

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EVANDRO DE SOUZA QUEIRÓZ

**ABORDAGEM FAMILIAR: UMA TEORIA SOBRE A  
EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE

2015

EVANDRO DE SOUZA QUEIRÓZ

**ABORDAGEM FAMILIAR: UMA TEORIA SOBRE A  
EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

BELO HORIZONTE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
2015

Q3a Queiroz, Evandro de Souza.  
Abordagem familiar [manuscrito]: uma teoria sobre a experiência de enfermeiro na estratégia Saúde da Família. / Evandro de Souza Queiroz. – Belo Horizonte: 2015.  
166f.: il.  
Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna.  
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Família. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Formação de Conceito. 4. Enfermagem Familiar. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 308

*Dedico esta tese a todas as pessoas que, ao longo da minha vida, em algum momento, se tornaram minha família. Aos que permaneceram e aos que se foram.*

*Tudo o que sou, os passos que dei, os caminhos que construí, corretos ou errados, certos ou incertos, planejados ou impulsivos, foi fruto dessas vivências.*

*Devo a minha concepção de família a todas essas pessoas.*

## **AGRADECIMENTOS**

Para a professora Cláudia:

Quatro anos de convívio nos tornaram ainda mais amigos. Te agradeço pela paciência, pelas orientações, por ter me apresentado a Teoria Fundamentada nos dados e por me acompanhar nesse longo percurso de construção da tese.

Para as enfermeiras e os enfermeiros que participaram desta pesquisa:

Agradeço por me acolherem em seu ambiente de trabalho, por dividirem comigo a experiência profissional e as histórias de suas famílias. Não seria possível concluir essa tese sem a importante participação de cada um.

Para a professora Sally Maliski:

Agradeço por me acolher nos meus estudos na Universidade da Califórnia de Los Angeles. Sua sensibilidade superou a barreira da língua e da cultura e me possibilitou um aprendizado único.

Agradeço aos amigos do NUPCCES pelas críticas e colaborações; à Patrícia Meneghini pelas rápidas e precisas transcrições; aos gestores e amigos do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix e da UNIFENAS pelo apoio e compreensão nas minhas “ausências”; à Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES por possibilitar o desenvolvimento do Doutorado Sanduiche; ao Colegiado de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG pelo suporte que me foi dado em todo o cumprimento do Doutorado; e a todos os professores do programa pelo conhecimento dividido durante as disciplinas.

A música abaixo dos Titãs me acompanhou durante o doutorado – me divertia, me concentrava e me fazia entrar no clima...

Família, família  
Papai, mamãe, titia,  
Família, família  
Almoça junto todo dia,  
Nunca perde essa mania  
Mas quando a filha quer fugir de casa  
Precisa descolar um ganha-pão  
Filha de família se não casa  
Papai, mamãe, não dão nenhum tostão

Família  
Família, família  
Vovô, vovó, sobrinha  
Família, família  
Janta junto todo dia,  
Nunca perde essa mania  
Mas quando o nenê fica doente  
Procura uma farmácia de plantão  
O choro do nenê é estridente  
Assim não dá pra ver televisão

Família  
Família, família,  
Cachorro, gato, galinha  
Família, família,  
Vive junto todo dia,  
Nunca perde essa mania  
A mãe morre de medo de barata  
O pai vive com medo de ladrão  
Jogaram inseticida pela casa  
Botaram um cadeado no portão

## RESUMO

A família sempre esteve na base da abordagem em saúde, mesmo quando as políticas públicas não faziam essa recomendação. No Brasil, os primeiros apontamentos políticos nesse sentido iniciaram-se a partir da criação do Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, da Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar do avanço inicial proporcionado por essa estratégia, o que se percebe, atualmente, é o distanciamento das diretrizes originais em relação ao cuidado familiar. Parte-se do pressuposto que a família, como unidade de cuidado e cuidadora, tanto pode ser promotora da saúde de seus integrantes, com ações que proporcionam uma vida saudável familiar, constituindo uma rede social de suporte às pessoas, como também pode contribuir para o processo de adoecimento de seus familiares, com imposição de normas limitantes culturalmente estabelecidas. Em contrapartida, cada família, por sua vez, também pode influenciar no processo saúde – doença. Diante do exposto, alguns questionamentos são apresentados: quais são as concepções de família construídas pelos enfermeiros? Como essas concepções influenciam em sua abordagem familiar? Como, de fato, a família tem sido utilizada como subsídio para a construção dos planos terapêuticos na Estratégia Saúde da Família? Como os enfermeiros percebem a inserção social das famílias assistidas e como esta interfere na abordagem familiar? Esses questionamentos embasam a tese defendida nesta pesquisa: a abordagem familiar pelo enfermeiro parte da sua concepção sobre o que é família, construída a partir de influências recebidas durante sua vida, que mantém relação direta com a sua forma de cuidar das famílias. Ainda, os fatores conjunturais aos quais as famílias estão socialmente submetidas conferem uma dinâmica específica ao conceito de família, que os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família não têm conseguido acompanhar, não incorporando essas mudanças à sua forma de abordar as famílias. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi construir teoria a respeito da abordagem familiar realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo, com abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados e referencial teórico no Interacionismo Simbólico. Foram entrevistados 26 enfermeiros com vínculo na Estratégia Saúde da Família. O resultado foi a criação de teoria a respeito da Abordagem Familiar baseada na experiência do Enfermeiro na Estratégia Saúde

da Família (TAFE-ESF), que apresenta quatro categorias principais. A primeira, denominada Concepções de Família, apresenta o conceito de família originado das vivências dos enfermeiros. A vivência de sua família inicial é responsável pela tradição, a vivência pessoal representa a experimentação e a vivência profissional confere ao conceito o componente diversificação. A segunda categoria, nomeada Conjuntura social, define o contexto onde as concepções de família são determinadas. Ela apresenta características da conjuntura social em que a abordagem familiar acontece e apresenta a relações entre família e sociedade. A terceira categoria, chamada Conjuntura em Saúde, apresenta os elementos conjunturais em saúde que possuem influência na abordagem familiar, desde aspectos micro políticos a macro políticos. E a última categoria, a própria Abordagem Familiar, apresenta os elementos que envolvem o cuidado realizado pelo enfermeiro nesse cenário. Essa categoria apresenta os atores sociais envolvidos na abordagem familiar e como se inicia a abordagem, as relações de cuidado para quem mora só ou mora com outros familiares. Apresenta ainda a figura de um novo ator, o Articulador Familiar, que ocupa importante papel na abordagem familiar. As principais contribuições deste estudo são direcionadas para a Enfermagem e para a Estratégia Saúde da Família, com a sistematização de teoria a respeito da abordagem familiar. Esse estudo ainda apresenta considerações a respeito do uso de ferramentas de abordagem familiar, da formação do enfermeiro para a atuação na estratégia saúde da família e dos documentos orientadores para a saúde da família no Brasil.

**DESCRITORES:** Família. Formação de Conceito. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem Familiar.

## **ABSTRACT**

The family has always been the basis for health care, even when public policies did not make that recommendation. In Brazil, the first political appointments for the family started up from the creation of the Public Health System and the Family Health Strategy. Currently, despite the initial breakthrough provided by this strategy, what we see is the distance of the original guidelines in relation to family care. Thus, the objective of this research was to build theory about the family approach carried out by the nurse in the Family Health Strategy. It is a qualitative study, with theoretical framework in Symbolic Interaction and methodological framework on Grounded Theory. They interviewed 26 nurses working in the Family Health Strategy. The result was the creation of the Family Theory Approach for nurse in the Family Health Strategy, with four main categories. The first, called Family Conceptions, presents the concept of family originated from the nurses experiences. The second, named Social Conjuncture, defines the context where the family concepts are determined and the family approach occurs. The third, called Health Conjuncture, presents the situational elements in health that have influence on the family approach. And the last, the very Family Approach, presents the elements that involve the care provided by nurses in this scenario. The main contributions of this study are intended for Nursing and the Family Health Strategy, through the systematic theory about the family approach. This study also presents considerations about the use of familiar approach tools, the training of nurses for the work in the family health strategy and policy documents for family health in Brazil.

**DESCRIPTORS:** Family. Concept Formation. Family Health Strategy. Family Nursing.

## LISTAS DE SIGLAS

ESF	- Estratégia Saúde da Família
GAPEFAM	- Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família
GT	- Grounded Theory
IS	- Interacionismo Simbólico
LEIFAM	- Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Família e Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAFE – ESF	- Teoria da Abordagem Familiar por Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família
TFD	- Teoria Fundamentada nos Dados

## LISTA DE FIGURAS

2.1 Interacionismo Simbólico	22
2.2 Construção da teoria fundamentada nos dados	27
2.3 Do fenômeno às subcategorias	29
2.4 Entre amostragens e codificações	30
2.5 Paradigma como ferramenta analítica	33
2.6 Entrevistas ocorridas em cada amostragem	36
3.1 Categorias centrais e periféricas da TAFE-ESF	42
3.2 TAFE – ESF	44
3.3 Construção das concepções de família	46
3.4 Relação entre moradores e habitações	49
3.5 Conjuntura Social e seus determinantes	56
3.6 Trocas entre Família e Sociedade	64
3.7 Abordagem Familiar e seus atores	67
3.8 Acionamento da abordagem familiar	70
3.9 Rede de cuidados de vizinhança e família	72
3.10 Articulador familiar e cuidador familiar	74
3.11 Habilidades necessárias ao enfermeiro para a abordagem familiar	75
3.12 Processo para a abordagem familiar	78
3.13 Lócus da Abordagem Familiar	80
3.14 Saúde da Família, níveis assistenciais e família	82
3.15 Relação entre entes federativos, políticas públicas, ESF e família	84
3.16 Categorias principais da TAFE - ESF e seus conceitos	88

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1.1 A minha trajetória com a saúde da família</b>	13
<b>1.2 A apresentação do problema de pesquisa e da tese defendida</b>	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	19
<b>2.1 A minha trajetória com o referencial teórico-metodológico</b>	19
<b>2.2 O Interacionismo Simbólico</b>	20
<b>2.3 A Teoria Fundamentada nos Dados</b>	26
2.3.1 Tipos de codificação na TFD	28
2.3.1.1 Codificação Aberta	28
2.3.1.2 Codificação Axial	28
2.3.1.3 Codificação Seletiva	29
2.3.2 Amostragens e Codificações	30
2.3.3 O uso de memorandos e diagramas	31
2.3.4 A elaboração final da teoria	31
<b>2.4 O percurso metodológico desta pesquisa</b>	33
2.4.1 Participantes da pesquisa	34
2.4.2 A coleta de dados	37
2.4.3 A análise dos dados	39
2.4.4 Questões éticas	40
<b>3 TEORIA DA ABORDAGEM FAMILIAR PELO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – TAFE-ESF</b>	41
<b>3.1 Concepções de família</b>	46
<b>3.2 Conjuntura Social</b>	55
<b>3.3 Abordagem Familiar</b>	67
<b>3.4 Conjuntura em Saúde</b>	82
<b>3.5 Juntando novamente as categorias</b>	87
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÕES</b>	90
<b>4.1 O conceito de saúde e a abordagem familiar nos sistemas de saúde</b>	90
4.1.1 Sistemas de saúde internacionais	90

4.1.1.1 França	91
4.1.1.2 Canadá	91
4.1.1.3 Inglaterra	92
4.1.1.4 Cuba	92
4.1.1.5 Família e abordagem familiar nesses sistemas de saúde	93
4.1.2 Sistema de saúde no Brasil	93
4.1.2.1 Família e abordagem familiar no sistema de saúde no Brasil	94
<b>4.2 Os elementos da TAFE-ESF na literatura</b>	<b>95</b>
<b>5 CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM E PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>102</b>
<b>5.1 Em relação ao uso de ferramentas de abordagem familiar</b>	<b>102</b>
<b>5.2 Sugestões para a formação e capacitação do enfermeiro</b>	<b>104</b>
5.2.1 Graduação	104
5.2.2 Especialização em Saúde da Família	105
<b>5.3 Sugestões para documentos oficiais em saúde</b>	<b>106</b>
<b>6 LIMITES DESSA PESQUISA E SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS</b>	<b>108</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>120</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>162</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A minha trajetória com a saúde da família

Cresci em uma família como o caçula de quatro irmãos. Ao olhar para eles, tentava ser um pouco do que eram – queria a coragem da minha irmã, a habilidade de um irmão e a força do outro. Sonhava, também, em ser trabalhador como meu pai. Seria invencível, ainda mais tutelado pelo olhar carinhoso e protetor de minha mãe e seu jeito único de me elogiar.

Era a minha visão ideal de família, na qual pude desenvolver muitas das características que ainda trago comigo. Longe de ser perfeita, muito antes pelo contrário, com todos os problemas pessoais, familiares e sociais que, pode-se dizer, todas as famílias têm, a minha foi apenas o início para as primeiras concepções.

Entenderia, mais tarde, que essas concepções transformar-se-iam de várias maneiras. Fui pai uma vez, antes de casar, separei-me em um tempo em que tais atitudes divergiam das convenções sociais da época. Ao tornar-me pai, uma segunda vez, ainda solteiro, a família tomou uma dimensão completamente inusitada e inesperada. Vivi relacionamentos nos quais pessoas se tornaram minha família em um momento, para depois deixarem de ser. Percebi, então, que família pode transformar-se de acordo com minhas vivências e que, por caminhos certos ou incertos, manifesta-se de novas formas.

Tornei-me enfermeiro, em meio a essas vivências, influenciado por exemplos existentes em minha família e por buscar uma profissão que me permitisse continuar com os valores cultivados ao longo da vida, de buscar o bem social e a autonomia das pessoas. Encontrei na Enfermagem essa possibilidade, principalmente nos espaços da Atenção Primária à Saúde. Ela possibilitou-me a aproximação do mundo científico, sem perder a possibilidade de fazer o bem indistintamente.

Na graduação, discuti o tema “família” sob os olhares interdisciplinares da psicologia, da sociologia e da antropologia e pude ampliar meus conceitos a respeito desse construto. Descobri o motivo de as famílias serem o centro de políticas públicas e fui apresentado a uma estratégia ainda em construção – a Saúde da Família.

A curiosidade sobre essa nova estratégia levou-me a trabalhar no interior do Estado de Minas Gerais, em um município que optou pelo PSF como prática reorientadora da Atenção Primária à Saúde. Lá, pude aprofundar-me sobre essa nova forma de trabalhar o cuidado em saúde e percebi que era a minha vocação como enfermeiro. Em minha prática profissional, ao abordar famílias, entendi como minhas condutas eram pautadas em minhas experiências pessoais e familiares. Vi que era essencial associar essas vivências ao campo profissional e científico.

Especializei-me em Saúde da Família, discuti, por ocasião do Mestrado, a integralidade do cuidado e, agora, apresento esta tese a respeito de concepções de família e abordagem familiar, sempre influenciado pelas minhas histórias, construídas ao longo da vida. As experiências familiar e profissional fazem, portanto, parte importante da contextualização do problema de pesquisa abordado neste estudo.

## **1.2 A apresentação do problema de pesquisa e da tese defendida**

A abordagem da família para o cuidado das pessoas adquiriu força política e social para ser incorporada em políticas públicas de saúde somente no último século, apesar de haver registros históricos de sua utilização desde as primeiras configurações sociais, como no Egito Antigo (ROSEN, 1994).

Após a segunda guerra mundial, os movimentos sociais e institucionais indicaram a necessidade de transformação do pensamento a respeito da sociedade, com foco na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas, o que teve repercussões em praticamente todos os setores públicos (BRASIL, 2002).

No setor saúde, a influência desses movimentos propiciou a discussão de diretrizes, tais como a universalização do acesso, a integralidade da assistência, com uma maior responsabilização governamental para a oferta de serviços. Constituíram-se, portanto, novos conceitos e foram propostas novas políticas públicas que conduziram a um cuidado mais próximo ao cotidiano de vida das pessoas, com a interpretação de problemas no território onde vivem e a valorização da participação popular (BRASIL, 1990).

Esta aproximação do território levou ao direcionamento para a família, pelo fato de esta ser naturalmente a mediadora entre as questões individuais e as coletivas, entre o público e o privado (ACOSTA; VITALE, 2005). Neste contexto, a família passou a ser vista como potencialmente importante no cuidado de saúde de seus integrantes. Assim, se, de um lado, seu equilíbrio poderia representar condições para uma vida saudável, de outro, sua desestruturação poderia significar adoecimentos ou agravos das condições de saúde de seus membros.

Nesta linha de pensamento, alguns países se tornaram pioneiros em reestruturar as políticas públicas em saúde com base na abordagem familiar e comunitária como orientadora da atenção primária à saúde, com vistas ao fortalecimento desse nível de assistência. Como exemplos, com influência no Brasil, podem-se citar os sistemas de saúde estruturados na Grã-Bretanha, na década de 1940, no Canadá, em 1960, e em Cuba, após a revolução, entre os anos 1950 e 1960 (CANADA, 2011; 2013; O'NEIL; MACGREGOR; MERKUR, 2012; CIVITAS, 2013; CUBA, 2012; KEKC; REED, 2012) .

Nesses países, assumiram-se como premissas básicas a universalização do acesso, a participação popular na gestão, a descentralização de serviços e a valorização do nível local nas decisões, com a implementação de estratégias voltadas para a saúde da família. Entretanto, enquanto em Cuba os profissionais de saúde estão inseridos no setor público, na Inglaterra e no Canadá esses profissionais normalmente são autônomos ou vinculados a parcerias entre o setor público e o privado (TANAKA; OLIVEIRA, 2005; CONNIL, 2000).

A proposta da saúde da família pauta-se na criação do vínculo e no fortalecimento das ações de promoção da saúde e na mudança de estilos de vida, com adscrição de clientela e com a tentativa de oferecer uma atenção primária de alta resolutividade. Enquanto Cuba conseguiu estabelecer melhores condições de assistência a um custo social e financeiro relativamente baixo, Inglaterra e Canadá viveram uma profunda transformação na estrutura de seus sistemas de saúde, na tentativa de diminuir os custos, mesmo na atenção primária à saúde (GOMEZ, 2001).

No Brasil, a primeira política que direcionou o modelo assistencial para as famílias surgiu com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 (BRASIL, 2007), doravante tratada com Constituição Federal, quando se determinou a descentralização da assistência, a integralidade do cuidado e a participação da comunidade. Nas entrelinhas, essa aproximação com o nível local direcionou uma reestruturação da Atenção Primária que culminou com a escolha da Estratégia Saúde da Família (ESF) como reorientadora do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das regulamentações e normatizações políticas que se seguiram à promulgação da referida Constituição.

Além disso, a ESF, estabelecida entre os anos de 1993 e 1994, pretendia reafirmar os princípios de universalização, regionalização, integralidade e de participação da comunidade, com vistas a reestruturar as práticas e as ações em saúde vigentes no País (BRASIL, 1997).

As diretrizes dessa estratégia pautam-se na adscrição territorial da população e nos determinantes sociais e culturais locais; no trabalho interdisciplinar composto por equipe mínima, com um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a educação e saúde numa proposta ampliada; a criação de vínculo e responsabilização com a comunidade; e a proposta de utilizar a família como “foco” para o cuidado (BRASIL, 2006).

A ESF pôs em cena a mudança do modelo assistencial proposta pela criação do SUS. Por ser fortemente vinculada ao nível local, assume as premissas e diretrizes

do novo sistema de proporcionar a integralidade do cuidado por meio da interação com a família, com seu ambiente e com seu cotidiano.

Entretanto, para a sua efetivação, tornava-se necessária a quebra do paradigma assistencial focado na doença por parte dos profissionais. Para isso, foi fundamental a apreensão de técnicas e de posturas que, efetivamente, promovessem a saúde das pessoas, por meio de planos terapêuticos que teriam a família como suporte, tanto para o cuidado individualizado, como para o coletivo.

Nesse contexto, o enfermeiro deve dividir algumas atribuições gerais com os outros profissionais da equipe, além de ter outras específicas, tais como o gerenciamento, tanto da equipe como da unidade básica de saúde, a capacitação permanente dos integrantes, além da assistência integral individual e coletiva a todos os ciclos de vida e aos agravos comunitários (BRASIL, 2006). Com essas atribuições, as ações dos enfermeiros na saúde da família no Brasil assemelham-se às desenvolvidas na realidade cubana, onde o enfermeiro tem forte participação no processo de gestão da assistência e na divisão de tarefas com o médico generalista da equipe (GOMEZ, 2001). Assim, a maior responsabilidade assumida, não somente pelo enfermeiro, mas por toda a equipe, é o reconhecimento efetivo da família como instituição e também como uma unidade promotora de cuidado das pessoas.

Entretanto, o que se observa no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família é que, apesar das diretrizes propostas, os profissionais continuam a propor seus planos terapêuticos fragmentados e de forma individualizada. Não consideram, na maioria das vezes, a estrutura sociofamiliar, abordando os ciclos de vida individualmente, sem visão de longo prazo, em um de cuidado que deveria ser integral.

Nesse sentido, dois aspectos merecem destaque: o primeiro é o reconhecimento da família como um espaço simbólico, onde acontece o intercâmbio entre gêneros e gerações e a mediação social entre a cultura e a sociedade. Desta forma, ela tem interferência direta no estado de saúde das pessoas, na subjetividade de seus desejos e na relação construída com o cotidiano (ACOSTA; VITALE, 2005; SILVEIRA, 2000). O segundo é que os próprios profissionais da equipe, entre eles o

enfermeiro, constroem significados próprios (culturais e sociais) do que é família, o que pode interferir em sua abordagem familiar.

Parte-se do pressuposto que a família, como unidade de cuidado e cuidadora, tanto pode ser promotora da saúde de seus integrantes, com ações que proporcionam uma vida saudável familiar, constituindo uma rede social de suporte às pessoas, como também pode contribuir para o processo de adoecimento de seus familiares, com imposição de normas limitantes culturalmente estabelecidas. Em contrapartida, cada família, por sua vez, também pode influenciar no processo saúde – doença (ELSEN, 1994).

Diante do exposto, alguns questionamentos são apresentados: quais são as concepções de família construídas pelos enfermeiros? Como essas concepções influenciam em sua abordagem familiar? Como, de fato, a família tem sido utilizada como subsídio para a construção dos planos terapêuticos na Estratégia Saúde da Família? Como os enfermeiros percebem a inserção social das famílias assistidas e como esta interfere na abordagem familiar?

Esses questionamentos embasam a tese defendida nesta pesquisa: a abordagem familiar pelo enfermeiro parte da sua concepção sobre o que é família, construída a partir de influências recebidas durante sua vida, que mantém relação direta com a sua forma de cuidá-las. Estas estão socialmente submetidas a fatores conjunturais, os quais conferem uma dinâmica específica às famílias, que dificultam o acompanhamento de mudanças ocorridas por parte dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, o que pode interferir no cuidado desenvolvido com as famílias e com a forma de abordá-las.

Assim, este estudo teve por objetivo construir teoria a respeito da abordagem familiar realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

### **2.1 A minha trajetória com o referencial teórico-metodológico**

Em 2011, deparei com a necessidade de aprofundar estudos sobre a abordagem familiar a partir da percepção de que o trabalho centrado em famílias na ESF havia se distanciado das diretrizes originais e se tornado um fenômeno complexo a ser estudado. Portanto, constituía um bom objeto de estudo para uma tese de doutoramento.

Apresentei a ideia para a professora Cláudia Maria de Mattos Penna, que me sugeriu a leitura do texto que comentava o livro “The Discovery of Grounded Theory”, de dois autores ainda por mim desconhecidos – Glaser e Strauss. O texto abordava a epistemologia do método e suas aplicações e despertou-me grande curiosidade e interesse.

Em tempos virtuais, inscrevi-me em grupos de discussão da Grounded Theory (GT) e identifiquei propriamente as diferenças entre os seguidores de Glaser e os de Strauss. Confirmei meu interesse pela teoria intuitiva, interpretativa, na qual o autor se envolve com os dados em proximidade, representada pelos seguidores de Strauss.

No aprofundamento da linha straussiana, conheci a obra de Juliet Corbin e identifiquei-me com o grande rigor metodológico desse enfermeira. Deparei com os livros de Kathy Charmaz e vi a possibilidade de aproximação com outras correntes de pensamento, nesse caso, representadas pelo construtivismo. Pude conhecer a visão pós-modernista de Adele Clarke a respeito da Grounded Theory.

Ainda no caminho de aprofundamento da Grounded Theory, no ano de 2014, fiz o doutorado-sanduíche na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, onde, sob a tutoria da doutora Sally Maliski, pude aperfeiçoar as técnicas de análise e traçar o caminho epistemológico entre a escola sociológica americana, o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados.

A trajetória descrita influenciou-me na decisão pelo referencial teórico-metodológico que será apresentado a seguir, fundamentado no Interacionismo Simbólico e na Teoria Fundamentada nos Dados.

## **2.2 O Interacionismo Simbólico**

O referencial teórico-metodológico que fundamenta o presente estudo é o Interacionismo Simbólico (IS). Tal referencial coaduna-se com os objetivos propostos para esta pesquisa, por entender que a abordagem familiar na saúde é repleta de significados, tanto técnicos quanto sociais e culturais, e que, neste contato, ela se modifica e constrói novos conceitos.

Epistemologicamente, o IS apresenta raízes complexas, com inspiração oriunda de diversas fontes e de vários autores, entre filósofos, educadores e sociólogos (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Entretanto, as principais influências originam-se da Psicologia Social e do pragmatismo da Escola de Chicago, em figuras como John Dewey e George Herbert Mead (STRAUSS; CORBIN, 2008), que defendem a ideia de que a mente é fruto de uma relação do indivíduo com a situação, que se realiza por meio de uma dimensão de símbolos.

Os primeiros pressupostos teóricos que fundamentam o IS foram desenvolvidos por George Herbert Mead (1863-1931), filósofo americano da Escola de Chicago, de grande influência na Sociologia e na Psicologia Social (CHARON, 2009).

Mead teve três grandes influências filosófico-teóricas – o pragmatismo, a teoria da evolução darwiniana e o behaviorismo, para a construção do Interacionismo Simbólico.

Do pragmatismo assumiu as ideias de que os seres humanos quase sempre buscam interpretar o ambiente em que vivem e que os objetos nesse ambiente somente são

notados e têm significados de acordo com a sua utilidade na situação vivenciada. E que, para entender o ser humano, é necessário compreender suas ações, as causas e consequências de suas ações, a percepção de suas próprias ações e das ações dos outros (CHARON, 2009).

Charles Darwin influenciou Mead por meio de seus estudos evolucionistas. A interação social e os objetos sociais envolvidos descritos por Mead (1934) apresentam claramente ação evolucionista. Por meio da interação, as coisas modificam-se e evoluem, fazendo com que a “espécie” humana apresente características que são únicas, como o desenvolvimento de uma complexa linguagem, intermediada por símbolos (CHARON, 2009).

Do behaviorismo, Mead assimilou a sistematização da análise do comportamento humano. Essas três influências são fortemente encontradas no seu trabalho (CHARON, 2009).

Por sua vez, Mead é considerado o principal influenciador do pensamento de Herbert Blumer, que sistematizou o Interacionismo Simbólico como referencial teórico-metodológico (BLUMER, 1969). Ele afirma que o significado é um produto social, uma criação originada das atividades dos indivíduos à medida que ocorre a interação entre eles.

Três são as premissas que vão ao encontro desta condição apresentada (BLUMER, 1969). A primeira diz “que as ações que as pessoas produzem em relação às situações, mesmo laborais, são fruto de significados que elas apreenderam ao longo de sua experiência”. O enfermeiro, por exemplo, já apresenta conceitos a respeito do que é família, fruto de experiências vivenciadas em sua família de origem e em sua própria vida, antes mesmo de sua atividade profissional baseada na abordagem familiar.

A segunda diz que esses “significados inicialmente construídos se modificam nas interações sociais propostas pelo fenômeno”. A interação do enfermeiro com famílias é frequente no seu cotidiano na ESF, com modificações dos significados a partir desse encontro permanente.

A terceira afirma que esse “novo significado criado por meio da interação pode modificar a própria prática inicial”. Nesse sentido, a experiência pode fazer a diferença na construção de significados mais conformes à realidade social das famílias.

Para Dupas e colaboradores (1997), o Interacionismo Simbólico preconiza e permite a interação do pesquisador com o fenômeno social a ser pesquisado, entendendo que dele podem emergir novos conhecimentos importantes.

A Figura 2.1 apresenta esquematicamente o Interacionismo Simbólico:

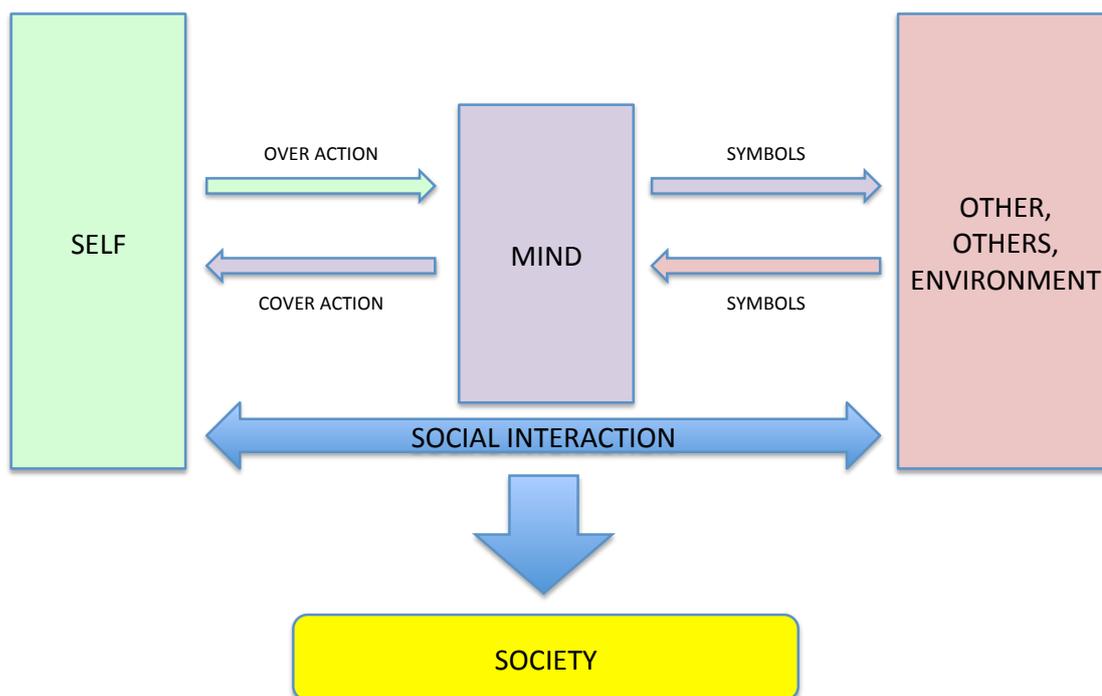


Figura 2.1: Interacionismo Simbólico.

Fonte: Memorandos de referencial teórico, baseado em Charon (2009), 2012- 2015.

O esquema teórico representado na Figura 2.1, baseado no livro de Charon (2009), descreve a base do Interacionismo Simbólico, que é a interação.

Alguns elementos descritos são considerados objetos sociais, enquanto outros são considerados como ações. Dos elementos principais, *Self* (SELF), *Symbols* (SÍMBOLOS), *Society* (SOCIEDADE), *Other* (OUTRO) e *Environment* (AMBIENTE) são objetos sociais, ao passo que *Mind* (MENTE), *Human Action* (AÇÃO HUMANA) e *Interaction* (INTERAÇÃO) são ações.

Cabe diferenciar os objetos físicos e os sociais? Os primeiros são aqueles apresentados como são/estão na natureza; os segundos são esses mesmos objetos, porém quando assumem papel na interação social, quando adquirem significado para uma situação ou uma ação. Objetos sociais também são representados por emoções, pelo passado, pelo futuro, por ideias ou perspectivas e, mesmo, pelas outras pessoas (BLUMER, 1969). Os objetos, para os seres humanos, são identificados, catalogados, interpretados e ganham significado social em uma interação. De acordo com a situação ou os sujeitos envolvidos, os mesmos objetos têm significados sociais distintos. Por exemplo, uma árvore tem significados distintos para um ambientalista ou para um lenhador. O construto “família” tem sentidos diferentes para enfermeiros que cresceram em condições culturais distintas.

Retornando ao elemento central do IS, a interação ocorre mediada por SÍMBOLOS entre objetos sociais, representados pelo SELF, pelo AMBIENTE, pelo OUTRO, ou pela SOCIEDADE.

O SÍMBOLO é definido como um objeto social utilizado intencionalmente para comunicar ou representar alguma coisa. Palavras são os mais importantes símbolos na interação e diferem a espécie humana dos outros animais. A Linguagem, nesse esquema teórico, aparece como um sistema simbólico capaz de fazer a comunicação (BLUMER, 1962). A Linguagem é o conjunto de instrumentos que os indivíduos usam para ordenar a experiência e é usada para distinguir, generalizar, diferenciar-se no ambiente. O mundo pode ser definido como uma diversidade de significados que emergem por meio da linguagem.

Os símbolos assumem papel central na interação, pois permitem que a realidade social seja percebida, entendida e interpretada pelas pessoas. Também são os responsáveis por possibilitar a vida social, por meio da cultura, da socialização, da

cooperação e da apreensão do conhecimento. Têm, ainda, papel importante na vida individual, quando possibilitam a nomeação das coisas, o processo de interação consigo mesmo, a deliberação diante de uma situação-problema, a transcendência em espaço e tempo (indo para o passado ou para o futuro) e a criatividade (CHARON, 2009). São, portanto, a interpretação que cada um tem daquilo que vê. Por meio deles, interage-se, constroem-se significados e conceitos, reage-se frente à realidade. Eles constituem representações explicativas de uma dada realidade e permitem a compreensão entre os indivíduos.

Lopes e Jorge (2005) descrevem o SELF como:

A natureza do próprio ser humano concebe o self sendo social, através da interação com os significados do outro, na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direção e manipulação da própria vida. É forma do pelo Eu e Mim, sendo o Eu a resposta para as atitudes do outro, o lado impulsivo, espontâneo e que não age porque interage simbolicamente com si próprio. O Mim é a organização das atitudes, é o outro generalizado, composto de padrões organizados, consistentes, compartilhados com outros.

Mead (1934) divide o desenvolvimento do SELF em quatro estágios. O primeiro acontece ainda na infância, quando a linguagem ainda não foi desenvolvida e ocorre a replicação de atos praticados pelos adultos por meio da observação. O segundo envolve o aprendizado da linguagem para comunicação. O terceiro é a evolução do segundo, com a aplicação da linguagem na interação com os outros, assumindo papéis diante da situação. O envolvimento com grupos diversos e o amadurecimento do SELF representam o quarto estágio.

A ação de pensar é chamada pelo IS de MENTE. Não deve ser entendida como um órgão, nem como a inconsciência. A ação de pensar é intencional e acontece o tempo todo quando estamos acordados, fazendo-nos tomar decisões e optar por caminhos distintos diante de uma situação. A MENTE surge da interação com os outros, é dependente de símbolos e serve como ação para o SELF.

A ação do pensamento (MENTE) não é perceptível pelas outras pessoas e é representada no esquema da Figura 2.1 como “Covert Action”, uma ação encoberta aos olhares dos outros (MEAD, 1934). A MENTE atua em direção ao SELF. Ela

também faz direcionamentos de ações para o SELF em relação aos outros e ao ambiente. A ação em direção ao outro recebe o nome no esquema de “Over Action”, uma ação aberta ao outro, perceptível por ele, representada pela AÇÃO HUMANA. Esta, junto com a MENTE, são consideradas ações pelo Interacionismo Simbólico. MENTE também não deve ser confundida com reações impulsivas diante de situações. No Interacionismo Simbólico, o processo de pensamento que significa a MENTE envolve observação e recepção do símbolo, transformação em significado, análise e indicação de ação. A reação é mediada por sinais, e não por SÍMBOLOS, e não produz interação (CHARON, 2009; MEAD, 1934).

A Imaginação é uma característica central da MENTE e é para o ser humano viver. Imaginar é um processo ativo que envolve ação e criação. É por meio dela que podemos assumir ou analisar um fato sob a perspectiva do outro. O que eu faria se estivesse no lugar do outro? Permite a abstração da realidade tanto para o passado quanto para o futuro. No Interacionismo Simbólico, é descrito como a capacidade de “tomar o papel do outro”. Para que isso aconteça, todo o sistema de interação é acionado: SÍMBOLOS, MENTE E SELF. A imaginação é necessária nas relações de amor, amizade, cooperação, trabalho, mas também em ações sociais negativas, como destruir inimigos, tomar vantagem sobre situações, oprimir e controlar os outros. Poderia também ser chamada de inteligência social, que se diferencia da comum e não pode ser medida em testes. Ela surge da maturidade adquirida a partir da interação com os outros e com o ambiente (CHARON, 2009).

Nesse esquema, a Sociedade aparece como uma constituição de indivíduos que interagem e como lócus das mudanças de conceitos e ressignificação das coisas (BLUMER, 1969).

A SOCIEDADE, no esquema teórico, surge como resultado da interação social. Ela é desenvolvida a partir do contato entre o SELF e o OUTRO, é completamente simbólica e é caracterizada pela cooperação entre as pessoas e pelo desenvolvimento da cultura. Ao mesmo tempo em que interfere e transforma o SELF e a MENTE, é formatada e moldada por eles. Trata-se de um processo interacionista – o Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1937; 1962; 1969).

Na Teoria da Abordagem Familiar por enfermeiros na Saúde da Família, resultado do presente estudo, a construção do conceito de família e a abordagem familiar realizada pelo enfermeiro ocorrem por meio de interação social, mediada por objetos sociais construídos ao longo de sua vida pessoal e profissional. A mudança de conceito é constante, o que modifica a sua prática profissional. É um processo em constante evolução, como será demonstrado no capítulo de apresentação da teoria construída.

### **2.3 A Teoria Fundamentada nos Dados**

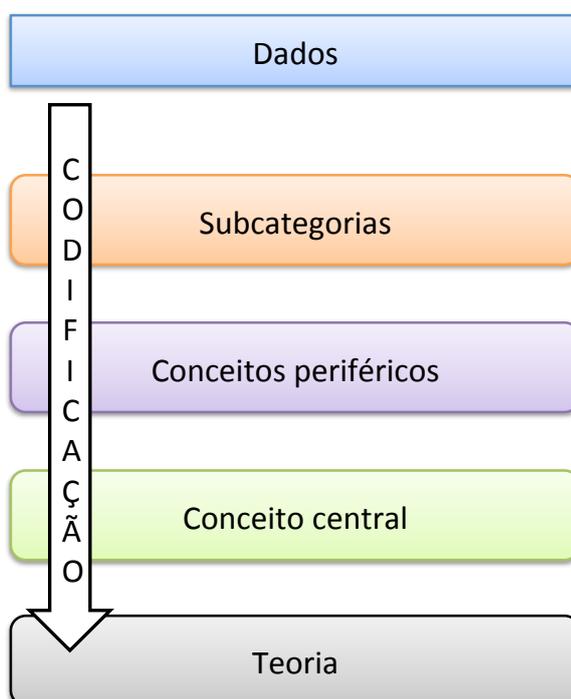
Metodologicamente, o estudo inscreve-se na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que foi descrita, inicialmente, por Glaser e Strauss (1967), como um método que permite a conceituação, com conseqüente construção, de uma teoria a respeito de determinada realidade, a partir da interação sistemática do pesquisador com os dados coletados. Ela permite começar por uma área de estudo e produzir a teoria por meio dos dados que emergirão do fenômeno estudado. A principal diferença citada por Glaser (1978) entre a Teoria Fundamentada nos Dados e as outras modalidades de pesquisa qualitativa é a sua capacidade de gerar a teoria, com forte embasamento na realidade local, o que lhe é conferido pela sistematização adotada pelo método.

