indivíduos, causando surpresa às famílias quanto à possibilidade de serem protagonistas na perspectiva de uma abordagem familiar.

Sem uma clara definição de como as novas ações irão se inserir na dinâmica assistencial, mantêm-se hegemônicos o enfoque individual e a tônica em procedimentos e prescrições. Além disso, as informações socioeconômicas produzidas no território – comunidade, família e pessoas – não são agregadas ao processo de trabalho para a tomada de decisão clínico-assistencial, como mostra o estudo. O excesso de demanda também influencia negativamente a adesão a novas práticas de saúde<sup>(8)</sup>.

Uma prática de saúde voltada para a família ocorre quando o profissional reconhece e respeita sua singularidade, procura fortalecê-la para o cuidado com seus membros, pondera com a família suas condições concretas de sobrevivência, põe em diálogo o cuidado familiar e o cuidado profissional, compartilhando saberes, subsidia e encoraja os recursos internos e externos da família. O profissional atua no cuidado à família quando luta pelos direitos da família nos serviços de saúde, estimula as famílias à participação comunitária, estimula a flexibilidade das relações interpessoais entre as famílias e os

serviços de saúde e toma parte na formulação e operacionalização de políticas e programas que contribuam para a saúde e o bem estar das famílias<sup>(19)</sup>.

Vale observar que as questões levantadas nesse artigo não caracterizam somente a situação de Manaus. Em âmbito nacional, o que se observa é que a mudança no desenho da atenção não garantiu novas práticas de saúde com foco na família<sup>(20)</sup>. Emblemático nesse caso é o processo de cadastramento familiar que “equaciona uma casa a uma família” e o impresso do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que não contempla as relações de parentesco daqueles que residem no mesmo domicílio, ficando para os profissionais das equipes da ESF a tarefa dessa identificação com base no convívio diário.

Conclui-se que as práticas dos profissionais dirigidas às famílias ainda estão distantes de uma prática avançada de assistir a família. Os depoimentos mostram que as ações são realizadas sem pensar na família, isto é, a incorporação da família na prática dos profissionais ainda é incipiente.

Por outro lado, há que se considerar que, em sua gênese, a ESF em Manaus não teve a intenção de transformar o modelo assistencial, tendo como um de seus qualificadores o foco na família, mas sim de estender a cobertura de atenção à saúde<sup>(12)</sup>. Portanto, as práticas de saúde dos profissionais reproduziram esse propósito, ainda que possa ter havido um desejo por parte das equipes da ESF de focar a família.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, aos chefes dos Distritos Sanitários Norte, Sul, Leste, e Oeste, aos diretores das Unidades de Saúde da Família, que demonstraram interesse na pesquisa, e a todos os profissionais de saúde que dela participaram, assim como às famílias que nos receberam nas suas casas.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. Martins MM, Fernandes CS, Gonçalves LHT. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(4):685-90.
3. Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen I, Penna CMM, Althooff CR, Bub LIR, Patricio ZM, organizadores. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. p. 61-77.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno nº. 1. Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. Origens e diferenças conceituais. *Rev APS.* 2009;12(2):204-13.
6. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma em saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis.* 1998;8(2):12-48.
7. Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira: a base de tudo. São Paulo: Cortez/Brasília: Unicef; 2000. p. 93-108.
8. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do programa saúde da família do Recife. In: Vilela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: o programa de saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco/Brasília: UNFPA; 2005. p. 39-61.
9. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
  12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno nº19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
  13. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2010.
  14. Silva NC, Garnelo L, Giovanella L. Extensão de cobertura ou reorganização da atenção básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. Saúde Soc. 2010;19(3):592-604.
  15. Rodrigues CRF. Famílias como unidade de cuidados em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: Ohara ECC, Saito RXS, organizadores. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2008. p. 77-100.
  16. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Universidade de São Paulo; Ministério da Saúde, organizadores. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43-6.
  17. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa /estratégia saúde da família (PSF). Rev Latinoam Enferm. 2004;12(4):658-64.
  18. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):65-72.
  19. Elsen I, Althoff CR, Manfrini GC. Saúde da família: desafios teóricos. Fam Saúde Desenv. 2001;3(2):89-97.
  20. Sarti C. O lugar da família no programa saúde da família. In: Trad LAB, organizadora. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 91-104.
-