A Família e Educação em Saúde

A Família e Educação em Saúde

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira

EDITORA UFMS

GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE

Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS

Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ

Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL

Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS

Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA

Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO

André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE

Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SULMATOGROSSENSE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PRODUÇÃO

COLEGIADO GESTOR
ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM
EQUIPE TÉCNICA
CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com
GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com
LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br
SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br
VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM
ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com
CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com
JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com
KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br
MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com
VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br
LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com
MARIA IZABEL SANTANA

izabelsantanasilva@hotmail.com
ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com
CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com
DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com
GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br
HERCULES DA COSTA SANDIM
herculessandim@gmail.com
JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com
MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES
ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com
ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com
ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br
ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com
ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br
ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com
ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br
ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com
BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com
CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br
CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br
CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com
CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br
DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com
DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br
DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com
EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br
ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com
ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com
ERIKA KANETA
erika@uems.br
ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com
FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com
FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com
GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br
JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com
JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com
LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com
LUCIANA CONTRERA MORENO

lucontrera@gmail.com
LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com
LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com
MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br
MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com
MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com
MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com
NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br
PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com
RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br
RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br
RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br
ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com
SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com
SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com
SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com
SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br
SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com
VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com
WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br
LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com
LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br
MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br
ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br
ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com
ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com
ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com
ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br
ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br
CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com
CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br
CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br
CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com
DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA

mirandacs@yahoo.com.br
DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br
DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com
EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br
EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br
EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br
FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br
GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br
GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br
HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br
HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br
IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br
JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com
JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br
JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br
KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br
LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com
LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com
LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com
MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br
MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com
MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com
MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br
MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br
MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com
MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com
PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br
POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com
RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br
RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br
RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br
SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyses@pucpr.br
SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br
SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br
VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br
VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br
VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

O Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância, em Mato Grosso do Sul, faz a opção metodológica de trabalhar de forma permanente o contexto real de práticas em que seus estudantes trabalhadores estão inseridos.
O curso – que tem seu sistema instrucional baseado na Educação à Distância – tem o objetivo de formar profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes das Equipes de Saúde da Família. É organizado por meio de um conjunto de cadernos, apresentados em diferentes mídias e utiliza ferramentas interativas.
A Unidade de Ensino III deste curso intitula-se: A Família e Educação em Saúde e é composta por dois módulos de aprendizagem:

Módulo 1 - Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar.

Módulo 2 - A Família no contexto da Atenção Primária à Saúde.

O Módulo 1, Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar, traz a discussão de como fazer abordagens
de promoção e educação em saúde dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade.

O módulo está organizado em seis seções: a primeira discute a interface Promoção de Saúde/ Educação em Saúde e a influência do processo histórico na compreensão do binômio Saúde/Doença. A segunda seção apresenta a evolução do processo de educação em Saúde. A terceira seção traz a discussão da necessidade de realizar Promoção em Saúde para melhorar a qualidade de vida da população. A quarta seção traz a discussão do papel do profissional de saúde como agente facilitador no processo de Educação em Saúde. Na seção cinco discute-se a Educação em Saúde e ações interdisciplinares. E a seção seis mostra as técnicas de Educação em saúde.

O módulo tem o objetivo dar a você, desta forma, ferramentas para escolher

a melhor estratégia de abordagem no processo de educação em saúde de acordo com a situação local, fatores de risco e população-alvo, além de ajudá-lo a planejar a realização de uma proposta promotora/educadora em saúde.

O módulo 2: A Família no Contexto da Atenção Primária à Saúde está dividido em cinco seções. A primeira seção apresenta as políticas voltadas à atenção das famílias. A segunda seção discute conceito de família, as funções e estrutura das famílias e as transformações da família contemporânea. A terceira seção discute as situações de vulnerabilidade a que as famílias estão expostas e apresenta as etapas para se trabalhar com famílias. A quarta seção traz as tecnologias de abordagem familiar. E, finalmente, a quinta seção discute as ferramentas para se realizar a abordagem familiar.

Com a apresentação e discussão destes conteúdos você terá a oportunidade de fazer uma reflexão a respeito de seus conhecimentos e começar a aplicar estas ferramentas na atenção de sua população.

Este módulo tem os seguintes objetivos: promover a mudança do foco de atenção das equipes de saúde da família e a atenção às doenças para uma abordagem centrada no indivíduo e sua família.

Estes dois módulos são fundamentais para que você tenha instrumentos eficazes para manter e recuperar a saúde de sua comunidade. Efetivar o conceito que a estratégia de saúde da família apresenta é muito mais amplo que atender os doentes de sua área. A estratégia de saúde da família só cumprirá sua finalidade a partir do momento que sua população adscrita seja capaz de construir um modo de vida saudável garantindo a saúde de todos os membros da comunidade.

