

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA DE FÁTIMA LIRES PAIVA

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO
DO(A) ENFERMEIRO(A)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FORTALEZA

2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA DE FÁTIMA LIRES PAIVA

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO
DO(A) ENFERMEIRO(A)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão – MINTER, como critério para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Saúde da Comunidade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Araújo Maciel

FORTALEZA

2003

Paiva, Maria de Fátima Lires

Programa Saúde da Família: atuação do(a) enfermeiro(a) /
Maria de Fátima Lires Paiva. – Fortaleza, 2003.

96 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) –
Mestrado Interinstitucional, Universidade Federal do Ceará,
Universidade Federal do Maranhão, 2003. Dissertação
orientada pela Profª Dra. Maria Fátima Maciel Araujo.

1. Saúde da família. I. Título.

CDU 616-083:614.1

MARIA DE FÁTIMA LIRES PAIVA

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO
DO(A) ENFERMEIRO(A)

Dissertação vinculada ao Grupo de Pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE) e à Linha de Pesquisa A Enfermagem e os Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde. Contou com o auxílio da CAPES sob forma de bolsa.

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA.

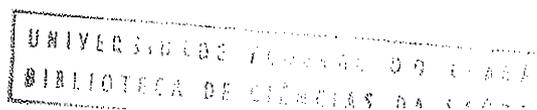
Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Araújo Maciel (Orientadora)

Presidente
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida
1º Membro
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva
2º Membro
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Profa. Dra. Josefina da Silva
Suplente
Universidade Federal do Ceará – UFC



A Deus razão do meu existir.
Aos meus pais, Antonio Lires (in memorian)
e Corina, de maneira especial a Darlan meu
esposo, aos meus filhos Dárcio Fabiano,
Darlene de Fátima e Márcio Darlan, pelo
incentivo, ajuda constante, compreensão,
carinho e amor que me dedicaram, os quais
serviram de incentivo nos momentos mais
díficeis dessa jornada.
Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que por sua infinita misericórdia e bondade me permitiu realizar esse sonho;

A toda minha família que tanto torceu e me incentivou, em especial, minha filha Darlene que cuidou do restante da família em minha ausência para a realização desse estudo, dando-me a oportunidade de realizar esse sonho;

À professora Fátima Maciel, meus sinceros agradecimentos, não só pela orientação firme e segura na elaboração deste trabalho, mas pela confiança, incentivo, pela atenção e amizade durante esse período de convivência;

À chefe do Departamento de Saúde Pública Prof^a. Nila, pela compreensão em me liberar para realização deste trabalho;

Aos professores da Disciplina Enfermagem em Saúde que tão bem me substituíram durante a ausência;

Aos demais professores da UFC que me levaram a descobrir um pouco do inesgotável universo do saber, em especial ao prof^o Rui Verlaine;

Aos sujeitos desta pesquisa, que contribuíram enormemente para sua realização e às instituições que possibilitaram o meu acesso às informações; principalmente os membros da coordenação municipal do PSF em especial Évila Brito;

Às minhas companheiras de caminhada, que nos momentos difíceis incentivaram-me em especial Lena Barros pela paciência e companheirismo nos momentos de desânimo;

A todos os colegas de mestrado tanto do Maranhão quanto do Ceará, pelo acolhimento, pela amizade e pelo prazer de compartilhar essa etapa de nossas vidas;

As pessoas que fazem o Pólo de Capacitação Permanente de Pessoal – UFMA em especial a Prof^a. Dr^a. Sueli R. Tonial pelo espírito empreendedor com que conduz o Pólo, obrigada pela "força";

Aos funcionários da UFC, pela disponibilidade demonstrada, em especial Roberta e Joelma da coordenação do Mestrado;

A Prof^ª. Dr^ª. Violante "Viola" pelos momentos de descoberta e descontração proporcionados durante sua disciplina, como também a Prof^ª. Dr^ª. Nazaré pela disponibilização de sua casa, para a realização da avaliação de encerramento;

Ao meu primo Waldir e sua esposa Ita, pelo acolhimento no momento de nossa chegada à Capital cearense;

Aos meus irmãos Socorrinho e José Alberto (coronel Lires) pelo apoio e incentivo nos momentos de saudade durante essa jornada;

A minha "Deusa" pelo acolhimento à minha família como sua, disponibilizando-se a colaborar com esta na minha ausência;

Às Prof^{ªs}. Dr^{ªs}. Elba Gomide e Telma Araújo pelo espírito empreendedor na Pós-Graduação do MA-CE-MINTER e especialmente pelo compromisso e dedicação durante todo o desenvolvimento deste Curso.

À Leticia, Lelê esse "anjo", que quando tudo parecia muito difícil, tomava-a em meus braços, afagando-a e em questões de segundos tudo voltava ao normal;

A Prof^ª. Dr^ª. Maria Socorro Rodrigues pelo apoio, compreensão, colaboração, paciência e incentivo em um momento bastante difícil, dessa jornada.

A CAPES pela ajuda financeira indispensável na realização deste trabalho.

A todos aqueles que nos ajudaram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho, àqueles que despropositadamente nos esquecermos de citar e aos companheiros que compartilham conosco esta luta pela democratização da Saúde.

"Depois que naveguei na velocidade da luz
perdi a inocência do tempo perdido.

Iluminei. Depois que mergulhei em busca
da profundidade da matéria, não sobrou nada,
apenas incertezas. Afundei.

O que era perto ficou longe.

O que era longe era eu.

Quando me achei me perdi."

(Autor desconhecido)

RESUMO

O estudo aborda aspectos teóricos/conceituais da saúde da família, desvelando o contexto da inserção da Enfermagem, a partir de uma incursão da autora às raízes históricas da atenção à saúde da família como modelo de prática. Esta remonta desde os princípios até às práticas atuais de atenção a saúde, definida na atualidade como estratégia de operacionalização das políticas de saúde no país. Com o objetivo de identificar como os (as) enfermeiros (as) vêm operacionalizando a prática do cuidado à saúde da família, como estratégia de reorganização da atenção primária, optou-se pôr um estudo cujas características incorporam a investigação de natureza exploratória descritiva, que se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos somente se fazem possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus atores, permitindo que as informações sejam descritas classificadas e compreendidos os fatos. Realizado em São Luís, Estado do Maranhão no Distrito de Vila Esperança, envolveu (14) enfermeiros (as) que atuam nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Utilizando-se de um roteiro semi-estruturado foram realizadas entrevistas. Considera o sigilo e liberdade de participar, conforme postura ética exigida na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados apontam que os enfermeiros concentram um considerável nível de credibilidade à proposta do (PSF), encontrando-se formas de organização do cuidado de enfermagem à família desenvolvidas na atenção aos indivíduos, considerando suas idades, e monitoramento de agravos à saúde, caracterizando uma abordagem centrada no modelo de ciclo de vida, mesmo não tendo sido encontrado nos depoimentos clareza das suas múltiplas sugestões para organização do cuidado. Os enfermeiros referem que a prática, ainda atrelada às exigências dos programas ministeriais, em muitas situações se apresentam como redutores de abordagens mais voltadas para organização popular e construção da autonomia das famílias para cuidar e encaminhar seus problemas e seus conflitos. A operacionalização dos trabalhos populares esbarra em dificuldades estruturais, criando-se certo confinamento das atividades na própria Unidade Básica de Saúde, o que se constitui fator limitante ao desenvolvimento das ações de promoção da saúde da família em nível comunitário. Perdura no contexto operacional a convivência com famílias ineficazes, que podem trazer questões subjacentes aos profissionais que os colocam em situação constante de riscos (pressão, danos morais e materiais) o que revela a aprovação da violência comunitária, apresentando-se como uma questão que se reflete na forma como se organiza o cuidado de enfermagem a família. Nesse caso a consideração operacional ao genograma da família pode se apresentar oportuno a uma maior visibilidade dos problemas familiares e orientar intervenções mais apropriadas a cada uma delas em particular. As conclusões ainda apontam modelos de práticas antigas e desenvolvidas com características novas, deflagrando novas perspectivas para estudos futuros.

Palavras-chave: Programa, Saúde da Família, Atuação, Enfermeiro(a).

ABSTRACT

This paper deals with the theoretical/conceptual aspects of family health and tries to reveal the context of insertion of nursing from an incursion by the authoress to the historical roots of attention to family health as a pattern of practice. This comes back to the beginnings until the present practices of attention to health, defined nowadays, as strategy operationalization in the political health actions in the country. It also aims at identifying how the nurses have political actions in our country. This dissertation also characterize the individuals' knowledges and how it is realized and defined by their actors. It was made a field research at Distrito de Vida Esperança when 14 nurses, who work in the staffs of Health Family Program, were studied and analysed. The paper come to the conclusion that the nurses concentrate level of credibility to the PSF's proposals, when they above area. It also analyses the pattern of life and its life cycle. The nurses revealed that heir actions face the demands of the ministerial programs and social goals as to the autonomy of the families and their problems, conflicts and yearnings the field research revealed that the nurses' work find an obstacle as to the structural difficulties, when their actions be confined to the Health Basic Unity. It also presents the families' poorness and limited access to the social benefits. The genogram of the family becomes an operational consideration in order to clarify the families, problems and also has the target of guiding more appropriated interventions to each family in particular. The conclusions of this paper point to the old newly developed model practices, which deflagrate new perspectives for future studies.

Keywords: Program, Family, Health, action, nurse.

LISTA DE SIGLAS	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Saúde da Família – enfoques conceituais	19
3.2 Família sob a ótica do direito e das constituições brasileiras	28
3.3 Enfermagem e família	37
3.3.1 O Enfermeiro na equipe do PSF	49
3.5 Enfermagem e Cuidado de Saúde da Família	52
4 METODOLOGIA	57
4.1 Natureza do Estudo	58
4.2 Participantes da pesquisa	60
4.3 Caracterização dos sujeitos	61
4.4 Instrumento de coleta de dados	63
5 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E ANÁLISE DOS DADOS	67
5.1 Práticas de enfermagem a família e modelo de ciclo de vida	67
5.2 Práticas de enfermagem a saúde da família e modelo de estágio de mudança	70
5.3 A Prática de Enfermagem na família e o modelo de família ineficaz	74
5.4 A enfermagem no cuidado à família e as conquistas operacionais no PSF	76
5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	80
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	93

LISTA DE SIGLAS

PSF	– Programa de Saúde da Família
CNBB	– Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
SEMUS	– Secretaria Municipal de Saúde
UBASF	– Unidade Básica de Saúde da Família
ESF	– Equipe de Saúde da Família
PAISM	– Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
MS	– Ministério da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
MCAF	– Modelo Calgary de Avaliação da Família
MCIF	– Modelo Calgary de Intervenção
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
GQV	– Gerência de Qualidade de Vida
UFMA	– Universidade Federal do Maranhão
UBS	– Unidade Básica de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre a prática de enfermagem, pode-se lembrar RAMOS (1999), que expresse o trabalho de enfermagem como um processo não causal que tem a intencionalidade como sua principal característica, isto é, "ver o objeto e prever sua transformação". Em tal contexto, é exigida força-de-trabalho, que é guiada pela consciência, abrangendo identificação de carências e elaboração de propostas que atendam às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. A autora ainda ilustra em seus escritos que esse processo de trabalho é social e histórico, a partir das relações do indivíduo com o meio físico, social e cultural em que está inserido. Pode, por essas razões, exercer influências relevantes ou deletéricas no processo saúde/doença, assim como a forma de superar e/ou atender as suas necessidades.

É importante considerar-se que a abordagem de saúde familiar provoca uma diversidade de reflexões que se materializam pela exigência de transformação profunda, do modelo de família vigente que vem modificando sobremaneira as relações internas assumidas pela família na vida, fato que tem determinado mudanças importantes ao longo das últimas décadas, tanto no que diz respeito o sua organização e estrutura como também na atitude relacional da dinâmica familiar em relação as funções que exercem junto a seus membros.

Para ilustrar tal questão, tome-se como referência a eleição em 1994, pelas Nações Unidas do Ano Internacional da Família, evento que influenciou decisivamente para que durante a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) fosse escolhida a família como tema central da campanha anual.

Tal decisão simboliza a necessidade de maiores reflexões, estudos sobre famílias brasileiras, principalmente aquelas que formam as populações da zona rural, que tradicionalmente tem como referência o modelo de família nuclear estruturado nas relações conjugais de parentesco e consangüinidade. A visão única de modelo de família numa sociedade em constantes mudanças requer reflexões profundas dado que se há de compreender que a família está sujeita a transformações, e historicamente vem sofrendo influencia dos valores sócio-culturais construídos. Estes decisivamente provocam demandas de cuidados de saúde/enfermagem, as quais transgridem o modelo centrado nos aspectos biológicos. O aumento expressivo do número de nascimentos fora do casamento, o enfraquecimento de vínculos matrimoniais, as modificações do comportamento reprodutivo; o crescimento do número de mulheres que chefiam suas famílias, o aumento do número de separação e divórcio, o incremento de uniões consensuais, a informalidade de uniões entre outros, são alguns exemplos tomados para ilustrar as modificações estruturais ocorridas nos padrões familiares as quais não podem deixar de ser incluídas em estudos de saúde da família.

Alia-se também a esse contexto de reflexões o exercício do trabalho extradomiciliar, deflagrando a necessidade da reflexão sobre a necessidade de construção de novos relacionamentos do papel da mulher e a própria organização familiar (cuidar do filho, educar a prole, alimentar, dar segurança afetiva) etc...

Há de se considerar que em estudos sobre a saúde da família não se pode também deixar de considerar algumas questões que reúnem em torno de cada uma delas as tendências e significados que se apresentam aos enfermeiros (as) como indicativas de demandas de cuidados ou influenciadores para tomada de decisão de cuidado a saúde da família.

Modificações nos papéis familiares, influenciados principalmente pelas lutas e conquistas feministas e sua crescente inserção na força-de-trabalho extradomiciliar.

O modelo de família conjugal, ainda que seja predominante em nossa realidade, convive com outras formas de arranjos familiares que se apresentam freqüentes (união consensual, uniformidade de união, união homossexual etc).

A denominação migratória de famílias (mesmo como informação importante quase não lhe tem sido dado o realce que merece enquanto importante na formação, composição de domicílios e famílias, na definição de demandas e cuidados) é um fato a merecer destaque. O desejo de migrar e as forças atuantes sobre o processo migratório ganham um espaço relevante para os processos de cuidados voltados à saúde da família.

Ao ressaltar tais contextos e abordar a saúde da família no contexto da prática do enfermeiro, o que se pretende é colocar o desafio para a enfermagem de transgredir o paradigma do cuidado biológico para um cuidado holístico onde o desenvolvimento do cuidado à família centra-se na percepção do ambiente físico e social, nas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão aplicada do processo saúde/doença no contexto de um território definido geográfica e administrativamente.

Tais considerações provocam, a princípio, uma motivação para desenvolver esse estudo, pois sua realização prende-se à importância que tem sido conferida, na atualidade, à dimensão da família, pelo quanto pode ser útil ao indivíduo na sua relação consigo e com o outro e também com o mundo. Ao considerar-se o estudo de "Saúde da Família", fica vinculada a necessidade de buscar-se renovação, aperfeiçoamento, para criar possibilidades que possam

apresentar-se inovadoras de capacidades intelectuais e de habilidades nos espaços docentes/cuidar.

Está nessa necessidade renovar a raiz da importância da família em todos os contextos da vida humana e nos espaços do existir/fazer e, porquanto se postulando como imperativo, pensá-la, estudá-la, descrevê-la, reinventá-la e criá-la a partir dos rearranjos necessários aos tempos atuais.

Os desafios que emergem ao pensar tal assunto, como eixo principal dessa investigação, têm se apresentado relevantes, dado que em experiências docentes, o contexto que embasa as práticas de cuidado à família ainda se restringem ao enfoque biologista. É impossível não atentar, deixar de observar o grande desperdício de experiências que se apresentam de grande riqueza exploratória e, portanto, oferecendo possibilidades extraordinárias de transgredir o modelo vigente da prática atual, a saúde da família.

Pela experiência docente, a composição de uma visão mais crítica, sobre como se vem desenvolvendo o cuidado, é possível; notório se faz registrar que as discussões sobre políticas sociais ocupam espaços resumidos; ainda que entre os enfermeiros (as) perdure a idéia de que o futuro da "Saúde da Família" passa necessariamente pela revalorização da importância do acesso às condições de vida que em parte dependem da capacidade de organização das famílias e do significado de luta pela própria saúde.