A Teoria Fundamentada nos Dados adapta-se bem às premissas do Interacionismo Simbólico. Strauss é considerado, inclusive, um dos principais discípulos de Blumer (CLARKE, 2005; CARVALHO; BORGES; REGO, 2010). Neste estudo, a condução metodológica segue as orientações de Strauss e Corbin (2008), que assumiram caminhos diferentes dos métodos de Glaser, apesar da origem comum da TFD.

Antes da apresentação do delineamento deste estudo, é importante afirmar que a TFD divide com o Interacionismo Simbólico algumas diretrizes: a necessidade de o pesquisador sair a campo e interagir com a realidade; a clareza de que os fenômenos sociais são complexos e muito variáveis; o entendimento de que as pessoas são atores sociais importantes e agem baseados em seus significados; a percepção da relação estreita entre estrutura, ação e conseqüências nos eventos

sociais; e a capacidade de entender que os fatos evoluem ao longo do processo de análise.

A Figura 2.2 apresenta o processo de construção da Teoria Fundamentada nos Dados:



**Figura 2.2:** Construção da Teoria Fundamentada nos Dados.

**Fonte:** Memorandos de referencial teórico, baseado em Strauss e Corbin (2008), 2012- 2015.

Os dados coletados são analisados sistematicamente e são alçados a códigos que, também no processo analítico, são definidos como subcategorias, conceitos periféricos, conceito central e definem a Teoria.

A análise dos dados na Teoria Fundamentada nos Dados é iniciada logo após a primeira coleta, por meio de uma categorização inicial que se mantém atuante durante todo o processo, até a construção final da teoria.

De modo geral, a análise passa pelas fases de descrição, de ordenamento conceitual, com a consequente construção da teoria em sua fase final (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996; STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 2.3.1 Tipos de codificação de dados na TFD

#### 2.3.1.1 Codificação aberta

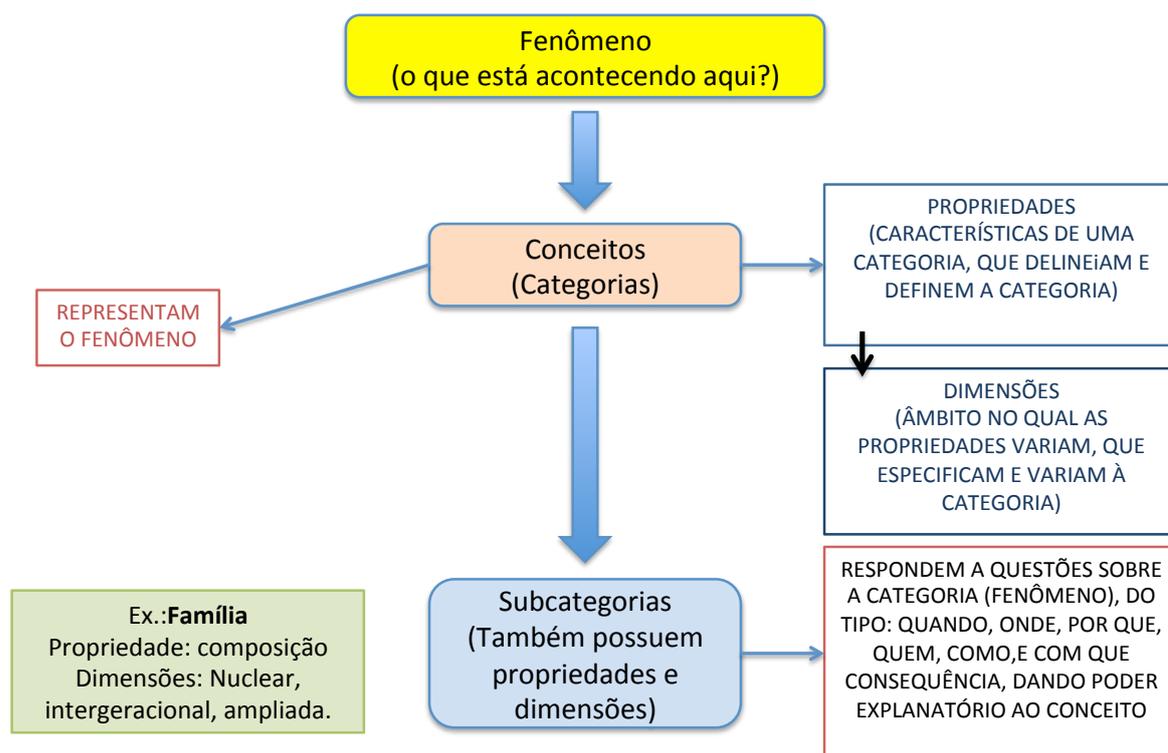
É o processo analítico inicial, de leitura sistemática das entrevistas, que pode utilizar-se de várias técnicas, inclusive de leitura palavra a palavra e linha a linha, para a geração das categorias iniciais. Delimita suas propriedades (características de uma categoria, o que define e dá significado a essa categoria) e suas dimensões (eixo ao longo do qual as propriedades de uma categoria variam, dando especificação a ela e variação à teorização). Nesse momento, também se faz a primeira aproximação entre as categorias, tentando relacioná-las, definindo as subcategorias pertencentes a elas. Nessa fase, é importante ainda a utilização de memorandos como ferramentas de registro de notas teóricas ou metodológicas. Um exemplo da codificação aberta realizada nesta pesquisa está representada no Apêndice A.

#### 2.3.1.2 Codificação Axial

O objetivo da codificação axial é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta. Ela finaliza a definição conceitual das categorias por meio da organização de suas propriedades e dimensões (processo que se inicia na codificação aberta). Esta codificação identifica a variedade de condições, interações e consequências associadas ao fenômeno, além de relacionar as subcategorias às categorias conceituais principais. Nesse momento determinam-se as declarações relacionais entre as categorias, quando é possível obter a saturação dos dados na categoria, indicando a finalização do processo de coleta de dados. A construção de diagramas é uma técnica importante nessa fase da codificação, pois facilita o estabelecimento de relações pelo pesquisador

(STRAUSS; CORBIN, 2008). Um exemplo de codificação axial está representado no Apêndice B. Já o Apêndice C traz os diagramas iniciais das categorias, demonstrando suas propriedades e dimensões.

A Figura 2.3 apresenta a relação entre fenômeno e categorias, explicitando o papel das propriedades e dimensões na construção do esquema teórico:



**Figura 2.3:** Do Fenômeno às subcategorias.

**Fonte:** Memorandos de referencial teórico, baseado em Strauss e Corbin (2008), 2012- 2015.

### 2.3.1.3 Codificação Seletiva

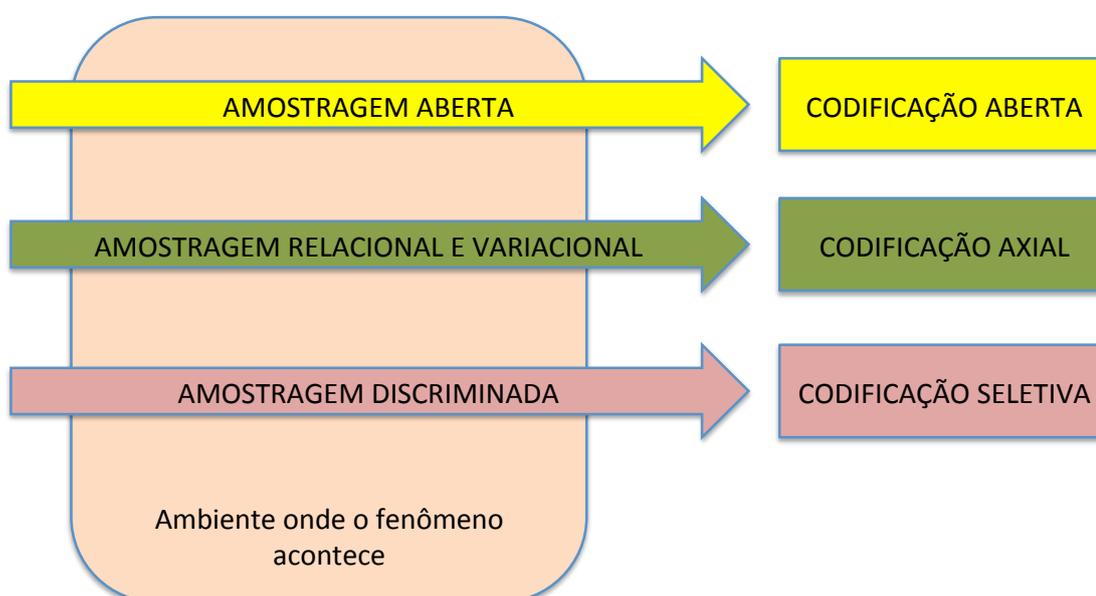
É o processo no qual se integra e se refina a teoria que começou a ser formatada na codificação axial. Ela determina a categoria central da teoria ao redor da qual todas as outras irão se relacionar, formando uma estrutura teórica denominada de paradigma de análise. O processo de refinamento da teoria, ocorrido nessa fase, busca estabelecer a consistência interna e identificar as falhas na lógica,

completando as categorias pouco desenvolvidas, eliminando os excessos e validando o esquema teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 2.3.2 Amostragens e Codificações

A amostragem é o processo de seleção e coleta de dados referente ao momento específico em que se encontra a construção da teoria. O objetivo dela é procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem a oportunidade de descobrir todas as variações possíveis da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Figura 2.4 apresenta a relação entre amostragens e codificações:



**Figura 2.4:** Entre amostragens e codificações.

**Fonte:** Memorandos de referencial teórico, baseado em Strauss e Corbin (2008), 2012- 2015.

A amostragem aberta é utilizada para a codificação aberta e tem a finalidade de manter o processo em construção todo aberto para o surgimento e verificação de

todas as possibilidades. A amostragem relacional e variacional é utilizada na codificação axial e tem a finalidade de buscar variações significativas entre os conceitos construídos. A amostragem discriminada, utilizada na codificação seletiva, é altamente intencional e propositada, buscando as entrevistas que possam refinar a teoria em construção.

O processo de amostragens termina quando o pesquisador registra a saturação teórica dos dados, que significa que não existe mais a revelação de dado novo que se some à densidade ou variação da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 2.3.3 O uso de memorandos e diagramas

Os memorandos são notas escritas elaboradas ao longo de todo o processo de pesquisa e de construção da teoria e podem variar em tipo e formato (STRAUSS; CORBIN, 2008). São confeccionados para a análise e para o direcionamento do pesquisador dentro da teoria e, nesse sentido, são importantes desde a fase de construção do projeto de pesquisa. Já os diagramas podem ser realizados para aguçar a sensibilidade teórica do pesquisador, desde o momento de determinação da tese a ser defendida, da especificação do cenário de pesquisa e das questões iniciais da entrevista.

Memorandos são, portanto, essenciais em todas as fases da pesquisa. Porém, eles têm uma importância ainda maior quando são realizados entre a coleta de dados e o processo analítico, pois ajudam a elevar o nível de abstração das ideias do pesquisador (CHARMAZ, 2009).

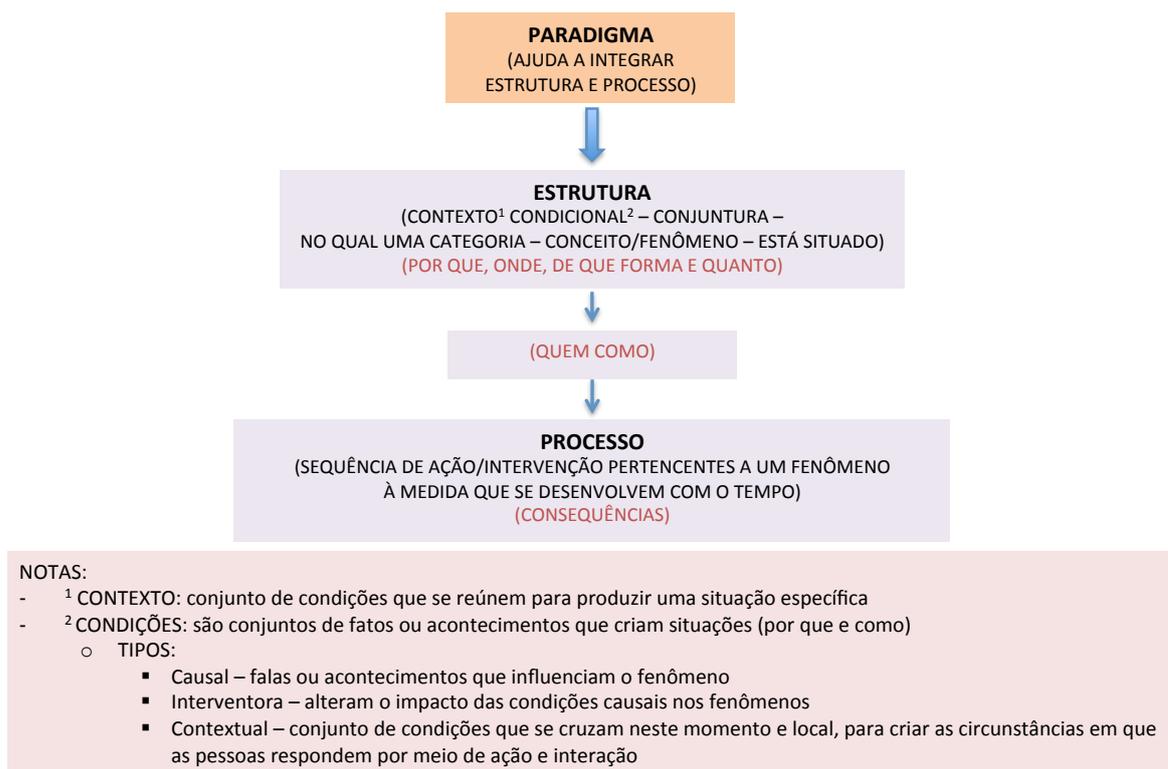
Os diagramas são importantes ferramentas na Teoria Fundamentada nos Dados. Como os memorandos, eles são utilizados desde a fase inicial da pesquisa até a apresentação do relatório final. Sua principal função é a demonstração visual dos conceitos da teoria e de suas interações (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Os diagramas ajudam também na descrição final da teoria, quando demonstram para o pesquisador possíveis falhas ou incoerências relacionais.

#### 2.3.4 A elaboração final da teoria

O desenvolvimento da teoria é alcançado com a finalização da codificação seletiva e com uma releitura de todo o processo. A teoria formatada deverá ser capaz de ser abstraída para outras realidades onde fenômenos semelhantes acontecem ou poderá ser utilizada como base para a ampliação de outras teorias por meio de novos estudos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a finalização, é necessária a associação do processo à estrutura da teoria. O processo é responsável por demonstrar a variação contida no interior da estrutura descrita, a partir da codificação realizada (STRAUSS; CORBIN, 2008). Não se trata de uma nova codificação com amostragem específica, mas de um processo analítico ocorrido durante as codificações axial e seletiva. É o momento de apresentação do paradigma da teoria, conforme se vê na Figura 2.5:



**Figura 2.5:** Paradigma como ferramenta analítica.

**Fonte:** Memorandos de referencial teórico, baseado em Strauss e Corbin (2008), 2012- 2015.

A teoria substancial é a teoria que, depois de criada, explica e define o fenômeno, considerando uma determinada realidade no tempo e no espaço, sem que possa ser transportada para outras realidades. Quando a teoria construída possui aplicação em outras áreas do conhecimento, pode ser definida como geral. Uma mesma teoria pode apresentar categorias que apresentam conceitos gerais e conceitos substanciais (CHARMAZ, 2009).

## 2.4 O percurso metodológico desta pesquisa

Uma das orientações iniciais da Teoria Fundamentada nos Dados é a avaliação adequada do cenário onde o fenômeno acontece, o que significa pensar em suas possíveis variações e em como escolher um cenário que seja representativo do fenômeno.

Na tentativa de buscar realidades diversas que representassem em sua totalidade o fenômeno estudado, a proposta desta pesquisa não foi de trabalhar com um serviço ou município específico, mas selecionar os enfermeiros pelas condições descritas a seguir, determinando apenas como limite geográfico para coleta de dados o território representado pelo Estado de Minas Gerais.

#### 2.4.1 Participantes da pesquisa

Definiram-se como participantes deste estudo enfermeiros com algum tipo de atuação relacionada à Estratégia Saúde da Família, tendo como critério de inclusão o tempo mínimo superior a um ano. Na intenção de diversificar ao máximo os dados e captar o fenômeno em todas as suas dimensões e propriedades, foram escolhidos enfermeiros representantes de três gerações distintas, de acordo com o ano de término da graduação e o cenário geral na sua época de formação. Essa divisão em gerações contribuiu para a diversidade de faixas etárias, tempo de formação, tempo de atuação na ESF e aspectos culturais de suas famílias de origem. A busca por enfermeiros com naturalidades diferentes e que trabalhassem em unidades de saúde diferentes contribuiu para que se encontrassem cenários diversos de atuação na saúde da família. As gerações e suas definições são apresentadas a seguir.

Além de tempo de atuação superior a um ano junto à ESF, os critérios para se definir cada geração foram:

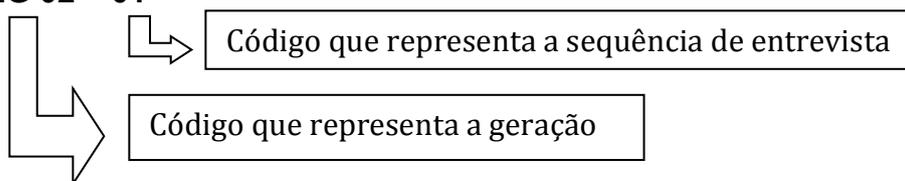
- Geração 1 – enfermeiros que se formaram até 1997, ano em que se intensificaram, em Minas Gerais, as experiências públicas com a ESF. Partiu-se do pressuposto de que os enfermeiros pertencentes a essa geração migraram de suas funções anteriores para a Saúde da Família, por meio de cursos de capacitação, e vivenciaram a mudança do paradigma assistencial hospitalocêntrico para o de atenção integral à saúde.
- Geração 2 – enfermeiros graduados entre 1998 e 2006, período compreendido entre a intensificação da ESF em Minas Gerais e o início do crescimento exponencial dos cursos de Enfermagem no mesmo Estado – oriundo da nova Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que culminou na elaboração do Plano Nacional de Educação de 2001. Supôs-se que esses enfermeiros já se formaram em um novo paradigma assistencial, entretanto sem a sistematização dos conteúdos relativos à ESF na matriz curricular da graduação, e que também iniciaram as suas atividades por meio de cursos de capacitação.

- Geração 3 – enfermeiros graduados a partir de 2007, período marcado pelas mudanças impostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, que significaram uma alteração profunda nas matrizes curriculares dos cursos. Outra característica desse período foi o amadurecimento da ESF e a sua consolidação no Brasil. Assim, buscaram-se enfermeiros que já haviam entrado nas equipes com uma formação básica oriunda da graduação e em um novo cenário, onde a Saúde da Família já estava mais consolidada.

Na apresentação da teoria, para garantir o sigilo dos participantes da pesquisa, os enfermeiros são identificados por meio de códigos: EG 01, EG 02 e EG 03, representando entrevistados pertencentes a cada uma das gerações. Os números seguintes a esse código inicial indicam a ordem de realização das entrevistas dentro de cada grupo, ou geração, como no exemplo abaixo:

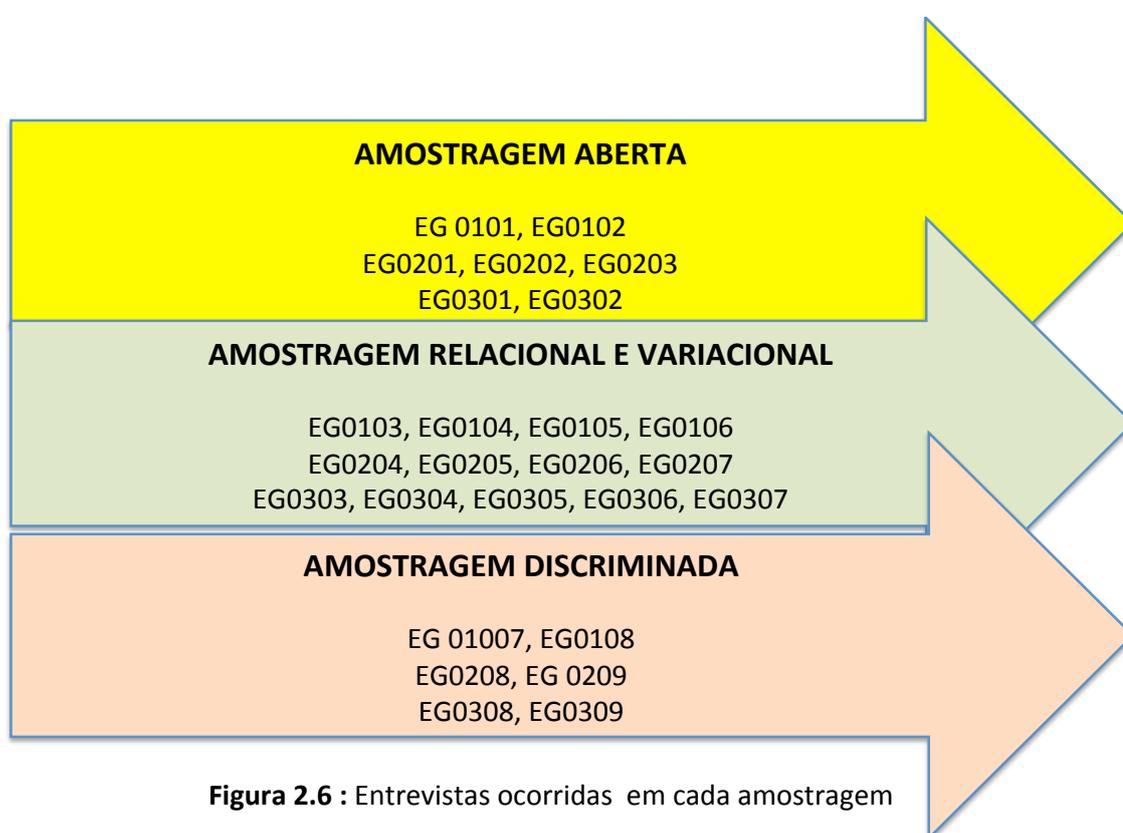
#### **EG 02 – 01**



Inicialmente, pretendia-se entrevistar apenas enfermeiros que estivessem na assistência direta na Estratégia Saúde da Família. Entretanto, durante a construção da teoria, tornou-se necessário entrevistar enfermeiros com experiências distintas da assistencial na ESF, buscando aqueles que tivessem experiência também nos espaços de gestão e de docência. Essa variação, esperada na metodologia da TFD, tornou-se necessária para o preenchimento de lacunas teóricas que não estavam sendo supridas com informações oriundas apenas dos enfermeiros das equipes de saúde da família.

Uma das lacunas dizia respeito ao impacto que questões políticas tinham sobre a abordagem familiar e, para isso, foram entrevistados enfermeiros que ocupavam cargos de gestão de unidades básicas de saúde vinculadas à ESF. A outra lacuna referia-se à influência da graduação sobre a formação dos conceitos de família. Para isso, foram selecionados enfermeiros com atuação na docência na graduação em Enfermagem, em disciplinas vinculadas à ESF. Essa amostragem teve a intenção de buscar participantes que maximizassem oportunidades de descobertas em relação às categorias, tornando-as mais densas conceitualmente.

A Figura 2.6 apresenta as entrevistas realizadas em cada amostragem:



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012 – 2015.

Na amostragem aberta, os dados são coletados e analisados em busca dos códigos iniciais, que são alçados a categorias em busca de propriedades e dimensões das mesmas. A partir do momento em que os primeiros códigos são estabelecidos, as novas coletas de dados passam a pertencer a uma amostragem relacional e variacional, onde busca-se a confirmação das categorias com suas propriedades e

dimensões e define-se as relações entre as categorias, buscando-se a categoria central e as periféricas da teoria em construção. A partir desse momento, busca-se por meio da amostragem discriminada códigos que aprimorem os conceitos e preencham lacunas ainda não preenchidas na teoria. É o momento de refinamento da teoria construída.

A saturação teórica para a construção da teoria, de acordo com os processos de codificação e amostragem descritos anteriormente, ocorreu com oito entrevistas na geração 1, nove entrevistas na geração 2 e nove entrevistas na geração 3, totalizando 26 enfermeiros participantes. As características que compuseram o perfil desses entrevistados foram coletadas em formulário próprio (APÊNDICE D), dividido em duas partes, a primeira apresenta dados gerais do participante, e a segunda registra o Genograma. O Genograma, por definição, é o registro gráfico de informações familiares utilizadas na terapia familiar e na atenção primária à saúde (WENDT; CREPALDI, 2008). Nesta pesquisa, optou-se pelo Genograma para identificação dos dados pessoais relativos à família do entrevistado e como forma lúdica de aproximação entre pesquisador e pesquisado, com a intenção de inserir o objeto de estudo. Um exemplo de Genograma (com nomes fictícios para a garantia do sigilo) é apresentado no APÊNDICE E, e as características que compuseram o perfil dos participantes são apresentadas no APÊNDICE F.

Ao todo foram entrevistados 26 enfermeiros sendo 8 pertencentes a Geração 1, 9 a geração 2 e outros 9 pertencentes a geração 3. A idade variou entre 27 e 62 anos, foram 5 homens e 21 mulheres. Quanto ao estado civil, 10 eram solteiros, 15 casados e 1 divorciado. Quatorze entrevistados não tem filhos, 6 tem 1 filho, 5 tiveram 2 filhos e 1 participante teve 3 filhos. O ano de graduação em Enfermagem variou de 1977 a 2012, apenas 2 participantes não possuíam à época pós graduação *lato sensu*, e 17 não tinham pós graduação *strictu sensu*.

#### 2.4.2 A coleta de dados

O método utilizado para a coleta de dados nesta pesquisa foi a entrevista, que é considerada fundamental na TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008). Para o

Interacionismo Simbólico, essa técnica ocupa lugar de destaque quando, por meio da linguagem, apresenta um sistema de símbolos para que a interação aconteça (CHARON, 2009).

A entrevista é capaz de oferecer todas as perspectivas para que o informante possa se sentir seguro e ter a espontaneidade necessária para enriquecer a investigação (POUPART, J. et al., 2010; RUBIN, H.; RUBIN, I., 2012; TRIVINOS, 1987) . Neste estudo, a entrevista é aberta e, como premissa do Interacionismo Simbólico e da TFD, é de caráter epistemológico, pois pretende evidenciar o ponto de vista dos atores envolvidos (MEAD, 1934; BLUMER, 1969; GLASER; STRAUSS, 1967). Pode ser definida ainda como intensiva, que, segundo Charmaz (2009), permite o exame detalhado de determinada experiência ou de determinado tópico, esclarecendo a interpretação de cada participante sobre a sua experiência.

O roteiro de questionamentos utilizados na entrevista traz uma característica evolutiva na TFD. Parte-se de questões gerais na primeira entrevista, a fim de evidenciar os primeiros códigos e, a partir dos apontamentos dos dados iniciais, as questões vão sendo modificadas a fim de buscar a explicação e o fortalecimento dos conceitos, relacionando-os as suas propriedades e dimensões (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

As questões iniciais utilizadas nesta pesquisa e a sua evolução estão representadas no APÊNDICE G. Tratam-se de questões iniciais, apenas norteadoras do processo de entrevista, que é muito dinâmico na TFD e se orienta a partir dos dados coletados anteriormente.

As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes em dia e horário agendados por estes, em ambientes que garantiam o sigilo das informações prestadas. Tiveram duração entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos. Foram gravadas e transcritas para a análise dos dados.

### 2.4.3 A análise dos dados

A análise iniciou-se a partir da transcrição da primeira entrevista, na codificação aberta. Optou-se pela leitura linha a linha, depois parágrafo a parágrafo até a definição dos primeiros códigos. Como proposto pelo método, foi realizado o processo contínuo de coleta de dados e análises, passando pelas codificações aberta, axial e seletiva, com as devidas amostragens de cada uma até a saturação teórica dos dados.

Durante a trajetória da pesquisa foram elaborados os memorandos, que foram classificados da seguinte forma:

- Memorandos operacionais: direcionados para os procedimentos operacionais da pesquisa;
- Memorandos teóricos: referentes à construção da teoria;
- Memorandos iniciais: realizados depois de cada coleta de dado;
- Memorandos da codificação aberta: relativos à codificação aberta;
- Memorandos da codificação axial: relativos à codificação axial;
- Memorandos da codificação seletiva: relativos à codificação seletiva.

O Apêndice H apresenta dois exemplos de memorandos redigidos durante a construção desta teoria. Como já dito, os memorandos são notas teóricas do pesquisador construídas durante todo o processo de coleta de dados e de análise.

Da mesma forma, foram desenvolvidos diagramas, que foram divididos em cinco categorias:

- Diagrama geral da teoria;
- Diagramas da categoria Concepções de Família;
- Diagramas da categoria Abordagem Familiar;
- Diagramas da categoria Conjuntura Social;
- Diagramas da categoria Conjuntura em Saúde.

Os diagramas serão apresentados no capítulo de apresentação que trata da Teoria da Abordagem Familiar por Enfermeiros na Saúde da Família.

#### 2.4.4 Questões éticas

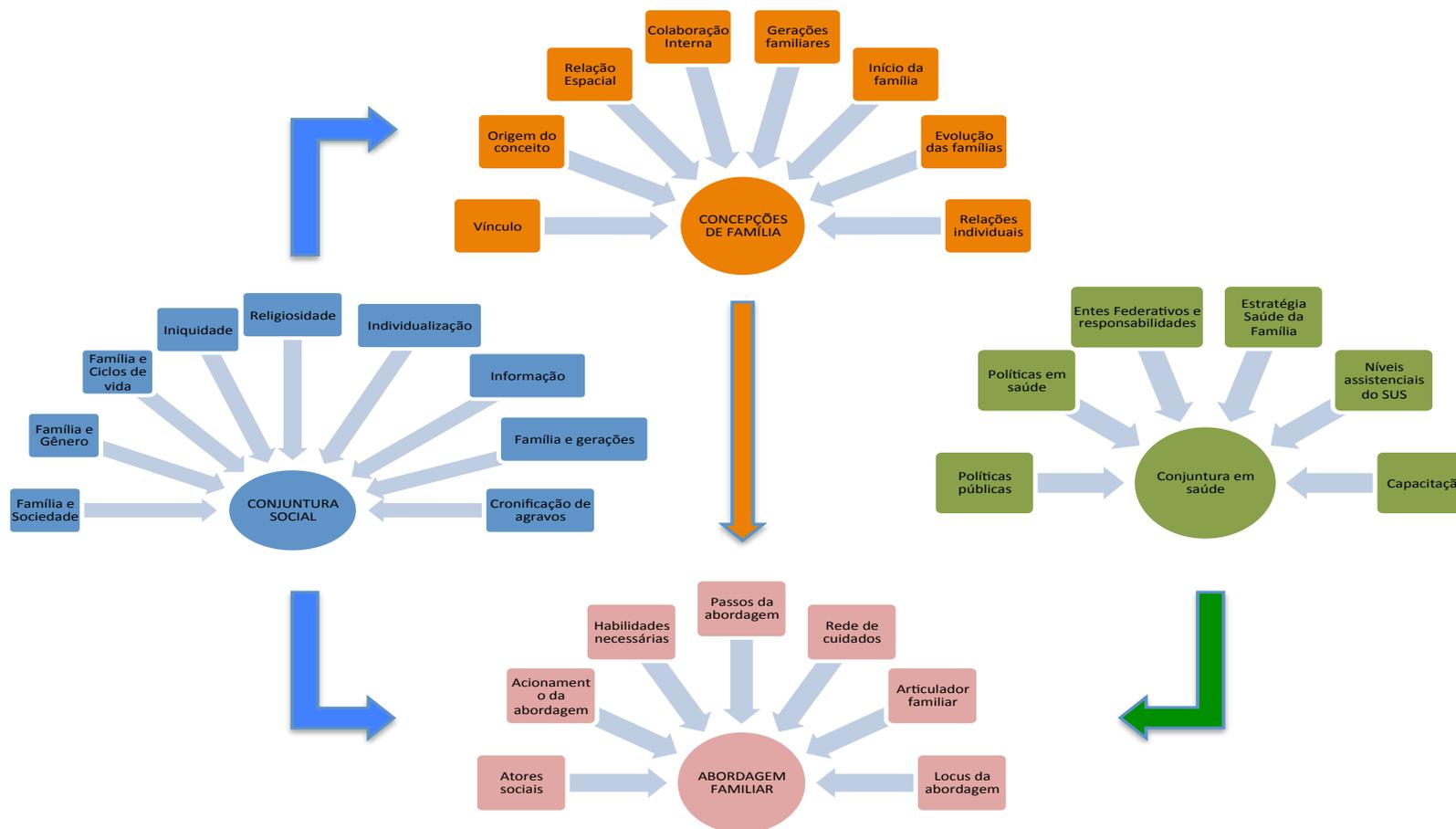
As entrevistas realizadas neste estudo foram gravadas por meio de mídia eletrônica para favorecer o processo de análise. Elas foram efetuadas após a autorização pelos enfermeiros de sua participação na pesquisa, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (constante no APÊNDICE I), como previsto pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 36.741, de 13 de junho de 2012 .

### 3 TEORIA DA ABORDAGEM FAMILIAR PELO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (TAFE-ESF)

A teoria fundamentada na experiência dos enfermeiros com a abordagem familiar foi denominada **Teoria da Abordagem Familiar pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (TAFE-ESF)**. Ela emergiu fundamentada nos dados obtidos a partir da primeira entrevista em 2013, nos memorandos e nos diagramas construídos, de acordo com o percurso teórico metodológico descrito no capítulo anterior.

O pressuposto inicial do projeto desta pesquisa buscava entender as concepções de família dos enfermeiros inseridos na ESF. Entretanto, os dados evidenciaram que essas concepções subsidiavam uma categoria com maior força descritiva e que conferia à teoria emergente a relação necessária entre processo e estrutura. Dessa forma, a categoria central da teoria é a **Abordagem Familiar**, que revela uma íntima ligação com **Concepções de Família** construídas a partir de vivências familiar, pessoal e profissional do enfermeiro. As categorias **Conjuntura Social** e **Conjuntura em Saúde** fornecem o contexto condicional onde varia a abordagem familiar. A Figura 3.1 apresenta as quatro categorias principais da teoria, associadas às suas categorias secundárias, que serão descritas e explicadas ao longo deste capítulo.

As **Concepções de Família** que o enfermeiro constrói ao longo de sua vida surgem de três vivências específicas, representadas pela suas experiências familiares, pessoais e profissionais. O resultado é um conceito amplo de família que associa relações entre as pessoas e os seus locais de moradia, descrevendo características necessárias para esse construto, e que demonstra a evolução das famílias nas últimas décadas.



**Figura 3.1:** Categorias centrais e periféricas da TAFE-ESF.

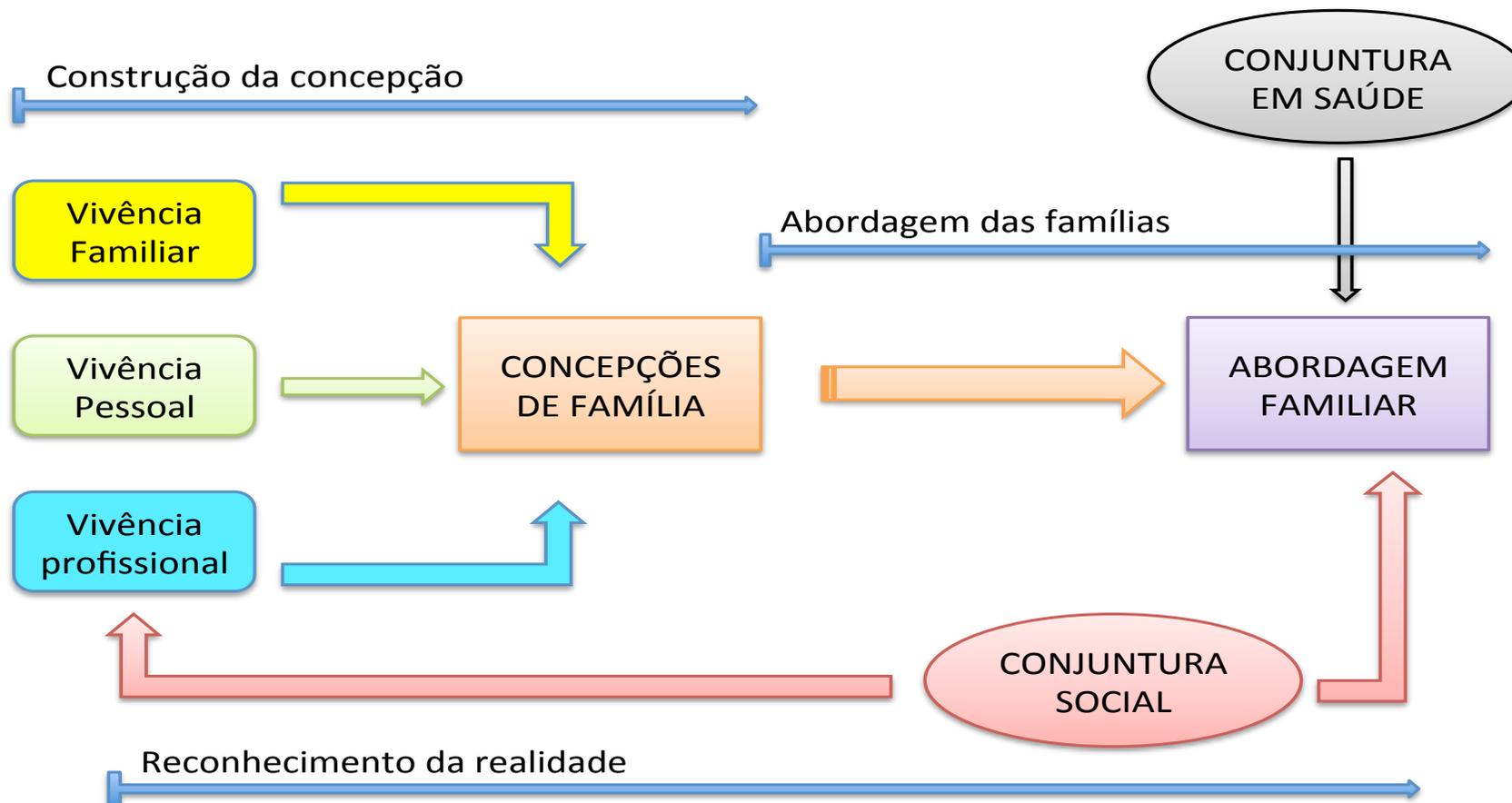
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

Essas concepções são a base para a **Abordagem Familiar** realizada pelo enfermeiro, que se inicia a partir do seu encontro com o indivíduo/família. Ela pode ser acionada por diversos atores sociais apresentados na teoria. O lócus da abordagem é representado pela soma de encontros acontecidos na visita domiciliária e na unidade básica de saúde. A rede de cuidados representa os recursos disponíveis de âmbito público e privado e apresenta a figura de um novo ator, que é o Articulador Familiar. A Abordagem Familiar ainda descreve as habilidades necessárias ao enfermeiro para que ele dê conta desse contato na conjuntura atual.

