



Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde

Mislaine Casagrande de Lima Lopes¹ e Sonia Silva Marcon^{2*}

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. ²Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

RESUMO. O presente estudo, descritivo de natureza qualitativa, teve por objetivo investigar as facilidades e dificuldades dos profissionais da Atenção Básica para atuar junto às famílias. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2006 junto a 39 profissionais atuantes em nove unidades básicas de saúde do Município de Maringá, Estado do Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas. A visita domiciliar tem sido referida como o mais frequente instrumento para a realização de assistência na atenção básica. A principal facilidade referida foi o vínculo entre profissionais e família, e as dificuldades foram: inexistência de veículos para a locomoção até os domicílios, equipes incompletas e tempo insuficiente para as visitas. Os profissionais demonstraram existir uma preocupação com o estabelecimento do vínculo com a família e que, mesmo com os problemas encontrados, consideraram importante a assistência à família e acreditam que esta pode colaborar para o tratamento das doenças presentes no seio familiar, facilitando a assistência profissional por meio da corresponsabilização família/profissional.

Palavras-chave: atenção básica à saúde, Programa Saúde da Família, família, profissionais da saúde.

Assisting the family in basic care: facilities and difficulties which health professionals have to face

ABSTRACT. Current descriptive and qualitative analysis investigates the facilities and difficulties faced by Basic Care health professionals dealing with families. Data were collected by half-structured interviews with 39 health professionals in nine basic care units in Maringá, Paraná State, Brazil, between September and December 2006. Home-visiting was considered to be the main tool to the fulfillment of basic care. Whereas the main facility mentioned comprised the bond between health professionals and the family, the main difficulties consisted of lack of motor transport to the homes, incomplete teams and insufficient time for visits. Results show that health professionals were concerned with the establishing of bonds with families. Even though problems existed, they all agreed on the importance of family assistance which may highly contribute towards the treatment of diseases in the families and thus promoting professional assistance through family-health professionals co-responsibility.

Keywords: basic health care, Family Health Program, family, health personnel.

Introdução

O tema família vem sendo discutido durante décadas no setor saúde. Segundo alguns autores, esta pode ser definida como uma unidade social aproximadamente conectada ao paciente pelo amor, podendo ou não ter laços legais ou de consanguinidade (SCHWARTZ et al., 2004). Neste sentido, o paciente é um segmento da família e esta é de vital importância para a recuperação do mesmo sendo, portanto, necessário atender às reais necessidades da família, e não só do paciente (SCHWARTZ et al., 2004).

A família, em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas oriundos de sua família de

origem, do seu ambiente sociocultural. Quando o indivíduo constrói uma nova família, por meio do casamento, por exemplo, ele traz consigo as experiências decorrentes do viver e conviver em sua família de origem, bem como das interações cotidianas intra e extrafamiliares (ELSEN, 2004).

Assim, quando ocorre uma situação de doença é colocado em prática um misto dos saberes, conhecimentos e crenças que cada um dos parceiros trouxe de suas famílias de origem, associado aos novos conhecimentos adquiridos a partir das interações ocorridas com os profissionais de saúde após a formação da nova família, promovendo assim uma ampliação de seu referencial de cuidar.

Em resposta a esta perspectiva, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família, atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) com vistas a uma reorientação do modelo assistencial, por meio da implementação de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2001).

A ESF prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, ao seu funcionamento, às suas funções, ao seu desenvolvimento e às suas características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (BRASIL, 2001).

Esse novo modelo de assistência supõe envolvimento dos integrantes das equipes com a população de seu território de abrangência, para que seja criado um vínculo entre a família e a equipe, de modo que as equipes possam planejar e executar ações que tenham como objetivo resolver os problemas dos usuários (CAMELO; ANGERAMI, 2004). Entretanto, para que isto ocorra, o processo de trabalho deve ganhar contornos específicos, o profissional precisa ter qualificação e apresentar perfil diferenciado, já que a ênfase da assistência não está nos procedimentos técnicos, mas sim, na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe (CRUZ, 2005).

O Ministério da Saúde tem se preocupado com esses aspectos, pois as práticas de saúde ainda hoje caminham com dificuldades para o atendimento da família, enfatizando, dessa forma, o atendimento individual. A realização de ações direcionadas à família é uma das questões sobre a ESF que vêm sendo discutidas no meio acadêmico.