É importante também considerar-se que as barreiras que se apresentam no trabalho com famílias, a própria tradição do cuidado biológico, têm repercutido em postura de "desencanto" por parte de profissionais /enfermeiros. Isto de certa forma aparece como um fato que pode negligenciar a visão da "família" ou a "Saúde da Família", sob uma perspectiva mais crítica.

A centralidade do cuidar biológico em muitas situações intimida a busca de estratégias mais significativas e exploradoras do potencial das famílias, o que se traduz na própria capacidade das famílias se empoderarem de conhecimentos, que lhes sejam significativos e possam aumentar seus repertórios para tomada de decisões frente ao cotidiano de suas vidas.

O panorama que se nos apresenta viabiliza um cenário para reforçar estudos desse porte. Acentua-se como favorável o seu desenvolvimento numa época em que o "cuidar da família" e /ou o cuidar a saúde da família se colocam como novos desafios para enfermeiros (as) / enfermagem.

O estudo foi estruturado, no sentido de contribuir para a reorientação do papel do (a) enfermeiro (a) no cuidado à saúde da família no distrito de Vila Esperança, na cidade de São Luís, Estado do Maranhão.

O questionamento inicial para organizar o estudo prende-se a: como os (as) enfermeiras (os) operacionalizam suas práticas nas unidades básicas de saúde, no cuidado à família? Como a proposta do programa de saúde da família (PSF) vem se constituindo como estratégia de base da prática de saúde da família e o cenário familiar como local do cuidado de enfermagem? Como essa estratégia tem contribuído na organização social das famílias?

Essas perspectivas fazem com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção desse estudo, vista a partir do ambiente social onde vive. É nesse espaço que se constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1998).

A saúde da família no PSF, hoje vista como uma estratégia de reorganização sanitária e como uma das alternativas para reconfiguração da atenção primária à saúde, provoca investimentos no campo da investigação

científica os quais, além da produção de conhecimento nesse campo específico e atual do cuidado de enfermagem, podem contribuir sobremaneira na redefinição e /ou reorientação da prática / cuidar à saúde da família.

A relevância deste estudo repousa na oportunidade de construir-se conhecimentos sobre a área com a participação dos (as) enfermeiros (as) do (PSF) como co-responsáveis na medida em que, a partir de seus depoimentos, se possa colocar à disposição da equipe do programa de saúde da família (como membro articulador das políticas de saúde do município) informações que possam iluminar as práticas cotidianas do cuidado; visualizam-se ainda com os resultados desse estudo a oportunidade de contribuir, como docente do Departamento de Saúde Pública, no processo de formação do (a) enfermeiro (a) de saúde da família, na busca de novos conteúdos que possibilite a atenção holística ao indivíduo/ cidadão/ família voltados para a estratégia deste novo modelo de atenção à saúde.

Ressalta-se ainda que a existência de poucos conhecimentos produzidos em nível local, no que diz respeito à saúde da família, se apresenta como uma interface redutora para compreensão da problemática das famílias, o que faz com que estudos como este possam abrir novas perspectivas para redefinição das práticas de enfermagem, podendo, além disso, oferecer um conhecimento mais focalizado da estratégia Saúde da Família, sugerir outros estudos.

2 OBJETIVOS

GERAL

Analisar como os (as) enfermeiros (as) vêm operacionalizando a prática no cuidado a saúde da família como estratégia de reorganização da atenção primária.

ESPECÍFICOS

Caracterizar as concepções do cuidado em enfermagem no contexto familiar;

Caracterizar os modelos de práticas do cuidado de enfermagem à família de acordo com instrumentos de organização da atenção à saúde da família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde da Família - enfoques conceituais

A convicção de que os rumos do modelo de atenção à saúde precisam ser redirecionados está apoiada na própria necessidade de compreensão da unidade familiar como espaço a sugerir iniciativas positivas no campo da saúde, dentro de um universo de peculiaridades que desafiam governantes, autoridades, profissionais e a população em geral.

Vários eventos têm sido realizados com a finalidade de discutir e apresentar propostas para as questões da promoção da saúde. Ressalte-se a importância da realização das Conferências mundiais, quando em que os países envolvidos assumiram compromissos a serem cumpridos, pelas diferentes sociedades, com o objetivo de promover a saúde dos povos envolvidos.

Ocorreu em 1977 um encontro em Alma Ata, no Cazaquistão, o qual ficou conhecido como "Declaração de Alma Ata", reafirmando em seu capítulo I que "a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde". (BRASIL, 2000, p. 15).

Em 1986, aconteceu a 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde em Ottawa (Canadá). Em seguida a esse evento, a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), a de Sundswal (Suécia, 1991) que teve como tema central: "Ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável a qualidade de vida", a de Bogotá (Colômbia, 1992) que tratou das linhas de promoção da saúde

adequada às realidades dos países em desenvolvimento e em Jacarta (Indonésia, 1997) com o tema promoção da saúde no século XXI.

Em seguida, ficou conhecida a carta de Intervenções de Ottawa, que se concentrou em quatro aspectos: 1) criação de políticas saudáveis; 2) fortalecimento dos recursos de saúde comunitária; 3) aprendizado e 4) enfrentamento e reorientação dos serviços de saúde, Isto trouxe a ampliação da concepção de promoção de saúde.

Em seguida a esses eventos aconteceram outras conferências que aprofundaram as discussões sobre os aspectos enunciados na carta de Ottawa e produziram outras declarações (GENTILLE, 1999, p. 46).

Todas essas conferências e discussões internacionais refletiram-se na saúde do Brasil, contribuindo para o avanço da saúde no país. Quanto a nós, em determinado momento de crise, quando existe uma contradição entre o volume populacional e as condições de desenvolvimento da sociedade, surgem as "políticas populacionais" como forma de influenciar na dinâmica populacional, estabelecendo-se objetivos populacionais considerados compatíveis com a continuação da sociedade, pois se receia uma "explosão demográfica", surge, então, assim uma política de planejamento familiar, com "atividades" de grupos responsáveis por programas de planejamento familiar para as populações. (TINOCO .1996, p. 153).

Como exemplo dessas instituições particulares, temos a BEMFAM (Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil), que exercia um projeto educativo, ao difundir as "vantagens" da família reduzida e o uso de contraceptivos modernos como o DIU e a Pílula como ilustra Tinoco. (1996).

Cumprir-se a conferência mundial de população em Bucareste, 1974, cujo fator para convocação foi o crescente desequilíbrio entre o crescimento

populacional dos países menos desenvolvidos, soberania nacional quanto a uma possível política demográfica. Iniciou-se uma atitude ao comprometer-se em "colocar à disposição das populações de baixa renda informações e meios referentes a regulação da fecundidade". Apropriando-se na ocasião das reivindicações feministas, consagrou-se a mulher como "credora" de plenos direitos sociais, políticos, culturais etc. Contudo, visava-se por meio dela a diminuição do tamanho da família, começando assim uma política de atenção à família, através da atenção à mulher por meio do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Este surgiu em meio a um campo de forças políticas antagônicas, principalmente dos grupos organizados de mulheres, reelaborando sua política na área materno-infantil, objetivando-se a promoção e recuperação de sua saúde independentemente da fase do ciclo reprodutivo em que se encontra (TINOCO; MODENA, 1996, p. 155-156).

Coube ao Ministério da Saúde (MS); com as promoções de ações de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a implantação desse programa, tanto em nível federal, como junto aos planos de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde. Esta, além do papel de coordenadora, tem como função, junto as Secretarias Municipais e outras instituições de saúde, ser executora das atividades.

O Estado de São Paulo em 1988 lançou um programa específico de planejamento familiar, tendo em vista o crescente uso de métodos contraceptivos, principalmente a esterilização. A meta proposta com esse programa era "oferecer informações e meios para as mulheres que não queriam ter filhos". (TINOCO; MODENA, 1996).

O programa PAISM, apesar de contemplar a regulação da prole entre as suas ações, "não representa uma política populacional referente à fecundidade, isto

é, não detém intenções explícitas almejando reduzir, aumentar ou mesmo manter as taxas de crescimento demográfico". (TINOCO, 1996, p. 155). Representa, sim, uma política de corte social na área da saúde, que poderá vir a ter conseqüências na dinâmica da população. Retratando uma preocupação do Estado com a reprodução humana entre outros aspectos referentes à saúde, iniciando-se assim ações relativas às famílias, começando pelas ações referentes às mulheres, que clamam por seus direitos, enquanto cidadãs, a ter acesso a informações, orientações, resoluções imediatas.

Isto é resultado das próprias condições do sistema de saúde, que tem atendido a mulher quase que exclusivamente durante o período em que atravessa o ciclo gravídico-puerperal.

Essa omissão, ao longo dos anos, por parte do governo, tem provocado altos custos para a mulher, a família e a sociedade.

No entanto esse programa, PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) foi mais um modelo que apontou para a família como centro da atenção primária.

Um fato marcante que também retoma a família como prioridade política, foi comemorar em 1994, o ano Internacional da Família, constituindo oportunidade para conhecer e debater avanços e tendências das diversas áreas na pesquisa sobre famílias.

Hoje, já não se pode deixar de reconhecer e privilegiar a família com alvo de atenção das políticas públicas.

Nesta nova condição, é urgente re-conhecer e re-valorizar a família nos seus diversos arranjos e processos de busca de qualidade de vida e felicidade. Outrora, não se tinha tanta clareza como hoje, deste retorno à família como base de

proteção social, como território de pertencimento, como ancora/rede de relações mais duradouras e estáveis.

No Brasil, avançou-se em políticas de assistência à família, seja na garantia de renda mínima familiar ou de estímulos a microempreendimentos produtivos. Partindo-se da unidade familiar, estaria expandindo-se à implementação e/ou implantação de estratégias diversas de atenção à saúde, tais como, o Programa de Saúde da Família, sendo instituído pela portaria nº 629/93 MS, ou ainda a busca da parceria pró-ativa entre família, escola e comunidade. (SOUZA, 1999).

As expectativas em relação à família estão no imaginário coletivo, ainda impregnado de idealizações, das quais a chamada família nuclear é um dos símbolos. A maior expectativa é de que ela produza cuidados, proteção, aprendizagem dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento capazes de promover melhor qualidade a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem. A família vive num dado contexto que deve ser fortalecedor ou esfaledor de suas possibilidades e potencialidades. (CARVALHO, 2000, p.13).

A reforma do Estado; as compressões políticas e econômicas globais; as novas demandas de uma sociedade complexa; os déficits públicos crônicos; a revolução informacional; a transformação produtiva, desemprego e precarização nas relações de trabalho; a expansão da pobreza e aumento das desigualdades sociais são alguns dos tantos fatores que engendram demandas e limites e pressionam por novos arranjos e modos de gestão da política social.

É nesse cenário que a família ganha importância na política social e, em especial, na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Durante os últimos 15 anos, temos observado progressos e mudanças na enfermagem da família, os quais merecem comemoração e também em áreas onde é preciso por "mãos a obra" Bell (1996) apresenta uma fascinante lista de publicações e reuniões a que ela denomina de "eventos sinalizadores" fatos significativos que distinguiram o desenvolvimento da enfermagem da família de 1981 até a realização da conferência internacional programada, na época, para 1997. Acreditamos que um dos eventos sinalizadores de mais longo alcance, que oferece maior oportunidade para a união das enfermeiras da família e difusão do conhecimento desta área da enfermagem, está na publicação do Journal of Family Nursing em 1995 de editoria da Dra. Janice M. Bell. Outro evento foi a IV "International Family Nursing Conference" (IFNC) realizada em Valdivia, Chile em 1997, a qual representou um importante progresso na área. Sendo realizada fora da América do Norte, permitiu uma apreciação mais ampla da expansão da Enfermagem da família.

É evidente, que as mudanças e progressos no âmbito das famílias também foram influenciadas por mudanças ainda maiores na sociedade. A reestruturação e miniaturização maciça dos cuidados da saúde no Canadá, o desenvolvimento da administração da assistência nos EUA e o movimento no sentido de diminuir o período de hospitalização ampliaram a prática de enfermagem com base na família em ambos os países. O que atribuiu direta e indiretamente, maior responsabilidade às famílias no cuidado de seus membros. Talvez, como resultado destas mudanças dramáticas houve um movimento de expansão do consumidor e maior colaboração com as famílias, no que se refere a suas necessidades de cuidados de saúde.

O perfil das famílias também está se alterando, à medida que nossa demografia indica uma população idosa cada vez maior ao mesmo tempo em que se dá a redução no número de indivíduos. É bastante evidente a diversidade de populações, exigindo o reconhecimento cada vez maior de uma ampla sucessão de culturas diferentes em nosso sistema de cuidados de saúde. Uma globalização mais ampla acena à possibilidade de melhores práticas mundiais de cuidados de saúde, mas permite a transmissão universal de doenças, o que torna mais difícil, aos provedores de cuidados de saúde, isolar, controlar e segregar as origens da doença.

Em, meio a todas essas mudanças na demografia, tecnologia, prestação de cuidados de saúde e diversidade, também estão ocorrendo alterações profundas em nossa visão, de mundo do modernismo, do pós-modernismo e do secularismo ao espiritualismo. A enfermagem da família não ficou imune a estas mudanças nos últimos anos, a postura para com a família tem-se inclinado a um relacionamento mais colaborador consultivo e não hierárquico.

Observamos terem sido conferidos a família maior status, habilidade, igualdade e respeito. Portanto, a combinação das habilidades da enfermeira e da família constitui uma nova e eficaz sinergia no contexto das conversões terapêuticas, que de outra forma, não existiriam.

Ao considerar as recomendações que emergiram desses fóruns de discussões podemos tomar o pensamento de Pessini (1999), ao analisar a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, apontando aspectos importantes como: postura profissional que atenda peculiaridades culturais e sociais, reestruturação curricular dos cursos da área da saúde, maior engajamento na pesquisa, objetivando atenção abrangente que respeite peculiaridades culturais, de esforço maior de pesquisa em saúde, mudança na educação e no ensino dos

profissionais da área da saúde, para que as pessoas sejam vistas e assistidas na sua integralidade.

Assim passaremos a relacionar alguns significados da família, pois entendemos ser a família a unidade nuclear pela qual deve-se iniciar qualquer processo de reorganização.

A palavra família significa pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, ou ainda, pessoas do mesmo sangue, ascendência, linhagem, ou admitidos por adoção, Prado (1985). A família se apresenta sob os mais variados tipos, como: família nuclear, ramificada, poligâmica, entre outras. A família é mais do que a soma de seus membros, ela é o grupo social que forma e influencia o indivíduo por toda a vida.

Uma abordagem é a conceptualização da família como uma relação primária. Esta abordagem é considerada particularmente útil para a prática da enfermagem comunitária. A **relação primária** consiste na interação contínua de pelo menos duas pessoas, tanto dentro do seu próprio contexto como no ambiente mais lato (SCANZONI et al., 1989).

A família é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou diferente grupo de parentesco, os quais estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si, e com os outros, certas obrigações.

Assim, Berger e Luckman (1987) definem a relação homem-sociedade como dialética. Essa relação supõe três momentos, ou seja: 1) interiorização, 2) objetivação e 3) exteriorização. Através da interiorização, o mundo objetivo é reintroduzido na consciência pelo processo de socialização que, nesse sentido, é "a

ampla e consciente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela”.

O mundo interiorizado, através da socialização primária, é fortemente mantido na consciência, e no decorrer da vida novas interiorizações ocorrem: é a chamada socialização secundária que facilita a adaptação dos indivíduos a novos papéis.

Todos nós, em nosso percurso de vida, estamos repetidamente nos confrontando com situações, encontros e acontecimentos que se tornam fonte de transmissão e de transformação daquela realidade que foi interiorizada pelo processo de socialização primária. No entanto, o exame do processo de socialização requer a focalização do olhar sobre a família e as relações entre as gerações.

A família não é o único canal pelo qual se pode tratar a questão da socialização, mas é sem dúvida um âmbito privilegiado, uma vez que ela tende a ser o primeiro grupo responsável pela tarefa socializadora. Constitui uma das mediações entre o homem e a sociedade.

A família não só interioriza aspectos ideológicos dominantes na sociedade, como ainda projeta, em outros grupos, os modelos de relação criados e recriados dentro do próprio grupo. A família pode, portanto, ser vista como unidade básica no processo socializador, ou ainda famílias hierárquicas que são definidas em termos de papéis, de posições por idade e por sexo. Portanto, onde há uma caracterização bastante distinta dos papéis de adulto-criança, homem-mulher. Traduz, assim, indicadores visíveis e reconhecidos por todos os componentes do sistema. A noção de desvio permeia os mecanismos de avaliação e controle dos papéis nas relações familiares.