A **Conjuntura Social** e a **Conjuntura em Saúde** são duas categorias que representam o contexto condicional da abordagem familiar e da construção das concepções de família. A primeira age alterando as concepções de família construídas, dando um caráter evolutivo ao conceito, e determinando condições para a Abordagem. Ela apresenta desde questões internas ao contexto familiar, como discussões de gênero, gerações e ciclos de vida, até questões mais amplas, como a relação entre sociedade e família. Apresenta ainda novos desafios representados pela individualização, a globalização e a informatização das relações.

A segunda conjuntura, específica em saúde, intervém condicional e diretamente na Abordagem Familiar e apresenta os contextos políticos, a organização dos sistemas de saúde em torno da família e o papel da Estratégia Saúde da Família na intermediação do seu contato com os serviços de saúde.

A Figura 3.2 apresenta de forma sintética a Teoria da Abordagem Familiar por Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, associando estrutura e processo:



**Figura 3.2:** TAFE - ESF.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

No diagrama da Figura 3.2, os três processos básicos da teoria são representados pelas setas horizontais azuis. Dois são sucessivos (construção da concepção e abordagem das famílias) e o outro permeia os dois anteriores.

O processo de construção das concepções de família acontece nas experiências vivenciadas pelo enfermeiro ao longo de sua vida, começando pela sua família de origem, passando por suas situações familiares e, por fim, pelo seu trabalho com as famílias. Trata-se de um processo dinâmico em que o conceito de família, apesar das fortes influências culturais, passa por modificações todas as vezes em que acontece um novo evento em uma de suas vivências.

Sobrepondo-se ao processo de construção das concepções, inicia-se o processo de reconhecimento da realidade, que associa a conjuntura social com a conjuntura em saúde, compondo o cenário onde a abordagem familiar irá acontecer.

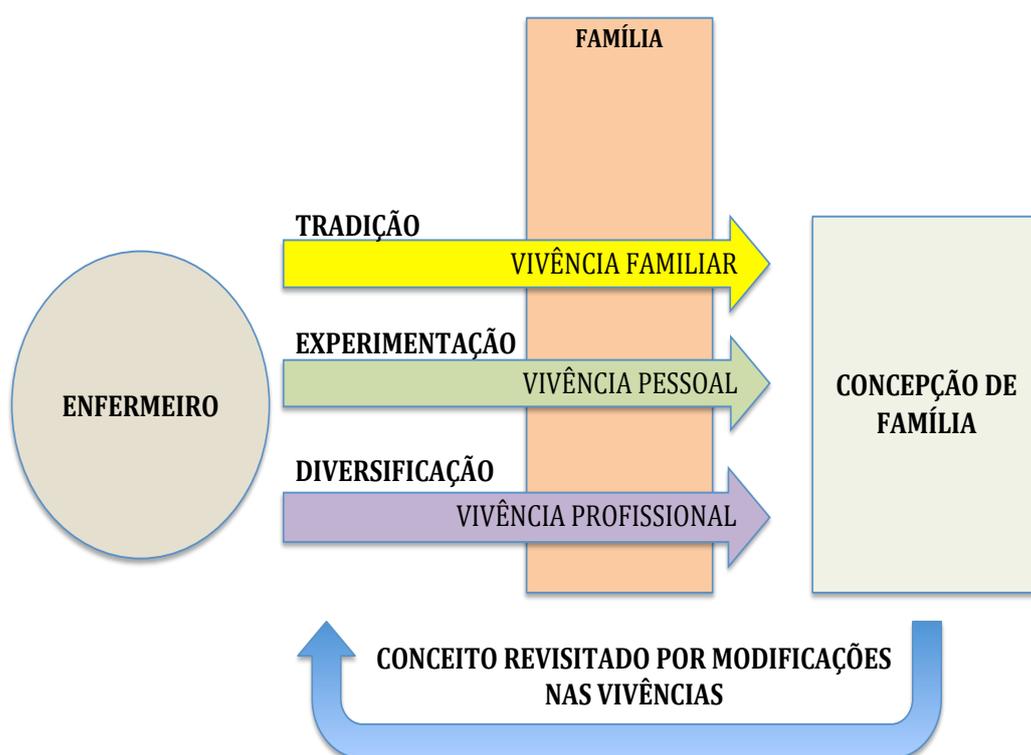
O terceiro processo, da abordagem familiar propriamente dita, sucede o processo de construção das concepções e é concomitante ao processo de reconhecimento da realidade. As modificações na realidade alteram o processo de abordagem familiar.

A seguir, cada categoria será apresentada individualmente, bem como os respectivos diagramas explicativos das relações, dos contextos e dos processos, além de fragmentos de entrevistas que fundamentam a construção da teoria fundamentada nos dados.

A revisão da literatura a respeito dos resultados obtidos nessa pesquisa será apresentada em seção posterior.

### 3.1 Concepções de Família

Antes da apresentação do conceito de família desenvolvido na teoria que apresentamos, é importante ressaltar o seu processo de construção e como ele se altera de acordo com modificações ocorridas após eventos em qualquer uma de suas vivências. A Figura 3.3 representa esquematicamente o enunciado até aqui:



**Figura 3.3:** Construção das concepções de Família.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012-2015.

O enfermeiro vivencia a família de três formas distintas, que podem ser simultâneas. O conjunto dessas experiências é que define a sua concepção. A primeira vivência, denominada FAMILIAR, representa a estrutura tradicional do conceito de família, em que os valores culturais de sua família de origem têm grande ascendência.

A vivência que eu tive com a minha família durante minha infância. Meu pai sempre foi muito presente, minha mãe também e construiu isso, de almoçar junto na mesa, de “passar” na cama, dar boa noite(...) Meu pai fala muito isso, família tem que ser um porto que

constrói um navio pra ele alçar os mares e, quando o navio estraga, ele volta pro porto pra consertar. Acho que é isso. EG03-04.

Neste caso, a vivência representa uma estrutura predominantemente patriarcal, com o papel feminino da mãe bem marcado na condução dos rumos em saúde da família. A família é vista como um lugar seguro que pode ser revisitado a todo momento, diante de problemas enfrentados.

É o local da formação moral e da construção dos valores éticos, da criação da identidade e dos hábitos, onde os valores são vivenciados sem precisar ser verbalizados. A família de origem é o lugar da aprendizagem pelo teste, sem medo do erro. É o espaço da vivência da partilha, das diferenças de desenvolvimento entre seus entes, de lembranças boas e ruins. Culturalmente, é tão forte a experiência que pode induzir a repetição de padrões. O “olhar” cheio de lembranças sobre a família original deve ser o mesmo olhar do presente para o trabalho com famílias, para entendê-las, respeitá-las e abordá-las.

Influências das minhas experiências, que eu trago da minha própria família, do meu próprio nicho e da percepção de mundo mesmo, de vivência, de observação, de conhecimento (...) Eu acho que são valores e princípios que além de verbalizados, foram vivenciados, então, eu interpreto a família como eu disse no início, como um lugar de maior intimidade. Então, se você pensar na trajetória familiar, é onde você se sente mais a vontade pra tudo. É o lugar onde eu falo o que eu quero, da forma que eu quero, com quem eu quero, e os impactos disso, a consequência disso a gente consegue resolver e manusear muito bem. EG03-05.

A segunda vivência, a PESSOAL, representa a experimentação, em padrões diferentes daqueles vivenciados na família de origem. É evidenciada pela construção de uma nova família, por meio do casamento ou do nascimento de filhos, mas também por experiências em moradias distintas da sua moradia inicial, ou mesmo por vivenciar a realidade de famílias muito próximas. Essa experimentação questiona os valores construídos na família de origem, podendo validá-los ou não. É responsável pela primeira variação do conceito original de família.

Eu não sei se por isso, mas eu acho que ficou mais claro ainda quando eu estava na faculdade, assim essa convivência que você tem com os outros, em outra moradia. EG02 – 02.

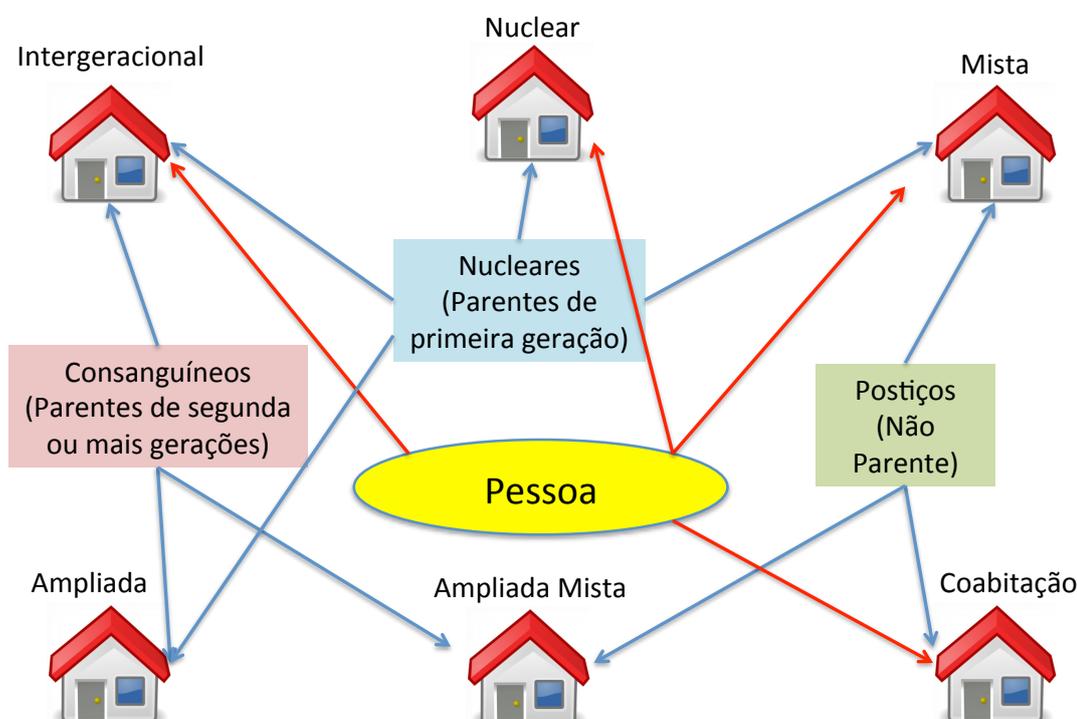
A vivência PROFISSIONAL, a terceira delas, é responsável pela diversificação completa dos conceitos anteriores, quando são apresentados ao enfermeiro múltiplos padrões de família, com organizações distintas das vivenciadas nas experiências anteriores. É o local da incerteza, da ausência de padrões, da constatação das dificuldades, da evidenciação do peso da conjuntura social. É a vivência que assusta, que frustra, que questiona os pré-conceitos. É desafiadora e, por isso, produz mudanças mais rapidamente que as outras vivências. Entre elas, é a mais instável, em constante mutação.

Na realidade eu sou totalmente formada no modelo tradicional de família. Pai, mãe dentro de casa com filhos, avós, tias, aquela confusão toda. Na casa de (meu marido) é a mesma coisa. Eu tenho os meus pais hoje com 40 anos de casados, meus sogros estão caminhando pros seus 54, 55 anos de casados, e eu tenho uma família formada no mesmo formato também, pai e mãe, com mais dois filhos dentro de casa também, nós dois já com oito anos de casados. Então, a minha vida e o meu convívio foi todo nesse modelo tradicional de família, entendeu? Mas, dentro do serviço da gente, do que a gente vive e o que a gente vai aprendendo com o tempo, não é só isso que é família, entendeu? Você tem outros modelos de formação. EG02 – 01.

A relação interativa entre as vivências demonstra a experiência interacionista em sua essência – o Eu, o Outro, o Ambiente Social, a tomada de decisão e a constante modificação. Nessas experiências, o enfermeiro renova-se, aprende e modifica o seu conceito inicial a respeito de família. Uma vivência influencia a outra. A experiência da vida pessoal ajuda a resolver problemas na Abordagem Familiar, e soluções encontradas no trabalho com famílias colaboram na resolução de problemas pessoais. É uma constante troca de experiências.

Quando eu me tornei mãe, quando minha menina nasceu, eu já tinha trabalhado muito tempo com gestantes. Até hoje eu gosto de ouvir, de aprender, eu gosto de ouvir as mães que têm filhos um ano, dois anos mais velhos que minha filha, eu gosto de ouvir os problemas das pessoas que acontecem, porque depois que acontece com minha filha eu vejo que é igualzinho as fases e a gente aprende. EG01-03.

A partir dessas experiências, as concepções de família são formadas, revisitadas e alteradas, o que determina, nesta teoria, um conceito ampliado de família capaz de explicar a diversidade atual desse construto. Ele deve dar conta de explicar e associar questões distintas, como pessoas e estruturas habitacionais, parentesco, habitação conjunta ou não, relações temporais e espaciais. A Figura 3.4 apresenta as relações, com as nomenclaturas dos “tipos” familiares, associando estrutura e habitantes. Essa diferenciação é necessária para que, a partir dela, se possam abordar assuntos internos a esses construtos familiares:



**Figura 3.4:** Relação entre moradores e habitações.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

A Teoria da Abordagem Familiar por Enfermeiros na Saúde da Família apresenta três tipos de habitantes que, ao se associarem, geram construtos familiares distintos, com organizações próprias que apresentam impacto direto no cuidado em saúde. Os três tipos, criados de códigos *in vivo*, foram denominados **Nucleares**, **Consanguíneos** e **Postiços**. O Nucleares representam os parentes de primeira geração (pais e irmãos), os Consanguíneos são os parentes de segunda ou mais gerações, e os Postiços são os não parentes. À medida que os tipos de habitantes se associam são gerados construtos familiares distintos.

A gente às vezes pensa que é fácil, mas não é. Lidar com famílias onde alguns membros são postiços (não parentes). Às vezes, na prática, o negócio não funciona muito bem, não. O sentimento de pertencimento é diferente. EG03-01.

Bom, hoje o gênero família mudou muito. Eu fui criado numa concepção de família: pai, mãe, irmãos, né. A minha família é uma família um pouco tradicional, bem nuclear. Mas hoje a gente tem que preocupar com essa questão núcleo família. Hoje família não é mais pai e mãe. Pra mim a gente tem que verificar a questão de como conviver, se você convive tendo uma relação íntima, independente de pessoas que não têm laços consanguíneos, você vive em família. Então eu acho que família vai muito mais além da parte consanguínea, vai muito de questão também de relacionamento, com quem você vive. EG02-04

É importante ressaltar, neste momento, que essas definições acontecem a partir do contato com uma determinada pessoa na abordagem familiar. Para que essas definições sejam válidas, é necessário ter uma pessoa como referência para a análise. O construto familiar gerado apenas por nucleares dessa pessoa recebe o nome de **Família Nuclear**. O formado pela associação com seus nucleares e consanguíneos recebe o nome de **Família Intergeracional**. Quando o construto formado engloba seus nucleares e postiços recebe o nome de **Família Mista**. Quando a associação é somente com postiços, surge a **Coabitação**.

Nesse esquema, aparecem dois construtos onde a pessoa não está presente na unidade habitacional. Eles são apoios importantes na abordagem familiar, quando os recursos (financeiros, materiais e/ou pessoais) da família atual da pessoa não são suficientes para o cuidado. Trata-se da **Família Ampliada**, formada por consanguíneos (ou por consanguíneos e nucleares), e a **Família Ampliada Mista**, formada por consanguíneos e postigos.

A Família Nuclear é a representante da tradição familiar, com presença dos dois gêneros com papéis bem definidos (a não ser em caso de separação/divórcio ou morte), e apresentando apenas duas gerações envolvidas (pais e filhos).

A relação da pessoa com cada uma das conformações familiares (Nuclear, Intergeracional, Mista ou Coabitação) varia em sentimento de pertencimento, em vínculo interno entre gerações e gêneros e em nível de colaboração. Entretanto, todas são tratadas como família diante da abordagem familiar. Variam os recursos, variam os apoios internos e, inclusive, a figura do Articulador Familiar (isso será explicado em seção posterior).

Esses construtos familiares são temporários e afirmam a ideia de um ciclo de vida familiar, com início, meio e fim. Um tipo pode se tornar outro caso ocorra um novo evento: separação dos cônjuges, morte, novo casamento, casamento e/ou mudança dos filhos, por exemplo. O planejamento surge como o elemento que pode interferir diretamente na duração ou permanência dos construtos familiares. Famílias que surgem por necessidade ou de forma não intencional (como no caso de gravidez indesejada) têm maior dificuldade para se manter do que as planejadas.

Eu acho que a diferença entre uma família mal sucedida e uma bem-sucedida são as intenções, sabe? Hoje em dia as pessoas constroem as famílias sem nenhum planejamento. A pessoa nem está com vontade de ter família com aquele sujeito ali e de uma hora pra outra o filho aparece (risos). Então é muito complicado. EG03-01.

Entretanto, alguns eventos não são previsíveis, como a morte, por exemplo. É papel do enfermeiro, na abordagem familiar, auxiliar as famílias a entender e organizar-se diante de mudanças no ciclo de vida.

Diante de tanta diversidade, o enfermeiro deve trabalhar com as propriedades, isto é, as características de uma categoria, que possam ser comuns a todos. A primeira delas é o vínculo interno, que pode ser afetivo, com ligações além das de convívio, mais forte e consolidado. Ou o vínculo social, sem as relações de afeto envolvidas, pautado em condições específicas e necessidades do convívio.

Se eu casar vai fazer parte da família. Se uma amiga for morar lá em casa e tiver um tempo morando, vai fazer parte da família. Você tem que tratar com aquele ambiente todo ali. Todo mundo que está morando naquela casa. Pode-se criar vínculo afetivo, ou mesmo só vínculo social. Então, com um tempo acaba virando família, não está ali visitando. EG02-05

Outra propriedade a ser levantada é a colaboração interna na família. As relações familiares podem se embasar em relações solidárias, pautadas na ajuda mútua, no enfrentamento conjunto de problemas e na partilha de momentos prazerosos, ou em posições individualistas, egoístas, materialistas, sem a partilha cotidiana esperada em uma família. Neste caso, os quartos viram compartimentos privados, os bens são individualizados, as relações são minimalistas.

Cada um vive independentemente, tem gente que separa até as contas, tudinho, a comida, entendeu? Então não é nosso. Tem gente que tem televisão no quarto, o filho tem televisão no quarto e o resto da casa não tem, entendeu? Eles vivem individualizados. EG01-02

As duas propriedades anteriores influenciam uma terceira, que é o sentimento de pertencimento. Isso significa compartilhar desejos, sonhos, valores culturais e sociais com a família, fazendo com que a pessoa se sinta como integrante do todo. O sentimento de pertencimento manifesta-se quando o vínculo é forte e afetivo e quando as relações são solidárias.

Finalizando esta seção, dois conceitos de família são construídos. Um idealizado e outro real, mas que têm importância semelhante na abordagem familiar. No conceito “ideal” de família, esta é repleta de significados subjetivos, baseada em recordações, em saudades e em valores esperados. É definida como o início de tudo, o porto seguro, a base, a sustentação e a estrutura. Possui **ingredientes fundamentais** (código *in vivo*) como a comunicação efetiva, o perdão, a flexibilidade, a afinidade, a felicidade, a união, o afeto, a presença, a harmonia, a tolerância, a liberdade, a segurança e a reciprocidade.

Família ideal é aquela que serve de base, de sustentação. É o início de tudo e o porto seguro de todo dia. EG01-02

Então, eu acho que não tem uma receita de família não, não é isso, mas eu acredito que tem ingredientes fundamentais. Eu diria o respeito, o amor e o carinho, e a responsabilidade sabe? EG01-06.

Já no conceito de família “real”, esta é definida de forma objetiva, concreta, com apontamentos das variações possíveis. Assim, ela é descrita como a que se inicia a partir do momento em que pessoas passam a viver juntas gerando **vínculos afetivos** e/ou **vínculos sociais**, independentemente de **relações consanguíneas**, onde é necessária a construção de **laços relacionais saudáveis**, **sentimento de pertencimento** e **objetivos comuns**, mesmo que temporais. Essa família sofre influências internas na forma de organizar-se de acordo com **gêneros**, **gerações** e **ciclos de vida** representados em sua constituição. E também recebe influências externas, em maior ou menor intensidade, figuradas pela **família ampliada** de seus membros.

Eu vejo que família vai muito além dessa relação consanguínea, mas eu, a primeira imagem que eu vejo de família, no primeiro momento, é essa relação mesmo de parentesco, né, e no segundo momento uma relação de aproximação, de convivência, de busca, de objetivos comuns, de cuidado, de respeito, ou seja, de projetos comuns, vamos assim dizer. EG02-06.

Na abordagem familiar as duas concepções são trabalhadas e têm objetivos distintos, apesar de serem complementares. A concepção real confere a dinâmica necessária à família, ao passo que a concepção ideal se torna uma imagem, um objetivo ao qual se pretende chegar, mesmo que utópico, pois alimenta a esperança tanto das pessoas quanto dos profissionais envolvidos.

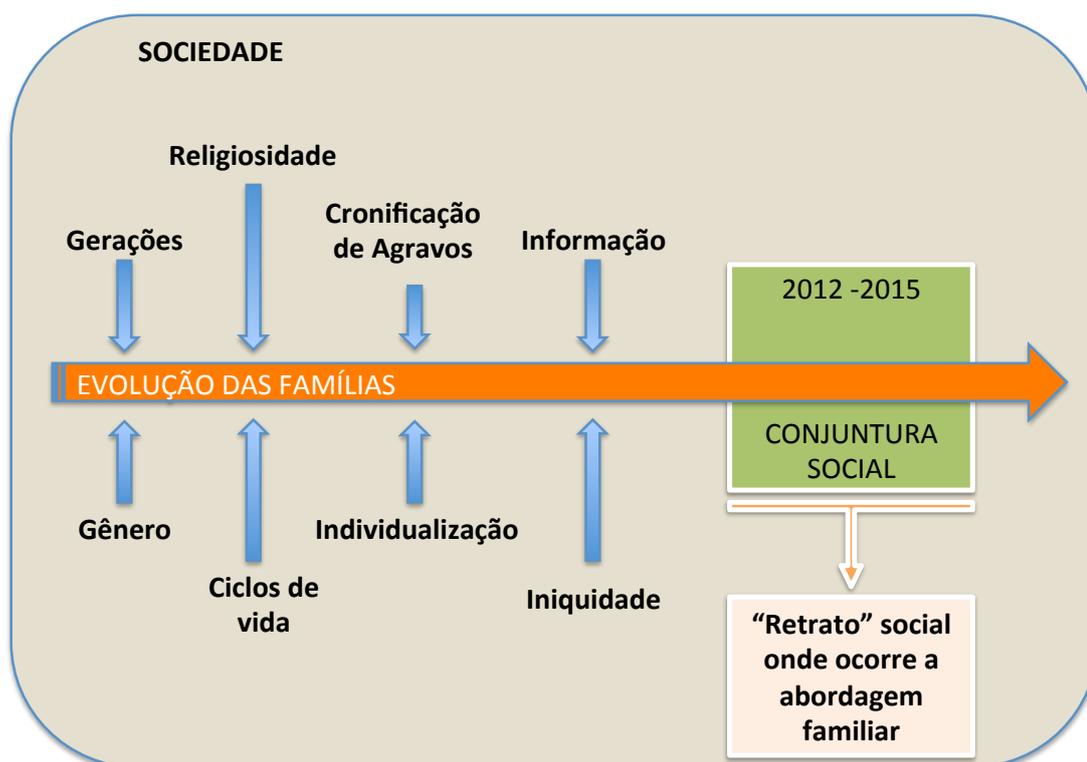
Essas concepções serão retomadas na seção Abordagem Familiar, quando será mostrada a influência de cada uma sobre o cuidado na família.

### 3.2 Conjuntura Social

A Conjuntura Social é a categoria transversal a toda a estrutura da teoria. Ela apresenta condições que interferem nas vivências dos enfermeiros e, conseqüentemente, na concepção de família. Interfere diretamente também na abordagem familiar, evidenciando condições diferentes entre as famílias abordadas.

A Conjuntura Social é definida nesta teoria como o conjunto de determinantes estruturais, sociais e culturais que têm impacto direto na formação das famílias. Ela aborda questões que têm movimento interno à estrutura familiar, representadas por discussões sobre **Gênero, Gerações e Ciclo de Vida**, e questões externas, representadas pela **Família e Sociedade e Iniquidade**.

É também a categoria que apresenta dinâmica evolutiva, tanto para a família quanto para a própria sociedade. A conjuntura social é um retrato temporal e descritivo de um determinado momento e local, uma “fotografia” da realidade sobre a qual o enfermeiro atua na abordagem familiar. Os determinantes enunciados são apresentados na Figura 3.5.



**Figura 3.5:** Conjuntura social e seus determinantes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012- 2015.

O primeiro determinante – denominado pela teoria como **Gerações** – é evidenciado pelas mudanças verificadas no perfil demográfico do País: a diminuição da natalidade e o aumento da expectativa de vida têm possibilitado o fenômeno de famílias intergeracionais, isto é, com mais de uma geração em um mesmo construto familiar.

As famílias são menores e hoje o número de crianças diminuiu. Hoje a gente tem uma população predominantemente de adultos e um grande número de idosos. A gente vê muito idoso morando sozinho aqui. Ou morando com outras gerações familiares. E ainda tem a formação de várias casas em um mesmo lote, sabe? EG01-07.

O eixo do cuidado nas famílias mudou da criança para o idoso, o que tem impacto na abordagem familiar pelo enfermeiro. Ações antes pontuais junto às famílias, visando ao ciclo de vida da criança (visitas domiciliares realizadas durante o

puerpério, por exemplo) transformaram-se em ações de longa duração, no atendimento às demandas representadas pelo envelhecimento (pessoas cujas vidas estão restritas ao leito ou ao lar, agravos específicos desse ciclo de vida ou, mesmo, senilidade).

O segundo determinante listado é denominado **Gêneros**. Ele demonstra as mudanças verificadas nos papéis de cada membro, como, por exemplo, a flexibilização dos papéis feminino e masculino no interior da família. Antes, o homem tinha o papel de provedor, responsabilizando-se pela sustentação financeira do lar, e a mulher tinha o papel de cuidadora em tempo integral dos entes familiares. A saída da mulher para o mercado de trabalho, a terceirização do cuidado dos filhos, a divisão das despesas entre homem e mulher e o crescente papel do homem também junto aos cuidados familiares alteraram os antigos padrões familiares. O padrão patriarcal de família, nesta teoria considerado como tradicional, enfraqueceu-se, e o que se vê são múltiplos padrões de controle, com ascendência ora da mulher, ora do homem.

Aqui, em geral, é a mulher que é responsável pela casa. Os homens saem para trabalhar e ganhar o dinheiro. E tem muito, muitos bebem aqui. Então, aí o fim de semana é pra beber. Ele acha que já tá fazendo a responsabilidade dele indo trabalhar e trazer o dinheiro. Então, a maioria é mais é mulher e ainda faz mais ou menos o seu serviço. EG01-02.

Está tendo uma mudança gradual desses papéis, eu vejo, mas ainda é muito isso, o homem, se tem uma família (pai, mãe e filhos), ele tem o papel bem definido, sabe? Às vezes a palavra final, a questão da violência, ele acha que ele manda e desmanda. Agora, o que muda é, por exemplo, hoje, essa mulher, ela já não depende tanto dele, então se ela também produz, ela trabalha, ela tem mais voz ativa, entendeu? E às vezes é ela sozinha mesmo, ela vai dar conta do que seria homem e mulher, ela sozinha, ela dá conta, muitas vezes. Mas a mudança é gradual. Eu percebo mudanças, a gente vê, hoje, essas meninas, que muitas falam “não” à maternidade, pra mim é muito importante, mas eu quero ter meu estudo, lá na frente

entendeu? Então, isso é uma mudança, porque se você pensasse isso décadas atrás, talvez a maternidade fosse prioritária e não a questão da independência. EG01-06.

O determinante **Ciclos de Vida** diz respeito às modificações que interferem no ciclo de vida natural das famílias. A família, como o indivíduo, tem um ciclo de vida com início, meio e fim, desde que condições externas não tenham papel decisivo, causando alterações bruscas. Esse determinante tem ligação íntima com os dois anteriores (Gêneros e Gerações), pois as mudanças ocorridas neles têm influência direta sobre o ciclo de vida das famílias. A melhor aceitação social da separação dos casais é um exemplo disso. Antigamente, os casais ficavam juntos até a morte de um de seus membros. Atualmente, o ciclo de vida das famílias costuma ser mais curto, gerando novos arranjos familiares e trazendo novos desafios para a abordagem familiar. Novos pares que se formam, já com filhos de outros casamentos; famílias sem um dos membros tradicionais (pai ou mãe) presente na unidade habitacional e famílias oriundas de uniões homoafetivas apresentam a necessidade de reconstrução do sentimento de pertencimento familiar.

Você tem um filho, dois filhos, às vezes é a mãe sozinha com os dois filhos, porque o pai separou, então não constitui outra família. assim, Pode até constituir, mas aí mora ele numa casa e ela na outra, então eu acho que nesse sentido mudou. E agora tem as famílias de pessoas do mesmo sexo que atualmente eu conheço. Família do mesmo sexo, de pessoas que se juntam, casam, né, e formam um casal. EG01-05.

A **Religiosidade** emerge dos dados como um determinante da Conjuntura Social e da mudança das famílias. O enfraquecimento de religiosidade põe em xeque valores e posturas éticas que tinham grande influência sobre a família, relativos à sexualidade e aos papéis de cada ente familiar. A experiência religiosa tornou-se mais individual, encontrando-se, no interior da família, múltiplos padrões de fé e religiosidade ou, até mesmo, a ausência destas. Na teoria, esse fenômeno é apresentado como uma perda na construção de valores familiares e como o fortalecedor de posturas individualistas e materialistas na família.

Eu sou cristão, então, eu acho que tem mais a ver com os valores mesmo de fé, de respeito ao próximo, de não viver uma vida muito individualista. Eu recebi isso muito da minha família. Minha mãe, por exemplo, sempre fez cesta pra dar pras pessoas, eu fui criado nesse ambiente, entendeu? Quando tinha alguém pra ser acolhido, ela sempre acolhia. Minha mãe montou um templo, ela faz a relação com as pessoas. Eu fui criado nesse ambiente muito espiritual, muito de fé, de muita devoção, tanto a fé cristã, como as pessoas. Minha mãe trabalhou muito a questão do amor ao próximo. Mas hoje a realidade é outra, as pessoas não seguem valores religiosos, são materialistas e individualistas, sabe? A religião, seguir valores religiosos sustentava mais a família, entendeu? EG01-04.

O processo de **Individualização** aparece como um determinante da conjuntura social, tendo uma de suas causas no enfraquecimento da religiosidade na família. A individualização pode ser entendida como o isolamento do construto familiar da sociedade, como também a postura assumida de um ente dentro da família. É um determinante que interfere diretamente no sentimento de pertencimento e na postura de partilha cotidiana esperada em uma família. É apresentado como um evento multifatorial, que associa o enfraquecimento da religiosidade, por exemplo, com a diferenciação de interesse entre as gerações e entre os gêneros no interior da família, bem como com o acesso à informação, com o consumismo, com a busca de prosperidade desfocada do coletivo.

A sociedade impõe conceitos que, às vezes, a família tem que adquirir (aquele conceito), porque a sociedade impõe. Se a família não é muito estruturada, acaba adquirindo os conceitos que a sociedade impõe. Na minha casa sempre foi muito diferente, na minha infância, a sociedade impunha, mas o meu pai, a minha mãe, não permitia que fizesse parte do centro da família. A sociedade impunha, “mas aqui é diferente”. Então eu cresci sem essa questão de porque era moda na sociedade, tinha que ser moda na minha casa. Isso nunca existiu na minha vida pessoal, mas o que eu vejo na minha profissão é completamente diferente. Existe a moda do telefone chique. A família não tem dinheiro pra comprar arroz e feijão, ganha cesta básica da prefeitura, mas tem o celular mais

chique que o meu. Por quê? Porque é a moda, é a sociedade que impõe. Então, isso dificulta nosso trabalho também, até porque o meu lado pessoal e a minha opinião é diferente, que não deveria ser assim, né, mas infelizmente é, a realidade que existe é essa, a sociedade impõe muita coisa pra família, que, sem ter condições de absorver, absorve pra poder acompanhar a sociedade. EG03-04

A **Informação** é identificada na Teoria como o determinante que apresenta a maior velocidade de mudança na Conjuntura Social. Ela representa o acesso à informação e o convívio em redes sociais, que vêm modificando todo o padrão relacional na família. As certezas sobre as coisas, antes dependentes da oralidade, de contato entre as gerações familiares, gerava tabus e comportamentos que fortaleciam a cultura da família. O acesso à informação trouxe uma cisão com essa forma de transmissão de conhecimento. As verdades tornaram-se efêmeras e de fácil contestação. A construção dos valores, do conhecimento e do credo passou a ser individualizada. Cada um tem acesso, principalmente entre os representantes da nova geração, à satisfação de suas necessidades sem a dependência direta do outro.

O buscar a informação hoje em dia tem vários sentidos. Tudo é muito fácil na internet, sabe? As pessoas ficaram mais individualizadas com as redes sociais, conversam menos, encontram menos. Tem muitos amigos, mas são solitários, engraçado isso, né? (...) As pessoas vão no Google pra saber, e aí falam "eu vi isso na Internet, será que isso é realmente o certo?" "Ah, fulano de tal falou isso, realmente é isso?" Até nossas condutas são questionadas por causa da internet. (...) Mas, em geral, vejo que tudo isso tem mudado as verdades das famílias. EG01-08.

A **Cronificação de Agravos** é o determinante que representa a transição epidemiológica dentro da teoria. Ela diz respeito tanto à mudança de agravos de importância para a abordagem familiar, quanto ao aparecimento de novos agravos com gênese na sociedade e nas relações sociais. Alguns problemas se intensificaram ao longo dos anos, representados pelo envelhecimento dos entes familiares, as doenças senis e suas consequências. Outros, além de se intensificar, também se agravaram, como o uso de álcool e drogas. E outros, ainda, se tornaram

problemas cotidianos para a família, como a violência e os sofrimentos mentais, como a depressão e outras síndromes com origem no contato social.

Tenho problema de todo tipo aqui. As doenças do envelhecimento, muita gente deprimida que parece até epidemia (risos). Doenças que pra mim surgem de relações pessoas enfraquecidas. (...) E tem de tudo que essa nova sociedade traz também, tipo drogas, álcool, violência contra mulher e criança, abuso, sabe? EG03-08

Lá eu via pacientes muito jovens que queriam engravidar porque as irmãs já tinham filho muito novas, as primas tinham filho muito novas e a criminalidade era uma coisa que lá era um sucesso. Então eu via criança que queria, futuramente, ser traficante, ser bandido, porque aquilo era que trazia carro, que trazia sucesso com as meninas, então eu vi muito disso lá. Eu vi pedofilia, na parte alta que tinha do bairro, tinha os comércios, e eu vi moças, meninas de 12, 13 anos tendo relacionamento com os donos desses comércios, justamente por ter um pouco de ganância. Na verdade, acho que elas tinham vontade de melhorar na vida e achavam que fazendo isso elas iriam melhorar, então a realidade que eu vi lá foi bem diferente da minha. EG03-07

A **Iniquidade** finaliza os determinantes conferindo variação de intensidade dos outros determinantes dentro da família. A iniquidade deve ser diferenciada de desigualdade. A desigualdade diz respeito ao desenvolvimento diferenciado a partir de condições iguais. A Iniquidade parte do pressuposto de condições diferenciadas desde o acesso. Por exemplo, pode-se dizer do desenvolvimento esperado em crianças colocadas em condições completamente diferentes de acesso a boa educação formal, a serviços de saúde e a segurança social.

Por causa da má distribuição de renda, as pessoas vivendo num estado de miséria muito grande, miserabilidade tremenda, e enquanto outros estão vivendo justamente ao contrário, com o acúmulo de capital absurdo e nem tem, nem um pouquinho de temor

em ver o outro passando necessidade, as pessoas já acostumaram a viver dessa forma e isso eu acho que é muito triste. EG01-04.

A iniquidade evidencia-se quando as pessoas não têm acesso às mesmas condições para desenvolvimento pessoal. Nesse sentido, a iniquidade tem interferência em todos os outros determinantes. Famílias onde a iniquidade está presente terão condições de planejamento e de desenvolvimento completamente diferentes: maior ou menor número de filhos, intensidades diferentes de violação de direitos, maior capacidade de manter-se saudável ou não, são algumas questões envolvidas quando se fala de iniquidade. Pode-se dizer que ela é a causa das causas dos determinantes, o maior dos problemas a ser resolvido, apesar de a resolução dessa situação ainda estar no campo da utopia. E a iniquidade também interfere diretamente no cuidado familiar, pois os agravos se apresentam diferentes e a capacidade de mobilizar recursos também é distinta para a resolução dos problemas.

O tratamento, a adesão ao tratamento é melhor na que tem um maior poder aquisitivo, na classe mais alta. Tem uma pessoa pra ficar cuidando, no caso dos idosos, não fica sozinho. É o que difere, porque alguém pode ficar em casa pra fazer isso, pra cuidar, e, do outro lado, se não sair pra trabalhar, não tem o que comer, né?  
EG03-06

Cabe ressaltar, neste momento, que não é objetivo desta teoria esgotar ou aprofundar cada um dos determinantes da categoria Conjuntura Social. Na verdade, cada um dos determinantes necessita de teoria própria. Aqui, eles representam as fronteiras de outras teorias que influenciam na Teoria da Abordagem Familiar.

Dando sequência à análise da categoria Conjuntura Social, faz-se necessária a descrição da relação entre Sociedade e Família. Quem tem maior influência sobre a outra? É uma pergunta tão emblemática como perguntar “quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha”?