UNIDADE 3

A FAMÍLIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

MÓDULO 1

PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE NA ABORDAGEM FAMILIAR

AUTORES
Alessandro Diogo De Carli
Cibele Bonfim de Rezende Zárate
Paulo Zárate Pereira
Grasiela De Carli
Edilson José Zafalon
Valéria Rodrigues de Lacerda

Sobre os Autores

Alessandro Diogo De Carli

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Pelotas, Especialista em Saúde Coletiva e em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela UFMS. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutor e Orientador de Aprendizagem do Curso de Pósgraduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ Cerrado Pantanal).

Cibele Bonfim de Rezende Zárate

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especialista em Saúde Pública e Endodontia. Mestre em Endodontia pela USP. Professora Assistente da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutora do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ Cerrado Pantanal).

Paulo Zárate Pereira

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especialista em Saúde Coletiva e Dentística. Mestre e Doutor em Clínicas Odontológicas pela USP. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMS. Chefe do Departamento de Odontologia Comunitária e Especial (DOE/FAODO/UFMS). Professor do programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste.

Grasiela De Carli

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Especialista em Saúde Pública. Mestre em Dentísitca (ULBRA-RS).

Edilson José Zafalon

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especialista em Endodontia. Mestre em Odontologia pela UFU. Professor Assistente da Faculdade Odontologia da UFMS. Tutor do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/ Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ Cerrado Pantanal).

Valéria Rodrigues de Lacerda

Cirurgiã-dentista graduada pela PUC-MG, Especialista em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Ciências da Saúde pela UFMS. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutora e Orientadora de Aprendizagem do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ Cerrado Pantanal).

Prefácio

Apresentar uma obra que aborda o que talvez seja o eixo estruturante dos rumos do atual agir em saúde é uma tarefa instigante. Primeiramente, por considerar que a Promoção da Saúde é de valor inestimável para a qualidade de vida população e também por reconhecer que muito há que ser feito nesse sentido para que a mesma seja contemplada, principalmente na Estratégia da Saúde da Família.

Cabe lembrar que a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (na modalidade de EAD) é fruto da colaboração e do empenho de um conjunto de pessoas (principalmente o Colegiado Gestor do curso) compromissadas com a valorização de uma saúde pública de qualidade e impactante. Nesse sentido, considero essa publicação como decorrência da construção coletiva de um movimento valoroso em prol do bem estar da comunidade e também da capacitação dos profissionais que junto a ela atuam.

Ao longo do texto serão mencionados aspectos conceituais da Promoção/Educação em Saúde e como estas fazem interface nas práticas de saúde com vistas ao atendimento das necessidades da população. Além disso, os autores explicitaram de maneira clara e sucinta a importância desse binômio para que, através de ações intersetoriais, busquemos soluções integrais para ao problemas de saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

O leitor terá a oportunidade de entrar em contato com um conteúdo clássico, mas ao mesmo tempo crítico, principalmente quando questões referentes à postura e à (de)formação dos profissionais são abordadas. Isso merece destaque pois caracteriza a obra não como tendenciosa e culpabilizadora, mas comprometida com uma necessidade de mudança comportamental, inclusive dos profissionais de saúde.

Prof. Dr. Paulo Zárate Pereira
Chefe do Departamento de Odontologia Comunitária e Especial

Faodo – UFMS

Apresentação do módulo

A Estratégia de Saúde da Família trouxe a possibilidade de estreitar os laços entre a equipe de saúde e a população, sendo uma forma importante de melhorar o acesso, organizar a demanda e planejar e executar as ações em saúde realmente prioritárias para o contexto em questão. Nessa seção serão enfocadas as formas de abordagens de promoção e educação em saúde direcionadas ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como as orientações para a confecção de alguns materiais educativos. Ao final, espera-se que você seja capaz de:

1. Escolher a melhor estratégia de abordagem, de acordo com a situação local, fatores de risco e população-alvo.

2. Planejar a realização de uma proposta promotora/educadora em saúde.

Os Autores

Aprendo mais com abelhas do que com aeroplanos. É um olhar para baixo que eu nasci tendo. É um olhar para o ser menor, para o insignificante que eu me criei tendo. O ser que na sociedade é chutado como uma barata cresce de importância para o meu olho. Ainda não entendi por que herdei esse olhar para baixo. Sempre imagino que venha de ancestralidades machucadas. Fui criado no mato e aprendi a gostar das coisinhas do chão - antes que das coisas celestiais. Pessoas pertencidas de abandono me comovem. Tanto quanto as soberbas coisas ínfimas. (Manoel de Barros, 2001, p. 27) .