Nas famílias igualitárias, a identidade é idiossincrática: o homem e a mulher se percebem diferentes como pessoas, mas iguais como indivíduos. Os indicadores de sexo e idade tendem a se minimizar. As noções de certo e errado perdem suas fronteiras.

Cabe ressaltar que os ideais de família hierárquica não estão representados apenas no universo das gerações mais velhas ou os igualitários, circunscrito aquele somente às gerações mais novas. As transformações que ocorrem na família, construídas entre as gerações, revelam a coexistência do hierárquico e do igualitário, do moderno e do arcaico como modelos orientadores de socialização.

3.2 Família sob a ótica do direito e das constituições brasileiras

As constituições brasileiras sempre colocaram sob o manto de sua proteção a família denominada "legítima". A Constituição de 1934 correspondeu à resistência do catolicismo à dissolubilidade do vínculo conjugal. Dispôs no seu artigo 175: "A família é constituída pelo casamento indissolúvel, sob proteção especial do Estado". Assim, da mesma forma, as de 1946, 1967 e 1969. Nesse período, o código civil desconheceu completamente a família natural, a união de fato, reconhecida apenas pela jurisprudência dos tribunais. No seu art. 380, dispunha que "o pátrio poder é exercido pelo marido, com a colaboração da mulher". (PIMENTEL, 1987).

Foi nesse cenário de discriminação legislativa que se realizaram os trabalhos da constituinte de 1988, com participação da sociedade organizada, que conseguiu, no título: "Da família da criança e do adolescente e do idoso", a ampliação do conceito de família, reconhecendo a união estável entre o homem e a

mulher como entidade familiar, no parágrafo 3º, do artigo 226 e suprimindo a expressão "constituída pelo casamento". (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p.37)

A verdade é que a Constituição Federal de 1988 representou um marco na evolução do conceito de família, corporificando o conceito de que: O traço dominante da evolução da família é a sua tendência a se tornar um grupo cada vez menos organizado e hierarquizado e que cada vez se funda mais na afeição mútua.

As políticas públicas priorizam, de certa forma, o atendimento setorial aos segmentos minoritários, não dando atenção especial à visão global da necessidade de unir estes elementos ajuntados no conceito de família, vista como sinônimo de cooperação, colaboração, aproximação e integração de seus membros. O objetivo maior da sociedade será concretizar na realidade a proposta jurídica para a família, encontrada na Constituição de 1988, que ora tende a ser fortalecida através da criação de estratégias como o Saúde da Família, onde a atenção à família deve ser vista na sua integralidade, não só para efetivamente suprir as deficiências da família, no tocante à área da saúde, alimentação e educação. Deve-se assegurar às famílias não somente a vida, mas também, a qualidade de vida.

Nos últimos 15 anos, o ponto de vista ou a postura para com as famílias tem-se inclinado a um relacionamento mais colaborador, consultivo e não hierárquico. Observa-se terem sido conferidos a família maior status, habilidade, igualdade e respeito. Portanto, a combinação das habilidades da enfermeira e da família constitui uma nova e eficaz sinergia no contexto das conversões terapêuticas.

Como muitas das áreas de conhecimento, a Enfermagem surgiu com a finalidade de contribuir para a melhoria da vida humana. Como enfatiza Rogers (1970), isto implica possibilitar a criação de condições de vida que promovam uma

interação sinfônica entre o ser humano e o ambiente. Dentro do mesmo ponto de vista Schuatz (1987) refere que o propósito da geração de conhecimentos na Enfermagem é entender e cuidar dos seres humanos em relação á sua saúde e ao seu ambiente.

Florence Nightingale descobriu que o ambiente tem um impacto sobre a saúde do ser humano, ou seja, que o desconforto e o sofrimento dos pacientes são influenciados por ambientes inadequados. O ambiente tem sido considerado um conceito central na enfermagem. A teoria procurou mostrar a estreita relação entre o ser humano e o ambiente.

Fawcet (1983) afirma que o ambiente é freqüentemente referido como comunidade sociedade, e espaço físico da pessoa ou ainda como fonte de estresse ou de recursos. Holden (1990), referindo-se a diversidade de conceitos, observou que o ambiente, tanto em seus aspectos concretos (água, luz, calor) quanto por noções abstratas como influências culturais sociais e familiares, responde pela ação médica.

A partir de uma revisão das principais teorias de enfermagem e das pesquisas realizadas, Kleffel (1991) verificou que há uma concordância de que o ambiente é um dos principais conceitos da Enfermagem. Embora quase todas as teorias e pesquisas localizem-se nesses limites, cresce a consciência de que essa é uma visão restrita e de que é necessário examinar as condições para a saúde das pessoas de uma forma mais ampla.

Na crença de que o ser humano não vive isolado, o pensamento se expande para a família, na tentativa de compreender-se a realidade do seu viver. Roberts (1983) em seu estudo sobre a família, esclarece que o comportamento da família torna-se mais compreensível quando os ambientes internos e externos são

conhecidos. Para a autora, o ambiente interno é formado pelas expectativas crenças e valores frente à percepção e à interpretação do mundo, enquanto o ambiente externo é constituído pelo meio físico e social.

Percebeu-se que nestas várias formas de conceber o ambiente, este está ligado à família sob diferentes perspectivas. Algumas vezes ele é considerado como um elemento externo à família, mas capaz de estabelecer uma ligação que influencia a sua organização e o seu funcionamento. Outras vezes é percebido como espaço físico e de relações na família, que pode favorecer ou dificultar o processo de viver de seus membros.

A Enfermagem, em toda a sua História, tem voltado a sua atenção para a família. A família tradicionalmente tem sido considerada o ambiente ou o contexto do indivíduo, quer dizer: quando o foco da enfermagem está direcionado para o cuidado do ser humano, em muitas situações de saúde e doença, a família é, então, vista como recurso ou estressor para esse indivíduo Hanson e Boyod, (1996). Atualmente, essa visão ainda permanece presente na Enfermagem. Entretanto, a família, como uma unidade de saúde, tem despertado atenção da Enfermagem.

Durante muitos anos, a família foi reconhecida pelas enfermeiras de saúde pública como a unidade primária do cuidado de saúde. No entanto, não há teorias de enfermagem dirigidas para o trabalho com as famílias. O que se tem, segundo Kristjanson e Chalmers (1991), são os conhecimentos produzidos pelos cientistas sociais e os originados no campo da terapia familiar, os quais são aplicados no estudo e na prática da Enfermagem à família. Como a Enfermagem tem atuado no cenário natural da família, onde ela vive, ela reconhece a importância de ter uma base teórica que ajude a compreender o seu viver em seu próprio ambiente.

O ambiente emerge através da observação dos comportamentos e aspectos culturais presentes no modo de viver, revelando as características particulares do contexto e redefinindo as idéias sobre a realidade.

Enfocando a visão de Cooper (1992), a Enfermagem, da qual ela faz parte, a família tem a capacidade de sentir, conhecer, compreender e usar este processo para determinar padrões, fazer escolhas e reorganizar seu ambiente. De forma que cada família defina o seu próprio padrão de interação, conforme o que ela perceba ser adequado para o seu funcionamento.

Embora a formação acadêmica da autora desta dissertação tenha sido numa linha positivista, pragmática da saúde, aprendeu-se a considerar o ambiente como um elemento importante no processo de viver dos seres humanos.

O reconhecimento do importante papel da Enfermagem no cuidado a saúde da família é inegável. No entanto, ainda se faz necessário conhecer como essas famílias vivem para que se possam, então, estabelecer estratégias de intervenção que sejam com elas articuladas. Esse conhecimento também é importante para que seja possível compartilhar saberes que contribuam para o crescimento da família como unidade competente de promoção da sua própria saúde e a de seus membros.

Ao retomar tal pensamento para compor os investimentos nesse campo, optou-se em pensar o aspecto da pesquisa e sua importância no contexto da prática do cuidar do (a) enfermeiro (a) à família.

Para Santos (2001, p. 17-18) pesquisar é o exercício internacional da pura atividade intelectual, visando melhorar as práticas de existência de uma dada profissão, não se constituindo numa prática acidental do procedimento humano, mas na forma ou ação que é desenvolvida para se aperfeiçoar, progredir.

A família como centro de atenção à saúde já compõe registros de relatórios institucionais (OPAS, MS, SES, SMS, Universidades, entidades associativas) além de documentos oficiais (normas, pareceres, leis) e produção científica socializadas em livros e periódicos que, tratam do assunto.

Um aspecto comum: o de que a família está presente em todas as sociedades humanas desde os primórdios da civilização. Althoff (2001) a descreve como um tipo de organização de convívio comum que forma uma unidade social na qual o ser humano se relaciona muito proximamente com o outro, estabelecendo formas significativas de convivência. As variadas visões sobre o conceito de família influenciam de forma corrente as formas como enfermeiros (as) possam melhorar compreendê-la, já que, mesmo existindo uma considerável produção de conhecimento na área, ainda se constituía ou constitui uma chamada ao tempo em que ela foi ignorada, enquanto cenário de cuidados de saúde.

Ao se recorrer a tal questão, o que se pretende abordar é que essa intimidade deixava seriamente comprometido o cenário familiar, para tornar-se objeto de atenção especial da saúde.

Nos registros fotográficos, são comuns referenciais à família concernentes ao simbolismo familiar. Ariès (1978, p. 31) detalha com riqueza cenas de fotografias que formam pares, uma representando a mulher; a outra, o homem; casais junto de lados opostos da mesa, um segurando o menino; e o outro; a menina. Tais narrativas se apresentam hoje como documentos importantes de história familiar, e orientam para o modelo conjugal e nuclear de família. Na atualidade, é tomada em muitas situações como o modelo vigente, centrado nos aspectos do casamento, procriação, relação de parentesco e consangüinidade.

Em outro trecho de sua narrativa Áries (1978), relata que no hábito piedoso de oferecer às igrejas um quadro ou um vitral, costumava-se fazer representar com toda a família, mesmo que alguém já tivesse morrido, um lugar na cena. Este lhe era deixado na cena familiar como se fosse viva, que no retrato representava a idade em que morreu.

O papel da família enquanto grupo social, com base nessa narrativa, com responsabilidade sobre a composição religiosa da família, permite observar o próprio papel familiar no contexto atual, qual seja: o de proporcionar experiências familiares que possam influir na formação de valores de vida (respeito, solidariedade, fraternidade, cooperação, compaixão e amor) entre tantos outros.

A Enfermagem, no momento, é vista como cuidar/cuidado, atividade essencial para saúde e sobrevivência das pessoas e como essência e razão da existência da profissão. O Cuidado sempre existiu e foi realizado por mulheres no espaço privativo da família, nos trabalhos de partos, nos cuidados com as crianças, com idosos, assim como no tratamento de doenças (COLLIÉRE 1989). A Enfermagem tornou público o cuidar/cuidado privado tornando-o parte do seu processo de trabalho.

É válida a consideração de Wright e Leahey (2002, p. 13-14) sobre o compromisso e a obrigação que a Enfermagem tem no sentido de incluir as famílias nos cuidados de saúde e considerá-la como parte integrante da prática cotidiana, mas tece considerações que o alcance desse objetivo só será plenamente efetivado com responsabilidade, respeito, e estabelecimento de avaliação e interações familiares confiáveis.

São significativos os registros da História da Enfermagem, onde as participações das famílias estiveram presentes, tornando visível que a abordagem à

saúde da família sempre lhe integrou a prática, embora nem sempre tenha recebido essa denominação. Como a Enfermagem se originou na casa dos pacientes, nada mais natural que envolvesse membros da família e que prestasse serviços centrados na família.

A transição das práticas domiciliares de enfermagem para os hospitais, fez-se sentir com a da 2ª Guerra Mundial. As famílias foram excluídas não apenas do cuidado de seus membros doentes, mas também de eventos familiares importantes como nascimento e morte.

Hoje, a enfermagem reforça, a partir de sua participação em projetos como o de saúde da família, o convite para que as famílias voltem a participar do cuidado de saúde, fato que vem carregado de maior conhecimento, sofisticação, respeito e colaboração.

Como o empenho vem na prática cotidiana, procurando-se encontrar formas mais objetivas de desempenhar a profissão no contexto da família e inspirando-se em novos paradigmas com ênfase especial na cooperação, colaboração, confia-se então em seus próprios julgamentos baseados nas experiências e intenções e os apegos à formas antiquadas frente a mudanças dos valores sócio-culturais.

Seria talvez desenvolver o nosso pensamento corroborado por Ferrusson (1992; 266) de que o movimento de volta as bases devesse ser canalizado mais para o fundo para os fundamentos básicos, os princípios e as relações subjacentes, a verdadeira educação universal. Então, poderemos reaver nosso senso de lugar.

Considerar o indivíduo, a família e a comunidade como cliente da enfermeira, parece comum, mas se revela rodeada de incertezas (BUB, 1994). Tais incertezas nos levam a alguns questionamentos: Será que, ao atendermos a

diferentes membros da família, estamos atendendo à unidade familiar? Será que, a saúde da família é diferente da saúde de seus membros? Será que cuidando do todo, não corremos o risco de esquecer o individual de cada cliente?

A partir destas indagações tomou-se como reflexão ser de grande importância que os (as) enfermeiras vejam a família no seu todo, procurando entender o seu funcionamento e observando a interação familiar. Isto as habilita a ter uma avaliação das relações que existem entre os membros familiares como também suas individualidades.

A família, enquanto sujeito social, constitui-se de um grupo de pessoas, no entender de juristas, "ligadas entre si pelos vínculos do casamento, parentesco ou afinidade". (CRUZ, 1942)

A família, no direito romano, tinha um contorno nitidamente patriarcal, sendo considerada "tudo aquilo que estivesse debaixo do poder paterno: mulher, filhos, escravos e até bens, como terra, instrumentos e animais de trabalho" (GENOFRE, 2000). A tradição romanística erigiu-se em forte fator de influência nas legislações modernas.

No Direito brasileiro houve predominância dos direitos canônico e português que representavam o pensamento da Igreja no conceito da família. A Lei Civil, sob esta influência, manteve o princípio da indissolubilidade do vínculo conjugal e a manutenção da eficácia do casamento religioso até a aprovação, após luta do Senador Nelson Carneiro, da Emenda Constitucional nº 09, em 1977, que instituiu o divórcio no Brasil.

3.3 Enfermagem e família

Mesmo sendo recente a retomada do papel do (a) enfermeiro (a) no cuidado a família, já é possível encontrar-se métodos e estratégias que apontam a categorização das famílias e direcionam o cuidado familiar. Alguns exemplos podem ilustrar tal reflexão. O Modelo Calgary de Avaliação da Família – MCAF (WRIGHT; LEAHEY, 2002, p. 84-85) é uma estrutura multidimensional que consiste de três categorias principais: 1) estrutural; 2) de desenvolvimento; e 3) funcional, baseado em fundamentos teóricos que envolvem sistemas, Cibernética, comunicação e mudança. O Modelo Calgary de Intervenção (MCIF) é uma estrutura organizada para a conceptualização do relacionamento entre famílias e enfermeiras, ajudando a efetuar mudanças e a promover a saúde.

É um modelo que destaca o relacionamento família-enfermeira, enfocando a intercessão entre o funcionamento dos membros da família e intervenções oferecidas pelas enfermeiras. Esse é um modelo que reconhece a experiência dos membros da família que vivenciam determinadas situações de doenças, assim como a experiência das enfermeiras no tratamento de enfermidade e promoção da saúde e outros modelos como FIRO, CICLO DE VIDA, PRACTICE, GESTÃO DE CASOS que apóiam as estratégias de categorização e organização das famílias, segundo a orientação que o enfermeiro queira adotar como referencial de prática.

A título de ilustração, o modelo de Ciclo de Vida da família, Carter e McGoldrick (1995), o modelo Firo de estudo de família, Wilson, Talbot, Librach (sd) que se refere às interações na família e podem ser categorizadas nas dimensões de inclusão, controle e intimidade; o modelo PRACTICE, que sugere oito setores de intervenções à família (problema apresentado, papéis e estrutura, afeto, comunicação, tempo no ciclo da vida; doença na família-passada e presente,

enfrentar o estresse, ecologia) e ainda o modelo PRACTICE de avaliação familiar, é uma ferramenta que fornece uma estrutura básica para os profissionais de saúde organizar diretrizes para a avaliação do funcionamento das famílias dos pacientes.