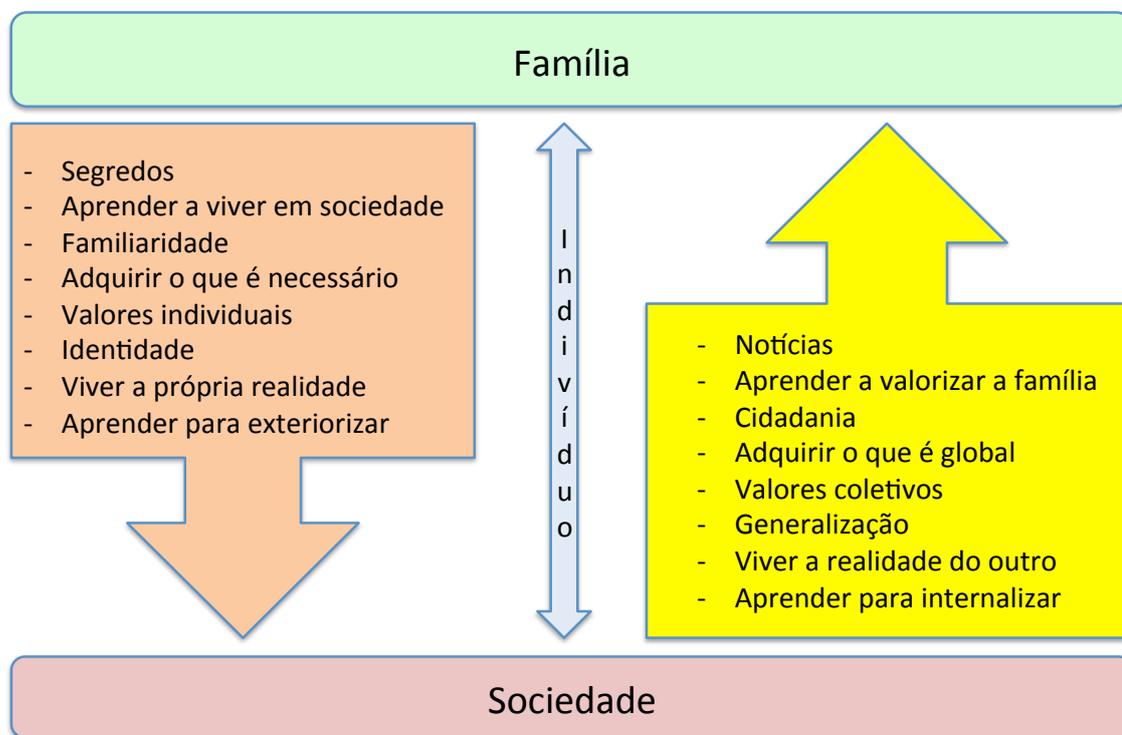
Quem influencia mais quem, se a sociedade ou a família, eu nem sei. É igual perguntar quem nasceu primeiro, se o ovo ou a danada da galinha. (...) Isso depende do que a família tem como valor, valor e cultura, porque se for uma família que tem como valor o que a mídia coloca, vamos dizer que a mídia é a sociedade e que a vontade de querer ter e não poder ter influencia. Nesse caso a sociedade influencia a família. A questão das marcas, das grifes, do querer ter com facilidade, sem trabalhar, dos salários, né, então a sociedade consegue influenciar a família. A gente percebe muito isso em famílias que têm um grau de escolaridade menor, que têm uma condição socioeconômica menor, que não têm a questão, não valorizam a questão cultura, valorizam só o que veem na televisão. Por quê? O que essa pessoa tem como cultura? O que ela vê na televisão. Então a mídia manipula isso, sai na rua, vê um grupo de pessoas, então esse grupo vai influenciar a família.

EG03-02

O que se evidencia nesta teoria é a relação mútua de influência entre a família e a sociedade, tanto em fatores positivos quanto negativos. A Sociedade recebe o indivíduo da família, com seus valores e história, e o devolve com modificações produzidas pelo conviver com o coletivo.

Eu tenho essa concepção de que a família é o primeiro nicho da sociedade e acho que as concepções, as percepções e a forma com que nos relacionamos nesse primeiro nicho interfere muito nos relacionamentos sociais, de uma forma geral. Acho que ali se constrói muita coisa, muitas estratégias e saídas (...) Entendo que existe uma influência direta nisso, inclusive, acho que muito dessa onda de violência, de contexto social que nós temos vivido, resulta de uma desestrutura familiar mesmo. Quando eu falo de desestrutura, eu não estou falando necessariamente de ter uma família dita tradicional: o pai, a mãe e os filhos. Eu acho que é de uma estrutura psíquica, uma estrutura emocional, uma estrutura educacional que, às vezes, é o que você tem no primeiro momento em casa mesmo. EG03-05.

A Figura 3.6 exemplifica essa relação.



**Figura 3.6:** Trocas entre Família e Sociedade.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

A família direciona valores e comportamentos para a sociedade, ao mesmo tempo em que recebe outros em troca. A informação é repassada da família para a sociedade como segredos, algo que é próprio de um construto familiar, e retorna como notícia de dimensões coletivas, de impacto sobre muitas pessoas.

A partir da família busca-se a sociedade para o aprender a viver em um construto maior, cheio de diversidades, e, no movimento inverso, busca-se o aprendizado da valorização da singularidade da família, do que conforta, do que é próprio e do que é reconhecido.

Leva-se para a sociedade a familiaridade, a forma singular de viver, sem rodeios, sem formalidades. Retorna-se com dimensões de cidadania, de responsabilidades que determinam direitos e deveres.

Na família a dimensão de aquisição é a de coisas necessárias e de necessidades individualizadas. Na sociedade, a dimensão de aquisição é efêmera, a partir de desejos coletivos, de modismos nem sempre condizentes com a realidade familiar.

Valores individuais migram da família para a sociedade e retornam como valores coletivos. Mesmo valores de uma mesma dimensão podem ter intensidades diferentes entre a sociedade e a família, como a amizade e o sentimento de pertencimento.

A família contribui com a sociedade na divisão da identidade que é tão singular dentro dela, tornando-a mais forte e com valores mais consolidados. Ao mesmo tempo, retribui com a generalização das famílias, quando oferece recursos que as tornam parecidas.

Ah, eu acho que é uma via de mão dupla, mas eu acho que a sociedade tem um peso muito grande na formação das famílias. Não sei, eu não sou tão velha né (risos) pra falar : ah no meu tempo e tal”, mas tem coisas que são, assim, a gente vê. Eu, pelo menos, percebo, eu tenho a sensação que tudo está mudando muito rápido, né. As coisas que a gente tem visto, ouvido na televisão. Assisto pouco à televisão, às vezes eu ouço muito o rádio. A gente ouve as coisas. Eu percebo que, há 15 anos, quando eu era adolescente, eu jamais achei que ia acontecer tão rápido, nas famílias mesmo, nas novas, as coisas que influenciam. Por exemplo, agora mesmo (...) a gente tem um amigo que a tia dele é homossexual e vive com uma mulher há muito tempo. Agora, elas casaram, essa semana, então todo mundo foi lá, foi jantar na casa delas e tal. Jamais imaginaria que isso estivesse acontecendo, entendeu? Quando eu tinha 15 anos, imagina quem tem 70 hoje, que está vendo isso, deve ficar mais escandalizado ainda, né, mas acho que é isso. EG02-05

Na família aprende-se a própria realidade para poder exteriorizar para a sociedade problemas e soluções caseiras, ao mesmo passo em que o indivíduo aprende as características do outro na sociedade, para internalizar na família.

Então, a família nesse aspecto, pra mim, ela é a base de uma sociedade bem organizada, estruturada, que garanta os direitos, os deveres de cada um. Então tudo isso começa na família. Se, na família, a gente tem exemplos de trabalho, se a gente tem exemplo de educação, se a gente tem exemplos de cidadania, se a gente tem exemplos de solidariedade, né, a gente vai ter tudo isso refletindo na sociedade. Então eu acho que essa é a principal relação. EG02-06

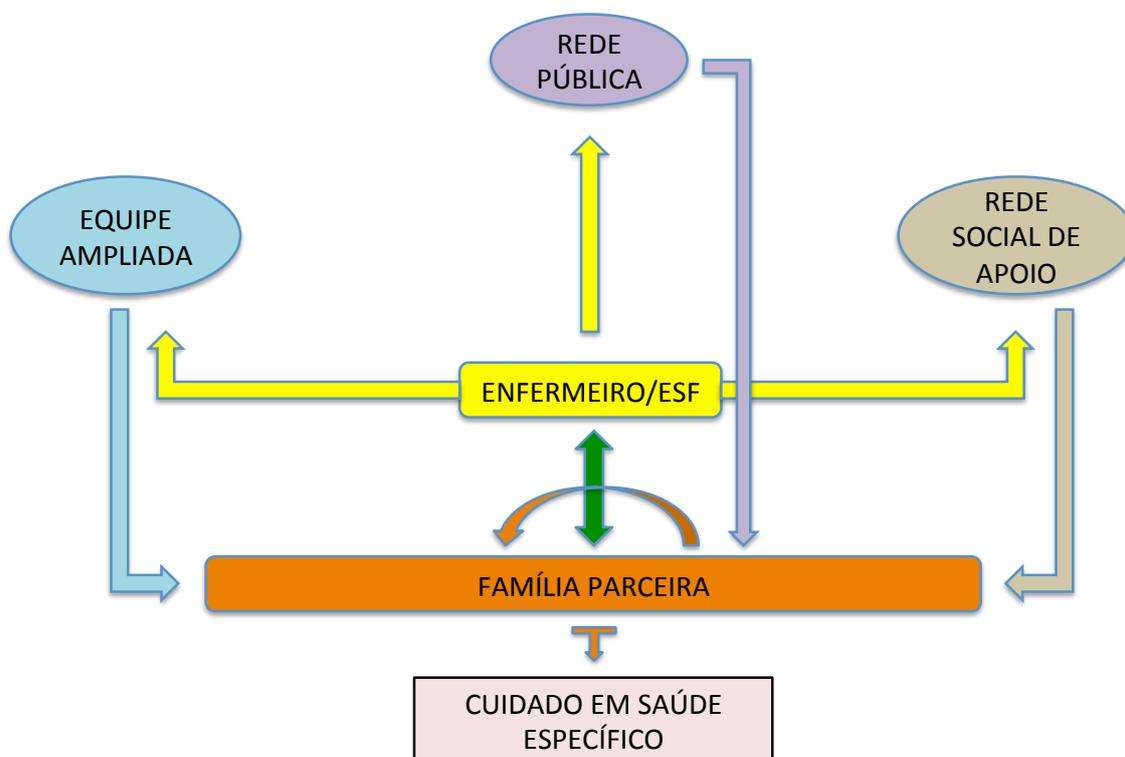
Família e sociedade compõem um todo que é indivisível e impossível de analisar, senão de forma conjunta. Na visão interacionista de mundo, isso se explica na necessidade de o Eu ver-se no Outro para existir, para interagir, para aprender e para se modificar. É uma troca simbólica constante de múltiplas conexões.

Na seção seguinte será apresentada essa “interação com o outro” no que é o foco desta teoria: a abordagem familiar.

### 3.3 Abordagem Familiar

A **Abordagem Familiar** é definida como a intervenção planejada junto à família, mediada por um profissional de saúde, nesta teoria representada pelo enfermeiro. Tem a finalidade de oferecer oportunidades para a melhor organização interna possível, diante de situações específicas vivenciadas por ela, situações essas, normalmente, representadas por agravos individuais ou coletivos na família.

A Figura 3.7 apresenta os atores sociais envolvidos na abordagem familiar:



**Figura 3.7:** Abordagem familiar e seus atores.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

A abordagem familiar tem como foco um cuidado específico em saúde que pode ser representado pela intervenção em um determinado agravo curativamente ou preventivamente ou, mesmo, na promoção da saúde no âmbito familiar.

No centro da produção do cuidado está a relação direta (encontro) entre o enfermeiro e a família, a partir da qual uma vasta rede de cuidados e de responsabilidades pode ser acionada.

O esquema teórico apresenta o código *in vivo* “Família Parceira”, que significa a família que se corresponsabiliza pelo cuidado. Trata-se da família que tem interesse na resolução do agravo encontrado ou na manutenção da qualidade de vida dos seus entes. É a família que ajuda na identificação de recursos, que intervém, junto com o enfermeiro, no acionamento da rede de cuidados. Manifesta, ainda, um forte sentimento de pertencimento interno, de vínculo e de colaboração.

Quando a família cuida, que você tem o apoio da família, é totalmente diferente a assistência que a gente consegue ofertar, entendeu? Quando a família está junto, quando a família é parceira, você tem muito mais facilidade. EG03-09.

Ainda no esquema teórico, a **Equipe Ampliada** é representada pelos profissionais de apoio ao enfermeiro e à Estratégia Saúde da Família. Representa os recursos em saúde disponíveis para serem utilizados a partir da abordagem familiar. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de matriciamento (saúde mental, por exemplo), os profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde não vinculados diretamente à ESF são exemplos desse equipe ampliada. Os recursos dos níveis secundário e terciário do sistema de saúde também estão incluídos nessa equipe.

A gente propôs algumas ações, por exemplo, a gente pensou em apoio da assistência social pra poder trabalhar com a família. Aqui, nossa assistente social (a gente tem dois assistentes sociais de apoio, na verdade), um é do NASF – quando a gente tem os casos para apoiar, eles encaminham pra gente – e a outra é da equipe complementar, não sei como ela é alocada aqui na unidade. Ela tem um postura flexível, aberta pra auxiliar as equipes, ela acaba, se a gente necessitar do apoio dela, passando muito pra gente. Então, como a gente está sempre com ela aqui, a gente pede muito pra ela, sabe? EG03-08.

E aí a gente apelou, quando eu tinha a dupla de matriciamento, nós chamamos a saúde mental pra trabalhar isso junto, aí começamos a fazer uma conferência familiar. EG02-01.

A **Rede Pública** representa todos os recursos públicos que não estão nos serviços de saúde, pertencentes a outras políticas, como escolas, conselhos, assistência social, apoio jurídico e protetivo.

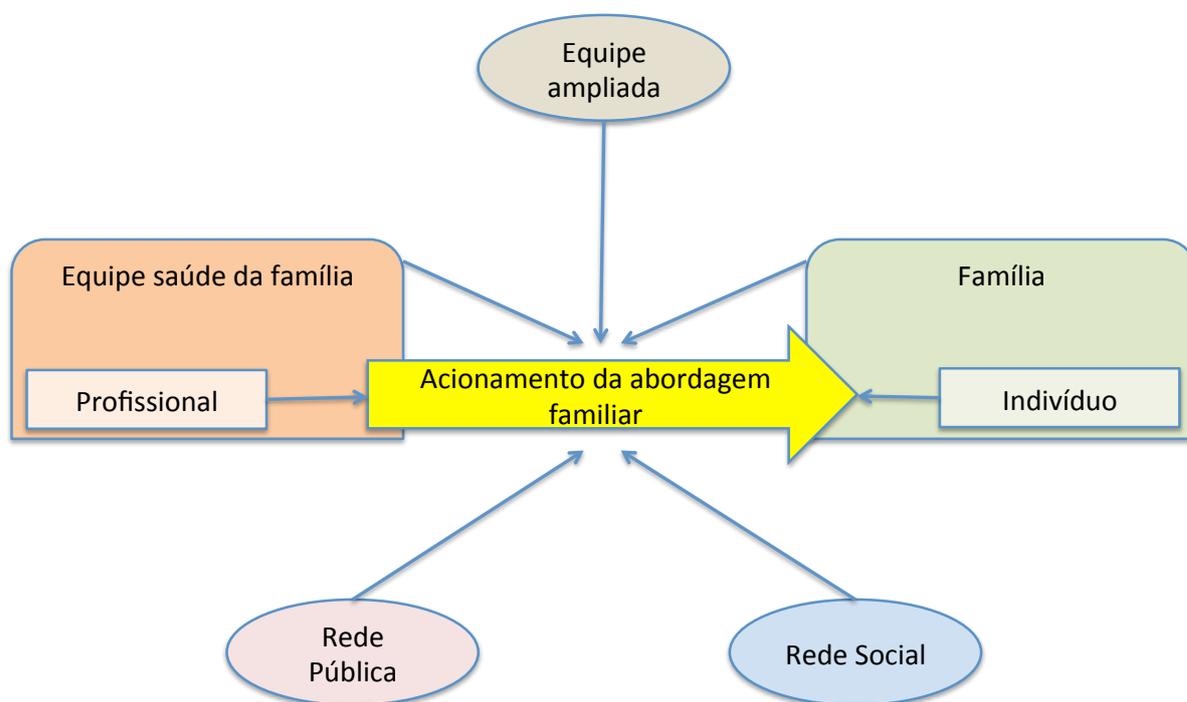
A gente tem o social, da prefeitura, o setor social, Conselho Tutelar, entra essa parte, quando você pega um caso mais complicado, que funciona mais ou menos, mas a gente tem. Um encaminhamento, eu lembro de um caso desse, que você vê um caso onde está tendo desrespeito ao idoso, uma criança. Então, você tem pelo menos o que fazer pra estar encaminhando. EG03-09

A **Rede Social de Apoio**, no esquema teórico, é o conjunto de recursos privados da sociedade civil que podem ser acionados na abordagem familiar. Igrejas, comércios, serviços, voluntários, ONGs, terceiro setor, vizinhança, são exemplos de componentes dessa rede.

Tem os Alcoólicos Anônimos. Eu tinha um abrigo da prefeitura, mas aí era da prefeitura mesmo, era pro município todo, mas agora ele não está mais na minha área; tem a pastoral da criança que é excelente, mas são parceiros mesmo, pra acompanhamento das crianças. Eles têm um salão que a gente utiliza pra grupos, pra festas que a gente vai fazer, tem grupo de jovens lá, grupos de adolescentes, então quando a gente vai fazer uma abordagem pra adolescente, a gente faz. Tem uma associação de bairro que tem uma igrejinha, então a gente utiliza a igreja, lá tem grupo de crianças, de artesanato, essas coisas. Durante a parte do dia em que as mães, às vezes, vão trabalhar, as crianças ficam lá nesses grupos, então eles são também bem parceiros, mas a pastoral da criança é a que a gente tem mais parceria. Até eles participam do comitê de prevenção

à mortalidade, comitê antidrogas. Sempre vem algum membro dessa pastoral e dessas associações pra participar com a gente. EG02-08.

Todos os atores descritos até aqui podem participar em algum momento da abordagem familiar, inclusive a própria família parceira. A Figura 3.8 indica como a abordagem familiar pode ser acionada:



**Figura 3.8:** Acionamento da abordagem familiar.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

O acionamento da abordagem normalmente acontece no encontro da equipe de saúde com a família, por demanda de um dos lados. A identificação da necessidade de abordagem pode ser indicada pelo indivíduo/família ou pelo profissional/ESF. Mas qualquer um dos atores sociais citados na Figura 3.7 pode acionar a abordagem diante de encontro com a realidade da família: vizinhos, membros de igrejas, profissionais de saúde de outros níveis de assistência, conselheiros, entre outros. Tanto a identificação do problema, quanto a intervenção são ações que podem ser interdisciplinares ou intersetoriais, visando à saúde da família.

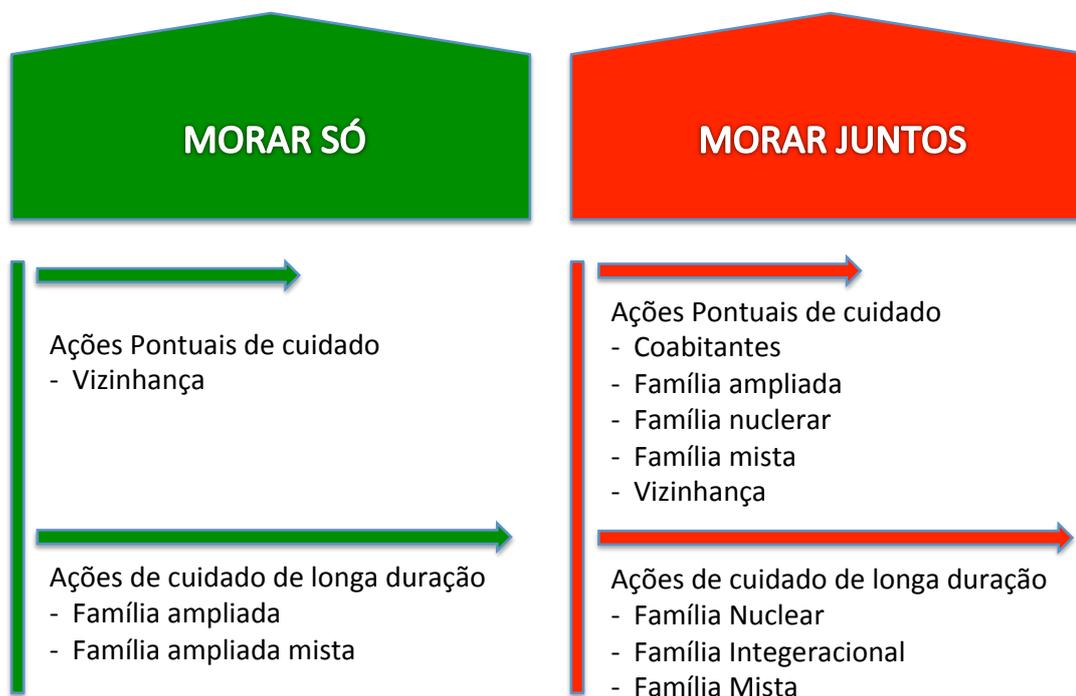
O principal motivo pelo qual a abordagem familiar é acionada, pelo enfermeiro ou por outros profissionais da saúde, é a constatação da incapacidade de o indivíduo continuar de forma autônoma o seu cuidado. Normalmente, estão envolvidos agravos que tornam as pessoas dependentes, incapacidade cognitiva de entender o cuidado ou situações onde a mudança comportamental deve ser familiar. Por outro lado, os motivos que levam profissionais ou pessoas das redes pública e social de apoio a acionar a abordagem familiar dizem respeito a condições estruturais ou relacionais no interior das famílias, representadas por violação de direitos, abandono ou violência.

Acho que a gente ainda está na prevenção. Da forma que a promoção é preconizada, acho que a gente ainda não consegue. A gente consegue mais a prevenção, a vigilância dos casos, do que a promoção de saúde do jeito que ela está proposta. Normalmente a gente aborda as famílias quando é constatado que o indivíduo não dá conta de se cuidar. EG03-08.

Envolvo a família quando eu vejo que a pessoa está com dificuldade de se cuidar sozinha. Então, às vezes, ela tem dificuldade de entendimento ou do cuidado. Às vezes não é nem do entendimento, ela entende, mas às vezes ela tem dificuldade no cuidado, ou na prevenção, aí eu envolvo a família. EG01-03.

A promoção da saúde e a qualidade de vida pouco são descritas como motivos para o acionamento da abordagem familiar.

A abordagem familiar, desde que é acionada, passa a ter na família parceira a sua principal fonte de cuidados. A própria família é a que de fato se responsabiliza por intervenções pontuais ou de longa duração quando a equipe de saúde não está presente. Entretanto, é cada vez maior o número de pessoas morando sós, sem componentes familiares. A Figura 3.9 mostra as variações das ações de cuidado quando o indivíduo **mora só** ou quando **mora junto** (códigos *in vivo*) com outros familiares:



**Figura 3.9:** Rede de cuidados de vizinhança e família.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

Ações pontuais são os cuidados urgentes ou de curta duração, em oposição aos cuidados de longa duração. Quando o indivíduo que mora só precisa de cuidados pontuais, quem normalmente assume a responsabilidade é a rede de vizinhos. Entretanto, quando esse cuidado necessita prolongar-se, a responsabilidade é repassada para a rede familiar mais próxima, nesse caso, a família ampliada ou a família ampliada mista.

Tem casos lá de pessoas mais velhas, que moram sozinhas e que precisam de uma ajuda de cuidado, então elas têm que ir, às vezes, algum vizinho ajuda, isso aí a comunidade se estrutura (...) É difícil você sozinho cuidar de você mesmo, se você não tem família, você tem que arranjar alguém que dê um suporte. EG01-05.

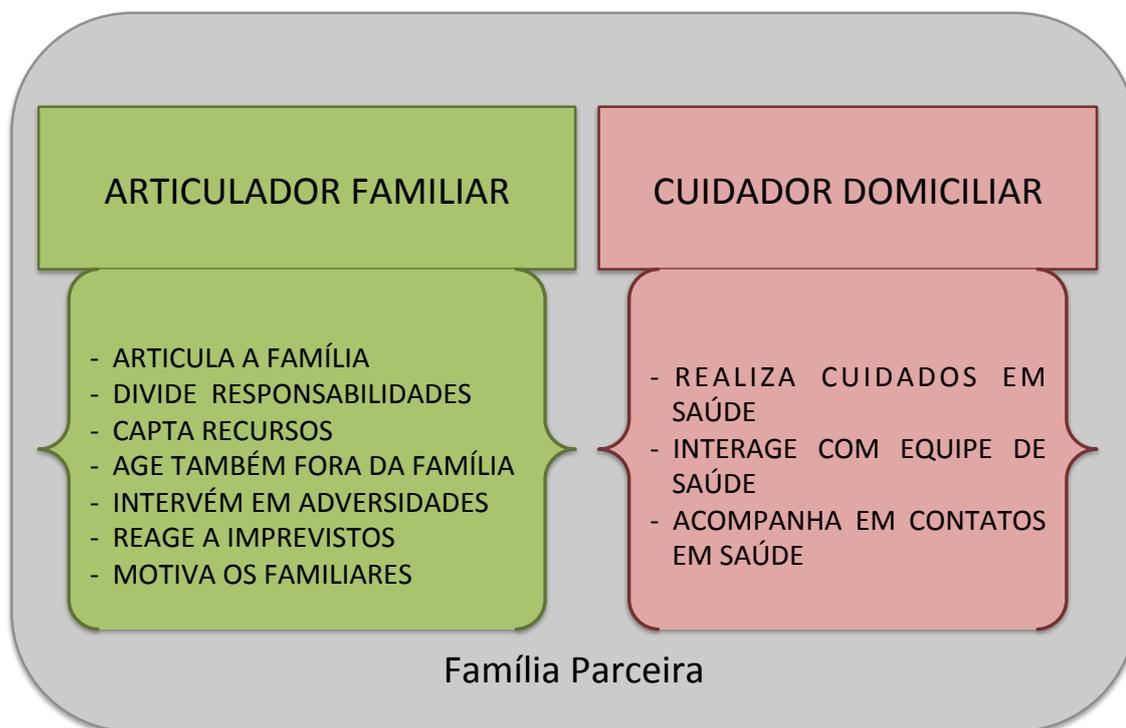
No caso de indivíduos que moram juntos, as ações pontuais já são assumidas por uma rede mais ampla, representada por vizinhos, coabitantes e membros

consanguíneos. Nos cuidados de longa duração, a rede é restringida à família nuclear, à família intergeracional ou à família mista.

Essas relações mostram a importância dos consanguíneos na abordagem familiar, quando os cuidados se tornam de longa duração. Os parentes são acionados mesmo vivendo em tetos distintos. Essa intervenção pode ser voluntária ou pode ser dada como responsabilidade por meio de órgãos civis de defesa dos direitos, como conselho tutelar e conselho do idoso.

Em ambos os casos, o sentimento de pertencimento familiar é a principal variável para a tomada de decisões. É importante que as pessoas envolvidas no cuidado se sintam parte da família cuidada e que o indivíduo cuidado também tenha essa identificação.

Nesse contexto surge a figura do **Articulador Familiar** na Teoria da Abordagem Familiar por Enfermeiros na Saúde da Família. A Figura 3.10 apresenta as características desse ator e as diferenças em relação ao cuidador domiciliar (já consagrado em literatura).



**Figura 3.10:** Articulador familiar e cuidador domiciliar.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

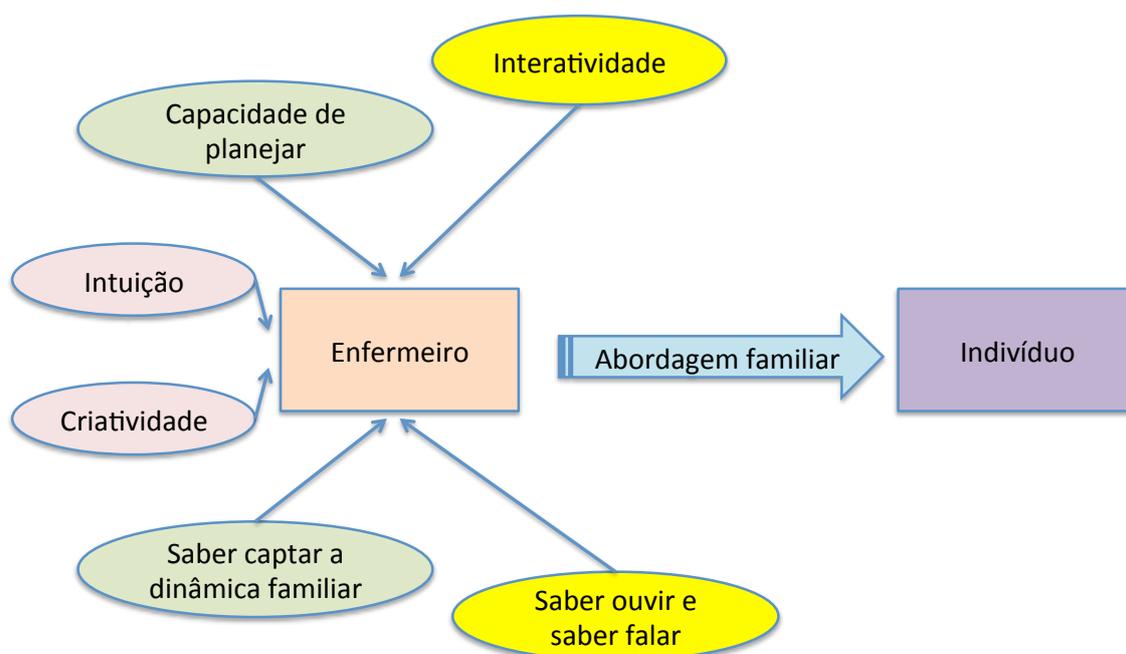
família pelos cuidados em saúde. Esse cuidador pode ser da própria família ou contratado. Entre suas tarefas estão também a interação com a equipe de saúde e o acompanhamento nos contatos com a rede de saúde.

O Articulador Familiar tem um papel mais amplo. Ele é o responsável por articular as pessoas da família, discutindo as responsabilidades de cada um; pela captação de recursos da própria família ou externos e, normalmente, é a pessoa acionada diante de adversidades ou de imprevistos. Também é quem atua como o motivador da família diante do desafio enfrentado. O Articulador Familiar pode acumular a função de cuidador domiciliar.

Hoje a gente precisa mais que de um cuidador domiciliar quando a gente tem um paciente pra ser cuidado em casa. É necessário alguém que articule um conjunto de situações, entende o que eu estou falando? Questões financeiras, alguém que intermedeie contatos, conversar, que organize a família. EG02-07.

O Articulador Familiar, na Teoria apresentada, é a pessoa de referência para o enfermeiro na abordagem familiar. Deve ser dinâmico, comprometido, inserido na família, de forma a contribuir significativamente para a promoção da saúde familiar.

O outro lado do encontro gerador do cuidado entre equipe e família é o enfermeiro, que assume agora o papel destacado na abordagem familiar. A Figura 3.11 exemplifica características esperadas para que ele dê conta de abordar famílias na conjuntura social descrita.



**Figura 3.11:** Habilidades necessárias ao enfermeiro para a abordagem familiar.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

Parte-se do pressuposto de que o enfermeiro, para estar nesse espaço, tenha capacidade técnico-científica para a condução de seu trabalho. Por isso, essa capacidade não aparece no esquema teórico. A figura demonstra habilidades que o enfermeiro deve ter ou desenvolver além do conhecimento científico.

A primeira delas, essencial, é a capacidade de saber ouvir e saber falar (código *in vivo*). Diz respeito à capacidade de comunicar-se de forma efetiva. Para que isso aconteça é necessário primeiro saber ouvir. Escutar as demandas e perceber o que é dito e o que não é dito, o que aparece nos gestos e posturas. É o momento de recolher informações importantes sobre o contexto, sobre a história, sobre a realidade. Somente a partir daí saber falar – dizer o que precisa ser dito, na linguagem adequada e no tempo certo. Retornos de intervenção nas famílias não devem ser tratados de forma furtiva ou apressada. A abordagem familiar é demorada, por natureza. Saber falar é tão importante quanto saber ouvir para a criação do tão desejado vínculo. Saber ouvir e saber falar ajuda a afastar os pré-conceitos, a ação tecnicista e faz surgir o bom senso e o entendimento do outro.

Saber ouvir, que é fundamental, e saber falar. Porque você tem que fazer uma abordagem respeitando a cultura, as crenças do outro, né. Então às vezes não adianta só, você consegue ouvir, mas você não consegue repassar, porque, às vezes, o auxílio, o cuidado que essa família está procurando, não é medicamento, não é terapia, às vezes é uma ideia mesmo, a maneira de compartilhar, de conversar. Então, esse profissional tem que saber ouvir, mas ele tem que saber fazer essa abordagem. EG02 – 03

É por meio desse contato, sabendo ouvir e falar, que é possível desenvolver outra habilidade importante, que é a de **Saber captar a dinâmica familiar**. A dinâmica familiar pode ser definida como a forma como a família se organiza para dar conta de seu cotidiano. Captar essa realidade não é tão fácil, e deve-se desenvolver a habilidade de fazê-lo. A família do Outro sempre apresenta realidades diferentes da nossa própria família, principalmente nas vivências familiar e pessoal. Essa contradição de realidades pode gerar ações preconceituosas e desfocadas da realidade do Outro. Saber captar a dinâmica familiar significa estar sensível à realidade do outro e ser capaz de compreendê-la, sem pré-conceitos ou julgamentos. Ela é a realidade a ser trabalhada, não pelo prisma do profissional, mas pelas formas que a família tem para se organizar.

Ainda hoje eu tenho dificuldade em algumas visitas que faço. É difícil não ter preconceitos. Tem coisas que a gente não dá conta. Mas me esforço e me concentro pra deixar o preconceito de lado e captar a dinâmica familiar. Ver com os olhos deles. EG02-09.

A terceira habilidade descrita é a **Criatividade**. A abordagem familiar envolve tantas variáveis distintas e complexas, que intervir por meio dela exige postura e ações criativas. Postura criativa significa já possuir, antes da abordagem familiar, um vasto arsenal de técnicas e ferramentas que possam ser acionadas diante da realidade encontrada. Ações criativas dizem respeito à capacidade de adaptar esse arsenal em tempo real a essa realidade.

Eu acho que eu vou mais na intuição. Eu sou muito pouco de escrever, é um defeito grande que eu tenho, registro pouco, tá, eu registro muito pouco. Então, a dificuldade com o papel é horrorosa, sabe? Mas eu tento ir... Eu vou comendo pela beiradas, como diz o outro, entendeu? EG01-01.

A criatividade mantém ligação estreita com a **Intuição**. Essa é a habilidade capaz de fazer o profissional chegar a uma conclusão ou ação com discernimento sem que seja necessária uma análise profunda do caso. Para desenvolver a intuição é necessário estar próximo das famílias, viver com frequência a realidade do Outro. Ela é muito útil em situações que necessitam de uma resposta imediata, que fomente a responsabilização do Outro pelo seu cuidado.

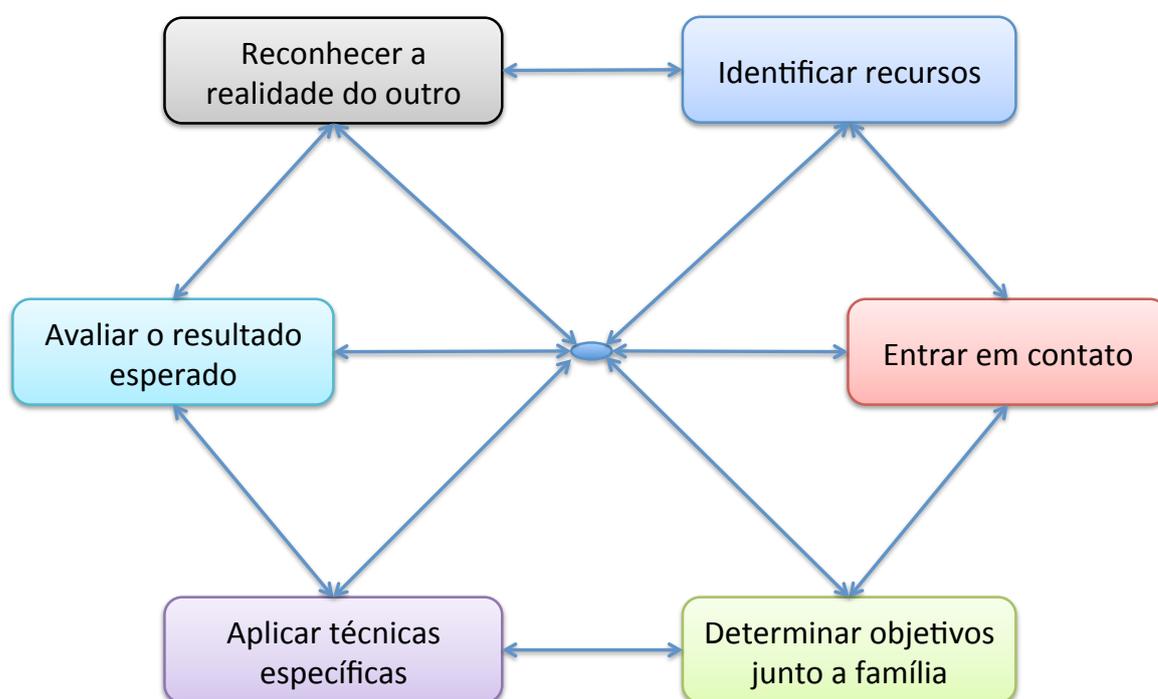
A **Capacidade de Planejamento** é uma habilidade que começa no aprendizado científico, mas que o extrapola. Diz respeito à capacidade de articular o que se tem em prol do que se deseja. Significa organizar os recursos disponíveis, próprios ou de outros, na resolução dos problemas encontrados. Para isso é necessário conhecer a realidade local, mapear os recursos disponíveis e saber utilizá-los no momento certo.

Ele (o enfermeiro), que é o primeiro que atende, o vínculo, passa geralmente é com enfermeiro, esse vínculo, muitas vezes é criado. Então, acho que ele coordena mais isso, entendeu? O enfermeiro

consegue ter mais essa visão geral e consegue, por exemplo, pensar de forma planejada, articular antecipadamente o que vai precisar para aquele atendimento, sabe? Acho que ele é mais interativo. EG03-09.

A **Interatividade** é a habilidade necessária para comunicar, produzindo vínculo e corresponsabilidade. Interagir significa ser capaz de influenciar mudanças não a partir de sua concepção. Não significa também dar à concepção do Outro maior importância do que à sua, mas, sim, a partir da concepção produzida na relação de encontro com o Outro, gerar a ação.

Essas habilidades são complementares e desenvolvidas a partir da experiência. É o contato com o outro que possibilita o desenvolvimento delas. Saber da importância de desenvolvê-las já é um grande progresso na abordagem familiar. A Figura 3.12 demonstra didaticamente o “caminho” a ser percorrido por meio de processo.