A produção científica tem apontado algumas características do trabalho atual com famílias. Estas destacam algumas dificuldades que permeiam o trabalho, tais como a falta de qualificação profissional, dificuldade de se trabalhar em equipe, dificuldades estruturais - falta de transporte para o melhor acesso dos trabalhadores aos domicílios e a falta de profissionais nas equipes (COTTA et al., 2006; OLIVEIRA; MARCON, 2007; OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Neste contexto, para que um trabalho seja denominado de cuidado familiar, é necessário que o profissional tenha conhecimento acerca desse universo que é a família, pois cuidar implica na

capacidade de entender e atender adequadamente às necessidades do outro, além de conhecer os conceitos de família, de saúde da família e interação familiar (ELSEN, 1994; KAKEHASHI; SILVA, 2001). Nesses casos, não basta boa intenção, é necessária uma revisão de postura e inclusive reflexão sobre o conceito de conhecimento (KAKEHASHI; SILVA, 2001), o qual não deve se restringir apenas ao que é verbalizado. Por essa razão, para entender a família é preciso, além de saber ouvir, ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e apreender o que está implícito.

Outro aspecto apontado com frequência está relacionado à postura do profissional diante da família. Para alguns, ela tem sido destacada como estar junto à família (WERNET; ÂNGELO, 2003), para oferecer apoio e suporte, seja em situações de saúde seja de doença, envolvendo respeito à cultura, conhecimentos e práticas da família; para outros, é definida a partir da concepção da família sob o aspecto de coparticipante do processo de cuidar (MARCON et al., 2006).

Ao adotar essa concepção, o profissional, além de assegurar a participação da família na definição e no planejamento da assistência, passa a atuar com vistas a instrumentalizá-la para tomar decisões relacionadas com a saúde e com a doença de seus membros. Isso envolve informar, discutir, compartilhar e negociar com a família os aspectos diagnosticados que interferem em seu processo de ser/estar saudável, bem como ações e estratégias que possam contribuir para reverter, quando necessário, a situação encontrada.

Assim, ao observar que um dos alicerces do trabalho da ESF é a família e que a literatura tem destacado dificuldades dos profissionais de saúde na realização do trabalho com a mesma, realizamos este estudo, com o objetivo de conhecer a opinião de profissionais que atuam na Atenção Básica sobre as facilidades e dificuldades para atuar junto às famílias.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, realizado junto a profissionais que atuam na Atenção Básica do município de Maringá, Estado do Paraná.

O PSF foi implantado no município de Maringá em 1999, inicialmente com sete equipes. Atualmente existem 64 equipes, distribuídas nas 24 unidades básicas de saúde (21 na zona urbana, duas nos distritos e uma na zona rural) que atendem 75.746 famílias, o que significa uma cobertura populacional de 82%.

Para a realização do estudo, foram selecionadas por conveniência nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas na área urbana. Fizem

parte do estudo os profissionais atuantes nestas UBS que tinham disponibilidade e concordaram em ser entrevistados nos dias destinados à coleta de dados em cada UBS. Procurou-se entrevistar tanto profissionais que atuam nas equipes da ESF quanto aqueles que atuam nas unidades de saúde, visto que o propósito é uma mudança do modelo assistencial como um todo, portanto, todos os profissionais atuantes na atenção básica deveriam pautar o seu agir de acordo com os pressupostos deste novo modelo assistencial.

Foi possível incluir no estudo pelo menos um indivíduo de cada categoria profissional, de forma que a amostra está constituída por 39 indivíduos, sendo 11 enfermeiros, nove auxiliares de enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde, seis Médicos, dois Psicólogos e dois Técnicos de Enfermagem.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2006, por meio de entrevistas semiestruturadas. Este tipo de entrevista possui a qualidade de enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos obviamente, da definição do objeto de investigação (MINAYO, 1999).

