



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LARA MONTEIRO DE QUEIROZ RAVAZZI

AGENDAMENTO DIRECIONADO AO NÚCLEO FAMILIAR: A DESCENTRALIZAÇÃO  
DO INDIVÍDUO E O OLHAR FAMILIAR SISTÊMICO.

SÃO PAULO  
2020

LARA MONTEIRO DE QUEIROZ RAVAZZI

AGENDAMENTO DIRECIONADO AO NÚCLEO FAMILIAR: A DESCENTRALIZAÇÃO  
DO INDIVÍDUO E O OLHAR FAMILIAR SISTÊMICO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: LUÍS FERNANDO NOGUEIRA TOFANI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

O cenário desse projeto de intervenção é a Unidade de Saúde da Família Parque Corolla, localizada no bairro Jardim Morada do Sol, no município de Indaiatuba-SP. A principal problemática que vem sendo discutida pela equipe da unidade é com relação à forma de agendamento dos atendimentos. A experiência diária vem revelando que o membro familiar que gerencia o cuidado, é sempre um membro na faixa etária entre 25 e 45 anos, economicamente ativo, que necessita se ausentar do trabalho para acompanhar crianças e idoso, muitas vezes deixando de fazer suas consultas por não poder se ausentar tantas vezes no trabalho. Dessa forma, o agendamento por núcleo familiar seria uma boa estratégia para manter o vínculo com a família, otimizando o cuidado e possibilitando acesso a todos.

## **Palavra-chave**

Consulta Médica. Assistência Integral à Saúde. Adesão ao Tratamento. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Família. Agendamento de consultas.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

O município de Indaiatuba possui uma boa estrutura de assistência à saúde, disponibilizando exames laboratoriais, insumos (medicamentos, equipamentos, etc.), Centro de Especialidades com cirurgias eletivas de ginecologia e cirurgia geral, Hospital Augusto de Oliveira Camargo - HAOC (maternidade, urgência, emergência e cirurgias de grande porte), UPA 24h - urgência e emergência (clínica médica, pediatria e ortopedia) com leitos de observação, Saúde Mental (CAPS II, CAPS AD, CAPS IJ) e o Instituto Indaiá (Hospital de Saúde Mental).

O bairro Morada do Sol é o maior do município de Indaiatuba-SP, porém, fica localizado em uma área afastada da região central. O pico das gestações ocorrem aos 22 anos (variam de 16 a 35 anos). A economia local está baseada no setor da construção civil (pedreiros), diaristas e empresas localizadas no distrito industrial devido à proximidade. As ruas são asfaltadas e as casas possuem saneamento básico adequado. Existe a presença de piscina, academia e quadras que os munícipes podem se inscrever e participar das aulas oferecidas pela Secretaria de Esporte e Laser Municipal. Além disso, a comunidade possui um parque ecológico próximo para caminhar, parquinho e academia a céu aberto. A principal problemática da região está relacionada aos pontos de tráfico de drogas.

O cenário do projeto de intervenção é a Unidade de Saúde da Família Parque Corolla, localizada no bairro Morada do Sol, no município de Indaiatuba-SP. A USF é composta por 4 equipes de saúde da família contendo: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, cada uma. O total de usuários cadastrados por cada equipe é de aproximadamente 3 mil (2998) e não cadastrados (possuem convênio ou não quiseram) com aproximadamente 500 munícipes. A unidade é informatizada, utiliza prontuário eletrônico municipal SALUS, com acesso aos dados do centro de especialidades, UPA e CAPS. O hospital utiliza outra plataforma, que não possui vínculo e nem permite acesso por outras instituições.

A principal problemática que vem sendo discutida pela equipe da Unidade de Saúde Parque Corolla é com relação à forma de agendamento dos atendimentos. Os usuários da USF são cadastrados em prontuários eletrônicos familiares, em que é possível verificar o núcleo familiar a partir do cadastro realizado pelas ACSs. Após 6 meses de experiência percebi que o membro familiar que gerencia o cuidado é sempre um membro na faixa etária entre 25 e 45 anos, economicamente ativo, que necessita se ausentar do trabalho para acompanhar crianças e idosos, muitas vezes deixando de fazer suas consultas por não poder se ausentar tantas vezes no trabalho. Dessa forma, vejo como o agendamento por núcleo familiar uma boa estratégia para manter o vínculo com a família, otimizando o cuidado.

Cientes das vantagens da abordagem familiar a equipe da Unidade de Saúde da Família Parque Corolla, decidiu criar um projeto de intervenção que busque agendar consultas familiares.