**Figura 3.12:** Processo para a abordagem familiar.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

Inicialmente é necessário o reconhecimento da realidade do outro, que acontece na ESF por meio do estudo do território em que as pessoas vivem (seus desafios e suas soluções), o levantamento de dados epidemiológicos locais, o desvelamento do impacto da conjuntura social no nível local e o reconhecimento da dinâmica familiar.

Você fica muito tempo no mesmo lugar e você vai conhecendo todo mundo. Aí eu acho que você transita num território seu com mais facilidade, entendeu? Você consegue mesmo, sei lá, uns quatro anos já trabalhando num mesmo lugar ali, com a mesma equipe. EG02 – 03.

Em seguida é a identificação dos recursos disponíveis, representados pela soma dos recursos próprios, dos recursos da família e dos oferecidos pelas redes pública e social de apoio.

Entrar em contato com a família é a continuidade do processo. É o momento de saber ouvir e saber falar, para avaliar a individualidade daquela família no contexto levantado até então.

No momento seguinte é necessário criar as condições para que surja a família parceira. É o espaço para se determinar a responsabilidade de cada um no cuidado e a criação do vínculo.

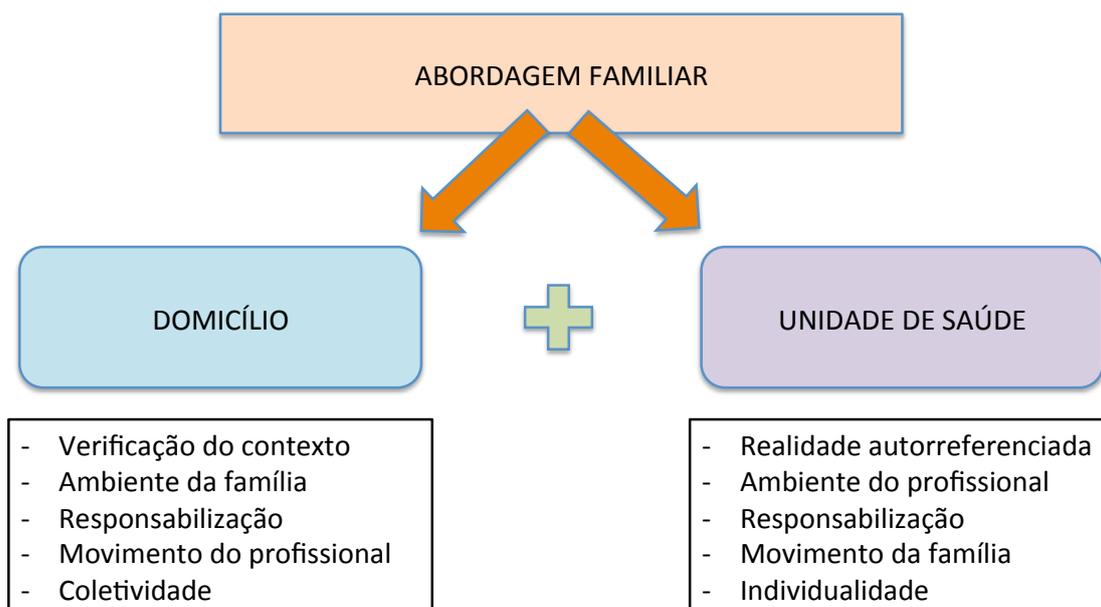
A partir daí é necessária a aplicação de técnicas e procedimentos específicos de acordo com a realidade encontrada. São cuidados diretos em saúde, mas são também intervenções na dinâmica familiar.

A avaliação do resultado e da continuidade da abordagem familiar representa a finalização do processo. O cumprimento do proposto deve ser avaliado com os motivos do seu sucesso ou do insucesso.

Cabe destacar a importância, em todo o processo, do uso de ferramentas de abordagem familiar já descritas em literatura, como o Genograma, o Ecomapa, o

PRACTICE, o FIRO e o Ciclo de Vida, mas também de nova ferramenta que será sugerida na seção que falará das contribuições desta tese.

Finalizando essa categoria, a Figura 3.13 apresenta o lócus da abordagem familiar:



**Figura 3.13:** Lócus da Abordagem Familiar.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

Apesar de a visita domiciliária ser descrita na literatura como a principal estratégia da abordagem familiar, o lócus adequado para essa abordagem é, na verdade, o somatório de ações realizadas no domicílio e na unidade de saúde.

Às vezes, eu usava a história da família como base pra saber o que eu tinha de tomar a decisão. E quando era alguma coisa mais grave, a gente reportava isso pra uma reunião familiar mesmo, fazendo visita, procurando entrar dentro daquela casa e ver o que eu podia estar colhendo, tentando, pra poder resolver, dentro da casa da pessoa, e não trazendo. Às vezes, tinha hora que eu tinha que conversar em particular, eu levava pra dentro da unidade, muitas vezes, quando eu não conseguia, eu reportava, ia até o problema,

entendeu? Ia até a casa pra tentar resolver aquele problema. EG01-03.

A abordagem familiar não ocupa um lugar específico e deve ser entendida como uma postura constante na Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, na consulta individual, na reunião em equipe, na conferência familiar na unidade de saúde, pratica-se a abordagem familiar. O mesmo acontece no domicílio.

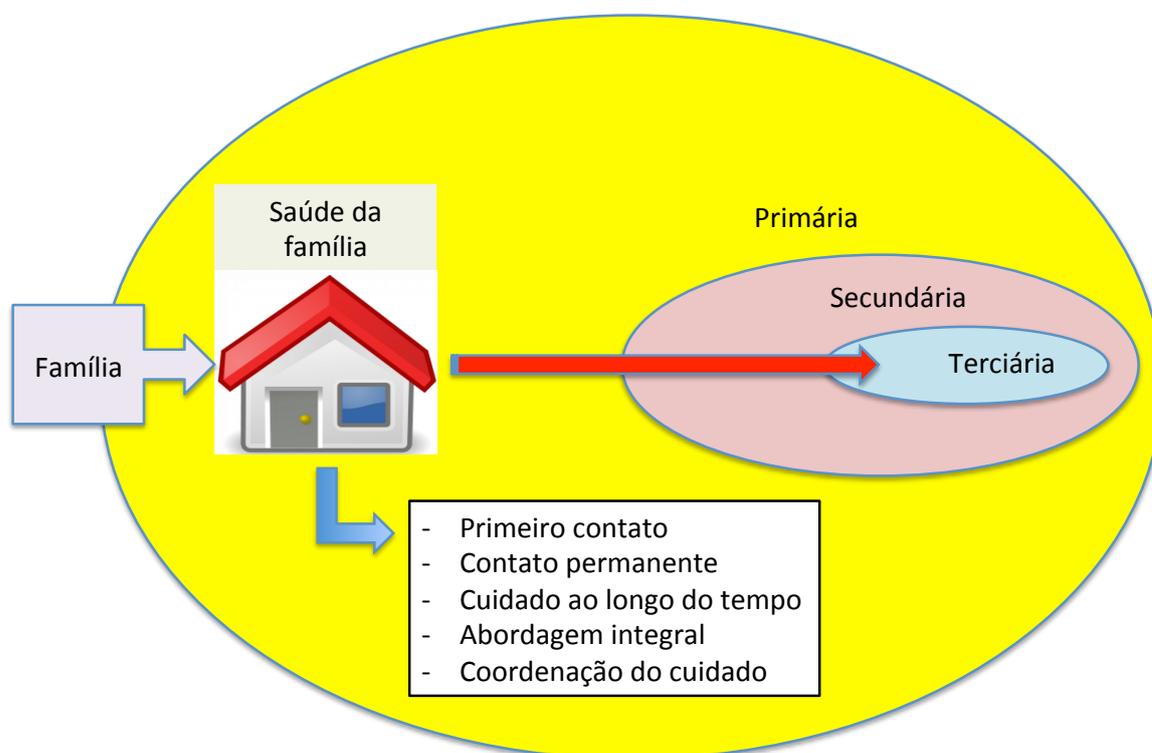
Cada uma das estruturas físicas (unidade de saúde e domicílio) contribui com informações específicas que se completam. No domicílio é possível a verificação do contexto em tempo real, ao passo que, na unidade de saúde, a realidade é referida pelo Outro. O ambiente em cada estrutura física é próprio e comum a um dos atores: no domicílio, vive-se o ambiente da família e, na unidade de saúde, experimenta-se, vivencia-se o ambiente do profissional. Em ambos ocorre a busca da corresponsabilização do cuidado partindo em sentidos diferentes. A ida ao domicílio busca a responsabilização do indivíduo, e a ida à unidade de saúde busca a responsabilidade do profissional de saúde. Os movimentos em direção ao outro também são complementares. Pelo domicílio, agregam-se à abordagem familiar informações da coletividade e, na unidade de saúde, informações sobre as individualidades. Nesse sentido, ressalta-se a complementaridade de ações tanto no domicílio quanto na unidade básica de saúde na realização da abordagem familiar.

Descrita a categoria Abordagem Familiar, faz-se necessário apresentar agora a última categoria da Teoria, representada pela Conjuntura em Saúde.

### 3.4 Conjuntura em Saúde

A Conjuntura em Saúde, nesta Teoria, é definida como o conjunto de condicionantes representados pelas políticas públicas em saúde e pela organização do sistema de saúde que tem impacto direto sobre a Abordagem Familiar. Diz respeito a situações individualizadas, como o contato entre o profissional de saúde e o indivíduo, assim como a condições macro-políticas em saúde.

A Figura 3.14 mostra a organização do sistema de saúde e a sua relação com as famílias.



**Figura 3.14:** Saúde da Família, níveis assistenciais e família.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

A Saúde da Família, eleita como orientadora da APS nas ações em saúde, transformou-se na porta de entrada da família no sistema de saúde. Nesse sentido, ela cumpre papéis importantes na inserção e na condução da família pelo sistema, bem como na prevenção de agravos e na intervenção precoce.

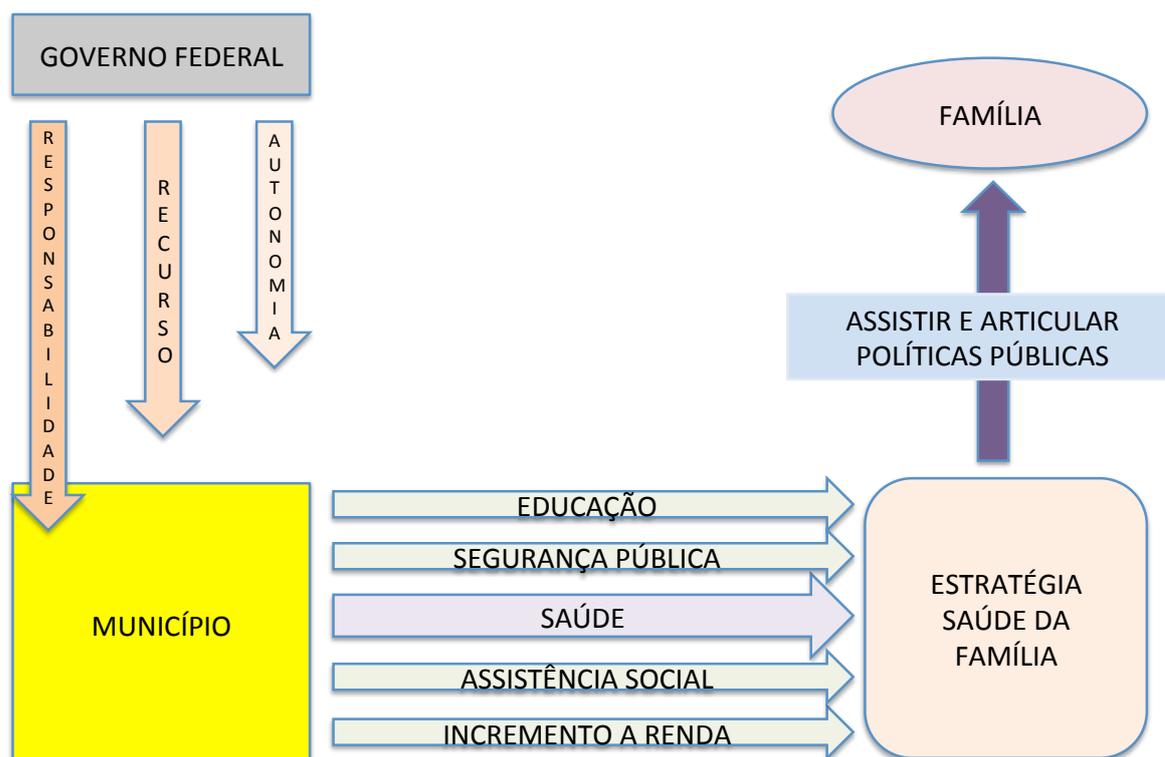
Ela é coordenadora do cuidado, não tem outro jeito, quando você vê que ela é, ela que coordena o cuidado, ele está na atenção secundária em todos os setores, mas quem está coordenando? É atenção primária. Então... Quando você está gerente, você vê com mais clareza. Na atenção primária, na ponta, você vê, mas eu acho que quando você sai um pouco dessa assistência, mas a minha visão de hoje, eu vejo isso com mais clareza. EG03-09

A Saúde da Família também oferece o cuidado ao longo do tempo para as famílias (cuidado longitudinal) e por isso contribui para ações de promoção da saúde e qualidade de vida, quando se preocupa com o futuro do cuidado dessa família. Ainda é responsável por preocupar-se com a abordagem integral, considerando aspectos familiares biopsicossociais. Dessa maneira, ela assume o papel de articular outras políticas públicas na dimensão do cuidado familiar.

Por fim, a Saúde da Família é a coordenadora do cuidado dessa família ou de seus indivíduos, quando o cuidado se estende ao longo dos outros níveis assistenciais. É ela a responsável por compilar as informações e articular tudo em um plano de cuidado familiar.

O descrito até aqui depende muito do perfil do enfermeiro inserido na ESF. Trata-se de responsabilidade impossível de mensurar. Essa relação com o Outro é fundamental para que todo o sistema possa funcionar.

No entanto, existem dimensões de outra estrutura que interferem nessa relação, sobre as quais o enfermeiro tem pouco governo. Trata-se das dimensões macro-políticas, que são expressadas na Figura 3.15:



**Figura 3.15:** Relação entre entes federativos, políticas públicas, ESF e Família.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

O município, constitucionalmente, assumiu a responsabilidade pela APS e pelo oferecimento das ações em saúde nesse nível assistencial. O problema está no que foi proposto como recurso e como autonomia para a gestão da saúde local. Tanto os recursos quanto a autonomia não são descentralizados na mesma proporção da responsabilidade assumida. Surge com isso o desafio de, com poucos recursos e com a ausência de soluções locais, produzir uma saúde de boa qualidade, principalmente na APS.

Algumas , sim, porque entra verba, e com ela a cobrança. "Ah tem que cumprir meta, tem que fazer isso". E nem consideram o que a gente tem aqui no PSF. Na maior parte das vezes não temos autonomia, sabe, de fazer diferente, e nem a verba direito, porque em geral é mixaria. EG 01-08.

Eu acho que ainda depende de muita coisa. Aí, quando eu falo muita coisa, eu estou falando de governo, eu estou falando de política, eu

estou falando de investimento, eu estou falando de dinheiro, eu estou falando de tudo. EG01-07.

Essa realidade se reflete diretamente sobre a assistência prestada pela ESF. Somado a isso, tem ocorrido o movimento de transferir diversas ações de outras políticas públicas para a equipe Saúde da Família, sobrecarregando-a e distanciando-a do foco de sua atuação. São exemplos disso o monitoramento de ações do Bolsa-Família e ações protetivas de segurança pública. A ESF acaba assumindo tarefas de outras políticas como Educação, Assistência Social, Incremento de Renda e Segurança Pública.

Hoje está tudo nas costas do PSF. Não consigo me ater ao cuidado porque tenho que preencher relatório de bolsa-família, tenho que desenvolver ações com conselho tutelar, com delegacia. Tudo está sendo jogado aqui, sem termos apoio. EG03-03.

O resultado dessa conjuntura em saúde é a determinação de “coisas para inglês ver”(código *in vivo*), representadas por metas infundadas a serem cumpridas pela ESF e ações em saúde completamente descontextualizadas da realidade e necessidade local.

Por exemplo, quando veio o PMAQ aqui, veio pra fazer uma avaliação, né, de como era a unidade, como que era. Eu acho que se mascarou muito o que realmente era, sabia que ia ter uma auditoria e todo mundo se organizou, preparou, se preparou pra fazer uma coisa. Será que realmente retratou o que era? Porque se você parou, inventou um livro, você num controlava, agora eu vou controlar porque vai vir um PMAQ? Então, tem que controlar, histopatológico, como é que está e tal, como é que eu estou controlando. Isso aconteceu em muitos lugares, a gente começou a correr, arrumar planilha, arrumar livro, inventar livro, porque, porque que tinha... Porque a prefeitura ia ganhar uma verba, né. “Ah, então eu vou mostrar que a gente tá fazendo”, porque vai ganhar uma verba. Então nós temos que fazer aquela cobrança, mas uma cobrança que vem em cima dos gerentes pra que eles fizessem e estivesse tudo bem. Muitas vezes não é coerente, entendeu? Você

está cobrando pra inventar ou você tem que me cobrar que eu faça todo dia? São exemplos que às vezes a gente vê lá entendeu? E aí como gerente você fica. por exemplo, estão começando agora uma tal de oficina promotora de saúde, uma coisa nova, está começando nas unidades, tem que fazer. Aí já fiz uma a terceira, agora com os trabalhadores, aí tem que fazer uma atividade com meus trabalhadores, mostrar que meus trabalhadores têm uma atividade de, por exemplo, com a educadora física, por exemplo, que aqui é muito fraco. Não consigo instituir isso muito bem, mas eu tenho que fazer um dia, tirar foto, porque vai vir uma verba aqui, pra fazer, então todos os gerentes têm que fazer e até dia 31 tem que mandar. Uma coisa totalmente pra inglês ver, entendeu? EG03-09.

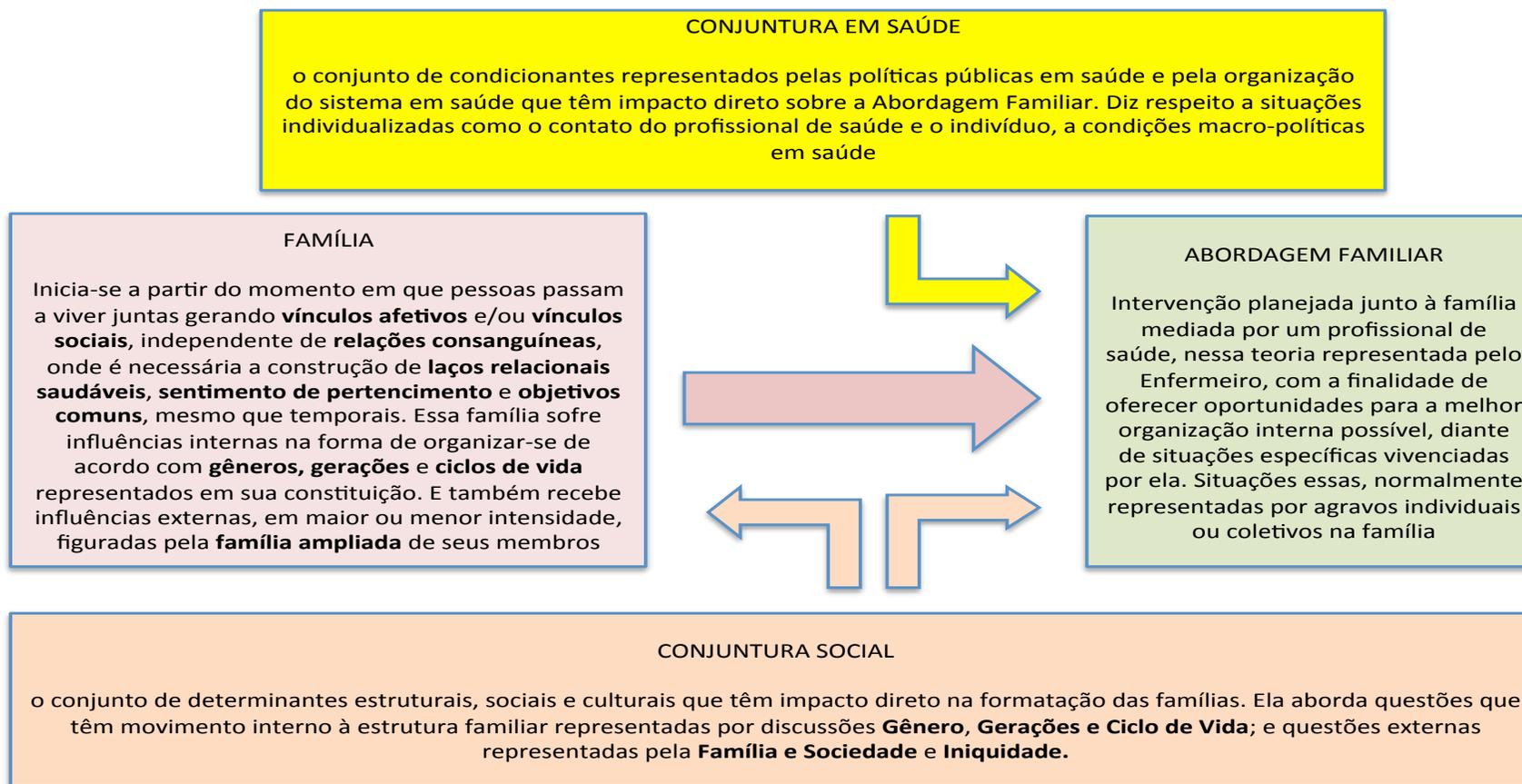
Tudo isso produz o distanciamento das diretrizes originais propostas para a estratégia Saúde da Família. Metas que são planejadas em nível central sem a participação do nível local, busca por resultados que não refletem qualidade para o cuidado. Produz a sensação entre os enfermeiros de afastamento do cuidado, principalmente das famílias.

### 3.5 Juntando novamente as categorias

A Figura 3.16 apresenta as categorias principais da Teoria da Abordagem Familiar pelo Enfermeiro na Saúde da Família e descreve os respectivos conceitos:

O conceito de família real apresentado nesta teoria é fruto de concepções construídas ao longo das três vivências experimentadas pelo enfermeiro. Paralelamente a esse conceito também é apresentado o conceito de família ideal (definida como o porto seguro, a base, a sustentação, o início de tudo e a estrutura. Possui **ingredientes fundamentais** como a comunicação efetiva, o perdão, a flexibilidade, a afinidade, a felicidade, a união, o afeto, a presença, a harmonia, a tolerância, a liberdade, a segurança e a reciprocidade), que é a imagem-objetivo a que se pretende chegar na estruturação das famílias por meio da saúde. Entretanto, essa imagem-objetivo não deve se tornar produtora de visões preconceituosas diante de famílias com organizações familiares distintas da do enfermeiro.

No entanto, a experiência produzida pelas vivências suplementa, completa a abordagem técnica – pode-se dizer que a abordagem familiar sempre traz embutida uma concepção de mundo própria do profissional.



**Figura 3.16:** Categorias principais da TAFE-ESF e seus conceitos.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012- 2015.

A conjuntura social pode produzir modificações nas vivências do enfermeiro e, com isso, produzir mudanças em suas concepções, alterando o conceito de família de onde parte a sua abordagem familiar. É essa mesma conjuntura que apresenta desafios ao enfermeiro que somente podem ser superados a partir de um trabalho interdisciplinar e intersetorial.

A conjuntura em saúde sofre influências de micro e macro políticas em saúde que interferem diretamente sobre o trabalho do enfermeiro e sobre as quais este não tem governo ou controle.

A abordagem familiar, em meio a todo esse contexto, deve ser realizada de forma planejada, captando e dimensionando recursos adequados na hora certa, devendo ser assumida como componente central da ação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÕES**

Optou-se por abordar, nesta revisão, à luz da literatura, os elementos centrais da Teoria apresentada, especificamente a respeito do conceito de família, as conjunturas social e em saúde e a abordagem familiar.

Como o eixo central da Teoria da Abordagem Familiar pelo Enfermeiro na Saúde da Família passa pela conceituação e abordagem do construto família no cenário saúde, decidiu-se por analisar inicialmente os sistemas de saúde de quatro países com influência direta ou indireta no Brasil. São sistemas com variações do grau de participação do financiamento público e privado da saúde, mas que apresentam concepções universais de atendimento, focados em uma atenção primária forte, com estratégias semelhantes à Saúde da Família brasileira. Foram analisados os sistemas do Canadá, da França, de Cuba e da Inglaterra em busca da formalização dos conceitos de família nas políticas em saúde e nas diretrizes da abordagem familiar.

### **4.1 O conceito de saúde e a abordagem familiar nos sistemas de saúde**

#### **4.1.1 Sistemas de saúde internacionais**

Os documentos dos sistemas de saúde consultados para a revisão da literatura foram os disponibilizados nos sites oficiais dos órgãos responsáveis pela saúde pública de cada país e pelas suas associações representativas. Foram avaliadas a Constituição Federal, as leis orgânicas em saúde e os programas e estratégias voltados para a atenção primária e para a saúde comunitária desses países (CANADA, 2011; 2013; CHEVREUL et al., 2010; O'NEIL; MACGREGOR; MERKUR, 2012; CIVITAS, 2013; CUBA, 2012; KEKC; REED, 2012). Avaliaram-se também os documentos referentes a esses temas disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde, por meio de seus relatórios anuais (OMS, 2008; 2010; 2013).

#### 4.1.1.1 França

Trata-se de um sistema baseado no seguro social em saúde, quase inteiramente gerido pelo Estado, financiado por empregados e empregadores, por meio de impostos e contribuições trabalhistas.

É universal para pessoas até determinada renda, principalmente para as classes menos favorecidas. A partir de um determinado rendimento anual, as pessoas contribuem, com parte dos custos, para seguros de saúde privados, podendo ser ressarcidas, dependendo do agravo em saúde e do valor de contribuição efetuado anualmente, ou em cotas mensais. Em geral, o custeio público é de cerca de 70 a 85% dos gastos, e a outra parte é dividida entre seguradoras e as pessoas. Gastam-se 11,4% do produto interno bruto do país (PIB) com saúde.

Já a assistência prestada tem caráter misto. A atenção primária é quase exclusivamente prestada por profissionais da rede privada, ao passo que 3/4 dos cuidados em níveis secundários e terciários são prestados por serviços próprios do setor público.

Obrigatoriamente, a porta de entrada do sistema é representada pelos médicos generalistas, de forma semelhante à entrada obrigatória pela APS, no Brasil. A diferença é que o médico é de livre escolha do cidadão. O governo incentiva a figura do médico de família, gestor do cuidado, que direciona o paciente, quando necessário, para os especialistas e hospitais. Estima-se que apenas 15% dos franceses são encaminhados para especialistas ou hospitais, caracterizando uma alta resolutividade pela atenção primária.

#### 4.1.1.2 Canadá

O sistema de saúde canadense é semelhante ao sistema francês no que diz respeito à participação do setor público e das seguradoras em saúde. Entretanto, o custo público com a saúde é de cerca de 70%, com o restante sendo custeado pelas seguradoras ou pelos próprios pacientes.

Como na França, a prestação de serviços na atenção primária é realizada por profissionais privados que gerenciam os fundos e as relações com as seguradoras e o governo. O governo canadense gerencia de forma rigorosa a qualidade do serviço ofertado pelos prestadores privados, o que acontece também na França. Outras semelhanças entre os dois países são a livre escolha do médico assistente pelo cidadão e a alta resolutividade da Atenção Primária à Saúde.

Entre as diferenças com o sistema francês, estão o financiamento público, em sua quase totalidade, por recursos oriundos do imposto de renda (gastos com saúde representam cerca de 11% do PIB) e a autonomia de cada província canadense em relação ao governo federal na gestão da saúde local.

#### 4.1.1.3 **Inglaterra**

Na Inglaterra, os serviços de saúde são gerenciados pelo governo, mas existem serviços reguladores comuns a todo o território do Reino Unido. A Inglaterra gasta 8,4% do PIB com os serviços de saúde, sendo que cerca de 80% desse total são gastos públicos.

Os recursos vêm de impostos gerais, de forma semelhante ao que acontece no Brasil. O sistema inglês caracteriza-se por ter um dos serviços mais fortes na atenção primária à saúde, de alta resolutividade. Tem uma maior participação de profissionais não médicos (neles incluídos os enfermeiros) na atenção primária, diferentemente do Canadá e da França, onde o médico desempenha papel quase exclusivo.

O gerenciamento dos gastos locais é semelhante na França e no Canadá, onde os médicos de saúde da família são os responsáveis pela administração dos recursos e pela prestação de contas dos gastos com as pessoas vinculadas aos seus cuidados.

#### 4.1.1.4 **Cuba**

Em Cuba, 7,7% do PIB são gastos com saúde, sendo o custeio 100% governamental. Do ponto de vista da importância do enfermeiro na saúde da família, Cuba é o país mais parecido com o Brasil. Enfermeiros e médicos dividem a responsabilidade pelo gerenciamento da saúde em nível local.

A Atenção Primária em Cuba resolve mais de 80% dos problemas em saúde, com os melhores indicadores em saúde das Américas, ao lado do Canadá. Uma diferença importante é que o sistema de saúde cubano tem o menor custo *per capita* entre os países apresentados nesta revisão.

#### **4.1.1.5 Família e abordagem familiar nesses sistemas de saúde**

Da consulta aos documentos desses países, foi possível destacar, em relação à família e à abordagem familiar:

- Apresentam o serviço de abordagem domiciliar como técnica, e não como uma atividade complexa dependente de uma vasta estrutura;
- Apresentam protocolos de visita domiciliar, explicitando ferramentas de abordagem familiar;
- Colocam o cuidado centrado na família como uma das diretrizes do sistema, com cuidados generalistas e atenção primária forte;
- Apesar de nomear o espaço, não definem o que é família conceitualmente em nenhum documento oficial;
- Não definem a abordagem familiar como conceito;
- Apresentam de forma sucinta os determinantes de saúde (como aspectos conjunturais), mas não fazem proposições de intervenção nestes.

#### **4.1.2 Sistema de saúde no Brasil**

Na avaliação do sistema de saúde no Brasil, assim como na avaliação dos sistemas de saúde estrangeiros apresentados, estudou-se os documentos oficiais disponibilizados pelos órgãos responsáveis, mais especificamente a Constituição

Federal brasileira, a lei orgânica da saúde, a política nacional da atenção básica e documentos disponíveis a respeito de atenção domiciliar (BRASIL, 1988; 1990; 1997; 2007, 2011, 2012).

No Brasil, como nos citados países, o sistema de saúde é universal, mas é o que mais recentemente foi instituído nacionalmente.

Apesar do curto período de tempo desde a implantação do sistema universal no Brasil, bons resultados já são observados quando comparados aos indicadores da década de 1990. Mas algumas diferenças são importantes de destacar. O Brasil investe apenas 7,6% de seu PIB no setor saúde. Entretanto, apenas 42% desse valor são de custeio público, podendo-se afirmar que, efetivamente, o País investe menos de 4% de seu PIB em saúde.

Diferentemente da França, do Canadá e da Inglaterra, e de forma semelhante a Cuba, no Brasil os profissionais que atendem na atenção primária em saúde são funcionários estatais.

O Brasil é o pior em resultados de resolutividade de problemas na atenção primária, com percentual inferior a 80%.

#### **4.1.2.1 Família e abordagem familiar no sistema de saúde do Brasil**

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma revolução no sistema de saúde brasileiro. Por se tratar de um sistema universal, mudou a realidade de acesso a serviços de saúde no Brasil a partir da década de 1990.

O SUS contribuiu para a melhoria de diversos indicadores, principalmente pelo fortalecimento da Atenção Primária a Saúde, por meio da implementação da Estratégia Saúde da Família.

Os pressupostos teóricos utilizados na formatação da ESF no Brasil foram influenciados principalmente pelos modelos canadense e cubano. Entre esses pressupostos, um deles é o cuidado centrado na família.

Nesse contexto, analisaram-se os documentos formais e a legislação em saúde vigentes no Brasil, bem como diretrizes e protocolos de abordagem familiar. Não foi encontrado em nenhum documento a definição do conceito de família ou de abordagem familiar. Apesar disso, os documentos deixam subtendido que a família é o foco do cuidado, quando, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, decidiu-se pela sua proteção.

Na Lei nº 8080, de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde, prevê-se o subsistema de atendimento e internação domiciliar, com foco na desospitalização. Entretanto, a família aparece uma única vez, sendo corresponsabilizada pelo cuidado individual, junto com o Estado e as empresas.

A Política Nacional da Atenção Básica, que apresenta institucionalmente as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, refere-se ao contato com as famílias como cuidado familiar, que é função de todos os profissionais da ESF e do NASF. A mesma política aborda a visita domiciliar com foco em agravos e diz que ela deve ser pautada em critérios de vulnerabilidade.

Nas demais diretrizes e nos protocolos, a abordagem familiar resume-se à visita domiciliar, à abordagem de crônicos e ao cadastramento. A abordagem familiar, como conceituada na teoria desta pesquisa, não foi identificada.

#### **4.2 Os elementos da TAFE-ESF na literatura**

Para a revisão da literatura a respeito dos elementos descritos pela TAFE-ESF, buscou-se a produção a respeito do tema nas seguintes bases indexadas e sites de busca:

- BIREME (<http://www.bireme.br/php/index.php>)
- PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

- Banco de teses da Capes (<http://bancodeteses.capes.gov.br>)
- Researchgate (<https://www.researchgate.net/home.Home.html>)
- Grupos de pesquisa CNPq (<http://lattes.cnpq.br/web/dgp/grupo-pesquisa>)
- Força tarefa canadense em saúde pública (<http://canadiantaskforce.ca>)
- Portal Capes (<http://www-periodicos-capes-gov-br>)

Não foi encontrada nenhuma teoria construída para a abordagem familiar como a proposta pela TAFE-ESF. Entretanto, foram encontrados na literatura estudos produzidos a respeito dos elementos constituintes da teoria e dos conceitos gerados por ela.

Conceitos sobre família são construídos na perspectiva de diferentes áreas, há séculos, por estudos derivados da filosofia, da antropologia, da história e da sociologia, principalmente. Produções teóricas desenvolvidas por importantes autores, como Émile Durkheim (1859-1917), Lévi-Strauss (1908-2009), Jacques Lacan (1901-1981), Philippe Ariès (1914-1984), Martine Segalen (1940- ), entre tantos outros, abordaram conceitos de família sob óticas diferentes (SINGLY, 2007), em geral, relacionadas à influência da família sobre o indivíduo, sobre a sociedade, ou à sua relação com o Estado. Apesar de muito importantes, esses e outros autores não serão abordados nesta revisão de literatura, uma vez que esta pesquisa busca conceitos atuais de família. Por isso, optou-se por buscar produções recentes que contemplem uma conjuntura social semelhante à identificada pela TAFE-ESF.

Na busca realizada, o conceito de família varia de definições relacionais entre os seus entes a tipologias de família. Optou-se por apresentar, nesta revisão, conceitos generalistas que buscam incluir, em sua concepção, tanto as relações como os tipos, como na TAFE-ESF.

Dois conceitos foram selecionados para apresentação e análise. Trata-se de conceitos produzidos por pesquisadores com vasta produção na área de saúde da família. Apresenta-se inicialmente o conceito de família que surge das produções do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família (GAPEFAM), criado e capitaneado por Elsen, com relevante produção em Saúde e Família (ELSEN et

al., 1994). O conceito apresentado a seguir foi organizado por Penna, em sua dissertação, baseado na produção do referido grupo:

Família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, afinidade, interesse e/ou adoção. Possuem uma estrutura e organização, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, sendo influenciada socio-econômico-culturalmente. Constrói uma história de vida, tem identidade própria, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores e conhecimento. Seus membros interagem com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação. Definem objetivos para a promoção do crescimento e desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros. (PENNA; ELSÉN, 1992).

Nesse conceito, a família é descrita inicialmente como uma unidade dinâmica de pessoas que se percebem como família independentemente dos laços de consanguinidade. Assemelha-se com definição proposta pela TAFE-ESF quando esta apresenta o conceito de família como a união por vínculos afetivos ou sociais, independentemente do parentesco.

No conceito de Penna e Elsen (1992), a família também é definida em um espaço de tempo, como na TAFE-ESF. Outra semelhança entre os conceitos está no esquema relacional com outras pessoas e família, na transmissão de crenças e valores, na preservação da identidade e na interação com a sociedade e o ambiente que a modifica.

Na continuidade do trabalho das autoras, também é definida a família saudável, que tem, entre outras características, a de ser uma unidade que promove a saúde de seus membros por meio de laços saudáveis e da afetividade. Na TAFE-ESF, fala-se de laços saudáveis, construídos por sentimentos de pertencimento e de objetivos comuns.

O outro conceito escolhido para o trabalho foi o de Acosta e Vitale, que estudam famílias, focadas em políticas públicas e sociedade. As autoras definem família como a instituição onde ocorre o intercâmbio simbólico de gêneros e gerações, a

mediação entre cultura e sociedade, a interação entre o privado e o público, composta de objetividades e subjetividades (ACOSTA; VITALE, 2005).

Esse conceito trata a família como instituição, numa similitude com a sociedade e o Estado como instituições. Divide com a TAFE-ESF as ideias de intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações, a mediação e a interação entre família e sociedade.

Acosta e Vitale (2005) ainda acrescentam ao conceito de família uma relação de demandas com a sociedade, dizendo que as famílias têm necessidades que são subjetivas, ou seja, próprias e objetivas (com características comuns a outras famílias).

O conceito de família também é encontrado na literatura, focado em definição de tipologias, principalmente quando a finalidade do conceito está associada a políticas públicas ou à garantia de direitos para a família.

Um exemplo disso é o conceito trabalhado pelo IBGE:

Família - conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo, duas pessoas cada uma, que residam na mesma unidade domiciliar (domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo). (PNAD,2010).

O conceito considera como família também indivíduos que moram sós, como na TAFE-ESF. Em vez de trabalhar com definições de sentimento de pertencimento, ele adota a ideia de dependência doméstica como a relação estabelecida entre as pessoas por normas de convivência.

Estudos na Costa Rica (BARQUERO et al., 2005) e nos Estados Unidos (BROWN; MANNING, 2009) apresentam conceitos de família parecidos com o do IBGE e associam tipologias de família como foco de políticas públicas.

No estudo costarriquenho, a tipologia apresenta família nuclear (com ou sem filhos, com os pais ou com apenas um dos pais) e família estendida (com ou sem filhos, com os pais ou com apenas um dos pais). Ele também faz a associação desses tipos básicos com a possibilidade de haver não parentes na família. No estudo estadunidense, a classificação é associada ao ciclo de vida das famílias, colocando na tipologia a presença ou não de filhos e idosos, e contempla ainda a definição de família com uma única pessoa.

Esses estudos assemelham-se à TAFE-ESF, que também apresenta uma tipologia de família, mas focada em assistência a famílias.

A abordagem familiar como conceito na TAFE-ESF é definida como a intervenção planejada com análise conjuntural realizada preliminarmente. Na literatura geral, o termo “abordagem familiar” foi pouco encontrado, sendo mais comuns termos como assistência domiciliar, assistência familiar (ou a famílias), metodologias de intervenção com famílias.