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, sendo em sua maioria previamente agendadas, e as outras, quando possível, realizadas sem agendamento. Tendo em vista maior agilidade e interação entrevistador/entrevistados, os relatos foram gravados após o consentimento destes.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro constituído de questões abertas, elaborado pelos próprios pesquisadores, o qual foi submetido à avaliação aparente e de conteúdo por três docentes do Departamento de Enfermagem que possuem título de Doutor e experiência em pesquisa. Ele foi constituído por duas partes: a primeira continha questões objetivas relacionadas à identificação das características sociodemográficas e a segunda estava constituída de oito questões abertas sobre o conceito de família e de saúde da família e da prática do trabalho com famílias, que incluía citação e descrição das atividades realizadas e das técnicas e instrumentos conhecidos e utilizados.

Os dados obtidos foram tratados segundo a análise de conteúdo de Minayo (1999), ou seja, após a transcrição das fitas, o material foi lido na íntegra, iniciando-se a pré-análise e exploração dos dados; em seguida os dados foram organizados sistematicamente e agregados em unidades, o que permitiu uma descrição exata das características pertinentes.

Procedeu-se, então, à categorização que consistiu em isolar os elementos do discurso e impor certa organização às mensagens, investigando o que cada um tem em comum com o outro (atividades que envolvem e que não envolvem o grupo familiar), ou então, isolando-os segundo os temas propostos previamente (conceito de família e atividades realizadas).

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196/96, sendo que o projeto institucional ao qual este subprojeto está ligado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 84/2006). A solicitação de participação no estudo foi acompanhada do fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que só participaram do estudo os profissionais que concordaram, assinando o referido termo em duas vias. Nesta solicitação, foram informados aos sujeitos deste projeto os objetivos do estudo, tipo de participação desejado e tempo provável de duração da entrevista. Também foi assegurado aos participantes o livre consentimento e a liberdade de desistir da participação, se em qualquer momento o desejassem, sigilo quanto às informações prestadas e anonimato sempre que os resultados da pesquisa fossem divulgados.

Resultados e discussão

Caracterização dos profissionais entrevistados

Todas as unidades de saúde investigadas possuem, em média, três equipes de saúde da família. Entretanto, a maioria das equipes encontrava-se incompleta, faltando, principalmente, médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

Foram entrevistados 39 profissionais atuantes em nove unidades básicas de saúde de Maringá. Destes, 11 eram enfermeiros, nove auxiliares de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, seis médicos, dois psicólogos e dois técnicos de enfermagem.

Dos 39 profissionais entrevistados, 22 possuem curso superior completo, estando entre eles Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e três Agentes Comunitários de Saúde. Destes profissionais com curso superior, dez possuem pós-graduação em alguma área, sendo seis em Saúde da Família.

Em relação ao tempo de atuação na atenção básica, observa-se, que a maioria dos profissionais que fazem parte da ESF (64,5%) possui menos de cinco anos. Já para os trabalhadores que atuam somente na unidade, ou seja, aqueles que não integram as equipes da ESF, verifica-se que a maior parte (62,5%) possui mais de dez anos de experiência.

Com relação à participação em cursos relacionados à área de atuação, a maior parte dos profissionais relatou participar dos cursos, sendo estes normalmente oferecidos pela Secretaria da Saúde.

Dos 31 profissionais que atuam na ESF, observou-se que a maioria referiu não ter tido, durante a formação, qualquer experiência no trabalho com família, tendo ocorrido maior contato com esta temática somente após a contratação como membro da equipe. Aqueles que referiram alguma experiência durante a formação, relataram que esta ocorreu por meio de estágios, aulas isoladas e participação em projetos de extensão. Isto foi mais frequente para os enfermeiros, especificamente para aqueles formados há menos de cinco anos. Todos os nove profissionais que atuam somente nas unidades referiram não ter tido conteúdos voltados para o tema família durante a formação profissional.

Diante disso, alguns profissionais da ESF e das unidades de saúde não se consideram qualificados para assistir famílias, mesmo tendo a participação em cursos e experiências após a formação. Além disso, referiram a necessidade de se possuir perfil para o trabalho e, por isso, não conseguem realizá-lo com eficácia:

Qualificados até que estão, mas muitos não têm perfil... não têm perfil próprio para isso (Médico – Unidade).

Eu acho que... o PSF tem que ter muito perfil, tem que saber o que quer e onde quer chegar (Médico – PSF).