## ESTUDO DA LITERATURA

Nas últimas décadas, os princípios fundamentais (universalidade, equidade e integralidade) que norteiam a atenção à saúde incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm provocando mudanças na orientação da prática em saúde, particularmente na atenção básica (BRASIL, 2006). No final da década de 80, resultante das lutas pela democratização do país e conquista de direitos políticos e sociais, o sistema de saúde brasileiro passou por uma reforma estrutural: a mudança do modelo bismarckiano (seguro social que cobria menos da metade da população) para um modelo beveridgeano com a criação do SUS (BRASIL, 2006). Com essa transformação, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que buscam promover a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e assistência (BRASIL, 2006).

No início dos anos 80, não existia uma política nacional de atenção primária com segmentação de coberturas e fragmentação da assistência. A assistência médica era verticalizada com forte ênfase na atenção especializada e hospitalar. Aos poucos experiências de integração de serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios na Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS) foram surgindo e se fortalecendo. Essas experiências culminaram no surgimento do programa de orientação comunitária nomeado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente no Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2017). Apenas em 1994 com a reestruturação do SUS e implantação de seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade, a ESF foi implementada (BRASIL, 2006).

A ESF consiste em uma estratégia, que prioriza ações de proteção e promoção da saúde, promovidas por equipes multidisciplinares, que devem conhecer a realidade das famílias do território adstrito, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, de modo a criar vínculos e uma visão realista e dinâmica das principais problemáticas e potencialidades (BRASIL, 2017). Devido sua natureza inovadora a implantação da ESF, enfrenta desafios comumente relacionados a equipes incompletas, insuficiência ou ausência de insumos, falta de capacitação dos profissionais de saúde e desconhecimento dos métodos de avaliação e estratificação dos riscos. Essa nova estratégia apresenta grande potencialidade de avaliação e intervenção em saúde da família, mas, para que isso ocorra é indispensável à criação de um contexto, no qual as equipes e famílias tenham uma relação de confiança, que a comunicação flua e se forme sólidas parcerias (BRASIL, 2017). O sucesso da ESF depende de profissionais capacitados, humanizados, que tenham conhecimento sobre abordagem familiar, estejam aptos a lidar com instrumentos avaliativos como a Escala de Coelho, Ecomapa, Genograma e que tenham amplo conhecimento dos usuários e do território adstrito (BRASIL, 2017).

Para Pinto e Giovanella (2018) o conceito de família sustenta e influencia diretamente os aspectos relacionados às abordagens familiares das equipes de ESF e, por isso, buscar compreender esse conceito é indispensável, para melhor entender as práticas que acontecem nesse cenário. A definição de família vem sendo amplamente discutida por inúmeras áreas do conhecimento. Que com o decorrer do tempo vem sofrendo modificações e ressignificações. A família tradicional, constituída por um casal heterossexual (homem e

mulher) e seus filhos, é um modelo ultrapassado que não atende mais a realidade. Atualmente, vivemos em um mundo onde existem famílias monoparentais, homossexuais, avós que cuidam dos netos, dentre inúmeras outras, ou seja, pensar família como o modelo tradicional é desconhecer a realidade do século XXI (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2010). A Constituição Brasileira considera família a base da sociedade, e que pode ser formada por qualquer um dos pais e seus descendentes (BRASIL, 1988). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010) considera família como o “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”. O conceito de família utilizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para o cadastro das famílias, pelos agentes comunitários de saúde (ACS), segue a definição do IBGE, incluindo prestadores de serviços que residam na mesma casa. É importante salientar, do ponto de vista prático, existe certa autonomia, e os municípios podem adotar outros critérios de cadastro como, por exemplo, o cadastro individualizado por número de fogões e/ou geladeiras. Esses critérios devem ser baseados na melhor forma de atender as particularidades dos usuários e território adstrito (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família surgiu em decorrência da necessidade de uma nova metodologia de abordagem da atenção primária de saúde, pois o modelo clássico das unidades básicas de saúde (UBS) não conseguia atender de modo universal, integral e com equidade todas as necessidades dos usuários. Segundo o Ministério da Saúde sua implantação constitui-se (BRASIL, 2000): [...] uma estratégia que prioriza as ações de Promoção da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência para a cura de doenças no hospital. A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde uma compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2000).

De acordo com as orientações e diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) a ESF deve incorporar e reafirmar os princípios fundamentais do SUS da seguinte forma:

- ♦ Substituição das práticas de assistência por estratégias de trabalho centrado na vigilância à saúde.
- ♦ A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do acesso ao SUS. Sendo responsável pela coordenação e integralidade dos cuidados. Devendo estar vinculada a rede de serviços de modo a assegurar assistência individual, familiar e coletiva, assegurando referência e contra-referência para os demais níveis do sistema quando necessário.
- ♦ A ESF é responsável pelo cadastramento, avaliação e acompanhamento da comunidade adstrita.
- ♦ É recomendado que cada equipe de ESF seja responsável por no máximo 4500 pessoas.
- ♦ A equipe de ESF deve ser composta por pelo menos um médico, um enfermeiro e de quatro a seis ACS.