No bojo dessa visão de acompanhamento dos problemas de saúde, faz-se necessário que a enfermeira conheça métodos e técnicas de avaliação familiar, aliando-se à família do cliente no processo saúde-doença. O cuidado pode ser prestado à pessoa, família e comunidade, nas instituições e no domicílio. Lacerda (2001) refere o cuidado domiciliar, como aquele que é desenvolvido com o ser humano (cliente e familiares), no espaço de suas residências. Compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes de diferentes faixas etárias, em respostas a suas necessidades e às de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar.

O processo pelo qual a enfermeira poderá chegar a desenvolver uma ação competente se faz através da ótica do cuidar, o cuidar de forma integral, visualizando o ser em seu contexto (biopsicossocioespiritual) (WALDOW, 1999) considera o cuidar não apenas uma atividade ou tarefa executada no sentido de tratar uma ferida, aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença. A atividade de cuidar procura ir além, tentando captar o sentido mais amplo: o cuidado como forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo; enfim; como uma forma de viver plenamente.

Reconhecidamente, a família tem uma influência preponderante no conceito de saúde e doença. É no âmago da família que se desenvolve o sentimento pessoal de auto-estima e competência. O papel do enfermeiro torna-se particularmente importante no cuidado à família que é confrontada constantemente

com desafios na vida e o crescente estresse relacionado com constrangimentos sociais, ambientais, econômicos que resultam freqüentemente em riscos para a saúde das famílias (LANCASTER, SANTHOPE, 1999)

Quase todas as famílias defrontam-se com algum tipo de doença em algum período de sua evolução. Isto provoca considerável estresse ao cliente e seus familiares. Na experiência de conviver com uma doença, os embates afetam a vida da família de um modo profundo, e a forma de reação pode influenciar diretamente o curso da doença. Muitas famílias lidam com este desafio com sucesso, desenvolvendo novos mecanismos de identidade e adaptação à doença.

O cuidado domiciliar de enfermagem é interativo, cooperativo, haja vista a interação da enfermeira dentro do lar, onde poderá ser visualizado o contexto socioeconômico, e cultural assim como o estilo de vida do cliente e seus familiares. Sendo o lar um espaço privado, a interação profissional com o cliente deve existir de forma positiva, para se atingir uma relação de cooperação para o desenvolvimento do cuidar. Portanto, no processo de cuidar, o cuidado domiciliar deve ser visto em três situações específicas: 1) as necessidades do cliente; 2) a sua doença; e 3) a possibilidade de seus familiares como elemento participante desse processo.

Uma mudança em um membro familiar afeta todos os membros dessa família em graus variados, fazendo com que as organizações habituais e funcionais dos familiares sejam mudadas. Sendo necessária a intervenção de enfermagem no âmbito familiar, a fim de que, junto à família, se procure criar um meio de equilíbrio entre mudança e estabilidade. Os próprios membros precisam ser conscientizados e estimulados a solucionar os problemas existentes, tendo a enfermeira como uma forte aliada para facilitar e ajudá-los a encontrar suas próprias soluções. Como um ser em busca do reconhecimento de suas necessidades biopsicossociais nas

diferentes etapas do desenvolvimento evolutivo, e dentro de seu contexto ambiental. Deve ser assistido de modo global, e sistematicamente, contar com o envolvimento da família e da comunidade.

Em relação à enfermeira, cuidar do cliente é atendê-lo de forma contínua com competência, capacidade de interação, paciência e manutenção de um relacionamento positivo com o cliente e seus familiares. Atuando assim, essa profissional da Saúde possibilita o despertar do familiar para o desenvolvimento de capacidades de autocuidado, de forma consciente e reflexiva.

Necessária se faz à adoção de uma estrutura conceptual que oriente o enfermeiro comunitário no processo de ajuda às famílias nos seus esforços de promoção da saúde (LANCASTER; SANTHOPE, 1999).

Ainda para essas autoras, aponta-se que algumas dessas estruturas conceituais são importantes também para compreender e avaliar a família e seus membros. Uma das teorias de papéis permite ao enfermeiro (a): compreender os papéis desempenhados por cada membro da família; reconhecer as expectativas comportamentais dos membros da família; identificar várias fontes de estresse e interpretar o seu significado para a família; identificar comportamentos desadequados dos membros da família que podem afetar a sua saúde, determinar a adaptação a pais múltiplos; identificar incompatibilidade entre o papel (de mãe) e a pessoa (mãe) que o desempenha; avaliar os papéis quando os procedimentos não estão claramente definidos e identificar os membros da família que não conseguem desempenhar o seu papel de acordo com as expectativas.

Outros exemplos podem ilustrar as bases teóricas que se apresentam também importantes na escolha pelo (a) enfermeiro (a) da família, da maneira de categorização das famílias sujeitas à intervenção do cuidado domiciliar.

A teoria de sistemas aborda a família como unidades compostas por membros cujos padrões de interação são os foco de atenção; sua aplicação ajuda a enfermagem em saúde da família a compreender padrões de interação familiar; normas e expectativas familiares; eficácia dos padrões de interação; mecanismos para tomada de decisões, adaptação familiar às necessidades individuais; as expectativas familiares e de seus membros e adaptação da família à comunidade. A teoria do desenvolvimento familiar diz respeito ao processo de mudanças estruturais, de programas através do tempo numa visão longitudinal do ciclo de vida familiar, da família nuclear a partir do casamento, do nascimento dos filhos até a morte do ultimo elemento do casal (Hall e Weaver 1990).

Já a Teoria da Comunicação é a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros. Ajuda-nos a perceber que não existe algo como a não-comunicação, tendo em vista que a comunicação não-verbal contém uma mensagem em presença de outra. (TEIXEIRA, 1995; DAVIS, 1999).

A Comunicação Digital é aquela normalmente referida como comunicação verbal. Consiste no conteúdo real da mensagem, enquanto que a Comunicação Analógica consiste não apenas em tipos usuais de comunicação não-verbal, como postura corporal, expressão facial e tons, mas também em música, poesia, pintura, etc., o que é considerado como o mais pertinente modo de comunicar ao olho observador da enfermeira. Portanto, a Comunicação Digital pode ser mais relevante, sendo bastante útil para identificar os padrões típicos de interação familiar. (BAVELAS, 1992).

As teorias têm possibilitado revelar certos aspectos fundamentais da vida familiar e por isso são utilizadas nas investigações sobre aspectos particulares da

realidade, fundamentando a aplicação prática nas diversas situações surgidas ao longo do processo de viver das famílias.

Entre as estruturas teóricas, que vêem a organização do grupo familiar como uma unidade de análise, está a sistêmica. Um sistema é composto por um conjunto de elementos que interagem, em que cada sistema é identificado como distinto do ambiente no qual existe. Cada sistema é parte de um sistema maior, referido como ambiente interagindo continuamente entre si (BAVELAS, 1992).

A família é vista como um sistema que estabelece limites com o ambiente externo. Considerando-a como um subsistema da comunidade, a família pode ser vista também como formada por subsistemas, um supra-sistema de cada membro familiar. Contudo, a família pode abranger vários subsistemas e interagindo com outros subsistemas como a família como subsistema da comunidade, as díades, ou então, indivíduos que podem ser vistos como sistemas. Nas relações entre o sistema e o ambiente, a família pode ser considerada o ambiente. (MERCER, 1989; KLEIN; WHITE, 1996).

Para Zimmerman (1988), a família como um sistema social revela a importância do ambiente, que de modo geral abrange áreas, como a tecnológica, cultural, social, econômica, política e ecológica, as quais afetam todos os sistemas, inclusive o ambiente específico. Assim, vê-se que a família está vulnerável ao desequilíbrio, não somente por causa das mudanças internas do seu processo de desenvolvimento, mas devido as mudanças ambientais externas.

Nessas estruturas teóricas, o ambiente é reconhecido na delimitação das fronteiras e na influência que exerce sobre os sistemas. Porém, a estrutura teórica mais recente e centrada no ambiente é a ecológica, que procura examinar o comportamento individual do ser humano como conseqüência da interação entre ele

e o ambiente. A natureza do ser humano é tanto biológica quanto social. A família é central na organização social, sendo vista como o núcleo do mecanismo adaptativo do meio. A família é como um ecossistema em interação com o ambiente. (KLEIN; WHITE, 1996).

Os autores acima também abordam as teorias do conflito e do desenvolvimento da família. A teoria do conflito vê a família social mais ampla, cujos conflitos podem ser gerados dentro do próprio grupo ou entre grupos. Essa estrutura teórica está preocupada em verificar como as famílias gerenciam os conflitos. No entanto, a estrutura teórica, voltada exclusivamente para a família, é a teoria do desenvolvimento da família. Seu foco está nas mudanças padronizadas e sistemáticas em etapas de vida familiar, incorporando o tempo e a história como os principais componentes.

Em qualquer uma das estruturas teóricas, o ambiente não é tratado como um conceito essencial. Todavia, as estruturas teóricas sobre família, entre elas a sistêmica, a ecológica e a interacionista simbólica, mencionam o ambiente como um elemento importante e fazem referência a ele na descrição de seus conceitos e pressupostos.

A partir do momento em que as enfermeiras começaram a se organizar para cuidar do ser humano, as idéias teóricas começaram a surgir na Enfermagem. As teorias de enfermagem têm incluindo aspectos do ser humano, ambiente, saúde e enfermagem como os conceitos fundamentais.

O ambiente, como tema de interesse da Enfermagem, surgiu com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX. Ao desenvolver sua prática nos campos de batalha perceberam que a saúde se mantinha graças à prevenção da enfermidade por meio de cuidados com o ambiente. Seus escritos, expostos em

notas ou "*Nursing: what it is, and what is not*", publicado originalmente em 1959, revela a sua preocupação com os aspectos tais como ventilação, o ruído, a limpeza, a alimentação e outros relacionados aos cuidados do ser humano doente e, principalmente, à prevenção de doenças (NIGHTINGALE, 1969. p.30).

Ela chamava a atenção para aspectos psicológicos e sociais, mostrando a importância da família junto ao paciente. Tebbe (1988), Graaf, Mossman e Slebodnik (1989), ao fazerem referência sobre seus escritos, salientaram que NIGHTINGALE procurava enfatizar o ambiente, como as condições externas, que têm influências sobre a vida e o desenvolvimento de um organismo, capaz de prevenir, suprir ou contribuir para a doença e a morte.

Embora as teorias de enfermagem tenham começado sua elaboração com FLORENCE NIGHTINGALE, seu desenvolvimento é mais evidenciado a partir da década de 50 do séc. XX. Para compreender como o ambiente está inserido nas teorias de enfermagem, utilizou-se a classificação das teorias segundo o foco primário, elaborado por Meleis (1997). Essa classificação está centrada em quatro focos: 1) cliente; 2) interação pessoa-ambiente; 3) interação e 4) enfermagem terapêutica.

As teorias que focalizam o cliente são as descritas por Dorothy Johnson, Beth Neuman e Calista Roy. A teoria de Dorothy Johnson baseia-se num modelo de sistema comportamental em que o comportamento do indivíduo é influenciado por todos os acontecimentos do ambiente, o qual está relacionado com os objetos, acontecimentos e situações. O modelo teórico de Johnson parece estar mais voltado para o indivíduo, considerando a família como ambiente do indivíduo (LOBO, 1993).

Para Beth Neumann, o cliente tem características únicas e universais e está em constante troca de energia com o ambiente. Considera o ambiente como o

conjunto de fatores que afetam o sistema e que são afastados por ele (HERMIZ; MEININGER, 1989).

Dentro da mesma linha do pensamento sistêmico, o ambiente é definido por Roy como "toda as condições, circunstanciais e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos". A constante interação do indivíduo com o ambiente está caracterizada por mudanças internas e externas, em que cada um procura adaptar-se para manter a sua integridade.

De acordo com a classificação de Meleis (1997), a teoria que tem como foco a relação entre o ser humano e o ambiente é descrita por Martha Rogers. O ambiente é definido pela teórica como um campo energético irreduzível, indivisível e pandimensional, identificado por padrões e integral como o campo humano. Cada campo do ambiente é específico ao campo humano correspondente, sendo que nenhum ser humano ou ambiente pode ser discutido, considerado ou entendido isolado um do outro. A teórica acredita que é somente através do conhecimento do ser humano, do ambiente e de sua interação, que a Enfermagem pode entender o seu cliente e assisti-lo para alcançar saúde. (ROGERS, 1990)

Para Meleis (1997), as teorias que focalizam a interação entre o cliente e a Enfermagem são formuladas por Imógene King, Ida Orlando, Josephine Peterson e Ziderard Joyce Travelbee e Ernestine Wcedenback. King, ao desenvolver uma abordagem teórica para a Enfermagem, inclui nas suposições básicas a idéia de que "os seres humanos constituem sistemas abertos em constante interação com o seu ambiente". Nesse sentido, ela procura enfatizar as interações do indivíduo com o ambiente e refere que essas influem nas adaptações à vida e a saúde do ser humano.

As teorias de intervenção foram classificadas por Meleis (1997) como enfermagem terapêutica, nas quais se incluem as teorias de Dorothea Orem e Myra Levine. O modelo de autocuidado de Orem tem como foco central a capacidade de o indivíduo de se autocuidar. Diz: "A enfermagem é a ação voluntária de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes" e "reconhece o valor dos membros da família e outros elementos para a provisão de autocuidado individual" (FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 97-104)

Na teoria elaborada por Levine, o ambiente é encarado em suas dimensões internas e externas. O ambiente interno trata do corpo e de seu funcionamento, enquanto que o ambiente externo é composto por três dimensões: 1) perceptual; 2) operacional e 3) conceitual. A dimensão perceptual refere-se aos sentidos; a operacional, a tudo o que afeta um organismo fisicamente; e a conceitual, aos processos sociais, de pensamento e emoção. A interação entre o ambiente externo e interno está na adaptação entre a pessoa e o ambiente. A ela afirma claramente que a enfermeira é parte do ambiente e que, de forma mais ampla, a sociedade é parte do ambiente externo no qual o cliente vivencia a todo momento (LEONARD, 1993; MELEIS, 1997).

Existem ainda outras teorias de enfermagem apontadas pelas autoras já referidas, as quais abordam de alguma maneira o ambiente, como elemento importante para a ação da enfermagem. Entre elas, destacam-se as teorias elaboradas por Jean Watson, Rosemarie Rizzo Parse e Madeleine Leininger.

Watson, ao expor sobre a filosofia e a ciência do cuidado na Enfermagem, assinala que o "verdadeiro cuidado da saúde centraliza seu foco no estilo de vida, nas condições sociais e no ambiente". O ambiente é referido como o "clima de cuidado", no qual o indivíduo pode desenvolver seu potencial para escolher o que é

melhor para ele. Ela considera que uma das variáveis que afetam a sociedade é determinada pelo ambiente social. A sociedade oferece os valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se e as metas pelas quais deve lutar (TALENTO, 1993, p. 260).

Parse e Leininger têm apresentado visões peculiares sobre o ser humano e a saúde. Em sua teoria, Parse baseia-se em princípios da Fenomenologia. Ela considera o ser humano como um ser multidimensional e aberto, em intercâmbio recíproco e simultâneo com o ambiente. Em seus pressupostos teóricos entende "o homem e o ambiente como inseparáveis, cada um co-participando na criação da experiência do viver". Parse considera que "o ambiente é construído com tudo o que é mostrado à pessoa, na experiência vivida" (HICKMAN, 1993, p. 275).

A teoria proposta por Leininger apresenta uma outra visão. É uma teoria sobre a Enfermagem Transcultural, na qual o ser humano é visto como um ser cultural. Faz ela referência ao contexto ambiental, considerando-o como "a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais" (GEORGE, 1993, p. 288)

Resumindo: as teorias de enfermagem, que fazem referência ao ambiente, concebem-no sob diferentes pontos-de-vista. A concepção mais abrangente é expressa pelas condições externas, que têm influências sobre a vida do ser humano e o ambiente está presente nas idéias de algumas teorias, cujas condições externas têm influência sobre a vida do ser humano. Algumas teorias mencionam as condições internas, como as propostas por Neuman, Levine e Watson. A relação entre o ser humano e o ambiente está presente nas idéias de algumas teorias, cujas formulações são referidas pela troca de energia, proposta por

Neuman e Rogers; através da interação, referida por King; na adaptação, indicadas por Levine e Roy; como clima de cuidado, citado por Watson, e construída na experiência do viver, exposta por Parse e Leininger. Dentre as teorias que têm o ambiente como um dos seus conceitos principais, encontra-se a formulada por Rogers. Ela considera o processo de interação entre o ser humano e o ambiente como fundamental para o processo de viver.