Muitos deles abordam intervenção familiar com base em ferramentas de trabalho com famílias. Em geral seguem o modelo Calgary de avaliação e intervenção com famílias (WRIGHT; LEAHEY, 2012), que é baseado na abordagem sistêmica e realiza três avaliações específicas: avaliação estrutural, avaliação funcional e avaliação de desenvolvimento. Como exemplo apresenta-se o estudo de Ditterich, Gabardo e Moysés (2009), que revisaram as ações com as famílias realizadas na ESF do município de Curitiba – PR, que é um dos grandes produtores de estudos na área.

Nesse estudo e em outros semelhantes (CAROLE et al., 2015; FILIZOLA et al., 2011), a abordagem familiar é realizada a partir da avaliação da família por meio das ferramentas descritas no modelo Calgary, como o Genograma, o Ecomapa e o Ciclo de Vida.

Produções recentes do Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Família e Saúde (LEIFAMS), vinculado ao GAPEFAM, demonstram intervenções junto à família focadas em ciclos de vida, como o idoso e a criança; ou em agravos específicos, como o Alzheimer, o HIV/AIDS e os cuidados paliativos (ELSEN; SOUZA; MARCON, 2011). Nesses estudos, ressalta-se a importância do processo interativo entre enfermeiros e família e o uso de instrumentos de abordagem familiar. A promoção da saúde não é o foco de intervenção em saúde da família como um eixo norteador. Normalmente, a demanda surge de agravos ou de forma preventiva. Essa situação, que é apontada pelos estudos de Heck e colaboradoras (2011), também é apresentada como um limite da TAFE-ESF e indicada para futuros estudos a partir da teoria.

Apesar de o grupo ser de estudos interdisciplinares, os trabalhos apresentados dizem respeito a ações produzidas a partir de uma especialidade em saúde, com o acionamento posterior de redes de apoio. Os atores centrais da abordagem são sempre a família e um representante de um grupo profissional.

Na TAFE-ESF, os atores sociais envolvidos na abordagem familiar recebem igual importância, tanto no acionamento da abordagem, como na participação e decisão do plano terapêutico. Ainda que o foco da teoria seja o enfermeiro, a TAFE-ESF confere igual papel a todos os atores (profissionais e familiares) envolvidos na abordagem.

A figura de um ator específico, constante na TAFE-ESF – a do Articulador Familiar –, não aparece em estudos sobre família. A literatura mostra, com frequência, estudos sobre o cuidador domiciliar, apresentando características desse cuidador e a diferença quando este é da família ou contratado (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014); os agravos à saúde desse cuidador, frutos de seu trabalho cotidiano (MANOEL et al., 2013); a relação de profissionais de saúde com os cuidadores (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011). As características do Articulador Familiar, como o apresentado na TAFE-ESF, não são encontradas na literatura.

No que se refere ao local adequado para a abordagem familiar, é frequente a indicação do domicílio, visto que alguns pacientes estão restritos a esse ambiente; pela possibilidade de comprovação da realidade pelo profissional de saúde; pela chance de conversar com mais familiares ao mesmo tempo (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011).

Na TAFE-ESF, o lócus da abordagem familiar é representado pela soma dos contatos realizados tanto no domicílio quanto na unidade de saúde, pois cada um desses encontros contribui com informações distintas.

A partir da revisão de literatura, percebe-se que a TAFE-ESF divide com alguns estudos semelhanças teóricas no que diz respeito ao conceito de família, mas amplia bastante a ideia da abordagem familiar, no que diz respeito a novos atores, ao local dessa abordagem e, principalmente, ao apresentar todo esse complexo cenário em uma teoria.

As contribuições e os limites da TAFE-ESF são apresentados na próxima seção.

## **5 CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM E PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Teoria de Abordagem Familiar por Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (TAFE-ESF) veio ocupar um espaço de produção acadêmica não descrita na literatura como teoria. Ela sistematiza um conjunto de processos que acontecem na abordagem familiar e, dessa forma, colabora para o estado da arte da Enfermagem como ciência.

A criação de uma teoria no campo da Enfermagem possibilita a discussão a seu respeito e fomenta a produção acadêmica contraditória ou a favor dos estudos iniciais. Por si só, a teoria já se constitui numa importante contribuição para a Enfermagem e para a ESF.

Entretanto cabe destacar três colaborações específicas que surgiram a partir da leitura dos processos da teoria. Uma delas diz respeito à releitura ou construção de ferramentas de abordagem familiar; a outra indica sugestões para o processo de formação ou capacitação do enfermeiro; e a terceira faz apontamentos para vazios políticos na legislação/normatização do SUS, principalmente na ESF.

Ressalta-se que as contribuições descritas a seguir, além de se basearem na TAFE-ESF, também surgem da sensibilidade teórica e prática do pesquisador para com o tema.

### **5.1 Em relação ao uso de ferramentas de abordagem familiar**

Ferramentas de abordagem familiar podem ser definidas como um conjunto de técnicas de registro de informações, diagnóstico e intervenção junto às famílias, que auxiliam o profissional de saúde na tomada de decisões relativas à condução de planos terapêuticos familiares (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Algumas dessas ferramentas já são consagradas em literatura, como o Genograma, o Ecomapa e o Ciclo de Vida, e apresentam grande flexibilidade de uso entre os

diversos profissionais da área da saúde. O modelo Calgary de abordagem de famílias tem sido, ao longo dos anos, referência no uso dessas ferramentas (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Outras ferramentas foram apresentadas na literatura e ainda não atingiram a inserção que o Genograma e o Ecomapa conseguiram nos cenários de prática, como é o caso do APGAR de famílias, da GARF, do Sociograma, entre outras que se propuseram a avaliar famílias e seu funcionamento (SOUSA; FIGUEIREDO; ERDMANN, 2010; SOUZA et al., 2011).

Em geral, essas ferramentas surgem teoricamente para depois serem aplicadas e testadas. A partir da construção da TAFE-ESF, o que se sugere é a avaliação das ferramentas já utilizadas e a criação de outras a partir da prática e de teorias desenvolvidas a partir da experiência profissional.

As ferramentas devem ser acessórias à prática profissional, e não a principal norteadora do cuidado familiar. Devem conseguir captar toda a complexidade da abordagem familiar, como apresentado pela TAFE-ESF. Nesse sentido, elas devem registrar o território de vida das famílias, a vulnerabilidade a que elas estão submetidas, os recursos sociais e próprios disponíveis para o trabalho com famílias e a dinâmica e variação familiar. Somente dessa forma elas efetivamente terão papel importante no cuidado de famílias.

Como exercício inicial referente à adaptação ou criação de ferramentas a partir das considerações da TAFE-ESF, como colaboração desta pesquisa, apresenta-se a ferramenta criada e denominada “Risco Familiar” no APÊNDICE J. Ela associa variáveis a que as famílias estão submetidas a uma pontuação, gerando um escore a partir do qual é possível classificar a vulnerabilidade familiar, expressa por meio do grau de risco. As variáveis abordadas nessa ferramenta surgiram dos problemas citados pelos enfermeiros durante a construção da teoria. Cabe ressaltar que, na literatura, encontram-se ferramentas que medem a vulnerabilidade familiar utilizando outras variáveis (COELHO, 2002; NAHAS, 2003) e que, normalmente, não englobam riscos internos e sociais como os descritos a partir da TAFE-ESF.

## **5.2 Sugestões para a formação e capacitação do enfermeiro**

A TAFE-ESF evidencia um complexo cenário que envolve conjuntura social, subjetividade de conceitos e conhecimento específico do setor saúde para a abordagem familiar. Durante o processo de entrevistas, quando era abordada a formação do enfermeiro para o trabalho com família, o que se evidenciava era que a graduação e, mesmo, a pós-graduação não preparavam o enfermeiro para enfrentar essa complexidade.

Em revisão de planos de ensino de instituições com graduação em Enfermagem no Estado do Paraná, Marcon (2011) chegou à conclusão de que a abordagem de família nesses planos de ensino é descontextualizada e demanda uma reflexão coletiva para sua revisão, visto que no Brasil a Saúde da Família é a estratégia reorientadora do SUS.

Nesse sentido, fazem-se as seguintes sugestões em relação à formação do enfermeiro:

### **5.2.1 Graduação**

Os cursos de graduação em Enfermagem devem, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais, formar um enfermeiro generalista, com formação humanista, crítica e reflexiva. Dentre todas as habilidades propostas por essa diretriz, destaca-se:

..responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. (BRASIL, 2001).

Subtende-se que todas as áreas de formação devem ser contempladas, preparando o enfermeiro para a atuação em todos os níveis assistenciais, de acordo com as políticas de saúde do País. Nesse sentido, a preparação para o trabalho na Atenção Primária à Saúde, bem como para a atuação na Estratégia Saúde da Família deve ser contemplada no processo de formação.

Tratando-se de assistência focada em família, recomenda-se às instituições de ensino em Enfermagem a releitura da matriz curricular do curso, harmonizando a formação em cada área. Para a abordagem da família, os conteúdos relacionados às ciências humanas, representadas pela antropologia, pela sociologia e pela psicologia, devem receber especial atenção. É necessário o fortalecimento de disciplinas de formação geral e social, interrelacionado-as com a formação tecnicista.

No que diz respeito à graduação, isto é o que se recomenda, devido à diversidade de conteúdos que também devem ser contemplados na formação do enfermeiro para a sua formação generalista.

### **5.2.2 Especialização em Saúde da Família**

A recomendações descritas nessa seção surgiram fundamentadas nos dados analisados nessa pesquisa. Para os cursos de especialização em Saúde da Família, por ser este o foco desta tese, fazem-se recomendações mais específicas.

A TAFE-ESF oferece subsídios para estudos nesse ambiente de especialização, inclusive como proposta teórica de capacitação.

Recomenda-se a formatação de um curso de especialização em Saúde da Família pautado em cinco eixos principais, de acordo com os conteúdos abordados.

- EIXO 1 - Família, conceitos e tipologia. Estudo histórico e atual da família, da sua evolução no Brasil, dos conceitos e da tipologia para o trabalho em saúde..
- EIXO 2 - Conjuntura social, determinantes e condicionantes sociais para a saúde. Estudo dos determinantes conjunturais a que estão submetidas as famílias e da estrutura e políticas sociais de amparo às famílias.

- EIXO 3 - Conjuntura em saúde – Política de Saúde, Modelos Assistenciais, Sistemas de Saúde, Rede de Cuidados, Estratégias e Programas de Saúde. Aprofundamento da conjuntura em saúde, partindo dos histórico mundial e brasileiro na produção de saúde até chegar na ESF.
- EIXO 4 - Cuidado centrado na família – técnicas, ferramentas e intervenções, protocolos assistenciais. Nesse eixo estudam-se os fundamentos técnicos da abordagem familiar, com ensino focado nos cenários de prática.
- EIXO 5 – Produção em Saúde da Família. Foco na produção de estudos teóricos e de intervenção em Saúde da Família.

Cabe ressaltar que, tanto para a graduação como para a pós-graduação, a mudança na formação vai além de modificação de planos de ensino e de organização de eixos pedagógicos, passando pela qualidade e capacidade docente.

### **5.3 Sugestões para documentos oficiais em saúde**

Incluir a família e a abordagem familiar como conceito em documentos formais do sistema de saúde conferiria força à Saúde da Família como estratégia reorientadora do SUS.

A ausência dessas definições conceituais em documentos oficiais da saúde torna as ações propostas para a família subjetivas, sem foco efetivo nos seus participantes. Ao mesmo tempo em que se subentende que são “todos” os moradores de um domicílio, também pode haver uma interpretação excludente, dependendo da ação em saúde.

Talvez seja essa uma das razões do distanciamento atual em relação às diretrizes iniciais da ESF da época da implantação do Programa Saúde da Família, na década de 1990, em municípios brasileiros.

A sugestão é de formalização junto ao Ministério da Saúde de solicitação de inclusão desses conceitos na Política Nacional de Atenção Básica, em seu capítulo introdutório.

Como base para esses conceitos, recomenda-se a associação e revisão dos conceitos criados pelas principais referências ao tema no País. A TAFE-ESF, nesse sentido, também pode contribuir para a definição desses conceitos a serem inseridos nos documentos oficiais sobre saúde no Brasil.

## 6 LIMITES DESTA PESQUISA E SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Um paradigma construído por uma teoria já nasce para ser questionado e fomentar a discussão na construção do conhecimento científico. Assim também é com a TAFE-ESF. É necessária a apresentação desta teoria em meios científicos para que outros pesquisadores e profissionais de saúde, a partir de sua sensibilidade teórica e prática, critiquem-na e produzam estudos contraditórios ou complementares.

De acordo com a TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008), a teoria que emerge pode ser considerada substancial ou geral, ou mesmo apresentar aspectos que ora têm caráter substancial, ora geral.

Na TAFE-ESF, o processo de abordagem familiar é substancial e diz respeito ao universo do enfermeiro. Já o processo de avaliação da conjuntura em saúde extrapola o campo da Enfermagem e pode ser utilizado por outros profissionais da área da saúde. Entretanto, o processo de construção de conceito e de avaliação da conjuntura social tem caráter de teoria geral e pode ser aplicado em outras realidades distintas da saúde, por profissional que lida com famílias. Por esse motivo, é necessário que novos estudos sejam feitos com base na TAFE-ESF em outros setores sociais envolvidos com o atendimento a famílias, para validá-la como teoria geral ou complementá-la para tal.

A realidade dos enfermeiros entrevistados diz respeito a um conjunto de realidades encontradas em diferentes municípios de Minas Gerais. Como a Conjuntura Social é um dos elementos da teoria e pode representar, na verdade, um retrato momentâneo e regional da realidade, é necessária a aplicação da TAFE-ESF em conjunturas representadas por outras regiões do Estado de Minas Gerais e, mesmo, de outras regiões brasileiras.

Avaliando internamente a TAFE-ESF, mesmo nas realidades pesquisadas, é necessário o aprofundamento nos seguintes itens:

- Religiosidade – precisa ser melhor entendida como um elemento da conjuntura social.

- A promoção da saúde e a qualidade de vida pouco são descritas como motivos para o acionamento da abordagem familiar. É importante buscar onde ela é feita com caráter promocional para variar a teoria também nessa diretriz.
- O Articulador familiar surgiu como um importante componente da abordagem familiar. São necessários maiores estudos sobre o papel desse articulador como um novo ator nesse cenário.

As contribuições propostas por este estudo também apresentam limites. As novas ferramentas de abordagem familiar sugeridas devem ser testadas e aprimoradas para poderem ser utilizadas no cotidiano dos enfermeiros no trabalho com família. A sugestão de especialização em saúde da família pautada em eixos direcionados pela TAFE-ESF também deve ser analisada por profissionais e educadores em Enfermagem, antes de ser oferecida ao público.

Como já apontado nas limitações apresentadas anteriormente, muitas possibilidades de estudo surgem a partir da criação de um paradigma por uma teoria. Fomentam-se discussões, críticas e construção de novos saberes.

Listam-se a seguir possíveis estudos derivados desta teoria:

- Aplicação da TAFE-ESF em outras realidades profissionais na área da saúde, principalmente a representada pelos profissionais da ESF e do NASF;
- Aplicação da TAFE-ESF em outros setores sociais que trabalham com famílias, como a assistência social e o direito por exemplo;
- Estudos sobre as ferramentas de abordagem familiar sugeridas em realidades distintas, para sua validação;
- Estudos sobre uma nova forma de ofertar especialização em saúde da família como sugerido a partir da TAFE-ESF.

Apesar dos limites apresentados por esta pesquisa, um importante passo foi dado nas discussões a respeito de famílias e de abordagem familiar em saúde. Retomar discussões que fortaleçam a estratégia Saúde da Família no Brasil já tem uma importância em si só. Pode contribuir para a sensibilização e a retomada de

caminhos iniciados na década de 1990 e que hoje parecem confusos em diretrizes.  
Retornar ao início de tudo – A FAMÍLIA – pode ser o caminho.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão desta pesquisa colocou-me novamente reflexivo a respeito das famílias. Construir a TAFE-ESF ajudou-me a sistematizar conhecimentos fragmentados a respeito da abordagem familiar e apresentá-la fez-me ter clareza de suas contribuições e de seus limites.

De fato, o enfermeiro parte de suas concepções de família para a abordagem familiar, levando para esse contato aspectos de sua experiência com as famílias ao longo de sua vida e de sua carreira. Nesse sentido, cabe ressaltar que tanto a diversificação de suas experiências fora do âmbito profissional, como a experiência adquirida a partir dos contatos com famílias no seu trabalho constituem importantes vivências e são cumulativas. Pode-se afirmar, nesse sentido, que a trajetória de vida do enfermeiro bem como seu percurso profissional são fundamentais para a abordagem familiar.

A abordagem familiar é verdadeiramente interdisciplinar e depende de um complexo contexto relacional entre os atores envolvidos, tanto da área da saúde, quanto de outros setores sociais e da própria família.

Tanto a conjuntura social quanto a conjuntura em saúde conferem desafios e apresentam ao enfermeiro condições heterogêneas de trabalho onde o bom senso precisa caminhar conjuntamente aos aspectos técnicos, para que a abordagem familiar seja exitosa.

A partir do cumprimento dessa pesquisa e da tese defendida, nestas últimas palavras, retornarei a minha trajetória profissional, apresentada sucintamente no capítulo introdutório. Nos últimos 10 anos, tenho dedicado meu trabalho à docência no ensino superior em Saúde Coletiva e à gestão acadêmica dos cursos na área da saúde. Posso afirmar, sem receios, que ampliei meu contato com famílias – minha família, as famílias dos pacientes e, agora, a família dos alunos.

Vivo o desafio e a honra de ser Enfermeiro – Professor – Gestor. Essa tríade de trabalho possibilita-me pensar as famílias por visões bem distintas, mas complementares.

Finalizar este momento de aprofundamento teórico aguçou minhas inquietações e apontou-me novas possibilidades a respeito dos três cenários em que estou envolvido. Nos três ambientes percebo que é a hora de parar para refletir sobre o futuro e tomar decisões. Focar em famílias, nesse momento, faz-me perceber possibilidades.

As famílias necessitam afirmar sua identidade nesse mundo novo, o que significa discutir papéis de vários setores: políticos, sociais, educacionais. Contraditoriamente, vivem-se novas perspectivas criadas pelos avanços sociais no País nos últimos 15 anos e uma crise anunciada, não somente financeira, mas de valores e sentimentos; acesso irrestrito à informação mas desigual a bens pelas famílias. Tenho a sensação que temos sido enganados pela iniquidade. Sob a utópica possibilidade de mudar a vida, vamos cegando-nos de forma individualizada em relação à corrupção política e social, ao aparecimento de “falsos deuses” cada vez mais humanos, que valorizam a prosperidade pessoal, e não a coletiva. Temos perdido a possibilidade de viver a vida de forma simples (cultivando a atenção ao outro, ao ambiente e à natureza), justificados pela falta de tempo, pelo excesso de trabalho, pela virtualização das relações e pela falta de recursos financeiros.

É hora de parar. Para pensar, para propor...

Acredito que o grande segredo está em como nos mobilizamos nesse mundo individualista. Podemos começar pelo exemplo pessoal. Desse sentimento, defino a minha nova trajetória e meus compromissos com as famílias e com a Enfermagem.

Como pesquisador, pretendo aprofundar os apontamentos da TAFE-ESF e na construção de teoria geral sobre a abordagem familiar. Como professor, reafirmo a minha responsabilidade pela formação cidadã dos enfermeiros, para além da formação tecnicista. Como gestor educacional, elejo o estudo aprofundado dos rumos da formação em saúde e em Enfermagem no Brasil, de forma a contribuir

para a constituição de profissionais engajados e críticos. No campo pessoal, assumo o compromisso de viver de forma simples, permitindo-me sentir as relações, as pessoas e a própria vida.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. A. F. (Org.). **Família, redes e políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- BARQUERO, B. et al.. Types of Household, Family Life Cycle and Poverty in Costa Rica). UCLA: California Center for Population Research. 2005. Available from <https://escholarship.org/uc/item/6tp0x5x1>, Access on 20 May 2015.
- BLUMER, H. Social Psychology. In: SCHMIDT, E. P. **Man and Society: A Substantive Introduction to the Social Science**. New York: Prentice-Hall, 1937. 144-198.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1969, 208 p.
- BLUMER, Hebert. Society and Symbolic Interaction. In: ROSE, Arnold. Human Behavior and Social Processes, 179-192. Boston: Houghton Mifflin Co., 1962.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 nov. 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília : CONASS, 2007. 291 p
- BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Ética, 2012. Disponível em: [http://www.conselhosaude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselhosaude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 04 jan. 2014
- BRASIL. **Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.
- BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BROWN, S.L.; MANNING, W.D. Family Boundary Ambiguity and the Measurement of Family Structure: The Significance of Cohabitation. **Demography**. 2009;46(1):85-101. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831266/>, Access on 20 May 2015.

CANADA. **Canada Health Act – Annual report 2012-2013**. Ottawa: Minister of Health, 2013. Available from [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/pdf/pubs/cha-ics/2013-cha-lcs-ar-ra-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/cha-ics/2013-cha-lcs-ar-ra-eng.pdf), access on 20 May 2015.

CANADA. **Canada's Health Care System**. Ottawa: Minister of Health, 2011. Available from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>, access on 20 May 2015.

CARVALHO, Virgínia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira; REGO, Denise Pereira do. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Aug. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>

CASSIANI, S. H. B.; CLAIRI, M. H. L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. a, n.3, p. 75-88, dezembro de 1996. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300007&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 May. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: ARTMED, 2009. 272p.

CHEVREUL, K.et al. **France: Health system review. Health Systems in Transition**. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.12(6): 1 – 291. Available from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/135809/E94856.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf), Access on 20 May 2015.

CIVITAS. HealthCare Systems: France. London: Civitas, 2013. Available from <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/france.pdf>, Access on 20 May, 2015.

CLARKE, A. E. **Situational Analysis: Grounded Theory after the postmodern turn**. London: SAGE, 2005. 365p.

COELHO, F.L.G. et al. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 745-57, fev. 2002

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, dez. 2000. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X200000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200000400015&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 30 go. 2011.

CUBA. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). **Anuario Estadístico de Salud 2011**. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2012. Available from <http://ghdx.healthdata.org/record/cuba-health-statistics-yearbook-2012>, access on 15 Jun 2015.

DITTERICH, Rafael Gomes; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSES, Samuel Jorge. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, n.3, pp. 515-524. ISSN 1984-0470. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300015>. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300015>.

ELSEN I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, LIR, coordenadora. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC; 1994. p. 19-60.

ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1994. 196p.

ELSEN, Ingrid; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; MARCON, Sônia Silva. **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: EDUEM, 2011.

FILIZOLA, Carmen Lúcia Alves et al . Mental health and solidary economy: the family in the inclusion through work. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 418-425, Apr. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200017&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200017>.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida; MENEGHEL, Stela Nazareth; SELLI, Lucilda. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 301-310, Jan. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100032&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100032>.

GOMEZ, R.S. O Programa Saúde da Família em Cuba. In EPSTEIN, I.; SANCHES, C.; BARBOSA, S. (Orgs). **Mídia e Saúde**. São Paulo Adamantina (SP): UNESCO, UMESP, FAI, 2001.

HECK, Rita Maria, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: abordagem de família e do cuidado. IN: ELSEN, Ingrid; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; MARCON, Sônia Silva. **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: EDUEM, 2011.

IBGE. **PNAD 2010 – Conceitos**. Available from <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>, access on 20 May 2015.

KEKC, C. W.; REED, G. A. The Curious Case of Cuba. *American Journal of Public Health*. 2012;102(8):e13-e22. Available from <http://www.scielosp.org/pdf/medicc/v15n2/a12v15n2.pdf>, access on 20 May 2015

MACHADO, Ana Larissa Gomes; SILVA, Maria Josefina da; FREITAS, Consuelo Helena Aires. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 64, n. 2, p. 365-369, Apr. 2011 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200023&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200023>.

MANOEL, Maria Fernanda et al . As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 346-353, June 2013 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>.

MARCON, Sônia Silva. Abordagem da família no ensino de graduação em Enfermagem. In: ELSEN, Ingrid; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; MARCON, Sônia Silva. **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: EDUEM, 2011.

MEAD, G. H. **Mind, Self and Society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934. 233p.

NAHAS, M. I. P.. **Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades: discussão teórico-metodológica**. 29p. 2003. Disponível em:< [http://www.virtual.pucminas.br/idhs/site/conteudo/pobreza\\_artigos.htm](http://www.virtual.pucminas.br/idhs/site/conteudo/pobreza_artigos.htm)>, acesso em 20 de maio de 2015.

O'NEIL, C.; MACGREGOR, P.; MERKUR, S. **United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition**. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2012; 14(10): 1. – 91. Available from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/177136/Northern-Ireland-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/177136/Northern-Ireland-HiT.pdf), Access on 20 May 2015.

OMS. **Informe sobre la salud en el 2008: La atención primaria de salud – más necesaria que nunca**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

OMS. **Informe sobre la salud en el 2010: La financiación de los sistemas de salud – el camino hacia la cobertura universal**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

OMS. **Informe sobre la salud en el 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.

PENNA, C.M.M.; ELSEN, I. **Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de enfermagem de família**. Dissertação de mestrado. 1992. 100p. Florianópolis: UFSC, 1992.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 464p.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative Interviewing: the art of hearing data**. 3 ed. Los Angeles: SAGE, 2012. 265p.

SILVEIRA, Maria Lucia da. Família: Conceitos sócio-Antropológicos Básicos para o trabalho em saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.2, n.2, p.58-64, jul./dez. 2000. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4927>. Acesso em 20 de maio de 2015.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2007. 208p.

SOUSA, F. G. M.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; ERDMANN, A. L. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*, 11(1): 60-63, jan-abr, 2010. Available from <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/341>, Access on 08 June 2015.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de, et al. Instrumentos para a compreensão da família: contribuições ao cuidado de enfermagem à família. In: ELSEN, Ingrid; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; MARCON, Sônia Silva. **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: EDUEM, 2011.

STRAUSS, A. CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Apr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso). acesso em: 01 set.. 2011.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722008000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000200016&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000200016>.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2012.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA

CÓDIGO DA ENTREVISTA: EG02-01

ENTREVISTA	CODIFICAÇÃO PALAVRA A PALAVRA	CODIFICAÇÃO LINHA A LINHA	CODIFICAÇÃO ABERTA
<p>1 <b>Que conceitos que você traz de</b></p> <p>2 <b>família? O quê que é família para</b></p> <p>3 <b>você?</b></p> <p>4 [L] Família eu acho que são pessoas</p> <p>5 que <b>moram junto</b>. É só assim. Eles</p> <p>6 moram juntos. Às vezes <b>não tem</b></p> <p>7 <b>vínculo sanguíneo</b>, nem nada, mas</p> <p>8 elas tão morando junto, tão <b>vivendo</b></p> <p>9 <b>junto</b>, e aí a gente tem que trabalhar</p> <p>10 com essas pessoas.</p> <p>11 <b>Se você fosse falar assim, baseado</b></p> <p>12 <b>na sua experiência familiar, o que</b></p> <p>13 <b>você define como família?</b></p> <p>14 [L] Uai! Pra mim é a mesma coisa,</p> <p>15 mas eu tenho laço consanguíneo, né.</p> <p>16 Mas, por exemplo, <b>se eu casar vai</b></p> <p>17 <b>fazer parte da família</b>. Se <b>uma amiga</b></p> <p>18 <b>for morar lá em casa</b> e tiver um</p> <p>19 <b>tempo morando</b>, né, vai fazer parte</p> <p>20 da família, você tem que tratar com</p> <p>21 aquele ambiente todo ali. Todo</p> <p>22 mundo que tá morando naquela</p> <p>23 casa..</p> <p>24 É. Mas se cria vínculos afetivo, social,</p> <p>25 né. Então, com um tempo acaba</p> <p>26 virando família, não tá ali visitando.</p>	<p><b>Morar juntos</b></p> <p><b>Consanguinidade - relação</b></p> <p><b>pautada em quem possui o</b></p> <p><b>mesmo sangue</b></p> <p><b>Coabitação -morar em comum,</b></p> <p><b>viver juntos, independente do</b></p> <p><b>vínculo consanguíneo</b></p> <p><b>Casamento</b></p> <p><b>Amizade</b></p> <p><b>Ambiente - no sentido de local,</b></p> <p><b>recinto</b></p> <p><b>Casa</b></p> <p><b>Vínculo - ligação moral,</b></p> <p><b>confiança</b></p> <p><b>Vínculo social</b></p>	<p>Para ser família basta morar juntos,</p> <p>não sendo necessário ter vínculo</p> <p>familiar</p> <p>Para passar a ser família, se não tiver</p> <p>vínculo consanguíneo é necessário</p> <p>morar junto um certo tempo</p> <p>Criação de vínculos afetivos ou</p> <p>sociais cria família</p>	<p><b>Significado de família</b></p> <p><b>Surgimento da família</b></p> <p><b>Vínculo familiar</b></p>

<p>27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62</p>	<p><b>[E] O que você acha que te ajudou a construir esse conceito</b> [L] Não, eu acho que foi mais, à princípio, profissional porque eu não pensava nisso. A partir do momento que você vai estudando e tal, você vai vendo que existem vários tipos de família, que você tem que encarar não só pai, mãe e filho, né. Então, aí você já começa a ter uma visão mais diferente.</p> <p><b>[E] Quando você atende hoje as famílias, qual é a sua percepção dessas famílias que você tem atendido em geral?</b></p> <p>[L] (pequena pausa) Não. Eu acho que a área é diferente. Aqui minha <b>área é muito carente</b> e tal, a família aqui, eu acho que eles <b>não são unidos, não tem muito vínculo</b>. Eles moram... <b>Tem muita gente que mora junto, mas eles não se sentem parte da mesma família. Até às vezes sendo família.</b></p> <p><b>[E] Você acha que isso é uma característica dessa região?</b></p> <p>[L] Pode ser. Ou do <b>tempo</b>. Eu vejo que é mais complicado. Um não tem responsabilidade com o outro, <b>não tem preocupação com o outro</b>, é complicado de se trabalhar quando você vê um pai e uma mãe que você chama os filhos pra conversar pra ajudar no tratamento e no cuidado, você não vê muito vínculo, pra mim é da região aqui. <b>Eles não se</b></p>	<p>Vínculo afetivo</p> <p>Tipos diversos de família</p> <p>Carentes – referindo-se a área de abrangência. Carência como pobreza</p> <p>Morar junto aqui significa sem vínculo algum, mesmo sendo família – conotação negativa</p> <p>Tempo – aqui referindo-se ao passar do tempo</p> <p>Não tem preocupação</p>	<p>A atuação profissional é que moldou o seu conceito de família, a partir do momento em que foi apresentada a vários tipos de família.</p> <p>A carência (pobreza) interfere nos vínculos sociais e afetivos. As pessoas moram juntas sem sentimento de pertencimento</p> <p>Associa a mudança da concepção da família ao passar do tempo, a mudança ocorrida pela evolução do tempo</p> <p>Família pode não ter vínculo. Ela apresenta um exemplo para essa constatação.</p>	<p>Influência no conceito de família</p> <p>Tipo de família</p> <p>Motivos da alteração do tipo de família</p> <p>Tipo de família</p>
--	---	--	--	---

<p>63 <b>responsabilizam</b>, deixa pra lá, a</p> <p>64 gente chama querendo que eles</p> <p>65 ajudem no tratamento, no</p> <p>66 acompanhamento. Não tem muito</p> <p>67 vínculo.</p> <p>68 <b>[E] Se você fosse enumerar, por</b></p> <p>69 <b>exemplo, os principais problemas</b></p> <p>70 <b>que você vê no núcleo familiar</b></p> <p>71 <b>hoje das pessoas que você atende,</b></p> <p>72 <b>o que você diria?</b></p> <p>73 [L] Eu acho que a <b>desestrutura</b></p> <p>74 <b>familiar</b>. Eu acho que a falta de</p> <p>75 cuidado um com o outro. Não tem...</p> <p>76 Cada um viver independentemente,</p> <p>77 tem gente que separa até, tipo assim,</p> <p>78 eles dividem as contas tudinho, a</p> <p>79 comida, entendeu? Então não é</p> <p>80 nosso. Tem gente que tem televisão</p> <p>81 no quarto, o filho tem televisão no</p> <p>82 quarto e o resto da casa não tem,</p> <p>83 entendeu? Então eles não... Eles</p> <p>84 <b>vivem individualizados</b>.</p> <p>85 É. E a desestrutura familiar mesmo</p> <p>86 porque eu acho que tudo vem da</p> <p>87 desestrutura familiar que tem, aqui</p> <p>88 eles são muito, tipo assim, <b>doidão</b>.</p> <p>89 Tem <b>muita droga, muita violência,</b></p> <p>90 <b>muito álcool</b>.</p> <p>91 <b>[E] Mesmo sendo interior?</b></p> <p>92 [L] Sim, mas aqui é a região do</p> <p>93 tráfico.</p> <p>94 [</p> <p>95 <b>[E] Do município?</b></p> <p>96 [L] Do município. Então o quê que</p> <p>97 acontece, é muito... Esses problemas</p> <p>98 todos tem demais. A violência, de</p>	<p><b>Não se responsabilizar</b></p> <p><b>Desestrutura familiar</b></p> <p><b>Falta de cuidado</b></p> <p><b>Separação forte dentro de casa</b></p> <p><b>Individualização</b></p> <p><b>Droga, violência, Álcool</b></p>	<p>Enumeração de problemas no âmbito familiar – cita a desestrutura familiar, a falta de cuidado e a individualização. Mais especificamente, ela cita a droga, a violência e o álcool</p>	<p><b>Problemas familiares</b></p>
--	---	---	------------------------------------

<p>99 100 101 102 103</p>	<p>não cuidar da criança, né. Tem criança que vem sozinha pra consultar, tem menino que chega aqui com febre: "Eu tô com febre!". Aí a gente fala cadê sua mãe , cadê seu pai? Aí as vezes a gente esquece do pai, briga mais com a mãe, né. Mas o pai também tem responsabilidade. Mas a gente...</p> <p><b>[E] Na mesma proporção.</b></p> <p>[L] É. Igual até quando a gente manda pro conselho tutelar, a gente manda xingando a mãe. Ô gente e o pai? Vamos xingar o pai também, a vó, vão xingar todo mundo. Às vezes os meninos ficam perdidos, menino que vai pra escola quando quer, menino vem ao posto quando machuca, sozinho, tá passando mal ele vem ao posto.</p> <p><b>[E] E aí vocês atendem mesmo ele estando sozinho?</b></p> <p>[L] Conforme o problema atende na hora e manda recado com a mãe. Conforme a gente manda em casa ele buscar a mãe, se ele não aparecer a gente manda pro conselho.</p> <p><b>[E] Você tava falando uma questão interessante que é essa questão de gênero homem e mulher na família. É muito característico da mãe ser a responsável mesmo, ou a mulher ser a responsável na família, por essa questão do cuidado?</b></p> <p>[L] É. Aqui é. Os homens para</p>	<p>Responsabilidade dos pais – criança buscando atendimento sozinho</p> <p>Conselho tutelar</p>	<p>Responsabilização dos pais</p> <p>Relação de poder? Mandar, xingar.</p> <p>Responsabilização da mãe frente aos problemas familiares</p>	<p>Rede de apoio à família</p> <p>Gênero e família</p> <p>Gerações e família</p>
---	---	---	--	--

<p>trabalhar e ganhar o dinheiro. E tem muito, muitos bebem aqui, né. Então, aí o fim de semana é pra beber. Ele acha que já tá fazendo a responsabilidade dele indo trabalhar e trazer o o dinheiro. Então, a maioria é mais é mulher e ainda faz mais ou menos o seu serviço.</p> <p><b>[E] Vou passar para a outra pergunta. Que importância que você vê pra família pro cuidado individual das pessoas?</b></p> <p>[L] Ah, eu acho essencial porque a gente vê que a família que pega o problema, que ajuda, que tá interessada, você consegue sucesso. A família toda desestruturada, que você não consegue mostrar pra ela, incentivar o cuidado, você não consegue.</p> <p><b>[E] Você consegue me dar um exemplo? Por exemplo assim, de uma história ou de algo que você tenha percebido assim, que deu certo por causa da família ou que deu errado também por causa da família desse seu período de experiência?</b></p> <p>[L] Ué, tem um rapaz que ele é paraplégico e tem três anos que a gente faz curativo nele por causa de escara e ele não gosta de tomar banho. E a casa é toda suja e a família toda é desse jeito. E aí a gente insiste há três anos com ele, já era pra ele ter sarado há muito tempo. Aí como</p>	<p>Provedor do dinheiro - homem</p> <p>Pegar o problema – assumir o problema Interessado em resolver</p>	<p>A responsabilidade do cuidado familiar é da mãe. O homem é provedor do dinheiro apenas, por meio do trabalho</p> <p>Famílias que assumem o problema do indivíduo ajudam a resolvê-lo. Ao passo que famílias desestruturadas não conseguem</p>	<p>Gênero e família</p> <p>Família e o cuidado individual</p>
--	--	--	---

<p>a gente não consegue envolver a família, ele toma banho sozinho de pano, só com pano e água. Então, a família não consegue apoiá-lo, se a família ajudasse nos cuidados ou ajudasse incentivando ele e tal, ele já teria melhorado. Ele fica lá com aqueles, com aquela escara. Não tá infectada nem nada, tem dia que tá toda suja, tem dia que...</p> <p><b>[E] E nas tentativas de envolver a família eles não entram?</b></p> <p>[L] Já reunimos, concordam, mas não faz. Eles não discordam, mas ninguém faz. Arruma desculpa.</p> <p><b>[E] Quando você fala reunião, como é que seria isso? Essa reunião em família, você vai a casa junta todo mundo, chama no posto?</b></p> <p>[L] Não, já conversei no posto e já reuni em casa. Até porque o curativo é domiciliar, né. Então, aí já marquei com todos, fizemos cartas pra eles assinarem se responsabilizando. Não adianta. (risos)</p> <p><b>[E] Nada?</b></p> <p>[L] E eles falam: "Não a partir de amanhã vai ser" e não faz. E taí, tem três anos. Todo mundo sara e ele não sara, não cura.</p> <p>É, enquanto outros, que também já passaram, dando exemplo de curativos, outros que a família se empenhava e com dois, três meses curou. Então, você vê que tem</p>	<p>Reunião com família</p> <p>Carta de responsabilização</p> <p>Estar junto</p>	<p>Exemplo de uma família desestruturada</p> <p>Na tentativa de responsabilizar a família, até carta de responsabilização já foi feita</p> <p>Família junta no cuidado resolve</p>	<p>Ferramenta de abordagem familiar</p> <p>Ferramenta de abordagem familiar</p> <p>Tipo de família</p>
--	---	--	--