Trabalhar a abordagem familiar é um grande desafio, pois a família é um organismo em

constante mudança. O que torna indispensável que a equipe de ESF consiga definir em qual ciclo de vida familiar a família se encontra, pois isso ajuda a compreender as principais necessidades, problemáticas e a traçar estratégias preventivas e de intervenção. Fornecendo assistência para o enfrentamento dos desafios de cada uma das fases vivenciadas pelo núcleo familiar (FERNANDES; CURRA, 2006). De acordo com Fernandes e Curra (2006) os ciclos convencionais para as famílias de classe média e alta são:

- ♦ “adultos jovens independentes;
- ♦ nascimento do primeiro filho;
- ♦ famílias com filhos pequenos;
- ♦ famílias com filhos adolescentes;
- ♦ ninho vazio: a saída dos filhos;
- ♦ aposentadoria;
- ♦ famílias no estágio tardio: a velhice. “

Os ciclos convencionais para as famílias de classe popular (FERNANDES, CURRA, 2006) são:

- ♦ "família composta de jovem adulto;
- ♦ família com filhos pequenos;
- ♦ família no estágio tardio. “

Uma família saudável não é aquela sem problemas e crises, e sim a que diante das dificuldades consegue aprimorar habilidades e a desenvolver recursos para enfrentá-los (WALSH, 2003; 2005).

## **AÇÕES**

Local: As ações do projeto de intervenção irão acontecer na Unidade de Saúde da Família Parque Corolla, localizada no bairro Morada do Sol, no município de Indaiatuba-SP e consistirão:

- ♦ Agendar consultas por núcleo familiar: cada família será agendada considerando 15 minutos por membro familiar, exceto puericultura que será 20 minutos.
- ♦ Acompanhar hipertensos e diabéticos: Os atendimentos a hipertensos e diabéticos será realizado com maior frequência de 3 a 6 meses, dependendo da classificação do risco cardiovascular.
- ♦ Acompanhar crianças de 1 a 6 meses de vida: As crianças de 1 a 6 meses serão acompanhadas mensalmente.
- ♦ Acompanhar crianças de 6 a 12 meses: As crianças de 6 a 12 meses terão acompanhamento bimensal.
- ♦ Acompanhar crianças de 12 a 24 meses: As crianças de 12 a 24 meses terão acompanhamento trimestral.
- ♦ Acompanhar crianças de 2 a 5 anos: As crianças de 2 a 5 anos terão acompanhamento semestral.
- ♦ Acompanhar adolescentes e adultos sem comorbidades: Os adolescentes e adultos sem comorbidades serão acompanhados anualmente.
- ♦ Avaliar e monitorar: A avaliação e monitoramento da efetividade do projeto de intervenção se darão por meio do questionamento direto dos usuários quanto ao seu grau de satisfação com o agendamento de atendimentos por núcleo familiar.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Como resultados esperados para as ações propostas de organização da agenda de atendimentos por grupo familiar, tem-se:

- \* diferentes ciclos de vida, particularidades e possíveis comorbidades presentes em cada componente do núcleo familiar com atenção qualificada realizada;
- \* coleta de informações de antecedentes de morbidade conquistada; questões psicossociais e hábitos que interferem no processo de adoecimento individual e familiar identificadas, compreendidas e direcionadas;
- \* riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis identificados;
- \* mudança do estilo de vida, dinâmica alimentar e práticas de atividade física orientados e encorajados;
- \* vínculo família-equipe potencializado;
- \* adesão familiar às terapêuticas propostas intensificada;
- \* manutenção ou restabelecimento da saúde individual e, conseqüentemente familiar, realizado;
- \* construção de genogramas, ecomapas, PTSs pela equipe facilitadas;
- \* cuidado integral familiar atingido.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília; Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros no PSF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília, 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em 05 jan.2020.

FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Ferramentas de Abordagem da Família. In: PROMEF: Programa de Atualização em Saúde da Família. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, Módulo 1, Capítulo 1, p. 15.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE – CENSO 2010.

PINTO L. F, GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Rio de Janeiro, 2018.

SCHLITHLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. Curso de Especialização em Saúde da Família. Unifesp. 2010.

WALSH, F. Spiritual resources in family therapy. New York: Guilford, 2003.

WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005.