Ao rever o conceito de ambiente percebe-se que, embora as teorias de enfermagem o tenham apontado como um conceito importante, ele não está suficientemente claro para ser aplicado, o que o torna complexo e de difícil operacionalização. A visão da inter-relação entre o ser humano e o ambiente é ainda muito ampla, tornando difícil também a sua utilização na prática, como apontam Marriner Tomey (1989); George (1993) e Meleis (1997). Por outro lado, nas teorias de família, o ambiente é referido como um elemento implícito. Também na Teoria dos Sistemas na Família e na Teoria Ecológica, o conceito de ambiente não se apresenta claro e operacional. Desse modo, entende-se que se faz necessário avançar em busca de um conhecimento que possibilite clarear o conceito de ambiente, especificamente sobre o ambiente familiar.

A família tem sido, através dos tempos, o berço do cuidado humano. No seu seio, desde o nascimento até a morte, o cuidado entre seus membros é importante para manutenção da saúde e sobrevivência. A preocupação em reunir toda essa produção de conhecimento contemplada no texto se prende ao fato de busca-se evidências científicas no campo da saúde da família e do cuidado de enfermagem à família que pudessem iluminar a compreensão das práticas vivenciadas pelos (as) enfermeiro (as) do PSF, no seu processo de cuidar da família. No entanto, torna-se importante considerar que essa trajetória foi construída com a

intenção de possibilitar a construção de repertórios intelectuais que pudessem guiar as reflexões e análise da problemática levantada pelas enfermeiras durante seus depoimentos como sujeitos do estudo

3.3.1 O Enfermeiro na equipe do PSF

Historicamente, já vem sendo referida a importância dada ao enfermeiro como membro integrante da equipe multiprofissional do PSF. Sua atuação singular não tangencia a compreensão de que essa prática ainda está distante dos verdadeiros ideais científicos e tecnológicos que têm servido de base aos movimentos de lutas empreendidas pela profissão na busca de um efetivo relacionamento enfermeiro-indivíduo-família-comunidade e, assim, marcando presença nos ideais da modernidade ao mesmo tempo visando oferecer sua contribuição particular na construção do novo modelo de atenção a saúde.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de sua atenção as, sobretudo, como lugar de prática que precisa estar constantemente sendo avaliada para entendimento das variáveis contextuais que afetam suas probabilidades de ação. É no espaço domiciliar que se constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, (BRASIL, 1998). A enfermeira deve buscar novas estratégias de desenvolver sua prática numa visão mais contextualizada de saúde da família.

O (a) enfermeiro (a) deve compreender o caráter biológico como um paradigma de construção do caminho para o cuidado integral, dada a pluralidade de recursos e olhares que precisam ser mobilizados para ela estruturar suas ações

calcada em novas bases e critérios técnicos científicos. Isto não exclui o rigor metodológico que deve orientar a prática à saúde da família.

A atenção centra-se na família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde/doença, no contexto de um território definido geograficamente e administrativamente, os distritos sanitários. (MENDES, 1995)

A proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) faz parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde. A compreensão do PSF no modelo atual só é possível através da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços, reorientando a prática assistencial em novas bases e critérios. (ALMEIDA; FEUERWERKER, 2000).

Constituindo um desafio para a enfermeira que, como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos e culturais, relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo assistencial de saúde, operacionalizado através da estratégia do PSF. (SOUZA, 1999).

Na evolução histórica da Saúde Pública brasileira, encontramos mudanças na forma de atender às questões que envolvem o processo saúde-doença. Para atender objetivos mais amplos no âmbito econômico, político, social e educacional, foram e estão sendo realizadas alterações importantes no modelo de assistência à saúde do povo brasileiro. Para isso ocorreram esforços individuais, coletivos e interinstitucionais, a fim de proporcionar a melhoria da qualidade de vida da população. Nessa organização coletiva houve contribuição de várias categorias

profissionais, porém, abordaremos a participação do profissional enfermeiro e sua contribuição para a melhoria das ações dos serviços de saúde no Brasil.

A maioria dos enfermeiros têm procurado assumir seu papel de cuidador e/ou educador junto a comunidade e participar da formação e capacitação de outros profissionais; tentam desenvolver melhor o modelo de assistência à saúde e à qualidade de vida da população, considerando toda orientação no programa de saúde da família como estratégia de cuidado.

É importante considerar que os (as) enfermeiros (as) no exercício cotidiano do cuidado à família assumem atividades nas áreas administrativas e de supervisão, o que deflagra práticas relacionadas com as estruturas políticas, econômicas, ideológicas do país que influenciam o atendimento das demandas sociais da família e preenchimento de possíveis lacunas na estrutura institucional do modelo de gestão adotado pelos municípios onde está implantado o PSF. Tal fato desvela que a participação do enfermeiro (a) tem-se constituído de indiscutível relevância para conquistas de níveis de saúde da população.

Acredita-se que, ao procurar conhecer e discutir a atuação dos profissionais envolvido nesta assistência, estaremos conferindo maior importância às ações de promoção e proteção à saúde, assim como às ações propostas pelo PSF, as quais deliberam sobre uma reestruturação do modelo ora vigente.

Baseada nessa perspectiva, surgiram alguns questionamentos: Como os enfermeiros (as) atuam no PSF? Como operacionalizam sua prática de cuidado no espaço unidade básica de saúde/domicílio/família? Como têm desenvolvido a prática do cuidado de enfermagem domiciliar? A prática do cuidado de enfermagem à família tem contribuído para reverter o modelo individual e centrado na doença?

Fundamentada nos questionamentos constitui-se intento desse estudo investigar "Como os (as) enfermeiros (as) estão vivenciando o desenvolvimento do cuidado de saúde da família numa equipe de PSF".

Os profissionais que irão desenvolver suas atividades no PSF necessitam conhecer os aspectos técnicos e operacionais, a filosofia, os objetivos, as dificuldades de implementação/implantação do processo de trabalho, sua interface com outras entidades afins, demandas e as inovações permitidas e esperadas.

3.5 Enfermagem e Cuidado de Saúde da Família

A Enfermagem no Brasil ainda é considerada uma profissão nova e em vias de estudo, constituindo assim um campo fértil para incluir, em seus currículos, o cuidado humano. Em sua trajetória, a Enfermagem tem sido associada ao termo "cuidar" e, no Brasil, mais comumente, ao termo "assistir". Na qualidade de profissional que lida com o ser humano, a enfermeira deve tentar compreendê-lo como um ser que mantém relação com o meio ambiente, portanto em constante evolução (WALDOW, 1999).

Considerando-se o cuidar como uma interação interpessoal que envolve elementos como respeito, consideração, compaixão e mesmo afeto, para Waldow (1999), torna-se importante que o (a) profissional enfermeiro (a), em sua atuação junto ao indivíduo e aos grupos, como, por exemplo, família, compreenda de que forma o processo interativo estabelece-se entre seus membros, assim como, quais elementos estão incluídos nas práticas de cuidado dispensadas a cada componente de grupo familiar, e se essas que possam favorecer a manutenção e/ou recuperação da saúde de seus integrantes. Neste estudo, o termo cuidar está associado aos

seguintes significados: assistir os outros, envolver-se, preocupar-se, estar presente, expressar sentimentos, proteger, ser paciente, valorizar o outro, ser responsável, mesmo sabendo-se que essas formas de expressar cuidado, podem-se apresentar de forma isolada ou associada, dependendo do grau de interação existente entre as partes: os (as) que cuidam e os (as) que estão sendo cuidados (as).

Denardim (1999) refere que a partir da análise dos dados sobre a forma de viver surgiu o tema "cuidando e sendo cuidado", enfatizando que esse assunto integrou todas as fases do processo de viver nos diferentes modos de vidas.

Na localidade onde atua, essa autora (enfermeira) integra uma das equipes de Saúde da Família. Identificam-se as igrejas, escolas, unidades de saúde, ONGS, associações de moradores, como instituições que exercem um papel importante na comunidade e que, de alguma forma, estão veiculadas ao modelo de cuidar da comunidade. Nada obstante, observamos que "o caminho percorrido" pelo cuidado começa na família nuclear, amplia-se na família expandida e é complementado pela rede social de apoio, como vizinhos e amigos, podendo chegar ao sistema oficial de saúde.

Percebem-se que a partir do conhecimento desse percurso, o sistema oficial de saúde poderá distanciar-se da fonte inicial desse cuidado, incorrendo no risco de nem ser solicitado. E, caso a família não recorra a essas instituições, como será possível saber o que realmente acontece nessa estrutura? Daí a importância de se trabalhar interagindo com esses grupos dentro do seu espaço de vida, mediante a presença constante do profissional de saúde no ambiente dessas famílias, no sentido de compartilhar-lhe a realidade, fazendo com que o serviço de saúde não possa ser descrito em função de sua ausência e os profissionais não sejam

caracterizados como negligentes pela falta de atividades que poderiam auxiliar na resolução das dificuldades enfrentadas por essas famílias.

Denardim (1999) relata que, nos primórdios da colonização, o cuidado desenvolvido junto às famílias, relacionado ao processo saúde-doença, caracterizava-se por ser executado através de pessoas da própria estrutura familiar, tendo dessa forma surgido, por falta de recursos para custeio das doenças e ausência de médicos, da benzedeira e parteira. Diante das condições que se apresentavam, as práticas populares de cuidados dispensados às famílias objetivavam alcançar uma satisfatória qualidade de vida, tornando-a mais próxima do que se poderia chamar de família saudável.

Apesar de os estudos com famílias brasileiras serem recentes, o que pode ser comprovado pelo caráter exploratório das pesquisas, o fato de profissionais de enfermagem estarem desenvolvendo estudos relativos às percepções das famílias representa um avanço (MARCON; ELSEEN, 1999).

A Enfermagem vem destacando-se e mostrando sua importância através do desenvolvimento de práticas realizadas junto às famílias.

A importância da intervenção da Enfermagem nas famílias realizada através de contatos periódicos (diários) permite conhecer os dramas e dificuldades enfrentadas no seio familiar e possibilita a melhor preparação dos enfermeiros para atendê-las, proporcionando-lhes suporte emocional (BRASIL, 1999).

Para tanto, é necessário que o (a) enfermeiro (a) esteja sensibilizado com situações vivenciadas no contexto familiar.

Para Angelo (1999), estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda em tempo de dificuldades, sobretudo na situação de doença, considerando-a importante para o cuidado de

enfermagem, além da importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença, tendo como meta promover o funcionamento pleno do grupo familiar. Essa postura exigirá do (a) profissional de enfermagem conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças.

Dessa forma, o profissional com seu saber técnico, científico e humanístico, poderá ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros (MARCON; ELSÉN, 1999).

Como pode ser observado, a Enfermagem está sempre envolvida no processo de atenção à família em seus mais variados aspectos. Compreende-se também que esse cuidado dispensado é influenciado por todas as condições inerentes a essa estrutura e à sua relação com o ambiente circundante. Portanto, essa ciência precisará estar atenta às mudanças que ocorrem nas famílias, a fim de que os cuidados a serem estabelecidos possam ter coerência e abranger soluções adequadas para cada realidade.

Marcon e Elsen (1999) afirmam ser importante que o (a) enfermeiro (a) considere que a assistência à família, em especial aquela realizada no domicílio, é permeada por um caráter imprevisível, uma vez que a situação vivida pela família, hoje e agora irá determinar a necessidade do cuidado. Cada contexto exigirá do (a) profissional a utilização de recursos e estratégias adequadas àquela situação específica, sendo freqüentemente necessária a reatualização e reorganização do seu papel de educador (a), além de revisão da própria postura profissional.

A família tem sido, através dos tempos, o berço do cuidado humano. No seu seio, desde o nascimento até a morte, o cuidado entre seus membros é importante para manutenção da saúde e sobrevivência. A preocupação em reunir toda esta produção de conhecimento contemplada no texto se prende ao fato de se

buscar evidências científicas no campo da saúde da família e do cuidado de enfermagem à família as quais pudessem iluminar a compreensão das práticas vivenciadas pelos (as) enfermeiros (as) do PSF no seu processo de cuidar da família.

O relato de uma enfermeira do PSF diz bem desse momento e ação: "Na visita domiciliar através do contato direto com as pessoas, a educação para saúde deixa de ser uma lição, para se tornar um compartilhamento" (BRASIL/MS, 1999).

4 METODOLOGIA

Para compreensão dos passos e procedimentos para a consecução dos propósitos deste estudo, buscou-se organizar o percurso da seguinte forma: inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o assunto em estudo, Saúde da Família com o intuito de buscar-se evidências de conhecimento científico, que pudessem iluminar as etapas posteriores de investigação. A necessidade de revisitar teorias e conceitos significou tomar alguns deles para servir de base para análise dos resultados do estudo; a atenção dada a essa questão foi considerada no trabalho como condição para ampliar as reflexões que fundamentam as estratégias de organização dos procedimentos metodológicos que orientaram o desenvolvimento da pesquisa

Essa etapa de estudos exaustivos serviu para fecundar as primeiras idéias teóricas e conceituais sobre a saúde da família, oferecendo-se possibilidades para que a família fosse problematizada enquanto grupo social ou unidade grupal ; posteriormente, foi delimitado o cenário do estudo, para, em seguida, desenvolver-se caminhos de reflexão teóricos/conceituais, como apoio, as conclusões e/ou considerações que emergiram a partir do estudo realizado de atuação do (a) enfermeiro (a) no Programa de Saúde da Família.

Foi nesse instante dos passos iniciais do estudo que se encontraram possibilidades de constituir a organização dos dados a partir de aproximações dos modelos já disponíveis de estruturação e organização de trabalhos com família, sendo analisados alguns, nos quais poderiam está contempladas as iniciativas de estruturação das práticas do enfermeiro no desenvolvimento do cuidado à família no contexto do PSF, consideradas aquelas mais significativas no olhar da

pesquisadora. Esse processo de análise em muitas das situações apresenta-se simultâneo, pois, ao falar-se das temáticas, ao mesmo tempo se falava do processo de prática do enfermeiro na operacionalização do PSF.

4.1 Natureza do estudo

Considerando-se a natureza das indagações procedidas, entende-se que este estudo incorpora características de investigação exploratória descritiva, com a finalidade de observar, registrar, discutir, identificar e interpretar os fenômenos relacionados com o processo de atuação do (a) enfermeiro (a) no Programa de Saúde da Família.

A investigação descritiva, segundo Polit e Hungler, (1995), é holística, isto é, preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades e naturalidades sem qualquer limitação ou controle imposto pelo (a) pesquisador (a), baseando-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos somente se fazem possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores.

Considerando-se o posicionamento de Polit e Hungler (1995), a pesquisa descritiva permite ao pesquisador observar, descrever e classificar as características de determinada população ou fenômenos ou ainda de um grupo. Optou-se por esse caminho por compreender que permite conhecer como os (as) enfermeiros (as) operacionalizam sua prática junto ao PSF, assim como a compreensão que têm desta estratégia como reorganização do modelo de atenção à saúde.

Foram utilizadas as experiências da pesquisadora para observação livre durante sua interação com os sujeitos pesquisados cujos registros se

desenvolveram em um caderno do tipo diário de campo, pretendendo-se com isto captar todas as questões que se apresentavam importantes à pesquisadora. Estas de alguma forma escapavam nos depoimentos das enfermeiras durante as entrevistas. Tal iniciativa prendeu-se também à convicção de que, ao se desenvolver estudo desse porte, não se confiaria apenas na memória do pesquisador.

As interfaces do contexto de prática através do PSF, tais como interação entre enfermeiros (as) e clientes, estabelecimento de vínculos; informações e ações intersetoriais; desenvolvimento comunitário; integralidade da assistência, formas de aquisição de informações, etc., foram tomadas como importantes contribuição para o alcance dos objetivos propostos no estudo.

Triviños (1995) chama a atenção sobre o contexto de investigação, descrevendo-o como sendo ambiente natural e a fonte direta dos dados e o (a) pesquisador (a) o instrumento chave. Segundo o autor, a pesquisa qualitativa é descritiva, pois focaliza o processo e não simplesmente os resultados e o produto final, enquanto a lógica da compreensão se dá de forma indutiva, a partir da compreensão do significado de cada indivíduo sujeito do estudo.

Portanto, esta pesquisa será do tipo exploratória e descritiva, pois o seu foco essencial reside em explorar as práticas do cuidado à saúde da família por parte dos (as) enfermeiros (as).