Os que não se julgam qualificados, atribuem isso ao fato de que nos cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde, os conteúdos voltados à família são pouco abordados. Outro estudo destaca que, além disso, nestes cursos ainda persistem os conteúdos técnicos voltados para a doença, o que nos leva a considerar que, o modelo assistencial/individual/uniprofissional ainda predomina nos serviços de saúde, dificultando a efetivação dos princípios da ESF (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Em um trabalho com profissionais de equipes da ESF, os autores verificaram que as capacitações podem não ser suficientes por não permitirem a compreensão exata de como funciona o programa. Destacam que muitas vezes o treinamento não é suficiente para introduzir o trabalho justamente por não oferecer uma visualização mais prática das atividades (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Facilidades e dificuldades para a assistência à família

Assistir à família e ao coletivo é desafiante para os profissionais de saúde. Cuidar da família, de uma forma geral, não é uma tarefa fácil, porém, a boa

vontade e a percepção de que a família tem sua própria maneira de cuidar e que isso deve ser respeitado pode ajudar a delinear o enfoque do trabalho e seu sucesso. Conhecer os valores da família, suas crenças e costumes, facilita a construção de uma assistência digna e individualizada. Neste contexto, o profissional precisa levar em consideração que as necessidades mudam de pessoa para pessoa, principalmente em relação ao contexto em que elas estão vivendo (WAIDMAN; ELSEIN, 2004).

Segundo Oliveira e Marcon (2007), entre os benefícios de se trabalhar com famílias encontra-se a maior facilidade de acesso e de aceitação das orientações realizadas. Isto, também beneficia a prática profissional, pois a intimidade, a confiança e o vínculo estabelecido com as famílias favorecem a qualidade da assistência, e como consequência, entre outros aspectos, resulta em maior gratificação pessoal e profissional.

Dentre as facilidades para se assistir às famílias referidas pelos profissionais, foi possível detectar duas categorias. Uma delas refere-se ao conhecimento da realidade familiar, facilitando a resolução de problemas e ampliação do vínculo família/profissional; a outra refere-se à possibilidade de divisão de responsabilidades entre usuário e família.

Em relação ao conhecimento da realidade familiar, alguns profissionais declararam que assistir à família possibilita uma visão mais ampla do cotidiano familiar, podendo dar subsídios para compreensão da real origem da doença e facilitar o tratamento desta quando abordada na unidade de saúde:

É que você conhecendo o que a família tem, fica melhor para você trabalhar dentro da unidade [...] sabe como trabalhar a família, como você pode caminhar com a família (Auxiliar de Enfermagem – PSF).

É mais fácil de você fazer observações e ter informações, você vai e vê todo mundo (Enfermeiro – PSF).

Outros referem que, ao se conhecer melhor a realidade familiar, pode-se ter maior facilidade para planejar a assistência e propor modos para que os próprios familiares possam resolver os seus problemas:

Você conhece os problemas, você vê as dificuldades, tem coisas que você consegue fazer, consegue mudar [...] e conhecendo o ambiente e quais as dificuldades, você consegue mudar alguma coisa, orientando (Médico – Unidade de Saúde).

[...] você conhece a realidade, a situação financeira, e você pode planejar a assistência de acordo com o que você viu (Enfermeiro – PSF).

O conhecimento da realidade familiar facilita as ações de planejamento da saúde de todos os membros e o acompanhamento das ações planejadas é facilitado pelo trabalho em equipe, capaz de promover um envolvimento ainda maior com os familiares (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A facilidade em repassar orientações e investir na prevenção de doenças também esteve presente em alguns relatos. Estes procedimentos podem ser facilitados quando existe um bom vínculo entre o usuário e o profissional. Para o estabelecimento do vínculo, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento:

A facilidade é você conseguir entrar na casa, ter acesso à casa da pessoa, à intimidade (ACS).

Quando falta entendimento, eles têm um pouco de medo, de receio, eu não sei explicar exatamente; eles são um pouquinho difíceis de você chegar, mas daí quando eles vêm, eles depositam em você uma confiança (ACS).