<p>diferença, né. Quando família tá junto e tal.</p> <p><b>[E] Desse conjunto de ações que você faz, assim, de todo o seu trabalho no PSF, quando é que você acha que tá fazendo abordagem à família? Em que momentos que você sente assim: "eu tô abordando a família no cuidado das pessoas."</b></p> <p>[L] Eu acho que quando a gente chama a família à responsabilidade por aquela pessoa, pelo cuidado, pela ajuda, pela prevenção da complicação, né. Quando a gente vê, igual, um hipertenso que não tá entendendo nada. Aí a gente chama a família para ajudar na alimentação, ajudar na medicação e tal. Aí você tá abordando a família. E aqui a gente faz reunião com família também.</p> <p><b>[E] Ah é? Como é que funciona?</b></p> <p>[L] A gente de 2 em 2 meses... A gente fez o plano do ano, aí a gente faz reunião com o tipo da família. Por exemplo, a gente fez reunião com a família do diabético, ao invés de fazer com os diabéticos. A família dos hipertensos, família da saúde mental, família das crianças. Então, a gente divide o ano inteiro.</p> <p><b>[E] Aí essas reuniões que propósito que elas têm?</b></p> <p>[L] Abordar a família pra saber cuidar, ajudar aquela pessoa. A família dos obesos, entendeu?</p>	<p>Responsabilidade</p>	<p>problema</p> <p>A abordagem familiar acontece na chamada de responsabilidade da família pelo cuidado individual</p> <p>Ela aborda famílias em grupo, divididas por agravo, problema ou condição e cita exemplos. A lógica é fragmentada e preventiva.</p>	<p>Abordagem familiar</p> <p>Ferramentas de abordagem familiar</p>
--	-------------------------	--	--

<p><b>[E] Entendi.</b>  [L] Então a gente faz reunião com a família.  <b>[E] Tá dentro de um processo de educação em saúde, por exemplo, você classificaria assim?</b>  [L] Aham. É. Então, aí a gente faz os grupos pra abordar a família pra tá dando apoio. Família de quem tem bronquite, entendeu? A gente trabalha isso.  <b>[E] Isso acontece ao longo do ano?</b>  [L] É. Família dos alcoólatras também, porque a gente já tentou fazer reunião sobre o alcoolismo só que eles não vem. Então, a gente começou a fazer reunião com a família, até pra família saber lidar ou saber trazer, porque a reunião com eles, eles não vêm.  <b>[E] E como é que é a adesão das famílias a esse projeto?</b>  [L] Pelo número da população, vem pouco. Mas pra um grupo tá bom. Vem de 20 a 30 pessoas, então tá bom. Agora se você pensar que você trabalha com quase 3000 pessoas... Então, né.  É. Então, se você pensar assim no tanto de gente, é pouco. Eu acho pouco.  <b>[E] Que resultado que você tem visto desse grupo especificamente? Já tem um tempo que acontece?</b>  [L] Desde o ano passado que a gente</p>	<p>Reunião</p> <p>Família de quem tem bronquite</p>	<p>A família é rotulada com o problema</p> <p>No alcoolismo, como o indivíduo não vem ao centro de saúde, eles abordam a família do alcoólatra para ajuda-los a lidar com o problema</p> <p>Pouca pessoas participam quando se pensa no total da área de abrangência</p>	<p>Ferramentas de abordagem familiar</p>
--	---	--	--

<p>começou. A gente vê pessoas se interessando. Pessoas que vinham e que nem, assim, não sabiam que podiam ajudar, que podia, que iria se interessar, né. Então, a gente vê que tem gente que começa a se comprometer e tá trabalhando ajudando aquela pessoa dentro da família.</p> <p><b>[E] E vem todo o tipo de parente, é extensivo para todo tipo de parente?</b></p> <p>[L] A gente chama quem mora junto ou então quem não mora mas que pode dar um apoio. Aí as agentes de saúde que escolhem. Igual, teve, quando a gente fez com a família dos idosos, aí pra certo idoso chamou todos os filhos porque a gente sabe que o problema era com os filhos que cada dia mandava uma pessoa dormir com a idosa. Então, a gente pensou em tá trabalhando todos os filhos, né. Aí eles brigavam quem que ia dormir com a idosa aquele dia. Então, vamos chamar todos. Então mesmo não morando com a idosa, nós chamamos todos os filhos.</p> <p><b>[E] Entendi. E vieram?</b></p> <p>[L] Vieram 3, são 6.</p> <p><b>[E] Normalmente quem comparece dessa família quando vocês convidam?</b></p> <p>[L] É filho. Mas conforme, igual quando é um... Tem vez que vem avó, tem vez que vem a mãe no caso de</p>	<p><b>Comprometer com o trabalho</b></p>	<p>As reuniões tem feito as pessoas terem mais comprometimento na resolução do problema</p> <p>Diante dos problemas a família é acionada mesmo quando não mora junta Filhos que moram em outras casas</p>	<p>Família ampliada -</p>
---	--	---	---------------------------

<p>quando é com os filhos. Mais mulher do que homem. É. A mulher participa mais, né. Eu acho que a mulher vem mais a unidade de saúde e tem o problema de ser de dia e o homem trabalhar. Mas antes a gente fazia grupo a noite dos homens e eles vinham. Vinha uma média de uns 20 homens assim.</p> <p>É, mas aí a gente ganhava folga. Aí a gente animava de fazer todo mês, aí depois eles cortaram:" não, só o período que você ficar ali que você vai ganhar". Aí você perde uma noite.</p> <p><b>[E] Se você fosse falar assim uma família ideal, o que seria uma família ideal pra você?</b></p> <p>[L] Uai, família ideal é aquela que... Deixa eu vê (pausa). Ah, não tem família ideal não! (risos) Toda família briga! (risos)</p> <p>Eu acho que, que a que tem sintonia, porque tem dificuldade. Família tem dificuldade de relacionamento. É difícil relacionar, em qualquer lugar que a gente for trabalhar, ou viver, o relacionamento é difícil. Mas eu acho que tem que ter uma sintonia, tem que ter um cuidado um com outro, tem que ter uma preocupação, né. Então, eu acho que é mais ou menos isso. Não tem uma ideal, não é pra todo mundo viver em paz, feliz, mas é pra ter o respeito, ter um cuidado. Preocupação.</p> <p>[</p>	<p>Extensão de jornada</p> <p>Família ideal</p> <p>Sintonia - harmonia, reciprocidade</p> <p>Preocupação</p>	<p>A mulher é mais participativa, e uma das razões é o atendimento ser de dia e o homem ser quem trabalha</p> <p>Extensão de jornada de trabalho do enfermeiro para a noite, facilitava a participação do homem</p> <p>Não tem família ideal porque sempre vai existir conflito. Entretanto é necessário ter harmonia.</p> <p>Mesmo ser viver feliz ou em paz, é possível ter respeito, cuidado, preocupação</p>	<p>Gênero e família</p> <p>Ferramentas de abordagem familiar</p> <p>Tipo de família</p>
--	--	--	---

<p>[ Eu acho que o ideal é o que você consegue fazer de melhor dentro daquela situação que é sua realidade, entendeu? Por exemplo, eu acho que se pra saúde da família, saúde mental, emocional, o pai e a mãe e o filho tá junto é bom, é o ideal pr'aquela família. Se aquilo ali causa transtorno e tal, não é o ideal. Se consegue o equilíbrio bom entre o pai e o filho ou entre a mãe e o filho, aquilo ali é o ideal pra eles. então, não acho que tenha um... que ser rigoroso. As vezes o ideal é a vó, é a tia. Então, não acho que tem um ideal, o ideal é a família, as pessoas que tão morando junto conseguir uma sintonia, um respeito, um equilíbrio, dentro do que é permitido àquela realidade.</p> <p><b>[E] Quando é que você envolve a família? Ou em que momento ela aparece em seu plano terapêutico?</b></p> <p>[L] Envolve a família quando eu vejo que a pessoa está com dificuldade de se cuidar sozinha. Então, às vezes ela tem dificuldade de entendimento ou do cuidado. Às vezes não é nem do entendimento, ela entende, mas as vezes ela tem dificuldade no cuidado, ou pra prevenção, aí eu envolvo a família. Ou a mãe no caso da criança, as vezes ela tá sozinha, aí ela é insegura, ela tem dificuldade e tal.</p>	<p>Adaptação</p> <p>Sintonia Equilíbrio Respeito Adaptação à realidade</p>	<p>O ideal de família</p> <p>Envolve a família quando existe a dificuldade de entendimento ou do auto cuidado pelo indivíduo.</p>	<p>Concepções de família</p> <p>Trabalho com famílias</p>
---	--	---	---

<p>Então aí eu chamo a família pra tá apoiando aquela mãe.</p> <p><b>Você se sente preparada para trabalhar com famílias?</b></p> <p>[L] Não. Eu acho que a <b>universidade não preparada a gente e nem a especialização</b>, mas a especialização eu vou falar do meu tempo né. Porque eu fiz especialização há 15 anos atrás, então era o início, às vezes hoje em dia é diferente. Hoje em dia a especialização em saúde da família aborda com mais segurança, até porque, na época nem eles sabiam direito como é que seria. Então, <b>eu não acho que a gente foi preparado bem mesmo</b>.</p> <p><b>[E] E o quê que te fez aprender a lidar com famílias? Se você fosse falar assim: "hoje eu consigo lidar com famílias". Você me falou umas coisas que você faz.</b></p> <p>[L] É. É... Eu consigo assim, né... <b>A gente vai fazendo por intuição</b> e a questão da <b>maturidade mesmo</b> que vai fazendo você ir tendo idéia e tal. E pelo que eu já estudei também quê que a gente pode tá fazendo. Mas não acho que fica dentro de um padrão legal de organização nem nada, vai por intuição.</p> <p><b>[E] E rede de apoio que você tem pra família, quê que você tem?</b></p> <p>[L] Isso que eu ia falar também. A gestão não cobra isso da gente, então, porque se eles cobrassem,</p>	<p><b>Intuição</b></p> <p><b>Maturidade</b></p>	<p>O aprendizado a respeito de famílias não veio da graduação ou da especialização.</p> <p>A abordagem das famílias pela intuição e pela maturidade profissional</p>	<p>Aprendizado sobre famílias</p> <p>Abordagem das famílias</p>
--	---	--	---

<p>eles iam dar um suporte, mas a própria gestão não cobra da gente tá trabalhando assim especificamente com famílias. Ano passado quando a gente teve curso do plano diretor, aí que a gente fez análise, a gente viu que a gente tava trabalhando pouco com família. Aí que nós começamos a fazer isso, ô gente vamos colocar os grupos de família, vão fazer grupo de família, porque como que a gente tá trabalhando mais com a comunidade do que com a família. Porque a gente tem conselho local, né, e aqui chama saúde da família, tinha que ser saúde da comunidade.</p> <p><b>[E] O quê que foi esse plano diretor?</b></p> <p>[L] Plano diretor é uma capacitação do estado que umas pessoas fizeram o curso pra repassar.</p> <p><b>[E] Focado na saúde da família?</b></p> <p>[L] Saúde da família. É. Em saúde da família e organização de serviços. E aí um dos tópicos veio a questão da família e a gente viu que tava, que a gente precisava abordar mais a família. Igual a dentista ela faz um negócio legal. Ela faz avaliação e tratamento da família, cada mês ela chama duas famílias. É pouco, mas ela já começa a fazer uma abordagem diferente.</p> <p>[L] As meninas escolhem família de risco e aí ela faz avaliação de toda família e trata toda a família até o</p>	<p>Comunidade</p>	<p>A gestão do serviço não cobra o trabalho com famílias, e por isso acaba não acontecendo</p> <p>Trabalho mais com comunidade do que com famílias</p> <p>Experiência desenvolvida pela dentista com famílias</p>	<p>Trabalho com famílias</p>
--	-------------------	---	------------------------------

<p>final. Aí ela, cada dia.... É legal. Começou a mudar um pouquinho, justamente pra gente mudar esse foco de...</p> <p><b>[E] Quando é que você acha que uma família se constitui? Quando começa uma família? Onde ela nasce?</b></p> <p>[L] Aonde? Uai, não sei. Eu acho que ela nasce na casa. <b>Eu acho que quando as pessoas começam a conviver junto.</b></p> <p><b>[E] Independente do vínculo? Como você disse no início?</b></p> <p>[L] Independente do vínculo. Mas pensando assim, continua sendo família, pensando mais amplo, não em família de PSF, mas continua sendo família mesmo não morando na mesma casa, né. Então, você pode trabalhar com a família, partes da família, que não moram na mesma residência, né. Quando você trabalha com pai, mãe, vó, tia, pra dar suporte aquela família, aquela casa.</p>	<p>Conviver</p>	<p>A família surge a partir do momento em que as pessoas passam a conviver juntos em uma mesma casa</p> <p>Família pode morar em casas diferentes</p>	<p>Surgimento da família</p> <p>Tipos de famílias</p>
---	-----------------	---	---

## APÊNDICE B- QUADRO CRIADO PARA A ASSOCIAÇÃO DE CÓDIGOS A CATEGORIAS EMERGENTES

### ASSOCIAÇÃO DE CÓDIGOS A CATEGORIAS EMERGENTES – CODIFICAÇÃO AXIAL

CATEGORIA EMERGENTE: Concepções de Família

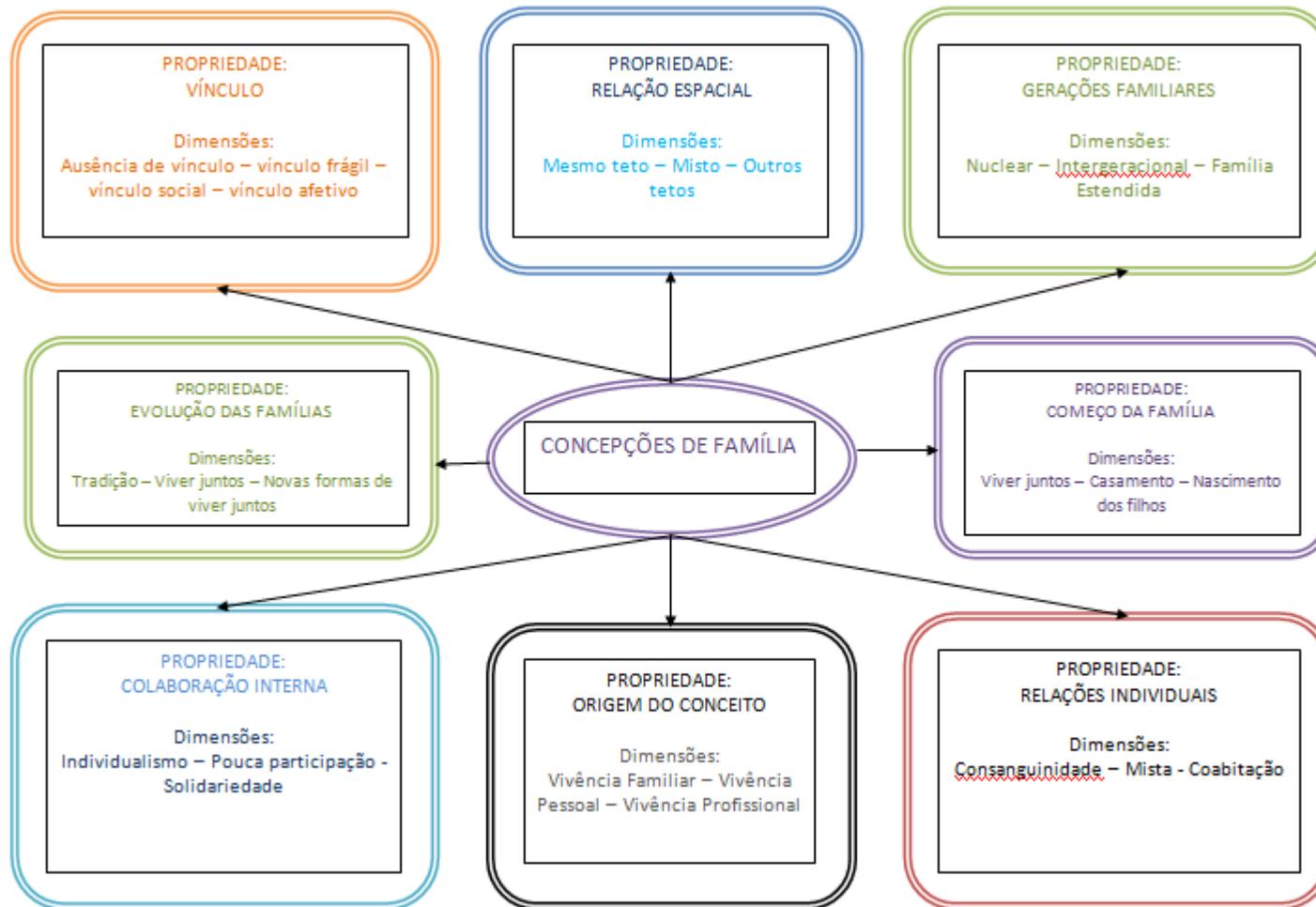
CONCEITO: Representa as concepções de família construídas pelos enfermeiros a partir das três vivências (familiar, própria e profissional) e define família e suas características.

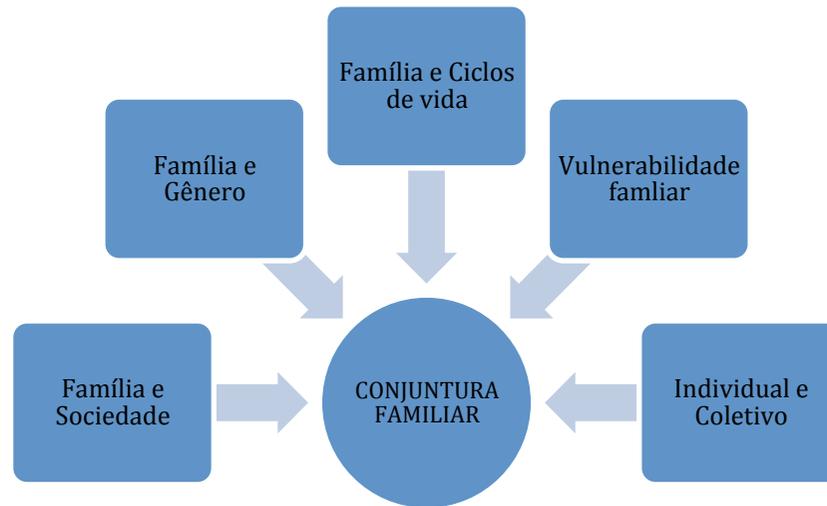
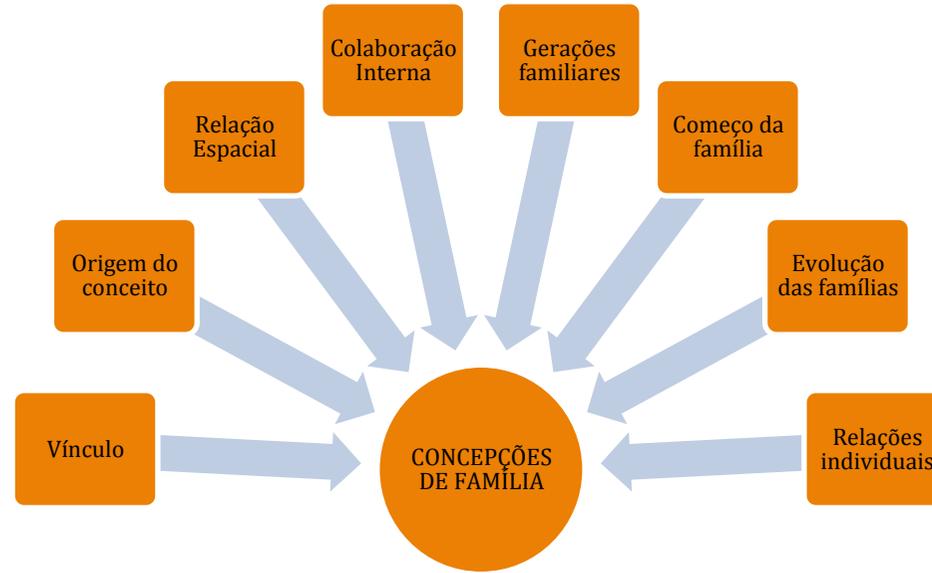
RELAÇÃO COM O FENÔMENO: é a categoria base para a abordagem familiar e sofre influência também da Conjuntura Social.

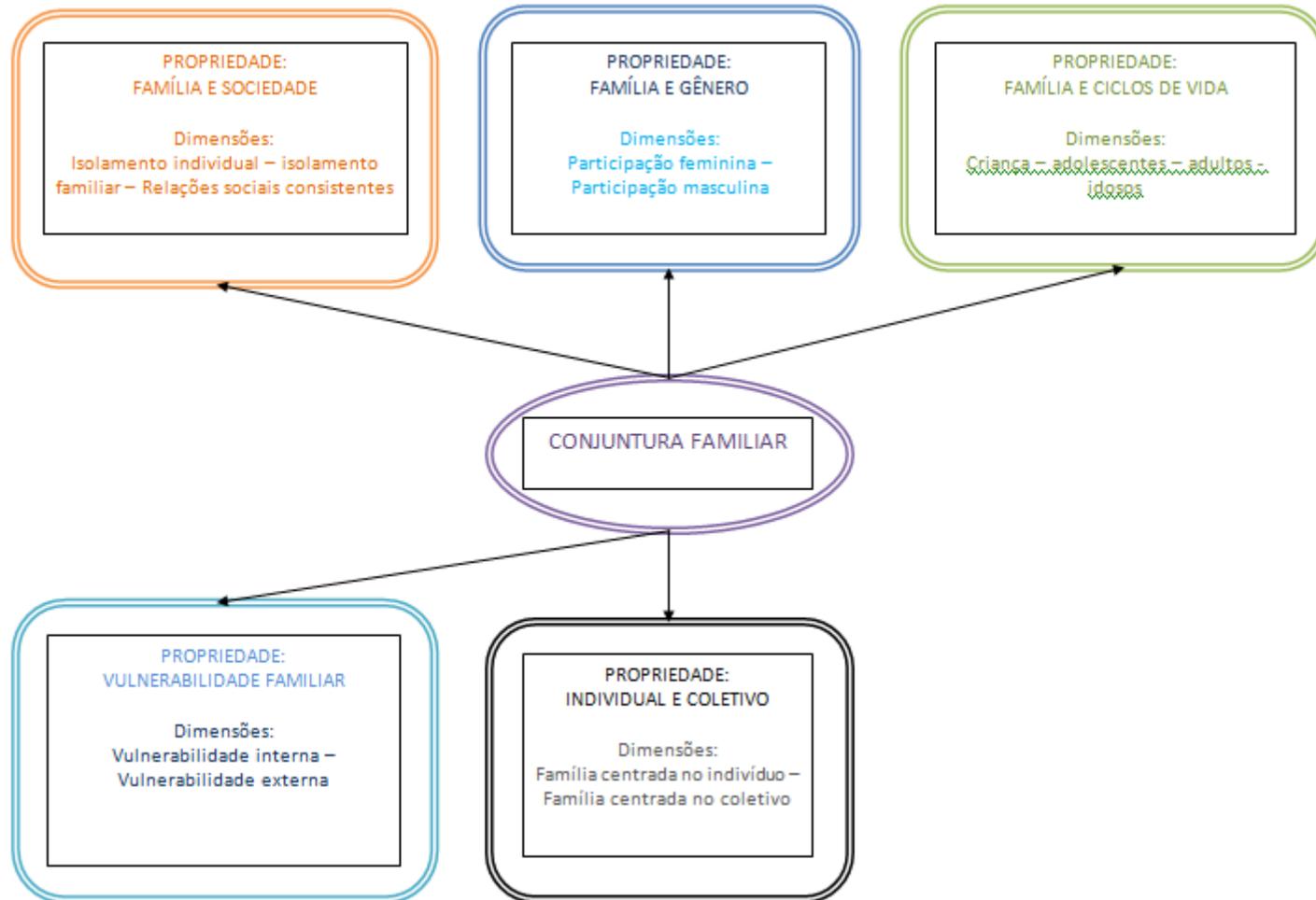
CÓDIGOS	VARIAÇÃO	RELAÇÃO COM A CATEGORIA EMERGENTE	ASSOCIAÇÃO COM A TEORIA
Relação Espacial	Mesmo teto a tetos distintos	Explica características de onde mora a família	Variação de padrão
Tipos de família	Nuclear, intergeracional, ampliada	Explica características de quem é família	Variação de padrão
Colaboração interna	Individualismo – pouca participação e solidariedade	Explica características de como a família se relaciona internamente	Relação interna de funcionamento da família
Vínculo interno	Ausência de vínculo – vínculo frágil – vínculo social – vínculo afetivo	Demonstra o vínculo interno nas relações familiares	Indica maior facilidade ou não de encontrar a família parceira para o cuidado
Relações interna	Consanguinidade – mista – coabitação	Explica relação parental dentro do mesmo teto	Variação interna dos padrões familiares

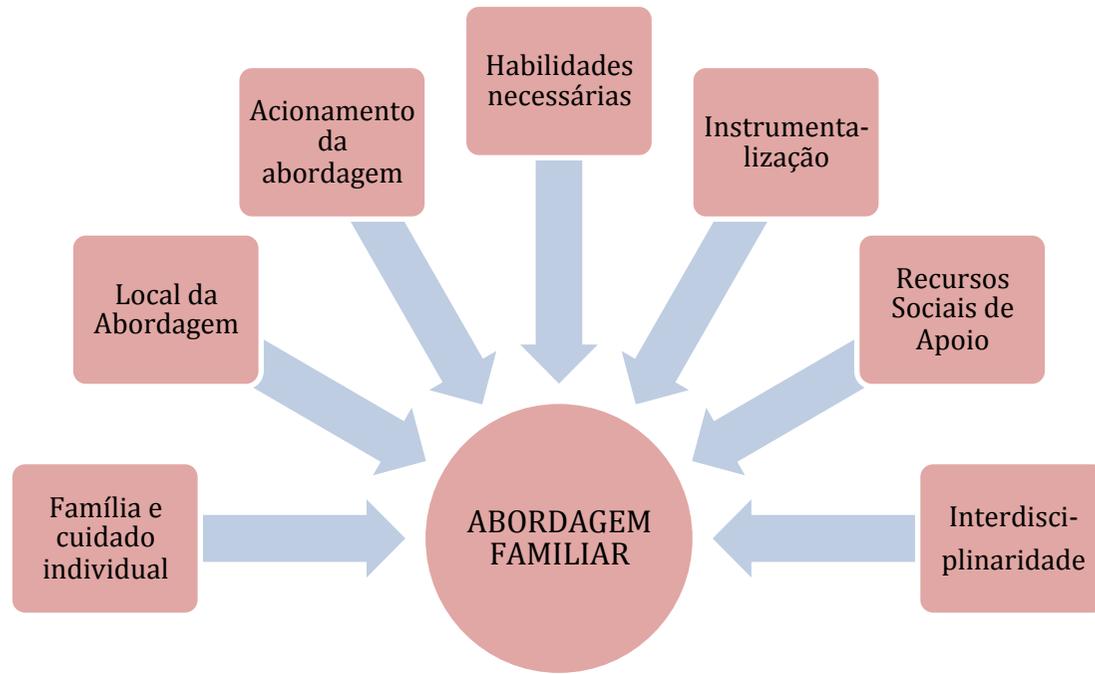
Início da família	Viver juntos – casamento – ter filhos	Explica quando começa a família	Demonstra indiretamente o início da família, o seu surgimento
Características necessárias para a família	Vários adjetivos	Deve ser subcategoria	Além de definição conceitual a Família precisa de descrição de suas características

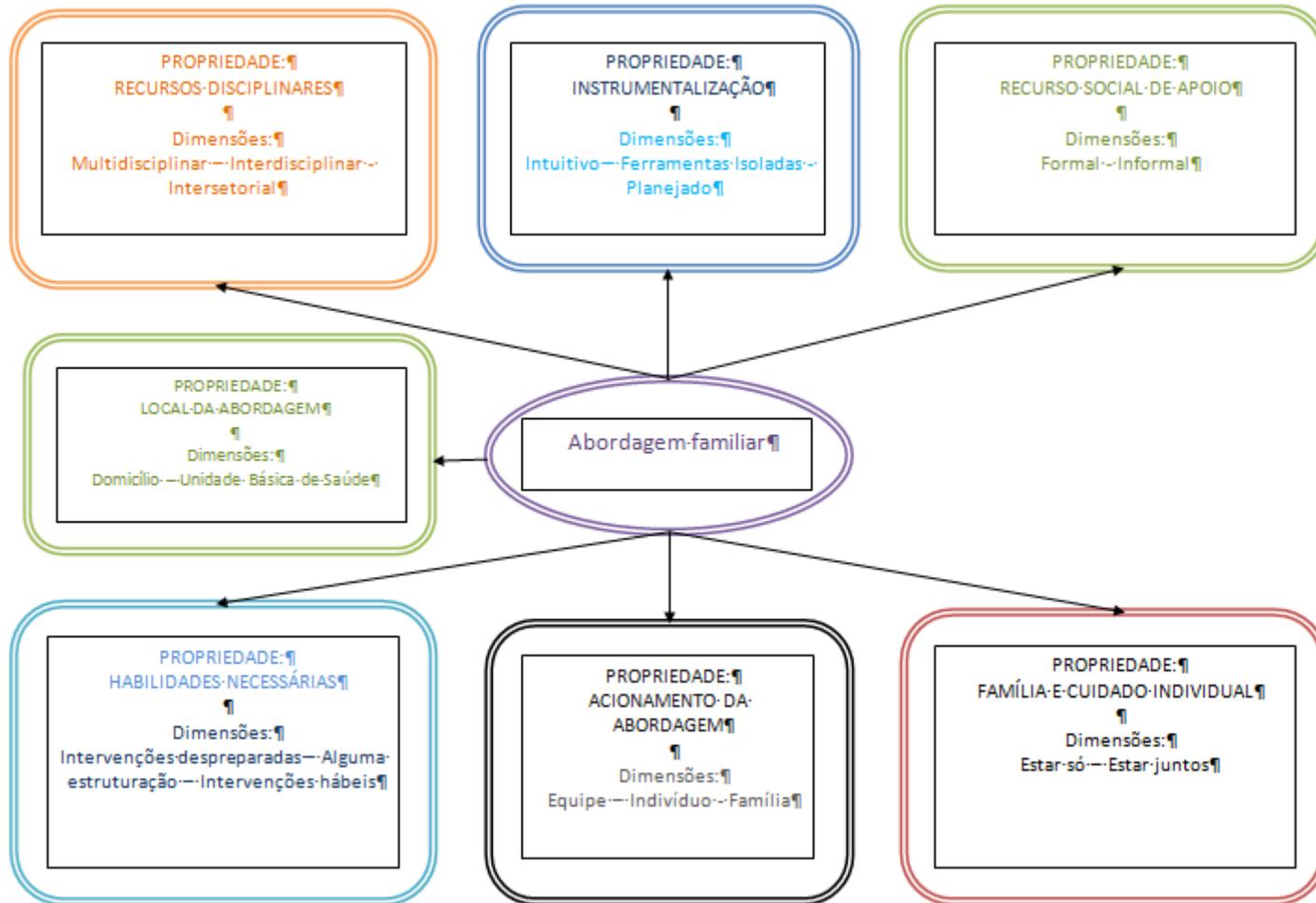
## APÊNDICE C: DIAGRAMAS RELACIONAIS ENTRE CATEGORIAS E SUAS DIMENSÕES E PROPRIEDADES INICIAIS