Esse tipo de estudo exploratório-descritivo objetiva ainda aprofundar a descrição de determinada realidade. Procurou-se, assim, observar e registrar os fatores que se manifestaram durante todo o processo de desenvolvimento do estudo e que mantiveram relação com o cuidar em enfermagem. O fenômeno investigado foi a forma/tipo de cuidado dispensado pelos (as) enfermeiros (as) às famílias e o cenário familiar como local do cuidado de enfermagem, buscando entender se os(as)

enfermeiros(as) conseguem operacionalizar no cuidado à saúde da família como estratégia de reorganização da atenção primária ; caracterizar o cuidar em enfermagem no contexto familiar ; identificar os modelos de práticas do cuidado de enfermagem à família, de acordo com instrumento de organização da atenção à saúde da família

4.2 Participantes da pesquisa

O cenário deste estudo foi constituído por todos (as) enfermeiros (as) que atuam no Distrito de Vila Esperança composto por 14 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas nas seguintes localidades: Coqueiro, Estiva, Itapera, Quebra Pote, Maracanã, Vila Nova República, Vila Sarney I e II, Vila Esperança I e II, Pedrinhas I e II e Tibiri I e II, todas localizadas na zona rural do município de São Luís – MA, cuja população é de 889.129 habitantes, conforme dados registrados no Sistema de Informação de Atenção Básica -"SIAB".

São Luís é reconhecida como a "Athenas Brasileira". A cidade dispõe de um ambiente urbano único, com ladeiras, escadarias, vielas e becos. Foi tombada como Patrimônio Histórico e Artístico da Humanidade, pela UNESCO, em 1997.

No séc. XVII, a economia local era baseada na exportação do algodão e do açúcar, os quais foram responsáveis pelo seu desenvolvimento. Hoje, o destaque da economia de São Luís fica por conta do Turismo, Indústria, Comércio e Pesca.

No distrito em estudo, cuja população adscrita é de 9.667 famílias cadastradas e assistidas pelas ESF, a atividade econômica evidenciada é a prestação de serviços para os setores primário e secundário como a Indústria (metalurgia, cervejaria, etc.), produções artesanais, agricultura de subsistência e o desenvolvimento de atividades culturais como: a festa anual da juçara, o bumba boi

de Maracanã, etc. Apresenta um fluxo migratório intenso, formando imensas áreas de invasões, onde se aglomeram famílias com condições mínimas de sobrevivência, as quais provêm do interior do Estado em busca de dias melhores.

Os sujeitos foram selecionados de forma intencional, identificando-se os (as) enfermeiros que atuam nas ESF no distrito objeto desse estudo e que se dispuseram espontaneamente a colaborar com o estudo, sendo informados da possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo. Também foi considerado o compromisso de anonimato das informações, atendendo-se as exigências da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece princípios éticos de pesquisa, envolvendo seres humanos.

A intencionalidade da escolha deu-se pela minha inserção em uma das Equipes de Saúde da Família no distrito em estudo, em virtude da relação muito próxima com os sujeitos envolvidos nesta pesquisa.

4.3 Caracterização dos sujeitos

No intuito de conhecer melhor os sujeitos deste estudo, fez-se necessário além da entrevista, uma observação aprimorada pela entrevistadora durante o diálogo, e conversas informais, onde se observou a disponibilidade para participar, demonstrando satisfação e interesse em colaborar com as informações que eventualmente fossem necessárias para a composição do estudo. É importante ressaltar-se que esse momento de contato com os sujeitos do estudo serviu também para demonstrações de preocupações sobre visões particulares a respeito da prática onde se manifestaram situações incômodas que se traduziram em desabafos de angústia e de inquietações do seu cotidiano. O interesse em participar talvez se

deva à crença de que a partir desse estudo se possa deflagrar algum tipo de contribuição na mudança de atuação do (a) enfermeiro (a) no cuidado à saúde da família.

Ao iniciar a entrevista, alguns participantes manifestaram interesse em dispor de um tempo para o que elas chamaram de "tempo de reflexão", atribuindo a tal intenção a preocupação de responder a todas as questões solicitadas da forma mais neutra possível; em outros momentos, foi preciso que se cuidasse diligentemente para cumprir os objetivos propostos, já que a vivência dos (as) entrevistados (as) se apresentava potencialmente rica fazendo com que em algumas situações se tivesse dificuldade para não fugir dos objetivos. Outros (as) participantes, no entanto, precisaram de mais de um momento para se conseguir reunir as informações necessárias dado que o uso de respostas muito resumidas sobre os problemas investigados fosse um fator limitante do ponto-de-vista exploratório. Foram por demais interessantes algumas respostas dos (as), entrevistados (as) de onde emergiram experiências pessoais, demonstrando envolvimento emocional com as famílias, fato que pode sair dos limites deste estudo, mas que de certa forma denunciam que as condições de vida das famílias não passam despercebidas ao olhar afetivo dos profissionais de enfermagem, quando muitas vezes enfrentam situações onde a resolutividade não se encontra em seu nível de atuação.

Os participantes do estudo foram enfermeiros (as) em número de (14) com idade entre 25 e 30 anos na sua maioria, sendo (03) do sexo masculino e (11) do sexo feminino e egressos, da Universidade Federal do Maranhão (13) e (1) da Universidade do Rio de Janeiro- UNIRIO, caracterizando com isso um quadro de profissionais eminentemente jovem. Alguns com curso de especialização em Saúde

Pública, outros estão em fase de conclusão em outras especializações (Especialização em Saúde Pública com área de concentração em Saúde da família) oferecido pelo Pólo de Capacitação/ UFMA.

4.4 Instrumento e coleta de dados

No desenvolvimento deste estudo foram realizados alguns procedimentos no intuito de responder às indagações propostas.

Em princípio, foram realizados contatos com a coordenadora estadual do programa (PSF), na Gerência de Qualidade de Vida (GQV) e com a coordenadora municipal, na SEMUS, a fim de obter-se autorização para desenvolver o estudo e acessar as informações sobre a implantação e/ou expansão estadual e municipal do programa.

Na coleta de dados, foi utilizada como instrumento a entrevista semi-estruturada realizada pela própria pesquisadora, o que permitiu um diálogo programado com os (as) enfermeiros (as), sobre características da sua atuação na assistência à família no PSF, além de outros dados subjetivos, relacionados com o objeto de estudo.

Para documentar os dados, foi utilizado um gravador, com anterior solicitação da permissão dos entrevistados, com o intuito de captar-se as informações com maior fidedignidade, tendo-se o cuidado para que todas as falas fossem registradas e representassem o material coletado de onde se processariam as análises. Para efeito de compreensão, os depoimentos foram transcrito na íntegra e complementado com anotações oriundas de observações.

A entrevista consiste numa conversação caracterizada pela arte de fazer perguntas e ouvir o outro, Fontana e Frei (1994). Embora a entrevista objetive colher

informações, constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas (TRENTINI; PAIM 1999; HAGUETTE, 1995).

Optou-se por esse tipo de instrumento considerando, de acordo com Polit e Hungler (1995), os elementos positivos da entrevista, haja vista que pode ser realizada com todos os entrevistados. Presta-se menos a uma interpretação errônea, por parte dos respondentes, devido à presença do entrevistador para determinar se as perguntas foram entendidas de maneira correta; os entrevistadores conseguem produzir informações adicionais através da observação, porque se encontram em posições de observar ou julgar o nível de compreensão, grau de cooperação, estilo de vida e outras características dos respondentes, podendo contribuir com o melhor entendimento da realidade e da informação obtida.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho em dias e horários previamente estabelecidos, onde os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Por motivo de imprevistos (por exemplo: licença maternidade) algumas entrevistas realizadas no domicílio dos sujeitos, porém também em dias e horários programados.

A coleta de dados foi realizada no período de maio à julho de 2002, através de entrevistas semi estruturadas com utilização de gravador, observação e diário de campo.

O material produzido pela observação e pelo diário de campo será objeto de análise em estudo posterior.

Após as entrevistas gravadas foram realizadas transcrições logo em seguida, onde pôde-se constatar em algumas situações, a necessidade de se

refazer algumas delas, quando observou-se que a entrevista inicial não respondia plenamente os questionamentos do estudo.

Para Minayo (2000), a entrevista faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, em que, intencionalmente, o pesquisador recolhe informações, através da fala dos atores sociais. Enquanto Leopardi (2001) enfatiza ser a entrevista o procedimento mais usual no trabalho de campo, para obtenção de dados objetivos e subjetivos sobre determinada temática.

A entrevista tem a vantagem essencial de que são os mesmos atores sociais que proporcionam os dados relativos as suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, coisas que, pela sua própria natureza, são impossíveis perceber-se de fora. Ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida para falar sobre tudo aquilo que pensa e sente do que têm experimentado.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente de informalidade com duração em média de 30 (trinta) à 40 (quarenta) minutos.

Segundo Sabino (1978) todas as formas de entrevista com pouca formalização possuem a vantagem de permitir um diálogo mais profundo e rico, de apresentar os fatos em toda sua complexidade, captando não a penas as respostas aos questionamentos mas, também os sentimentos dos sujeitos pesquisados.

A modalidade de entrevista semi-estruturada permite que o informante aborde livremente o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2000).

Realizou-se a entrevista através da utilização de questões norteadoras, objetivando-se coletar informações sobre como os (as) enfermeiros (as) configuram o cuidar através da estratégia do Saúde da Família, como caracterizam o cuidar em enfermagem no contexto familiar junto ao PSF, caracterizar o rol de ações/atividades

desenvolvidas pelo (a) enfermeiro (a) no PSF, relacionado à interação com seus espaços micro e macrosocial.

A entrevista bem conduzida flui como uma conversa informal, em que correções e esclarecimentos acontecem e a tornam eficaz no processo de obtenção das informações desejadas (TRIVIÑOS, 1992). Outro aspecto importante do estudo exploratório descritivo refere-se ao caráter reflexivo nas etapas de investigação em que a coleta e análise se intercalam para que possa ser ampliado e aprofundado o diálogo, objetivando-se esclarecer fatos relevantes obtidos nas entrevistas.

Além da entrevista semi-estruturada utilizou-se um caderno do tipo diário de campo para registro de possíveis depoimentos que ocorriam fora do momento da entrevista e que se apresentavam importantes como informações do estudo.

Esse tipo de instrumento oferece elevado grau de possibilidade de registros, de depoimentos que poderiam ter escapado ao olhar do observador no momento da entrevista.

A despeito de utilizar esse recurso em alguns momentos, a pesquisadora sentiu-se muito parte do contexto, tendo que realmente controlar a sua participação para que a intensidade do envolvimento não pudesse comprometer a obtenção, nem o significado das informações fornecidas, por ser participante de uma das equipes do Saúde da Família onde se desenvolveu este estudo.

A inter-relação com os sujeitos desse estudo de forma afetiva, ou existencial, o dia-a-dia, poderia interferir nas informações coletadas.

5 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Práticas de enfermagem a família e modelo de ciclo de vida

Para melhor compreensão e análise dos resultados foram organizadas as falas em grupos de informações que dessem possibilidades de visualizar as estratégias utilizadas pelas enfermeiras no cuidado de saúde das famílias.

Considerando-se os objetivos do estudo, tomamos como orientação para organizar os dados construídos nas reflexões iniciais , em torno do modelo de ciclo de vida, e a partir dele ir observando, como (as) os enfermeiros (as) operacionalizam o cuidado a saúde da família através das ações desenvolvidas pelo PSF no cotidiano de suas práticas.

A escolha desse modelo não ocorreu de forma aleatória, mas pelo fato de nas primeiras observações ter se encontrado uma grande representatividade de ações de enfermagem voltadas para o atendimento de necessidades que se relacionavam a grupos de idade

Nos depoimentos (das) dos enfermeiros (as) a respeito de como conseguem operacionalizar o cuidado, observou-se uma grande concentração de práticas em forma de atividades e ou procedimentos centrados na atenção individual, prevalecendo a idade, estado fisiológico, monitoramento de estados patológico, correspondendo a uma aproximação do modelo de ciclo de vida familiar, estando ressaltada a idade como forma mais presente de organizar a clientela (criança, adolescente, adulto, idoso).

Ao tratar-se das práticas de cuidados de enfermagem, da saúde da família, a partir do olhar de sua organização em ciclos de vida, torna-se importante

considerar o valor de tal modelo na dinâmica que pode se estabelecer na família, que tomada a partir do ciclo de vida em termos de relacionamentos intergeracional da família, ganha um significativo destaque na organização do cuidado a saúde da família, na medida em que as idades classificam eventos naturais da vida familiar ao longo do tempo onde seus contextos pode-se desenvolver aprofundamentos necessários, sobre os problemas e as forças familiares para sua resolução. A constatação de tal entendimento pauta-se em observações retiradas dos depoimentos das enfermeiras, cuja íntegra, ilustra os próximos escritos.

Conseguimos operacionalizar a saúde da família, na medida em que se tenta atender a todos os seus membros.

Tem sido muito complicado, é muito difícil operacionalizar as ações do programa. O máximo que se pode fazer no momento é atendimento dentro da unidade básica; realizando consultas de enfermagem a criança, e aos adultos, pessoas do programa de diabetes, hipertensão, tuberculose

Também atuamos nos cuidados de pré-natal, consulta de puerpério, e planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino, são procedimentos e cuidados realizados frequentemente onde é detectado algumas situações que exigem encaminhamentos para outros profissionais.

Tem atividades na UBS que são dirigidas para o tratamento de doenças (diarréias nas crianças, infecções respiratórias). Tem também o programa de vacinação, além da avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças.

A gente trabalha um sistema bem individualizado, atendendo particularidades. Essa é a forma encontrada de se atender aqueles que procuram os serviços de saúde "

Às vezes a estratégia da visita domiciliar é só para acompanhar a evolução de uma patologia de um membro da família.

Aqui também, se atende menopausa, solicita exames, faz encaminhamentos para unidades de referência."

O nosso trabalho ainda é assim, desenvolvido de forma tradicional, através de programas da criança, mulher, gestante, idoso, é uma exigência dos programas pôr parte do Ministério da Saúde...

Nos depoimentos pôde-se observar que a família move-se unida através do ciclo de vida, sendo importante considerar que, para essa análise, se toma como base o modelo de família nuclear, conceito dominante entre as famílias que compõem a clientela atendida no programa de saúde da família.

Outra questão importante, em relação aos estágios de vida, é que quase sempre o ciclo de vida está associado a ritos de passagem, que se vinculam no cotidiano das famílias às próprias celebrações de cerimônias ou rituais ligados a momentos emocionalmente críticos da vida e influenciados diretamente por culturas sociais e familiares (casamento, nascimento batismo, puberdade, iniciação sexual, morte).

Nesse caso, cada estágio, indica um momento de transição da família para um novo estágio de vida, momento, onde alguns de seus membros é posto em evidência. Essas considerações podem iluminar reflexões a respeito das evidências de prática de enfermagem identificadas como atendimento a um membro da família onde recai o potencial de cuidados, e onde a enfermeira pode contribuir na ajuda de resoluções de crises familiares.

A propósito, ao abordar os ciclos de vida familiar, busca-se dar visibilidade ao fato de as famílias operem em momentos emocionalmente significativos de mudança, onde a prática da enfermeira entra para transformar a crise sempre inerente a esses eventos.

Tal consideração no cuidado à saúde tem relevância à medida que se toma o ciclo de vida da família como instrumento de balizamento do processo de cuidar, instrumento particularmente útil, que divide a história da família em estágios de desenvolvimento que se apresentam objetivamente previsíveis aos cuidados e às tarefas a eles associados, pois oferecem possibilidades de previsão, antecipando-se desafios que poderão ser enfrentados no estágio de desenvolvimento de uma família.

Na opinião de Carter e Mcgoldrick (1995, p. 11), embora o processo familiar não seja, de modo algum, linear, ele existe na dimensão linear do tempo.

A perspectiva do ciclo de vida familiar observa o desvio de padrões em relação ao funcionamento normal da família e de seus membros ao longo do tempo, formula problemas acerca do que a família seguiu em seu passado e sobre os cuidados empreendidos na saúde futura de seus membros.

Torna-se importante considerar que o modelo de ciclo de vida tem se apresentado do ponto-de-vista operacional como adequado para compor o desafio de organização do cuidado a família; no entanto, a idade não pode ser tomada como uma variável isolada de outros contextos sócio-culturais do cuidado à família.