Este último relato revela alguns obstáculos enfrentados pelos profissionais durante a abordagem da família. O medo que a família possui, referido pelo profissional, pode estar relacionado ao desconhecimento do profissional e dos seus objetivos, que geralmente ocorre antes do estabelecimento do vínculo. O vínculo é o resultado de uma relação mais próxima da população com a equipe e tem sido percebido como facilitador da adesão aos serviços de saúde. Após a formação de um vínculo com a família, as pessoas sentem-se melhor cuidadas, a equipe pode intervir com uma visão mais ampliada, estimulando sua autonomia, participação no tratamento e inclusive a responsabilização das pessoas pelo seu próprio bem-estar (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Na segunda categoria, que se refere à divisão de responsabilidades, um dos profissionais referiu que a abordagem familiar auxilia o enfrentamento de problemas e amplia as possibilidades de sua resolução:

[...] quando você vai abordar a família e o doente dentro do conteúdo da família, você tenta resgatar estes cuidados, que ele passa a ser não só do profissional de saúde, como demais pessoas envolvidas nesse processo (Enfermeiro – PSF).

Este relato destaca a importância da participação familiar no processo de cuidado. Na assistência à família, o profissional deve acolhê-la e entendê-la enquanto participante ativo no cuidado e buscar sua racionalidade, necessidades e formas próprias de cuidar (MORENO, 2008).

Na assistência familiar, um dos pressupostos a ser respeitado é o de que a relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Neste sentido, um médico destacou alguns pontos que devem ser relevados pelos profissionais quando trabalham com famílias. Refere-se à paciência e ao diálogo, sendo que na opinião dele, estas características têm sido negligenciadas pelos profissionais desta categoria:

Eu acho importante, dentro do médico da família, você ter paciência, você explicar, você conversar, porque hoje, infelizmente, você observa que o diálogo médico-paciente está muito insuficiente, e às vezes o paciente entra e sai pior do que quando ele entrou... (Médico-ESF).

Em relação às dificuldades, observaram-se algumas que foram relatadas pelos profissionais na realização do trabalho com a família. Algumas são referentes à própria organização e atitudes da família e outras estão relacionadas com a estrutura oferecida pelo serviço de saúde.

Dentre as dificuldades referentes à família e sua organização, foi observado que a falta de adesão da família ao tratamento foi referida com maior frequência pelos profissionais, seja esta referente ao tratamento medicamentoso ou às mudanças de hábitos que prejudicam o controle de algumas condições crônicas:

A dificuldade é eles aderirem ao que você está falando. Às vezes a gente fala, fala, mas parece que eles não dão muita importância... (Auxiliar Enfermagem – ESF).

A dificuldade é que a gente muitas vezes não consegue fazer com que as pessoas participem do tratamento... (Psicólogo – Unidade).

Em um estudo realizado com profissionais de saúde do município de Botucatu, Estado de São Paulo, os autores também verificaram que as facilidades e dificuldades relatadas pelos trabalhadores são decorrentes de como os familiares seguem as orientações ou não aderem ao tratamento (MORENO, 2008). O seguir ou não as orientações dos profissionais por sua vez, encontra-se relacionado com inúmeros fatores, entre os quais a cultura dos pacientes, a forma como eles percebem o problema de saúde e o quanto eles acreditam na eficácia do que está sendo proposto como tratamento.

O imediatismo da família para a resolução dos problemas, a dificuldade para se comunicar com

todos os membros das famílias e a aceitação por parte do grupo familiar do trabalho oferecido pela ESF também estiveram presentes nos relatos. Chama atenção a referência de um profissional sobre a desunião familiar:

A dificuldade hoje é a questão da família que tem se quebrado, muitas separações, muitas pessoas idosas morando sozinhas, os filhos tentando melhor emprego em outro espaço e deixando os idosos sozinhos (Enfermeiro - ESF).

Para assistir à família, o profissional precisa estar atento ao conceito próprio de família e entender que, atualmente, esta tem assumido outras conformações. Este é mais um fator que revela a importância de conhecer a família e sua dinâmica. Neste sentido, é necessário romper com o conceito de família nuclear como parâmetro para a assistência, iniciando-se estas discussões no próprio processo de formação dos profissionais (MORENO, 2008).