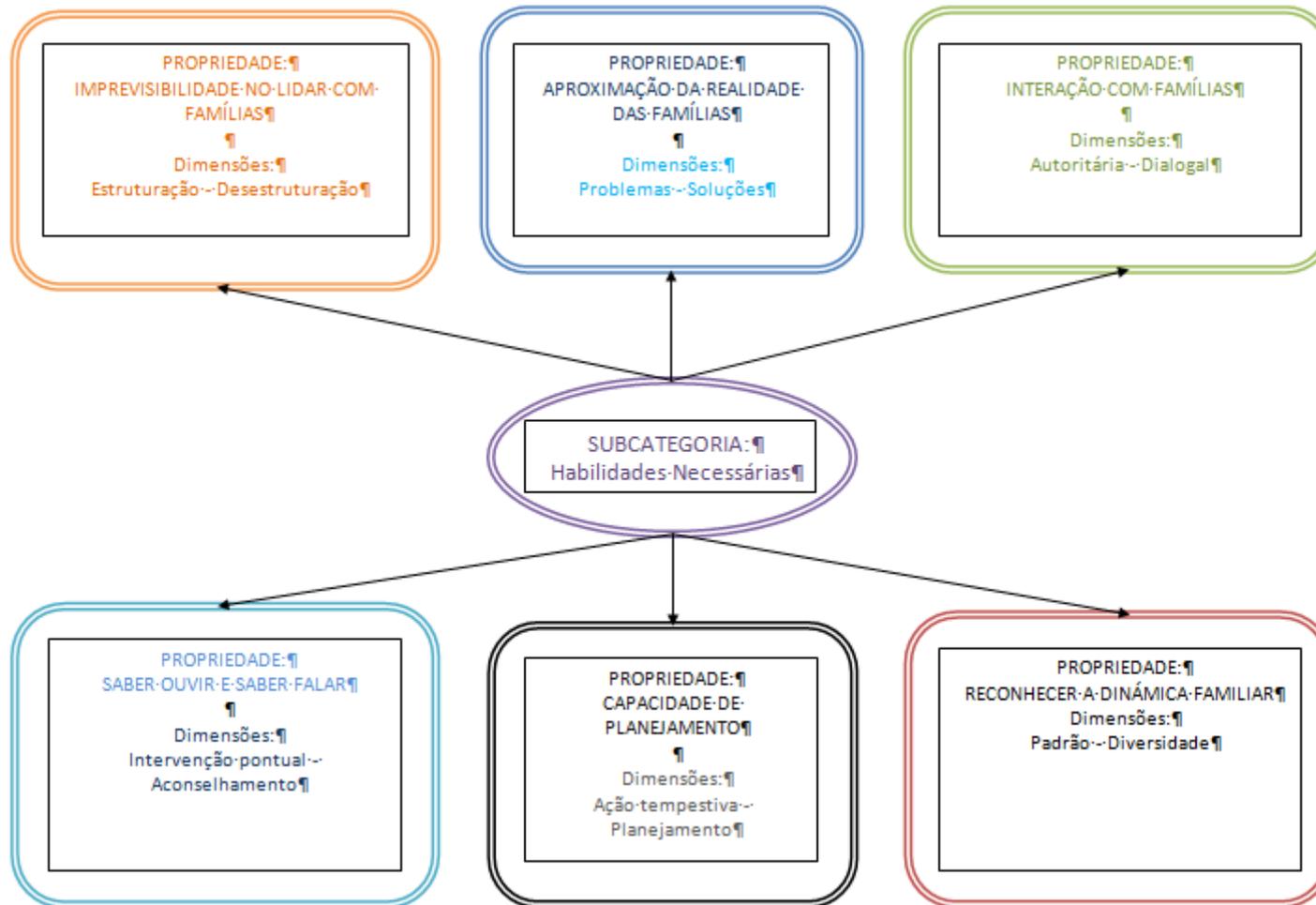


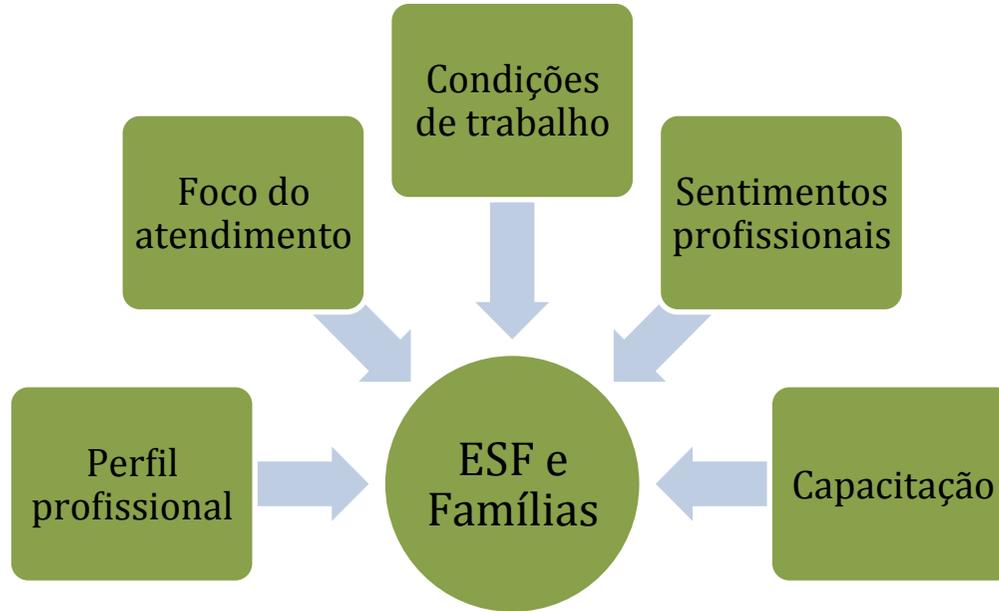


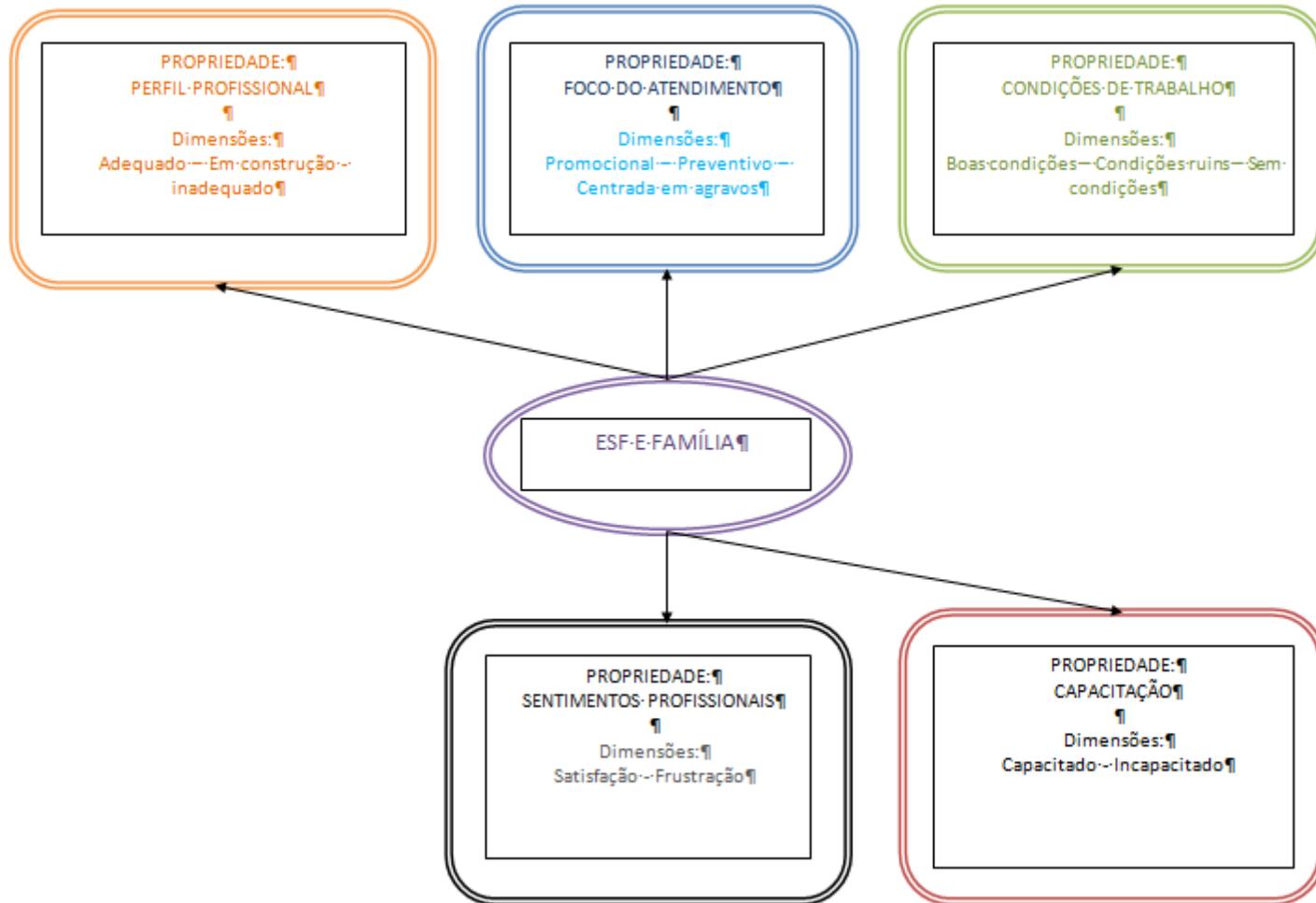












**APÊNDICE D – Instrumentos de identificação do perfil dos entrevistados**

Código: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_

**GRADUAÇÃO:**

Local: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

**ESPECIALIZAÇÃO:**

Local: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

**MESTRADO:**

Local: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

**DOUTORADO:**

Local: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

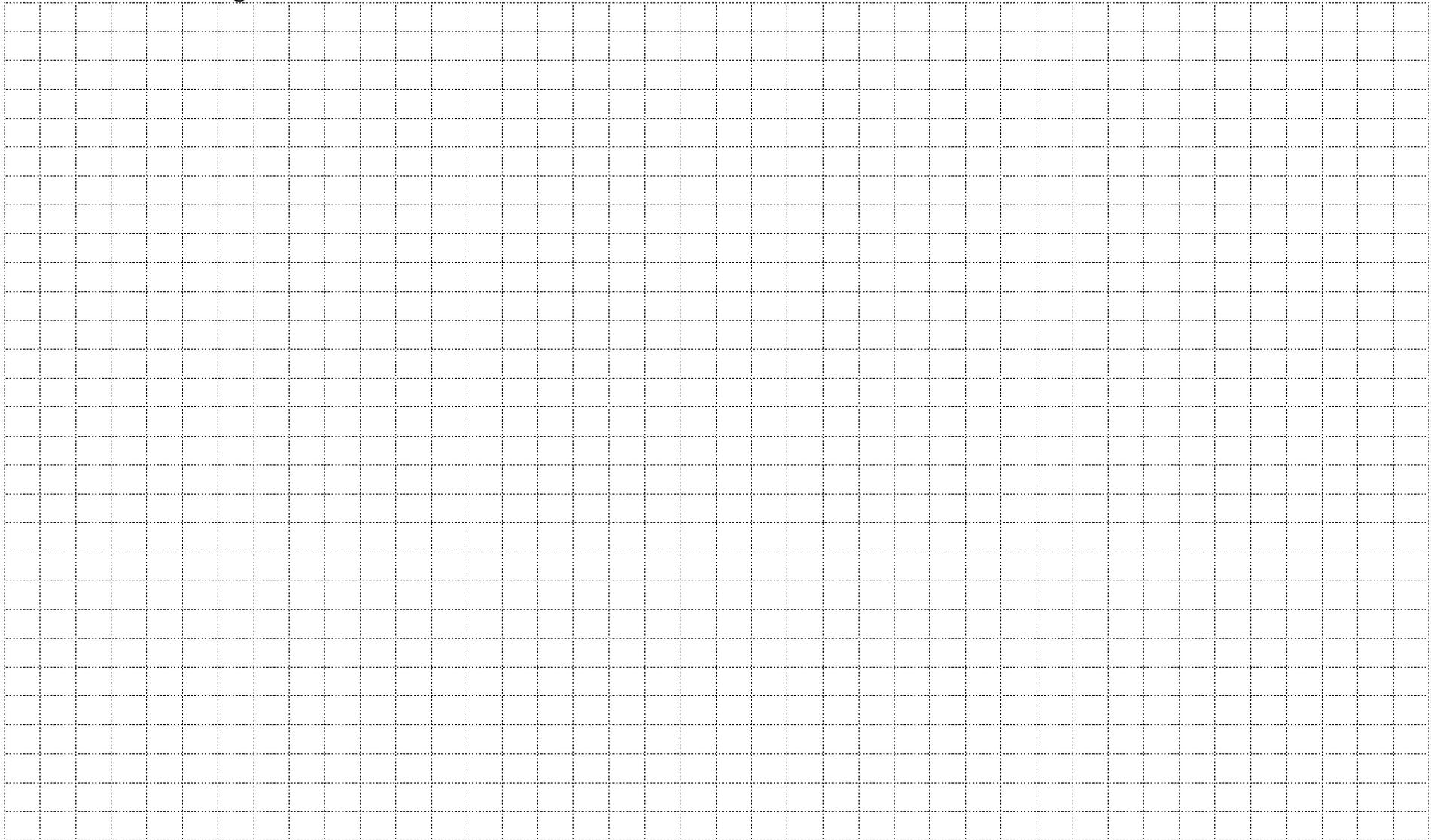
**PÓS DOUTORADO:**

Local: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

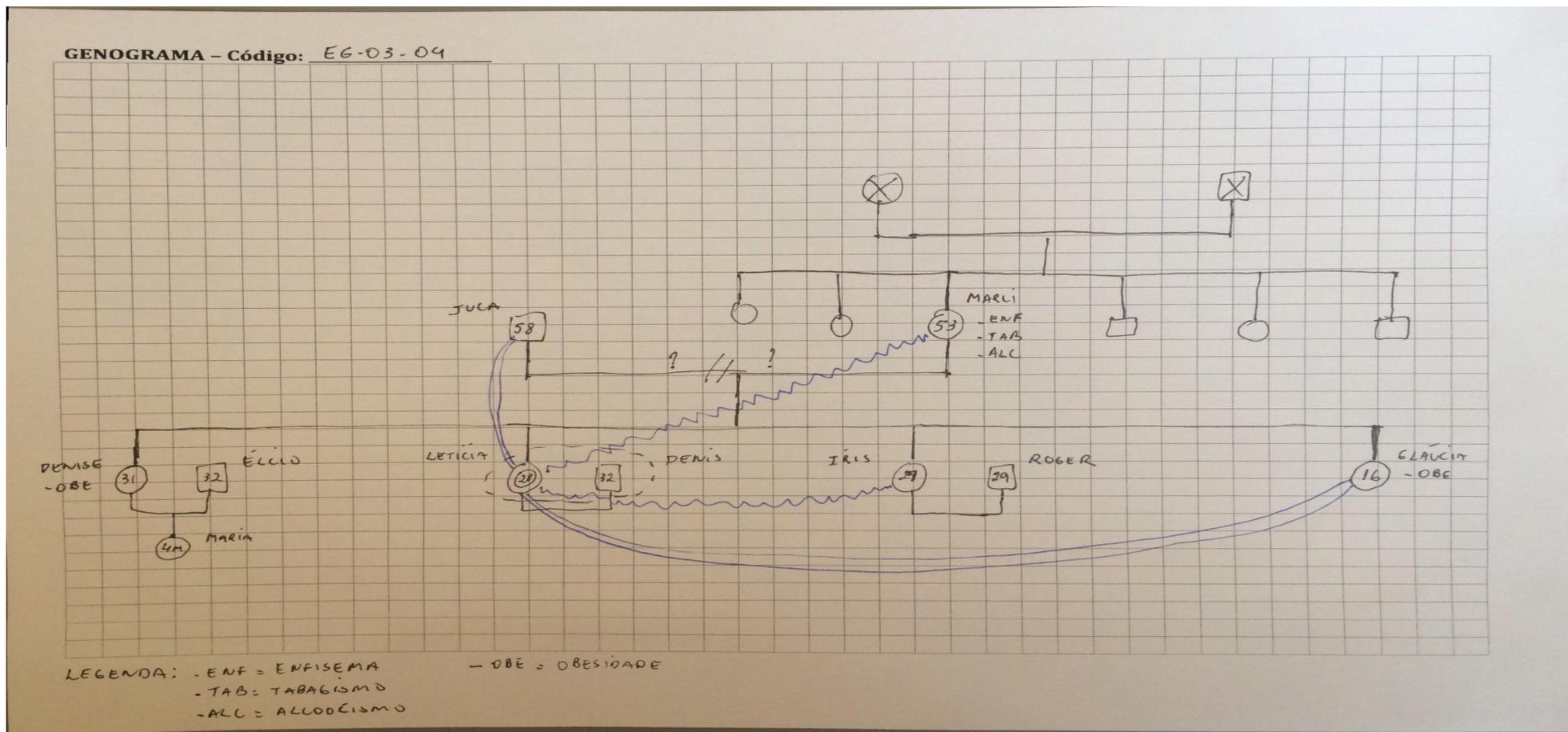
**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**

LOCAL: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ PERÍODO: \_\_\_\_\_

**GENOGRAMA - Código:** \_\_\_\_\_



# APÊNDICE E – Exemplo de genograma com dados coletados para a composição do perfil dos participantes



## APÊNDICE F- CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes tinham idade entre 27 e 62 anos. Foram 5 homens e 21 mulheres. Quanto ao estado civil, 10 eram solteiros, 15 casados e 1 divorciado. 14 entrevistados não tinham filhos, 6 tiveram 1 filho, 5 tiveram 2 filhos e 1 participante teve 3 filhos. Os dados estão representados no Quadro 1.

**Quadro 1:** Idade, sexo, estado civil e número de filhos dos participantes da pesquisa:

CÓDIGO	DN	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE FILHOS
EG0101	14/07/51	62	F	DIVORCIADA	1
EG0102	23/11/72	41	F	SOLTEIRA	1
EG0103	30/03/69	44	F	CASADA	1
EG0104	11/02/68	45	M	CASADO	1
EG0105	08/12/56	57	F	CASADA	2
EG0106	28/02/59	54	F	CASADA	0
EG0107	17/12/73	40	F	CASADA	1
EG0108	21/11/66	47	F	SOLTEIRA	0
EG0201	26/04/74	40	F	CASADA	2
EG0202	20/07/81	32	F	CASADA	2
EG0203	09/01/73	41	F	CASADA	0
EG0204	14/02/84	30	M	SOLTEIRO	0
EG0205	18/12/80	33	F	CASADA	2
EG0206	02/06/76	38	M	CASADO	2
EG0207	19/08/83	31	M	CASADO	0
EG0208	25/05/82	32	F	SOLTEIRA	0
EG0209	24/08/76	37	F	CASADA	3
EG0301	17/03/82	32	F	CASADA	1
EG0302	08/02/87	27	M	SOLTEIRO	0
EG0303	06/05/86	28	F	SOLTEIRA	0
EG0304	18/10/85	28	F	CASADA	0
EG0305	23/05/84	30	F	SOLTEIRA	0
EG0306	19/08/83	30	F	SOLTEIRA	0
EG0307	17/02/87	27	F	CASADA	0
EG0308	16/09/81	32	F	SOLTEIRA	0
EG0309	08/11/81	33	F	SOLTEIRA	0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012 – 2015.

O Quadro 2 descreve a naturalidade dos participantes da pesquisa, a cidade em que trabalhava no momento da entrevista e que tipo de vínculo possuía a época com a Estratégia Saúde da Família.

**Quadro 2:** Onde nasceram, onde trabalham e tipo de vínculo com a ESF dos participantes da pesquisa.

CÓDIGO	NATALIDADE	CIDADE EM QUE TRABALHA	VÍNCULO COM A ESF
EG0101	BOA ESPERANÇA - MG	BELO HORIZONTE	ASSISTENCIAL
EG0102	SERRA - ES	BARÃO DE COCAIS	ASSISTENCIAL
EG0103	MARTINHO CAMPOS - MG	SANTA BÁRBARA	ASSISTENCIAL
EG0104	GOVERNADOR VALADARES - MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0105	BELO HORIZONTE - MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0106	PATROCÍNIO - MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0107	RIO DE JANEIRO - RJ	ITABIRA	ASSISTENCIAL
EG0108	SANTA MARIA DE ITABIRA -MG	ITABIRA	ASSISTENCIAL
EG0201	ITABIRA - MG	ITABIRA	ASSISTENCIAL
EG0202	IGARAPARA - SP	BARÃO DE COCAIS	ASSISTENCIAL
EG0203	PIUÍ – MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0204	CONCEIÇÃO DO APARECIDA – MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0205	BELO HORIZONTE - MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0206	BELO HORIZONTE - MG	BELO HORIZONTE	DOCÊNCIA
EG0207	BELO HORIZONTE - MG	BARBACENA	ASSISTENCIAL
EG0208	SETE LAGOAS - MG	PARAOPEBA	ASSISTENCIAL
EG0209	BELO HORIZONTE - MG	ITABIRA	GESTÃO
EG0301	MATOZINHOS - MG	BELO HORIZONTE	ASSISTENCIAL
EG0302	BELO HORIZONTE - MG	BELO HORIZONTE	ASSISTENCIAL
EG0303	BELO HORIZONTE - MG	BETIM - MG	ASSISTENCIAL
EG0304	BELO HORIZONTE - MG	SÃO JOSÉ DA LAPA - MG	ASSISTENCIAL
EG0305	BELO HORIZONTE - MG	DIVINÓPOLIS	ASSISTENCIAL
EG0306	BELO HORIZONTE - MG	LAGOA SANTA - MG	ASSISTENCIAL
EG0307	VESPASIANO - MG	LAGOA SANTA - MG	GESTÃO
EG0308	BELO HORIZONTE - MG	BELO HORIZONTE	ASSISTENCIAL
EG0309	BELO HORIZONTE - MG	BELO HORIZONTE	GESTÃO

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012 – 2015.

O ano de graduação em Enfermagem variou de 1977 a 2012, apenas 2 participantes não possuíam à época pós graduação *lato sensu*, e 17 não tinham pós graduação *strictu sensu*, conforme demonstrado no Quadro3.

**Quadro 3:** Ano de graduação, local de graduação e formação complementar dos participantes da pesquisa

CÓDIGO	ANO DE GRADUAÇÃO	LOCAL DA GRADUAÇÃO	PG LATO SENSU	PG STRICTU SENSU
EG0101	1977	UFMG	SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0102	1995	UFMG	SAÚDE DA FAMÍLIA, ENFERMAGEM DO TRABALHO	NÃO
EG0103	1995	UFMG	SAÚDE DA FAMÍLIA, ENFERMAGEM DO TRABALHO, GESTÃO HOSPITALAR	NÃO
EG0104	1997	UFMG	SAÚDE DA FAMÍLIA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE	MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
EG0105	1979	UFMG	NÃO	MESTRADO EM ENFERMAGEM, DOUTORADO EM ENFERMAGEM
EG0106	1981	PUC - MG	SAÚDE COLETIVA	MESTRADO EM ENFERMAGEM, DOUTORADO EM ENFERMAGEM
EG0107	1996	UERJ	OBSTETRÍCIA, SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0108	1989	PUC - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0201	1999	PUC- MG	SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0202	2003	CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUA - RIBEIRÃO PRETO - SP	NÃO	NÃO
EG0203	1998	UNIFAL - ALFENAS - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE PÚBLICA	MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
EG0204	2006	UNIFENAS - ALFENAS - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0205	2004	UFMG	SAÚDE DA FAMÍLIA, GERONTOLOGIA	MESTRADO EM ENFERMAGEM, DOUTORADO EM ENFERMAGEM
EG0206	2002	PUC - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA, EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, ATIVAÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA	MESTRADO EM ENFERMAGEM
EG0207	2006	UNIPAC - BARBACENA	ATENÇÃO BÁSICA COM	NÃO

		- MG	ÊNFASE EM PSF	
EG0208	2005	UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI	SAÚDE COLETIVA, GESTÃO DA CLÍNICA, ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	MESTRANDA
EG0209	1999	PUC - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA, TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS, OBSTETRÍCIA	NÃO
EG0301	2007	UFMG	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	MISTRADO EM ENFERMAGEM
EG0302	2012	UNIFENAS - BELO HORIZONTE - MG	NÃO	NÃO
EG0303	2010	UNIFENAS - BELO HORIZONTE - MG	URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA	NÃO
EG0304	2008	UNIFENAS - BELO HORIZONTE - MG	NEFROLOGIA	NÃO
EG0305	2010	CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA IZABELA HENDRIX - BH - MG	ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA, FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE	NÃO
EG0306	2010	UNIFENAS - BELO HORIZONTE - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0307	2010	UNIFENAS - BELO HORIZONTE - MG	SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO
EG0308	2008	UFMG	SAÚDE DA FAMÍLIA	MISTRADO EM ENFERMAGEM
EG0309	2008	UFMG	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012 – 2015.

## **APÊNDICE G – Roteiros de entrevista**

### **Roteiro de entrevista inicial**

- 1) Qual o significado de família para você?
  - Como você construiu esse significado?
  - Qual é a origem do seu conceito?
  - Quais foram as suas influências para construir essa concepção?(família, vida pessoal, vida profissional, ensino)
  - Quando você pensa na sua família, esse conceito se altera?
  - Quem pertence a uma família para você?
  - Qual é a família ideal?
  
- 2) Qual é a importância da família no cuidado individual das pessoas?
  - Qual a relação entre família e cuidado individual?
  - Quando a família é abordada para o cuidado individual?
  - Onde a família é abordada?
  - Como ela deve ser abordada?
  
- 3) Para você qual é a situação conjuntural das famílias atualmente?
  - Qual é a realidade social das famílias?
  - Quais são os grandes desafios para as famílias?
  
- 4) Como você aborda (ou acha que deve ser abordada) a família na Atenção Primária, pela ESF?
  - Quais são as dimensões de atuação do PSF frente à família?
  - O que é necessário para se abordar famílias?

## **Roteiro de entrevista final**

- 1) Fale-me a respeito de família.
  - Qual o seu conceito de família?
  - Qual é a origem do seu conceito?
  - Quais foram as suas influências para construir essa concepção?(família, vida pessoal, vida profissional, ensino)
  - Me fale de família ideal. E família real?
  - Quem pertence a uma família para você?
  
- 2) Qual a relação entre família e o indivíduo?
  - Qual é a importância da família no cuidado das pessoas?
  - Por que a família é abordada?
  - Quando a família é abordada?
  - Onde a família é abordada?
  - Como a família é abordada?
  - Quem aborda a família?
  - Com que frequência (quanto) a família é abordada?
  - O que é abordado?
  
- 3) Qual a relação entre sociedade e família?
  - Qual é a realidade social das famílias?
  - Me fale de família brasileira.
  - Me fale sobre família e globalização.
  
- 4) Como você aborda (va) (ou acha que deve ser abordada) a família na Atenção Primária, pela ESF?
  - Quais são as dimensões de atuação do PSF (comunidade, família, indivíduo)?
  - Como você vê a evolução da Saúde da Família ao longo dos tempos?
  
- 5) Fale-me sobre Vínculo e família.
  
- 6) Questão temporal - As famílias mudaram? O que aconteceu?

- 7) Quais são os apoios para as famílias/recursos hoje em dia?
- 8) Para abordar melhor as famílias, do ponto de vista da saúde, o que é necessário?
  - O que falta (estrutura, equipe, capacitação)?
  - Qual é a sua melhor característica para abordar famílias?
  - Que habilidades você julga necessárias para a abordagem familiar?
- 9) Me fale sobre individualização e família.
- 10) Como você explica o indivíduo que mora só nesta questão de família?
- 11) Para finalizar, como você se sente abordando famílias?

## APÊNDICE H – Modelos de memorandos

### MEMORANDO INICIAL

DATA:31/03/2013

TIPO: INICIAL

ORIGEM: Análise palavra a palavra de EG02-01, realizada em 06 de fevereiro, de 2013.

Palavras relacionadas por ela na definição do significado de família: base, início de tudo, sustentação, apoio, ajuda, junto, não abandona, proteção, salvação, segurança, porto seguro.

Palavras com significado de abdicação: humilhação, não dá os filhos, submissão.

Família coloca as pessoas em condição de ter que fazer escolhas entre seus membros. O namorado ou a família. A família mente para conseguir o que quer entre os seus pertencentes.

IMPORTANTE: ela relata que o que se vive na vida produz experiências para ajudar a outras famílias, na sua condição de enfermeira. Como isso acontece? Necessário aprofundar. A idade tem influência nisso. Significa dizer que enfermeiros mais velhos abordam famílias com mais propriedade por serem vividos?

A importância da família no cuidado, em sua definição, enumera os sentidos de: segurança, certeza do cuidado, respeito, reconhecimento. A família é descrita como aquela que nunca abandona.

Ela diz que a família é composta por, principalmente, pai, mãe e irmãos. REVER CONCEITO DE FAMÍLIA NUCLEAR.

O olhar dela na utilização da família para o cuidado é centrado em aspectos curativos. Em seus exemplos sempre está, como pano de fundo, uma doença que produz a necessidade de intervenção. Não aparece a ideia de um cuidado preventivo ou promocional.

Na resposta a como ela utiliza a família para o cuidado individual, ela fala com muita propriedade a respeito da importância de ajudar a família a se organizar, ajudando-a a descobrir aptidões.

O QUE É APTIDÃO?

OUTRA COISA IMPORTANTE: para ela é importante sentar com as famílias – escutar com tempo!

Ela cita que em algumas situações ela chama vizinhos para ajudar. Sentido de Rede social de apoio para famílias. Aprofundar isso.

Não utiliza instrumentos formais de abordagem da família, mesmo que em seu serviço já tenha sido realizadas oficinas de capacitação para isso. Será que é uma característica dessa geração de enfermeiros?

Relata que aborda as famílias por intuição. Isso é bom ou é ruim?

**MEMORANDO DA CODIFICAÇÃO SELETIVA**

DATA:03/04/2015	TIPO: codificação SELETIVA
ORIGEM: Entrevistas em geral.	
CABEÇALHO: Sobre o afeto na família	
<p>A abordagem familiar deve ser capaz de recuperar o afeto entre os integrantes da família. O afeto tem sido mais importante nas entrevistas do que questões econômicas e financeiras, e do que a religiosidade por exemplo.</p> <p>O afeto tem sido descrito como essencial para a adesão da família aos planos terapêuticos. Combate a individualização, produz vínculo, solidariedade e contribui para uma sociedade melhor.</p> <p>A ideia do afeto perpassa relações consanguíneas, apesar de ser demonstrada mais forte nessas relações. É mais forte também em famílias sob o mesmo teto.</p> <p>O afeto é descrito como capaz de superar mágoas produzidas pelos relacionamentos e dessa forma se torna capaz de ser um condutor da união entre a família.</p> <p>Me faz pensar: como a abordagem familiar pode contribuir para entrar nessa seara? Existe alguma ferramenta de abordagem familiar que ajude a organizar isso? FIRO E PRACTICE? Acho que não.</p> <p>Que habilidades o enfermeiro deve ter para abordar o assunto? Qual é a formação esperada que possa propor essa habilidade?</p> <p>Essa condição de abordagem varia entre as gerações de enfermeiro?</p> <p>A rede de vivencias do enfermeiro pode contribuir para desenvolver essa Habilidade?</p>	

## APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada **CONCEPÇÕES A RESPEITO DE FAMÍLIA ENTRE ENFERMEIROS VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** sob minha responsabilidade Evandro de Souza Queiroz e orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna, que é um dos requisitos para aprovação no Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem por objetivo construir teoria a respeito das concepções de família elaboradas por enfermeiros vinculados à estratégia Saúde da Família.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas a respeito do objetivo proposto para esse estudo. Assim você responderá perguntas sobre o significado de família para você, a importância dela no cuidado das pessoas e sobre a abordagem de famílias na estratégia Saúde da Família. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões a respeito da família como fonte para o cuidado das pessoas, oferecendo subsídios para a orientação das práticas dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, bem como para todos os profissionais envolvidos no cuidado e também na gestão.

Os riscos da pesquisa são mínimos, porém caso haja constrangimento em relação à entrevista, reafirmo que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, as gravações e a análise documental ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética<sup>1</sup> para esclarecimentos sobre questões que envolvam a ética da pesquisa. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Evandro de Souza Queiróz

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Número do documento de identidade: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG(COEP)**: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG - Brasil 31270-901; Fone: 31 3409-4592  
Profª Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 - Escola de Enfermagem UFMG  
Evandro de Souza Queiroz – Fone: (31) 3244 7240, (31)9795-6262

## APÊNDICE J – Ferramenta de abordagem familiar

### FERRAMENTA: RISCO FAMILIAR

Marque com um X a pontuação referente a cada variável de acordo com as orientações seguintes e faça o somatório ao final.

Variável	PONTUAÇÃO DA FAMÍLIA		
	1	2	3
Idade superior a 60 anos na família			
Idade inferior a 1 ano na família			
Cuidados Paliativos			
Incapacidade funcional			
Doenças crônico-degenerativas			
Cânceres			
Doenças demenciais em idosos			
Sofrimento mental			
Necessidade de cuidados domiciliares			
Mortalidade materna			
Mortalidade infantil			
Mortalidade por causas violentas			
Drogas ilícitas			
Alcoolismo			
Tabagismo			
Obesidade			
Gravidez na adolescência			
Medicamentos de uso contínuo			
Escolaridade			
Criança ou adolescente em idade escolar			
Criança ou adolescente em supervisão familiar			
Idoso solitário			
Violência familiar			
Violência comunitária			
Ocupação			
Infra-estrutura básica do domicílio			
Moradores por cômodo			
Acesso a serviço de saúde			
Acesso a serviço jurídico			
Acesso a atividades culturais			
Acesso a atividades de lazer			
Fonte de renda			
Renda per capita			
<b>RESULTADO</b>			

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

<b>IDADE SUPERIOR A 60 ANOS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Sem moradores com idade superior a 60 anos
<b>2 pontos</b>	Família com 1 morador com idade superior a 60 anos
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 morador com idade superior a 60 anos

<b>IDADE INFERIOR A 1 ANO NA FAMÍLIA</b>	
<b>1 Ponto</b>	Sem moradores com idade inferior a 1 ano na família
<b>2 pontos</b>	Família com 1 morador com idade inferior a 1 ano
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 morador com idade inferior a 1 ano

<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de moradores com necessidade de cuidados paliativos no domicílio
<b>3 pontos</b>	Presença de pelo menos 1 morador com necessidade de cuidados paliativos no domicílio

<b>INCAPACIDADE FUNCIONAL</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de moradores com incapacidades funcionais
<b>2 pontos</b>	Presença de pelo menos 1 morador com incapacidades funcionais, mas com cuidador domiciliar
<b>3 pontos</b>	Presença de pelo menos 1 morador com incapacidades funcionais, mas sem cuidador domiciliar

<b>DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de moradores com doenças crônico-degenerativas
<b>2 pontos</b>	Família com 1 morador com doenças crônico-degenerativas
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 morador com doenças crônico-degenerativas

<b>CÂNCERES</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de moradores com cânceres
<b>3 pontos</b>	Presença de pelo menos 1 morador com câncer

<b>DOENÇAS DEMENCIAIS EM IDOSOS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de idosos com doenças demenciais
<b>2 pontos</b>	Família com 1 idoso com doenças demenciais
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 idoso com doenças demenciais

<b>SOFRIMENTO MENTAL</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de moradores com sofrimento mental
<b>2 pontos</b>	Família com 1 morador com sofrimento mental
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 morador com sofrimento mental

<b>NECESSIDADE DE CUIDADOS DOMICILIARES</b>	
<b>1 Ponto</b>	Ausência de moradores com necessidade de cuidados domiciliares
<b>2 pontos</b>	Família com 1 morador com necessidade de cuidados domiciliares
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 morador com necessidade de cuidados domiciliares

<b>MORTALIDADE MATERNA</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem histórico de mortalidade materna
<b>3 pontos</b>	Família com histórico de mortalidade materna

<b>MORTALIDADE INFANTIL</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem histórico de mortalidade infantil
<b>3 pontos</b>	Família com histórico de mortalidade infantil

<b>MORTALIDADE POR CAUSAS VIOLENTAS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem histórico de mortalidade por causas violentas
<b>3 pontos</b>	Família com histórico de mortalidade por causas violentas

<b>DROGAS ILÍCITAS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem usuário de drogas ilícitas
<b>2 pontos</b>	Família com 1 usuário de drogas ilícitas
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 usuário de drogas ilícitas

<b>ALCOOLISMO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem alcoolista
<b>2 pontos</b>	Família com 1 alcoolista
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 alcoolista

<b>TABAGISMO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem tabagista
<b>2 pontos</b>	Família com 1 tabagista
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 tabagista

<b>OBESIDADE</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem morador obeso
<b>2 pontos</b>	Família com 1 morador obeso
<b>3 pontos</b>	Família com mais de 1 morador obeso

<b>GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem histórico de gravidez na adolescência
<b>3 pontos</b>	Família com histórico de gravidez na adolescência

<b>MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem moradores com medicação em uso contínuo
<b>2 pontos</b>	Família com pelo menos 1 morador em uso de até três medicamentos de uso contínuo
<b>3 pontos</b>	Família com pelo menos 1 morador em uso de mais de três medicamentos de uso contínuo

<b>ESCOLARIDADE</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com seus membros maiores de 15 anos com mais de 9 anos de estudo
<b>2 pontos</b>	Família com seus membros maiores de 15 anos com menos de 9 anos de estudo, mas sem analfabetos
<b>3 pontos</b>	Família com pelo menos 1 analfabeto

<b>CRIANÇA OU ADOLESCENTE EM IDADE ESCOLAR</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com criança ou adolescente em idade escolar matriculado em instituição de ensino, ou família sem crianças e adolescentes na família
<b>3 pontos</b>	Família com criança ou adolescente em idade escolar não matriculado em instituição de ensino

<b>CRIANÇA OU ADOLESCENTE EM SUPERVISÃO FAMILIAR</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com criança ou adolescente supervisionado por um adulto fora do turno escolar, ou família sem crianças e adolescentes na família
<b>3 pontos</b>	Família com criança ou adolescente não supervisionado por um adulto fora do turno escolar

<b>IDOSO SOLITÁRIO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem idoso solitário
<b>3 pontos</b>	Família com idoso solitário

<b>VIOLÊNCIA FAMILIAR</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem histórico de violência familiar
<b>3 pontos</b>	Família com histórico de violência familiar

<b>VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família sem histórico de violência comunitária
<b>3 pontos</b>	Família com histórico de violência comunitária

<b>OCUPAÇÃO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com trabalhadores formais
<b>2 pontos</b>	Família sem trabalhadores formais, mas no trabalho informal
<b>3 pontos</b>	Família com desempregados

<b>INFRA-ESTRUTURA BÁSICA DO DOMICÍLIO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Domicílio com água, luz elétrica e esgotamento sanitário
<b>2 pontos</b>	Domicílio sem uma das estruturas básicas (água, luz ou esgotamento sanitário)
<b>3 pontos</b>	Domicílio sem mais de uma das estruturas básicas (água, luz ou esgotamento sanitário)

<b>NÚMERO DE MORADORES POR CÔMODO</b>	
<b>1 Ponto</b>	Menos de 1 morador por cômodo
<b>2 pontos</b>	1 morador por cômodo
<b>3 pontos</b>	Mais de 1 morador por cômodo

<b>ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com acesso a serviço público e acesso ao serviço suplementar de saúde
<b>2 pontos</b>	Família com acesso apenas ao serviço público de saúde
<b>3 pontos</b>	Família sem acesso ao serviço público de saúde

<b>ACESSO A SERVIÇOS JURÍDICOS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com acesso a serviço jurídico
<b>3 pontos</b>	Família sem acesso a serviço jurídico

<b>ACESSO A ATIVIDADES CULTURAIS</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com acesso a atividades culturais com frequência (pelo menos 1 vez ao mês)
<b>2 pontos</b>	Família com acesso a atividades culturais esporádicas
<b>3 pontos</b>	Família sem acesso a atividades culturais

<b>ACESSO A ATIVIDADES DE LAZER</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com acesso a atividade de lazer com frequência (pelo menos 1 vez por semana)
<b>2 pontos</b>	Família com acesso a atividade de lazer esporádica

<b>3 pontos</b>	Família sem acesso a atividade de lazer
-----------------	---

<b>FONTE DE RENDA</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com recursos próprios
<b>2 pontos</b>	Família com recursos próprios mas que complementa com renda de programas governamentais
<b>3 pontos</b>	Família dependente de renda de programas governamentais

<b>RENDA PER CAPITA</b>	
<b>1 Ponto</b>	Família com renda superior a 1 salário mínimo per capita
<b>2 pontos</b>	Família com renda entre meio salário mínimo a 1 salário mínimo per capita
<b>3 pontos</b>	Família com menos de meio salário mínimo per capita

**RESULTADO:**

**33 A 54 PONTOS** – Baixo Risco

**55 A 78 PONTOS** – Médio Risco

**79 A 99 PONTOS** – Elevado Risco

Essa ferramenta além de ajudar na tomada de decisão na abordagem familiar, pode contribuir na priorização de famílias a serem abordadas preventivamente de acordo com o risco apresentado

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais

#### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** As concepções de família para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Claudia Maria de Mattos Penna

**Versão:** 1

**Instituição:** PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

**CAAE:** 03797812.6.0000.5149

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 36741

**Data da Relatoria:** 13/06/2012

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa de natureza social de abordagem qualitativa na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados (GROUNDED THEORY) que proporciona a elaboração de construtos a partir da prática cotidiana dos sujeitos, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. Tal referencial coaduna-se com a proposta por entender que a abordagem familiar na saúde, é repleta de significados, tanto técnicos quanto sociais e culturais, e que neste contato ela modifica-se e constrói novos conceitos. A Teoria Fundamentada nos Dados se adapta bem às premissas do Interacionismo Simbólico por dividir com ele algumas diretrizes: a necessidade do pesquisador sair a campo e interagir com a realidade; a clareza que os fenômenos sociais são complexos e de grande variabilidade; o entendimento que as pessoas são atores sociais importantes e agem baseados em seus significados; a percepção da relação estreita entre estrutura, ação e consequências nos eventos sociais; e a capacidade de entender que os fatos evoluem ao longo do processo de análise. A definição dos sujeitos será intencional a partir de critérios previamente determinados: enfermeiros inseridos nas equipes de saúde da família dos Centros de Saúde dos 9 distritos sanitários que compõe o setor saúde do município de Belo Horizonte, que serão convidados em seu local de trabalho, após liberação do CEP - Prefeitura de Belo Horizonte. Outro critério de inclusão é que serão subdivididos em três grupos: enfermeiros graduados antes da criação da Estratégia Saúde da Família em 1993; graduados entre os anos de 1993 e 2001; graduados a partir do ano de 2002. Serão utilizados dois métodos com a intenção de representar a realidade pesquisada com maior fidelidade, e para poder evidenciar ou dimensionar o distanciamento entre as falas e as práticas dos sujeitos de pesquisa. Os métodos serão a entrevista e a análise documental. O roteiro será semi-estruturado a partir das seguintes questões: Qual é o significado de família para você? Qual a importância da família no cuidado das pessoas? Descreva o seu processo de trabalho cotidiano em saúde Tamanho da Amostra no Brasil: 60 realizado na estratégia Saúde da Família? A análise documental os registros das abordagens familiares em domicílio ou nas unidades de saúde, os planos terapêuticos estabelecidos, os documentos de referência e contra-referência relativos ao atendimentos vinculados à família e as atas de reunião de equipe.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Compreender os significados de família para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

- Identificar a inclusão da família no cotidiano de cuidado em saúde na atenção primária

- Evidenciar as influências pessoais das concepções sócio culturais de família no trabalho cotidiano desses.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos, relacionados a possíveis constrangimentos que possam existir em relação às entrevistas, porém acredita-se que possam ser minimizados ao assegurar anonimato aos informantes e assegurar-lhes que os resultados serão utilizados apenas para fins acadêmicos. Além disso, são informados que a qualquer momento podem se desligar da pesquisa, caso haja algum inconveniente.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões a respeito da família como fonte para o cuidado das pessoas, como também fonte de

cuidado, além de oferecer subsídios para a orientação das práticas dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, para que o ensino aborde tecnologias para a abordagem da família como foco de atenção do cuidado e para que possa propiciar, também, melhorias na participação das pessoas enquanto co-responsáveis pelo processo saúde - doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e de acordo com as normas da resolução 196/96 do CNS.

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

Estão apresentados: parecer consubstanciado do departamento de origem da docente; TCLE e modelo de autorização a ser apresentado aos gerentes da UBS.

**Recomendações:**

Não há

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

Salvo melhor juízo sugiro que o projeto seja aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

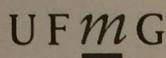
BELO HORIZONTE, 14 de Junho de 2012

---

Assinado por:

Maria Teresa Marques Amaral

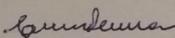
## ANEXO B – ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO

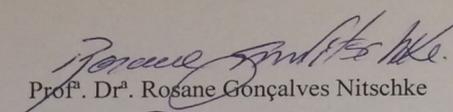


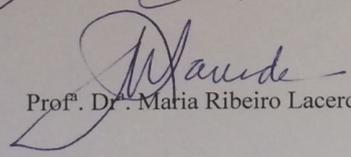
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836  
 Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100  
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
 E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

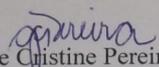
**ATA DE NÚMERO 49 (QUARENTA E NOVE) DA SESSÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DA TESE APRESENTADO PELO DOUTORANDO EVANDRO DE SOUZA QUEIROZ.**

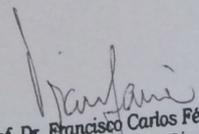
Aos 13 (treze) dias do mês de setembro de dois mil e treze, realizou-se no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão para apresentação do projeto de tese "CONCEPÇÕES A RESPEITO DE FAMÍLIA PARA ENFERMEIROS VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", do aluno Evandro de Souza Queiroz. A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Rosane Gonçalves Nitschke e Maria Ribeiro Lacerda, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral do candidato, seguida de arguição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram **Evandro de Souza Queiroz aprovado**. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de setembro de 2013.

  
 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna  
 (orientadora)

  
 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Rosane Gonçalves Nitschke

  
 Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda

  
 Grazielle Cristine Pereira  
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

  
 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

Scanned by CamScanner

**ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

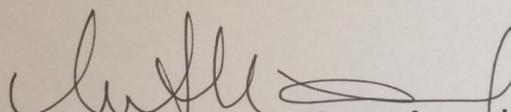
**Projeto: CAAE – 03797812.6.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Claudia Maria de Mattos Penna  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e  
Saúde Pública  
Escola de Enfermagem - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de junho de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"As concepções de família para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**