5.2 Práticas de enfermagem a saúde da família e modelo de estágio de mudança

Ao considerar-se as formas de acesso das famílias aos cuidados de saúde, (alguns depoimentos dos enfermeiros), os fatores fundamentais ligados ao acesso ao cuidado, podem ser vistos como determinante do comportamento de promoção de saúde das famílias e podem-se constituir como uma variável relevante

para a prática de enfermagem à família. O acesso aos cuidados deve ser visto dentro de um sistema natural da relação que se estabelece entre vários níveis da hierarquia, e o seu equilíbrio poderá conduzir a um maior envolvimento do (a) enfermeiro (a) no processo de vida comunitário. Cada movimento num nível da hierarquia tem um movimento correspondente em todos os níveis. Nos depoimentos abaixo conseguem-se registrar ilustrações que podem orientar a organização do cuidado a família com base nos aspectos de acesso aos serviços:

O que é mais complicado é a visita domiciliar, a distância da unidade até as localidades onde as famílias moram é muito grande.

A equipe sempre tem muitas dificuldades de desenvolver trabalhos na comunidade por escassez de transporte.

A comunidade ainda tem necessidade de ajuda para se organizar, mas fica complicado nossa colaboração pelo número de atividades que se desenvolve na UBASF.

Esses são aspectos que se apresentam importantes para a mobilização do trabalho do enfermeiro, do ponto de vista prático, no campo da experiência profissional na operacionalização do PSF. As poucas iniciativas populares para organização do sistema de saúde em suas comunidades não vislumbram desdobramentos efetivos na área de saúde da família, fazendo com que as práticas diárias sejam desenvolvidas através de palestras na unidade e, geralmente, com enfoques centrados nos aspectos biológicos, não sendo comuns registros de eventos e iniciativas mobilizadoras como reuniões, encontros, fóruns populares, organizações associativas etc.

Atualmente, conforme alguns depoimentos, já se germinam algumas iniciativas populares e institucionais de organização dos conselhos municipais e

locais de saúde. Isto pode deixar o entendimento de que os traços sócio-culturais, permeando os sujeitos envolvidos nesse processo, transversalizam suas ações, o que se reflete diretamente na configuração das políticas locais. Estas como restrição ao desenvolvimento dos processos organizativos das famílias até o período em que foi realizada essa pesquisa.

Ao considerar-se a distancia entre a unidade básica e o domicílio familiar, acredita-se que pode estar envolvida a própria forma de organização da territorialização. No entendimento de Mendes et al (1995) se constitui em processos sociais de mudanças das práticas e culturas sanitárias, que do ponto-de-vista prático ainda não se têm oferecido capaz de se apresentar como estratégia operacional do acesso da família aos cuidados de saúde.

Urge, portanto, a necessidade de se reverem concepções no que diz respeito à organização de serviços de saúde para buscar-se identificar e sistematizar noções e conceitos que dêem conta do processo de territorialização, e com visitas a orientar a formulação e implementação de ações. Estas para promover mudanças nas formas de organização e no conteúdo da prestação de serviços à população, como favorecimento do acesso aos serviços de saúde. (MENDES, 1995).

As UBAS ganham força e hoje reúnem um número de profissionais que se organizam com uma missão mais abrangente: ser responsáveis por uma determinada população com seus problemas, suas necessidades de saúde. São, portanto, os profissionais que conferem direcionalidade às ações, através da intersetorialidade, onde vários setores acumulariam forças no sentido do alcance de melhorias de vida pelas famílias.

Já em 1993, Mendes et al. propunham o denominado *mapa inteligente*, que era uma representação gráfica interativa com os problemas que se

apresentavam no território, numa tentativa de organizar esta situação de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, dividindo em território-área, território-microárea e território-domicílio.

O fato nos leva a considerar que as práticas do cuidado de enfermagem à família transgridem ao âmbito interno da profissão, mesmo compreendendo-se a dimensão plural das exigências de demandas intelectuais. Isto esbarra em aspectos ou fatores que interferem em sua prática cotidiana no cuidado a família.

O caso do acesso aos serviços de saúde pela família ainda prescinde de maiores investimentos no que tange a um maior número de enfermeiros para garantir o acesso universal e igualitário a todos por parte dos gestores municipais que ainda que enfrentem muitas dificuldades. Estes podem mais deixar de enxergar as prerrogativas do direito de todos a ter acesso em serviços disponíveis e de qualidade.

Encontramos no modelo de estágio de mudança desenvolvido por Prochaska e Diclemente citado por Harris (1998), a explicação que, ao descrever-se e explicar-se diferentes estágios, que parecem ser comuns de que a premissa da mudança sugere que seja ela um processo não um evento manifesto pela presteza ou boa vontade para mudar.

Tal consideração não tem a pretensão de justificar possíveis acomodações por parte de alguns, mas, sobretudo, para, a partir de um olhar científico, compreender-se muitas dificuldades que se apresentam nas práticas do cuidado a saúde da família por parte dos enfermeiros do PSF.

5.3 A Prática de Enfermagem na família e o modelo de família ineficaz

O enfrentamento no cotidiano da prática do cuidado à família, dos riscos profissionais, se desvelam em depoimentos como esse.

Para algumas localidades o acesso é difícil, é perigoso, pelo alto índice de marginalidade; na minha área tem tudo que se possa imaginar, droga, álcool, violência, as famílias não ajudam, tem muitos problemas com os filhos adolescentes. Precisamos conhecer mais essas famílias.

Fica complicado no caso das visitas domiciliares, são localidades distantes, não se tem quase sempre transporte para o deslocamento, além do que existe um alto nível de marginalidade, nas localidades tornando o trabalho da enfermeira de família muito perigoso, é um desafio a cada dia.

O contexto em que é apresentado o depoimento retrata o papel do enfermeiro na abordagem de famílias que, no dizer de Carpenito (2002, p. 238-240), estariam classificadas como enfrentamento familiar ineficaz, constituindo uma série de fatores que se relacionam aos insuficientes repertórios familiares de mobilizar capacidades no próprio ambiente familiar ou redes sociais de apoio para superar as crises e/ou aflições relacionadas à saúde da família e de seus membros, no caso de famílias incluídas na classificação diagnóstica desse modelo.

Ao refletir sobre as potencialidades dos profissionais enfermeiros na operacionalização do Programa de Saúde da Família, é importante considerar-se os instrumentos disponíveis que tornam capazes os enfermeiros de propor planos de cuidado de saúde à família balizados nos depoimentos descritos. Pode-se observar o enfrentamento familiar ineficaz, que, no dizer de Carpenito (2002, p. 226), é um estado em que a família demonstra ou estar em risco de demonstrar comportamento

destrutivo em resposta a incapacidade de controlar os estressores internos e externos devido a recursos inadequados (físicos, psicológicos ou cognitivos).

A negligência no cuidado aos indivíduos pode gerar ações nocivas ao ambiente familiar e seu bem-estar cujos instrumentos para sua avaliação incluem inventários relacionados com a auto responsabilidade, gestão de estresse e sensibilidade ao meio em que está envolvido, contexto onde pode ocorrer distorção da realidade em relação aos problemas de saúde.

Os padrões de processos familiares alterados necessitam de atendimento a longo prazo por parte do enfermeiro e exigem intervenções necessárias para abordar a complexidade e magnitude dos problemas.

A agressão os danos físicos e morais, os emocionais da agressão são assuntos igualmente importantes em termos de sistemas de cuidado à família. Geram problemas subjacentes aos profissionais por parte de membros de família, como a hostilidade, pressão, o que evidencia a ligação entre a taxa de violação de nível comunitário com a própria aprovação comunitária e legitimação da violência.

No caso de famílias nessa situação de incapacidade de prover meios para resolução de seus problemas, o genograma/árvore da família se apresenta útil, pois contribui com a organização de valiosas informações para que se possa compreender a dinâmica familiar e ao mesmo tempo desenvolver o cuidado à saúde da família de forma mais adequada. No caso de famílias incluídas nesse contexto, de reflexão as cronologias familiares ganham relevância por apontar uma visão de um quadro trigeracional de uma família e de seu movimento através do ciclo de vida familiar contribuindo sobremaneira na exploração por parte da família quando seu funcionamento foi negativamente afetado. Tomando os escritos de Wright e Leahey (2002, p. 84-85). O genograma propicia dados ricos sobre relacionamentos da

família ao longo do tempo, podendo incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia, migração e ao mesmo tempo ser utilizado para desencadear informações úteis tanto para a família como para os enfermeiros, a respeito do estágio de desenvolvimento da família e outras áreas de importância para seu funcionamento da família. A tendência do esboço do genograma é seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. É importante considerar-se que durante a organização do genograma a participação da família é ativa para o desenvolvimento e complementação das informações que possam apresentar-se significativas para definir demandas de cuidados, conhecimento da realidade, ao mesmo tempo em que se oferecem capazes de tecer influência quanto à cooperação de todos os membros da família

5.4 A enfermagem no cuidado à família e as conquistas operacionais no PSF

No programa de Saúde da Família, ainda que perdurem as muitas avaliações dando conta das lacunas de desenvolvimento, é considerada pelos enfermeiros uma estratégia relevante, manifestada em depoimentos que se descrevem a seguir:

É muito interessante, e eu penso que só assim a gente consegue resolver os problemas de saúde pública, uma vez que você tem acesso ao domicílio daquelas famílias onde se pode observar, condições de vida da família

Eu acho que o PSF é muito bom do ponto de vista teórico, mas ao mesmo tempo em que tem uma bela filosofia o Ministério da Saúde cobra uma gama de atividades que faz os profissionais ficarem restritos a cumprir os seus mandamentos ou se correr o risco de demissão por não cumprir as metas.

A visita domiciliária, é uma grande arma uma atividade que precisa ser melhor desenvolvida, com mais adequação, e disponibilidade de recursos, pois uma coisa é se atender na Unidade Básica de Saúde, outra é você ir ao domicílio.

É importante o trabalho em equipe, multidisciplinar, dentro e fora da unidade.

O PSF, se apresenta também como estratégia de mobilização da comunidade, e isso dá mais coragem à família, elas são bem mais participativas, querem criar associações, cooperativas, já conseguem trabalhar em algumas situações em grupo, vão a UBAS e sempre estão prontas para participar dos movimentos ou eventos da comunidade. Se sentem valorizados por participar das mudanças.

Trabalhar com as famílias com as condições econômicas que ela tem, não é fácil, as vezes a desesperança se instala que chego a pensar que é o mesmo que dá murro em ponta de faca, falta tudo para elas, saneamento, emprego, moradia digna. Mas a força que elas tem é digno de elogio

Gradativamente, o programa (PSF) esta oferecendo resultados mesmo que se observe que eles chegam lentamente, pois o trabalho com as famílias de zona rural se torna mais difícil devido as dificuldades de entendimento, pelo desenvolvimento de capacidades para compreender a realidade , as pessoas tem poucos esclarecimentos a respeito das coisas , da vida, do mundo.de enfermagem a família.

O Programa Saúde da Família prevê uma mudança na lógica da atenção à saúde da família, mudança na prática, considerada pelos sujeitos do estudo como a própria consolidação do programa, numa espécie de pensamento reunido em torno do talento que liga como indicador de sucesso a chegada das mudanças até a execução no caso a família, *locus* onde acontece e se desenvolve o cuidado de enfermagem.

Corroborar-se Sousa (1998) quando diz que a família é o objeto precípua da atenção, vista a partir do ambiente social em que vive. É nesse espaço que se

constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Afinal, desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, iniciou-se um processo de repensar as práticas de saúde a que estavam submetidos os povos dos países subdesenvolvidos.

Quaisquer políticas ou programas desenvolvidos para atender às demandas do contexto familiar, como o Programa de Saúde da Família, por exemplo, assume lugar de referência o que podemos denominar de *novo fazer* em saúde, no qual as ações de cuidado e acompanhamento são pensadas para todos os componentes da família. Como no Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), onde a mudança requer que os objetivos sejam co-desenvolvidos entre enfermeiras e famílias dentro de uma estrutura de tempo realista. Com frequência, o estabelecimento, pela enfermeira ou pela família, de objetivos não realistas ou inadequados é uma das razões para a falha no trabalho com as famílias.

Como um dos objetivos principais, em uma intervenção na família, é mudar ou alterar a visão ou crenças da família sobre o problema ou doença, as enfermeiras podem ajudar seus membros na busca de respostas comportamentais, cognitivas e afetivas como alternativas aos problemas. Portanto, um dos objetivos da enfermeira é ajudar a família a descobrir suas próprias soluções para os problemas.

Em suma: a avaliação e intervenção nas famílias são geralmente eficazes e bem sucedidas se baseadas em objetivos terapêuticos claros.

Esse *novo fazer* pode ser entendido como parte do processo de humanização das práticas em saúde. O PSF tem como princípio básico o estreito relacionamento dos profissionais com a família, numa perspectiva de construção de vínculos de co-responsabilidade, possíveis somente com a consolidação de laços de confiança estabelecidos pela equipe, principalmente pela enfermeira, quando gera

espaços de intimidade e muitos segredam e partilham seus anseios, angústias e expectativas.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As conclusões do estudo apontam algumas questões importantes na operacionalização do PSF. Destaquem-se:

- Entre os enfermeiros do (PSF) se desenvolve um nível elevado de credibilidade crêem que as ações de saúde da família possam responder de forma mais organizada à operacionalização das políticas de saúde e acesso aos serviços de saúde.
- A tendência percebida pelos sujeitos do estudo é que com o PSF houve uma ampliação do acesso da população aos serviços, mas ainda perdura a configuração de um programa de saúde voltado para os excluídos,
- Ainda é freqüente nas práticas do cuidado de enfermagem à saúde da família, a abordagem a seus membros, desvelando-se de um lado um modelo de atenção individual, ficando claro nas análises que o modelo ainda vigente é de programas verticais propostos pelo MS e implementados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Estas ainda impõem regras que se apresentam limitadoras de abordagens à família de maneira mais integral. Não sendo possível englobar formas mais plurais do cuidado à família pelos enfermeiros, corre-se o risco de se mergulhar em meros padrões, formas e rotinas, quase sempre aplicados em outros contextos, são ainda presentes, exigindo que os mesmos estejam sempre atentos para evitar ações eminentemente ativistas desconectadas de um olhar científico.

- Durante o diálogo com os sujeitos do estudo sentiu-se a necessidade de rever concepções com respeito a organização dos serviços de saúde, buscando-se conceitos de territorialização, que orientem a formulação, implantação e/ou implementação de ações, para favorecer mudanças na prestação de serviços às famílias.
- Ficou evidente, durante o estudo, que nas atividades desenvolvidas ainda persistem traços muito fortes e marcantes do modelo assistencial hegemônico e a nova concepção da atenção à saúde centrada na família.
- Embora nas entrevistas não tenha ficado clara a referência ao modelo de ciclo de vida, fica implícito quase sempre o seu uso como forma de organização do cuidado as famílias, quando sempre é abordado pelo entrevistados a atenção à criança, ao adulto ao idoso; mesmo que não tenha havido referencias a respeito, o que pode apontar os aspectos teóricos e metodológicos do cuidado à família quando ainda precisam de abordagens de formação do profissional enfermeiro no angulo do estudo e aperfeiçoamento na área de saúde da família .
- Outras questões foram referidas, quanto às condições de marginalidade e violência a que estão expostas as famílias das comunidades; pela presença de usuário de drogas, alcoolismo, roubos, assaltos; maus tratos à família. Isto repercute de forma subjacente em muitas situações na própria exposição e falta de segurança dos profissionais do PSF. Fato que se apresenta como um componente redutor no desenvolvimento de trabalhos de enfermagem no campo da mobilização popular, organização das famílias, desempenho de ações

de promoção da saúde da família para o desenvolvimento de conquistas sociais dos grupos de famílias das comunidades.

- A presença de muitas famílias que na classificação de Carpenito é ineficaz poderia ser mais conhecida se a sua problemática fosse explorada com a utilização do genograma como instrumento para esclarecer o contexto familiar e orientar intervenções a partir da visão mais plural dos problemas familiares.
- Nos depoimentos a referência aos problemas tem bastante destaque. A problemática, no entanto, pouco tem sido apontada instrumentos que viabilizem observar o problema familiar numa perspectiva mais ampla a partir do que, se possam mobilizar repertórios para mobilização das famílias para a envolvimento como sujeito das transformações
- O contexto da prática de enfermagem no cuidado a família e a forma como organizam o cuidado mostram incapacidades operacionais que fogem ao nível de gestão e governabilidade da profissão, refletindo-se sobremaneira na complexidade de fatores que estão envolvidos na organização do cuidado, evidenciando toda a complexidade da prática profissional nas instituições.
- De acordo com os depoimentos, o acesso aos serviços de saúde da família, ainda prescinde de maiores investimentos, tanto no número de profissionais, para garantir o acesso igualitário, equânime, universal a todas as famílias em serviços de "qualidade", como na questão de insumos próprios ao desenvolvimento das ações (transporte, audiovisual, material educativo, etc.)