Já em relação às dificuldades referentes à estrutura, verifica-se que muitas delas afetam diretamente o trabalho com famílias. Uma delas, bastante citada entre os profissionais, refere-se à falta de tempo e à dificuldade para o deslocamento da unidade até a área de abrangência:

Nós temos um pouco de dificuldade de estar fazendo a visita domiciliar porque nós temos carro uma vez por semana só, então se deslocar até a casa muitas vezes fica difícil. Então nós estamos fazendo uma seleção das famílias. A equipe estuda os casos durante a semana e os casos que há necessidade a gente faz as visitas... (Médico - ESF).

Outra coisa é que a gente não tem carro. É só uma vez por semana [...] eu trabalho numa área que é um pouco mais longe, às vezes a gente vai a pé; só que não dá para ir todo dia (Enfermeiro - ESF).

Neste município, é comum as equipes serem responsáveis por uma área de abrangência relativamente distante da unidade. Isto acontece porque em uma mesma unidade são alocadas três a quatro equipes. Como o carro para deslocamento dos profissionais é disponibilizado em um único período por semana para cada equipe, normalmente existe um grande número de famílias a ser visitadas, o que obriga os profissionais a selecionar criteriosamente os casos a serem visitados, sendo normalmente priorizados aqueles de maior necessidade de acompanhamento domiciliar. Entretanto, esta condição pode se restringir ao atendimento à pessoa agravada, e não a todos os membros da família.

Em um trabalho realizado com trabalhadores da ESF, verificou-se que a falta de transporte, para as

visitas domiciliares, foi a mais citada entre as dificuldades, tanto em relação ao serviço quanto ao atendimento domiciliar, haja vista que uma parcela considerável da população do estudo residia na zona rural, ou seja, distante da unidade de saúde (COTTA et al., 2006).

Alguns autores também destacam que, mesmo a visita domiciliar sendo um método eficaz para conhecer a realidade familiar, pode ser também um meio bastante dispendioso, visto que se deve dispor de recursos humanos especializados e o custo de locomoção também é bem alto (ROESE; LOPES, 2004).

A ausência de profissionais nas equipes da ESF e a utilização de alguns deles em tarefas das unidades de saúde foi destacada como um fator que dificulta a programação e realização de atividades fora da UBS, pois cada profissional tem funções específicas a serem desenvolvidas dentro da equipe:

Tem equipe sem médico, então, às vezes fica difícil fazer um internamento ou uma consulta em casa... (Auxiliar Enfermagem - Unidade).

É a disponibilidade do médico para acompanhar, da enfermeira, do auxiliar, pois eles são usados para o posto também, não são exclusivos do PSF... (ACS).

Quando as funções são de caráter burocrático, as atividades do profissional que está ausente podem ser realizadas por outros; todavia, quando são assistenciais, muitas vezes esses profissionais não podem ser substituídos por outro membro da equipe, ocasionando uma deficiência na assistência à população.

A importância da assistência à família na visão dos profissionais de saúde

O cuidado, na saúde da família, tem o objetivo de promover a saúde por meio da mudança de atitudes diante dos problemas de saúde. A proposta é ajudar a família a criar novas formas de interação para lidar com a doença, dando novos significados para esta experiência (BOUSSO; ANGELO, 2001).

Todos os profissionais entrevistados consideram importante a abordagem familiar durante a assistência. Segundo eles, o fato de ter a família como foco do cuidado facilita o repasse de informações, amplia a visão do problema presente no seio familiar, o conhecimento da estrutura da família e favorece a participação de seus membros no cuidado.

O cuidado desenvolvido pela família também foi considerado importante pelos profissionais, pois ele auxilia no desenvolvimento da assistência ao membro familiar que possui algum problema de saúde. Nos relatos, podem-se perceber implicações desta assistência, tanto para a família quanto para os profissionais de saúde.

No que se refere ao cuidado familiar, por exemplo, verifica-se que existem famílias que investem todas as suas forças no cuidado ao membro doente. Segundo os profissionais, estas geralmente são famílias mais estruturadas, o que, segundo a visão de alguns trabalhadores, facilita o cuidado por eles oferecido:

Toda família que vem estruturada dentro da estrutura familiar, ela vem de outra forma, vem, sabe o que quer, sabe respeitar o nosso trabalho, sabe se comportar (Técnico Enfermagem – ESF).