- Ainda perdura a concentração de ações na própria Unidade Básica de Saúde, estando presente entre os depoimentos que o contexto familiar é pouco explorado, o que sugere maior atenção, já que a visita domiciliar, como instrumento que medeia a aproximação entre o profissional e a família não tem sido quer pôr razões estruturais ou de prioridade de atenção ainda, aproveitada em toda a sua plenitude no contexto da organização do cuidado a saúde a família.
- É importante considerar-se que os resultados do estudo apontam, não obstante apresentar algumas características de práticas antigas, que se reproduzem sobre formas diferenciadas dentro do modelo novo, precisando-se de investimentos mais cuidadosos no campo do aperfeiçoamento dos enfermeiros na área de saúde da família.
- Sugere-se a ampliação do número de equipes para que haja cobertura total às famílias, com o intuito de melhorar as condições de saúde e de vida da população do distrito vila esperança.
- É necessário que os gestores garantam aos profissionais, que compõem as ESF, a possibilidade de planejar suas intervenções pautadas em problemas e necessidades reais de saúde e não de doença, através da direcionalidade e intersectorialidade das ações em parceria com outras forças, no sentido de proporcionar melhoria de vida às famílias.
- Quero registrar, ainda, que os intensos esforços para garantia dos avanços institucionais e gerenciais que o PSF vem imprimindo no Brasil só terá de fato sustentabilidade, se pactuarmos, negociarmos, estabelecermos acordos para a superação dos problemas acima

mencionados. E para tanto, exige vontade cooperativa e decisão das partes (gestores federal, estaduais e municipais). Caso contrário, a estratégia do PSF tenderá a se atomizar em milhares de modelos de atenção à saúde, reproduzindo os velhos males do sistema: ineficiência, inequidade, pouca resolutividade, insatisfação profissional e das famílias/ comunidades.

- Deverão ser enfatizadas as ações de promoção à saúde, principalmente através de atividades de educação em saúde, baseadas nas necessidades reais da população adscrita.
- Ainda consideramos que os resultados do estudo oferecem um referencial que pode ser utilizado em novos contextos de estudo possibilitando maiores explorações na operacionalização da prática de enfermagem à família apresentando-se como abertura de novos horizontes para a pesquisadora no campo do ensino e da pesquisa.
- Finalmente, temos a responsabilidade de lutar pelo maior de todos os desafios, o compromisso com a ética da esperança, a ética do futuro, que começa hoje na urgência de pagar a dívida com sociedade brasileira: o direito de ter direito à saúde para todas as famílias.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.I de. **Programa de Saúde da Família: significados e imagens.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2001. 136 p.
- ALTHOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em família: contribuição para construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar/ Coleta Rinaldi Althoff.** Florianópolis: [s.n.], 2001. 200. p. – (Teses em Enfermagem).
- ARIÈS, Phillipe. **História social da criança e da família.** 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1978.
- BAVELAS, J.B. Research into the pragmatics of human communication. **Journal of strategic and System Therapies.** v. 11, n. 2, p. 15-19. 1992.
- BELL, J.M. Signal events in family nursing. **Journal of family nursing.** In: WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** Tradução de Silvia M. Spada]. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.
- BERGER, P.L.; LUKMANN, T. **A construção social da realidade.** Petrópolis: Vozes, 1987.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília, 1998.
- _____. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF.** Brasília, 2000. 65p.
- _____.
- _____. **Programa de Saúde da Família.** Brasília: MS 1997.
- _____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/ 96.** Brasília, 1996.
- _____. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica.** Brasília: MS, 2000.
- _____. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília. MS. 1994.

_____. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. promulgada em 1988. IMESP. 1998,p.37.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher brasileira**. Rev. Promoção da Saúde. Ano 3. nº. 6 out, 2002, Brasília. 83p.

BUB, L.I.R. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

CARPENITO, Lynda Juall; R. N. M. S. N.; C.R.N.P. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. Tradução Ana Thorell.8 ed. Porto Alegre: Art-med. 2002.

CARTER, Betty., & McGOLDRICK, Mônica e colaboradores. **As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (2000). O lugar da família na política social. In: **A família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2000.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida :da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COOPER, David E. The idea of environment. In: COOPER, David E.; PALMER, Joy A. **The environment in question: thies and global issues**. New York: Routledge, 1992.

CRUZ, Guilherme Brada da. **Direito de família**. 2. ed. v. I. Coimbra, 1942. 1. p.

DAVIS, Flora. **Comunicação não verbal** . Tradução de Antonio Dimas, direção da tradução de Fanny Abramovich . São Paulo: Summus, 1999. (Novas buscas em educação; v. 5)

DENARDIM, M.L.; BECK, C.L.C; GONZALES, R.M.B. **Cenários de cuidado: aplicações e teorias de enfermagem**. Santa Maria: Palloti, 1999.

- FAWCET, Jaqueline. **Analysis and evolution of conceptual models of nursing**. Philadelphia: F.A. Company, 1983. cap. 1. p. 1-36.
- FERUSSON, Marilyn. **A conspiração aquariana, transformações pessoais e sociais nos anos 80**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1992.
- FONTANA, A.; FREY, H.J. **Interviewing: the art of science**. In: DENZIN N.K.; Lincoln, Y. S. **Hand book of qualitative research**. London: Sage, 1994.
- FREIRE, P. **A pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FOSTER, Peggy C.; JANSSENS, Nancy P. Dorothea Orem. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GENOFRE, Roberto Mauricio. **Família: uma leitura jurídica**. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/ Cortez.
- GENTILE, Marilena. **Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. a. 1. n. 1. ago/out. Brasília: 1999.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- HAGUETTE, Tereza M. Frola. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- HALL, Joanne. E.; & WFAVER, Barbosa Redding. **Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas**. In: BOYO, Sheryl T. **Base conceptual para la intervención de enfermería con las familias**. 1. ed. en español OPS/ OMS/ Washigton, 1990. p. 184-200.
- HANSON, Shirley M. H.; BOYD, T. **Family health care nursing: theory, practice and research**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1996.
- HERMIZ, Mary E.; MEININGER, Mary Betty Neuman. In: MARRINER, Ann. **Modelos y Teorias de enfermería**. Barcelona: Ed. Rol, 1989. p. 275-291.

HICKMAN, Janet S. Rosimarie Rizzo Parse. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 151-163.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores sociais 1998**. Rio de Janeiro, 1998. 250 p.

KALOUSTIAN, S.M. (Org). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortés, Brasília, DF, Unicef, 1994.

KLEFFEL, Dorathy. Tethuikuig the environmente as domain of nursing knowledge. **Advanced nursing science**, v. 14, n. 1, 40-51. p. 1991.

KLEIN, David M; WHITE, James M. **Family theories: an introduction**. Thousands Oaks: Sage Publications, 1996.

KRISTJANSON, Linda J.; CHALMERS, Karen J. Preventive work with families: issues facing public health nurses. **Journal of advanced nursing**: v. 16, n. 2, p. 147-153. Feb, 1991.

LANCASTER, Jeanete. Heisa Onega e Douglas Forness. **Teorias, modelos e princípios educacionais aplicados à enfermagem comunitária**. 7. ed. St. Louis, 1992.

LANCASTER, Santhope. **Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias, indivíduos**. 4. ed. Lisboa: Lisociência, 1999.

LEONARD, Mary Kathryn. LELUIU, Myra Estriu. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 164-173.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza; WOSNY, Antonio de Miranda; MARTINS, Margareth Linhares. Algumas teorias de enfermagem: Dorothea Orem – Teoria do alto cuidado. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: ed. Papa – livros, 1999.p. 74-80.

LIMA, Sílvia Cristina V. S. **Os programas de agentes comunitários de saúde na regional de São Luis**: representações sociais do cotidiano e da atuação dos agentes de saúde. São Luis: 1999. Dissertação de Mestrado - UFMA

LOBO, Marie L. Dorothy E. Jonhoson. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p; 108-120.

MACHADO, Maria Helena (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros no programa de saúde da família no Brasil**: relatório final. Brasília: MS, 2000.

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

MARRINER, TOMEY, A. **Nursing Theorists and their Works**. 3.ed. Missouri: Mosby, 1994.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing: belopment & progress**. 3. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1997. Cap. 16. p. 318-330.

MENDES, Eugenio Vilaça e cols. **Distritos Sanitários: o processosocial de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. In: ANDRADE, Selma Maffei de. et all. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL. 2001.

MERCER, Ramona T. Teoretcal perspectives on the family. In: Gilly Catherine L. et al. **Toward a sciencie of family nursing**. Mento Park; Califórnia: Addison- Wesley Publishing Company, 1989.p.9-39.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORIN, E. **Culturas de massa no Século XX: o espírito do tempo**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

- NOBRE, Raimunda N.L. **Saúde na família: uma utopia realizável**. São Luis: 1999. (Dissertação Mestrado) – UFMA.
- PESSINI, L. A saúde no Brasil: pesadelo, sonho ou esperança? **O mundo da Saúde**. v. 20, n. 3, maio/jun. 1999. (Editorial).
- PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Trad. GARCEZ, Regina Machado. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RAMOS, Carmem Lúcia Silveira. **Família sem casamento: de relação existencial de fato a realidade jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Saúde da Família**. Brasília: ABEn, v. 53, n. especial, p. 1-173. dez. 2000.
- RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- ROGERS, Martha E. **An introduction to the theoretical basis of nursing**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1970.
- SABINO, Carlos A. **Metodología de Investigación**. Venezuela: El Cid, 1978.
- SANTOS, Iraci dos et. al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- SCANZONI et., al., 1989. In : **Enfermagem Comunitária Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4. ed Lisboa : Lisociência, 1999. p.491_516p.
- SILVA, Pimentel. **A mulher e a constituinte**. São Paulo: Cortez, 1987.
- SOUSA, Maria Fátima de. A enfermagem reconstruindo a sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enf.** v. 53, p. 25-30, dez 2000. (Especial).

SOUZA, Heloiza Machado de. O Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde. In: **Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.24-32.

TALENTO, Bárbara, Jean Watson. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 254-267.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cortez Abrasco, 1995, 231p.

TINOCO, Adelson Luiz Araújo; MODENA, Celeira Maria. Economia Familiar: "Uma olhada sobre as famílias nos anos 90". **Anais... I Simpósio de Economia Familiar**. Universidade Federal de Viçosa. Imprensa Universitária. Viçosa – Minas Gerais, 1996.

TRALD, L.B.A. & BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 14, n. 2, p. 429-435, abr/ jun, 1998.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente – assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas práticas de saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 23, n.53, p. 6-19. 1999.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3. ed. São PAULO: Hucitec, 1999.

ZIMMERMAN, Shirley L. **Understanding family policy: theoretical approaches**, Newbury Park: Sage Publicationes, 1988.196 p.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WRIGHT, Lorraine M.; WRIGHT, Maureen Leahey. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. Tradução de Sílvia M. Spada. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MINTER

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DATA DA ENTREVISTA: __/__/__

HORA DA ENTREVISTA: Das _____ às _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

NOME: _____ SEXO: _____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

CARGO: _____ TEMPO DE SERVIÇO: _____

TITULAÇÃO: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1- Como você como enfermeira (o) consegue operacionalizar a sua prática no cuidado à saúde da família?
- 2- Você considera o PSF como base a família e o cenário familiar como local do cuidado de enfermagem?
- 3- Como o PSF se apresenta como estratégia de organização das famílias frente do seu desenvolvimento social-cívico?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Senhor Diretor(a),

Estou realizando uma pesquisa sobre Programa de Saúde da Família atuação do (a) enfermeiro (a) considerando que essa instituição foi eleita para fazer parte do cenário dessa pesquisa, necessito de sua valorosa colaboração no sentido de permitir meu acesso às (o) enfermeiras (o) que desenvolvem suas atividades profissionais nos centros de saúde, que são os sujeitos sociais do estudo.

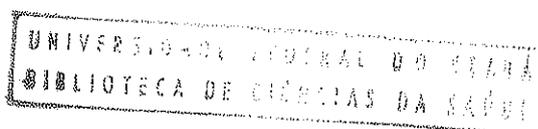
A pesquisa será desenvolvida no período de maio a julho de 2002, sendo que os dias e horários serão estabelecidos de acordo com o horário de serviço das(o) enfermeiras(o). Será utilizada a técnica de entrevista individual semi – estruturada com uso do gravador e norteadas por um roteiro (instrumento em anexo). Posteriormente será feito um exame analítico minucioso do material coletado através da técnica de análise e interpretação dos resultados.

Pelo presente, informamos que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problema, objetivos, metodologia, cronograma) e sobre os princípios éticos e legais preconizados pelo Ministério da Saúde. Contando com sua colaboração, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Maria de Fátima Lires Paiva

São Luís, _____ de _____ de 2003.



APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: atuação do(a) enfermeiro(a)

PESQUISA: Atuação da(o) enfermeira(o).

EU _____

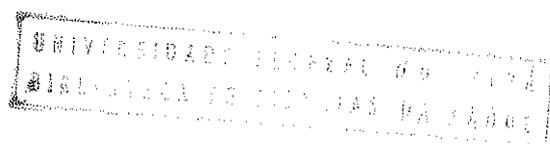
Enfermeira, que desenvolvo minhas atividades profissionais, no Centro Saúde do Maracanã _____ em São Luís-MA, recebi por parte da pesquisadora, esclarecimento detalhado sobre a pesquisa e procedimentos a serem utilizados, bem como dos objetivos, riscos e benefícios que poderão advir da referida pesquisa, onde se procura conhecer a atuação da(a) enfermeira(o) no programa de saúde da família. Foi garantido sigilo da identificação dos participantes e das informações colhidas. Declaro estar de acordo em colaborar com a responsável pela investigação e assino este consentimento por livre vontade.

Fica claro que posso a qualquer momento recusar a participar desta pesquisa sem nenhuma punição.

Assinatura da(o) enfermeira(o): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____



APÊNDICE D – Distribuição das Equipes de Saúde da Família por
Distrito e por Unidade/2002

DISTRITO	Nº	UNIDADES	LOCALIDADE	Nº DE EQUIPES
DISTRITO DA VILA ESPERANÇA	22	USF COQUEIRO	COQUEIRO	01
	23	C.S. LAURA VSCONCELOS	ESTIVA	01
	14	C.S. ITAPERÁ	ITAPERÁ	01
	89 e 18	C.S. MARACANÃ	MARACANÃ	02
	24 e 84	USF VILA SARNEY	VILA SARNEY	02
	13	C.S. QUEBRA POTE	QUEBRA POTE	01
	20 e 26	C.S. THALLES RIBEIRO GONÇALVES	VILA ESPERANÇA	02
	21 e 27	C.S. TIBIRI	TIBIRI	02
	28	C.S. PEDRINHAS I	PEDRINHAS	01
	16	C.S. PEDRINHAS II	PEDRINHAS	01
DISTRITO DO TIRICAL	29, 30 e 31	C.S.S. CRISTÓVÃO	S. CRISTÓVÃO	03
	35 e 36	C.S. JOÃO DE DEUS	JOÃO DE DEUS	02
	37 e 38	USF PIRAPORA	PIRAPORA	02
	08 e 32	C.S. VILA ITAMAR	VILA ITAMAR	02
	39, 40, 41 e 56	C.S. NAZARÉ NEIVA	CONJ. S. RAIMUNDO	04
	42, 44 e 45	USF CIDADE OLÍMPICA I	CIDADE OLÍMPICA	03
	46, 47 e 85	USF CIDADE OLÍMPICA II	CIDADE OLÍMPICA	03
	43, 53 e 58	USF CIDADE OLÍMPICA III	CIDADE OLÍMPICA	03
	15 e 48	C.S. SANTA BÁRBARA	SANTA BÁRBARA	02
	51 e 52	USF SANTA CLARA	SANTA CLARA	02
	49 e 50	USF JARDIM S. CRISTÓVÃO	JARD. S. CRISTOVÃO	02
	54 e 88	USF SANTA EFIGÊNIA	SANTA EFIGÊNIA	02
	33 e 34	USF SÃO BERNARDO	SÃO BERNARDO	02
DISTRITO DO COROADINHO	17	C.S. CARLOS MACIEIRA	COROADINHO	01
TOTAL DE EQUIPES				47 EQUIPES