A família é a saúde de seus membros. Se a família não estiver bem, cada membro vai estar com um problema, nem sempre uma doença, mas um problema em si, social, econômico... (Auxiliar de Enfermagem – UBS).

Estes relatos não deixam claro o que é o ‘estar bem’ para estes profissionais. Quando a família vivencia uma situação de doença, muitas vezes sente-se impotente frente ao problema e apresenta dificuldades para a realização do cuidado, principalmente quando a doença em questão envolve novos conhecimentos e/ou a realização de técnicas específicas. Nesse momento, a família necessita de orientação e apoio para o enfrentamento do problema então existente. O estímulo à união e envolvimento familiar é importante para superar os problemas e angústias que podem advir deste processo:

Se tem um doente na casa, os outros têm que estar conscientes e cada um fazer a sua parte (ACS).

[...] seria muito importante todos se cuidarem e cuidarem dos outros. A união em relação à família é muito importante (ACS).

A união da família pode reduzir a sobrecarga física e emocional, e isto é valorizado por alguns profissionais, pois, segundo estes, a doença pode ser geradora de sofrimento:

[...] a pessoa doente precisa de muito apoio, e é uma coisa que a gente vê muito pouco, porque sobrecarrega a família, ela fica cansada (Auxiliar de Enfermagem – ESF).

A união dos membros familiares para a realização do cuidado deve ser estimulada pelos profissionais que assistem à família. Muitas vezes, na realidade familiar, verificamos que um só membro assume o papel de cuidador, negligenciando, às vezes, sua própria vida em favor do outro, quando não possui o auxílio de outros membros para realizar o cuidado. Para esse familiar, o desgaste é maior que para todos os demais que se envolvem menos com o cuidado (MARCON et al., 2006).

Em outros momentos, dependendo da gravidade da doença, verifica-se um maior sofrimento familiar.

Isto pode ser constatado quando um dos membros se encontra com alguma doença terminal, em que os próprios familiares podem se tornar impotentes perante a sensação de morte iminente:

A gente tem visto que um membro da família doente acaba adoecendo toda a família; então, de uma forma direta, um doente, como a gente tem na nossa área – um paciente com câncer – a família inteira está com depressão. Então desestrutura a família toda (ACS).

Outros profissionais também referem o descuidado familiar, o qual pode manifestar-se por meio do abandono da família ou da transferência de responsabilidades ao profissional:

O que a gente tem visto é que tem famílias que abandonam seus entes na maioria das vezes (Enfermeiro – ESF).

A família tem que cuidar, tem que ter suas responsabilidades, porque a gente às vezes vai, traz, faz aquilo, faz isso, mas a família tem que ter responsabilidade pelo doente (Auxiliar de Enfermagem – ESF).

O último relato refere-se ao envolvimento da família no cuidado do familiar com doença. Entretanto, o que não pode ser esquecido é que muitas vezes esta família tem dificuldades para cuidar, pelo desconhecimento da doença e à insegurança de não saber lidar com situações que poderão surgir. Na estratégia de saúde da família deve haver a corresponsabilidade pelo cuidado, sendo que o profissional precisa detectar os problemas que envolvem o cuidado de cada família, orientá-la e apoiá-la, para que este processo se desenvolva de forma mais tranquila para os cuidadores.

Para os profissionais de saúde, o cuidado familiar possui algumas características que podem facilitar a assistência em situações de doença. Por exemplo, considerou-se que pode ser mais bem controlado o tratamento das doenças quando se possui alguém que convive com o membro adoecido; por outro lado, a não-realização do cuidado pela família pode implicar no insucesso do tratamento da doença:

[...] Se você passa... um medicamento, uma terapêutica tipo uma dieta, ele não vai fazer se a família não fazer [...] Se ninguém ajudá-lo, não adianta nada (Enfermeiro – ESF).

Os profissionais consideram importante a realização conjunta de cuidados com o doente, pois esta prática pode favorecer e melhorar a saúde dos próprios familiares, já que em alguns momentos, o cuidado envolve a mudança de hábitos para práticas mais saudáveis. Entretanto, esta mudança precisa ser encarada pelos familiares como algo benéfico para

sua saúde, e para o reconhecimento disso é preciso haver a orientação e apoio dos profissionais de saúde. A participação da família no auxílio à realização de técnicas também foi destacada:

Uma vez que você tem um acamado, aí você vai lá e faz o curativo. Nem sempre dá para você ir todo dia para fazer aquele curativo, então você orientando e a família colaborando [...] este paciente vai melhorar muito mais rápido do que você simplesmente ir lá e fazer o curativo e não orientar (Auxiliar Enfermagem – ESF).

Esta é uma experiência vivenciada por alguns profissionais que encontram na família uma possibilidade de facilitar o tratamento de lesões de pele. Quando se trata de uma prática que não necessita de muitos equipamentos, a família pode colaborar grandemente com o cuidado. Como a locomoção dos profissionais é difícil, esta estratégia de orientação e treinamento da família para a realização de alguns cuidados específicos tem sido uma alternativa diante dos problemas enfrentados. Verifica-se também que a orientação pode ser um meio de ajudar a família a se sentir mais segura e apoiada para a realização do cuidado. O diálogo, a atenção à família, o conhecimento de todos os membros e a participação de toda a equipe de saúde na assistência são fatores que foram considerados como formas de fortalecimento do grupo familiar. Estes profissionais consideraram importantes estas atividades, entretanto referem que, para realizá-las com a família, há a necessidade de envolvimento profissional para que os objetivos englobados na assistência familiar sejam alcançados.

Considerações finais

Os profissionais que trabalham com a família têm enfrentado dificuldades para assisti-la adequadamente. Alguns problemas como falta de funcionários e recursos materiais, têm influenciado no acesso – tanto da família ao profissional de saúde quanto do profissional à família – à assistência que pode ser oferecida pelos membros das ESF. Entretanto, é importante ressaltar que estes problemas que dificultam a assistência precisam ser minimizados, pois assistir à família em suas necessidades é imprescindível para a prevenção e para amenizar problemas que ocorrem no seio familiar.

Os profissionais demonstraram existir uma preocupação com o estabelecimento do vínculo com a família, o que pode ser considerado como aspecto positivo, pois este vínculo, além de facilitar o conhecimento da dinâmica familiar, favorece o repasse de informações e cuidados aos membros familiares.

Percebe-se, também, que mesmo com os problemas encontrados, os profissionais consideram importante a assistência à família e acreditam que esta pode colaborar para o tratamento das doenças presentes no seio familiar, facilitar a assistência profissional por meio da corresponsabilização família/profissional, além de possibilitar a prevenção de doenças que podem ocorrer no seio familiar, juntamente com o apoio e orientações de profissionais de saúde.

Referências

- BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: BRASIL, Ministério da Saúde. (Org.). **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 18-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.
- COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEVEDO, C. M.; FRANCHECHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio a reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 58-64, 2006.
- CRUZ, M. G. B. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 28-35, 2005.
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado da família. In: BUB LIR (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização inicial. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p. 11-24.
- KAKEHASHI, T. Y.; SILVA, C. V. O cuidar da criança e da família: das reflexões teóricas a sua aplicação na prática profissional do cotidiano. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 1, p. 15-20, 2001.
- MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; FAGUNDES, J.; ANTUNES, C. R. M.; WAIDMAN, M. A. P. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. **On line Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/145/40>>. Acesso em: 30 mar. 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1999.

- MORENO, V. Enfermeiras de unidades básicas de saúde: visão sobre a família. **Revista de Enfermagem da Rede Nordeste**, v. 9, n. 1, p. 9-18, 2008.
- OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência da equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 723-733, 2006.
- OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá - PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.
- ROESE, A.; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 98-111, 2004.
- SCHWARTZ, E.; SOUZA, J.; GOMES, S. F.; HECK, R. M. Entendendo e atendendo a família: percepções de graduandos de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 65-72, 2004.
- TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliar no contexto da Saúde da família. In: BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46.
- WAIMAN, M. A. P.; ELSEEN, I. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 147-157, 2004.
- WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

Received on July 6, 2009.

Accepted on July 23, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.