Seção 1

A INTERFACE PROMOÇÃO DE SAÚDE/EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROCESSO HISTÓRICO E EFEITOS NA COMPREENSÃO DO BINÔMIO SAÚDE/DOENÇA

As ações de promoção/educação em saúde constituem (ou deveriam constituir) a base de toda intervenção no campo da saúde. Historicamente, tais ações foram colocadas em um lugar “menos favorecido” na hierarquia dos procedimentos de abordagem da população, por motivos inerentes à formação dos profissionais de saúde e a questões administrativas e de gestão do serviço de saúde.

Além disso, há que se mencionar que tanto o conceito quanto a importância dessas ações seguiram e seguem o fluxo do momento histórico, do conhecimento a respeito do assunto, do paradigma do processo saúde-doença, da intencionalidade das políticas públicas de saúde vigentes e da realidade individual, familiar, comunitária e local.

Esses fatores influenciam a percepção de valores e saberes da organização social e da vida de modo geral, implicando diferentes modos de pensar em relação ao amplo entendimento da importância da própria saúde e da necessidade de recuperála, mantê-la e promovê-la.

A promoção da saúde é definida como a confluência de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Por se tratar de um conceito amplo, a promoção da saúde engloba a educação em saúde, a qual compreende as experiências de aprendizagem orientadas para a facilitação de ações voluntárias conducentes à saúde (Candeias, 1997). Desse modo, a educação em saúde configura-se como uma ferramenta para que as ações de promoção da saúde sejam efetuadas.

O movimento da Promoção da Saúde teve seu início em 1974, com o Relatório Lalonde (disponível na biblioteca do módulo), que preconizava o agir em saúde voltado para a garantia da qualidade de vida dos indivíduos e

da coletividade.

Tal documento enfatizou o conceito de campo da saúde como um conjunto de práticas e saberes que têm influência direta sobre a mesma e que extrapolam a assistência médica, realçando quatro grupos de determinantes do processo saúdedoença: a biologia humana (genética e fisiologia); a organização dos serviços de saúde; o ambiente (natural e social) e o estilo de vida (Lalonde, 1974).

Nesse aspecto, os indivíduos deveriam assumir a responsabilidade sobre os efeitos negativos de seus hábitos de vida, o que veio a disseminar um tom essencialmente behaviorista (comportamental) ao discurso da promoção à saúde, configurando-se, inclusive, como uma limitação da mesma, na medida em que dava menor importância a fatores de classe, gênero e raça, incentivando a culpabilização das vítimas (Crawford,1977; Labonte; Penfold, 1981; Labonte, 1993). Por esse parâmetro, grupos populacionais socialmente excluídos e minorias eram responsabilizados por problemas de saúde cujas causas residiam fora da sua governabilidade.

Para superar o modelo behaviorista, na década de 80 foi formulada a vertente sócio-ambiental, posteriormente denominada de Nova Promoção à Saúde, que identificou grupos desfavorecidos, transformando suas condições de vida e estimulando sua participação em processos importantes relacionados à saúde. Assim, o novo modelo investiu na preparação individual e coletiva para promover um maior controle sobre os determinantes de saúde, visando a uma maior qualidade de vida, baseada na necessidade de mudanças no modo e também nas condições de vida, o que pressupõe identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, adaptar-se de acordo com o meio, superar iniquidades, garantir o portunidades e recursos para que as pessoas atinjam o mínimo grau de vida salutar e desenvolvam a capacidade dos sujeitosindividuais (World Health Organization - WHO, 1984).

VAMOR SABER MAIS!

Existem muitos modelos explicativos para a Promoção da Saúde e vários referenciais teóricos que buscam explicar como executá-la, dentre eles

destacam-se:

a) Modelo de Battie (1991): usa quatro paradigmas gerados a partir das dimensões do modo de intervenção (autoritário, negociado, de baixo para cima - eixo vertical) e foco de intervenção (individual para coletivo - eixo horizontal).

De acordo com Moysés e Watt (2000), esse modelo não necessita ser utilizado como um guia para ações práticas, mas como um instrumento para o próprio profissional refletir sobre sua prática.

Esse modelo destaca como a prática pode ser influenciada pelo treinamento pessoal e profissional, convicções e atitudes, assim como pelo amplo ambiente político que regula seus conteúdos e limites.

b) Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991): esse modelo identifica os determinantes de saúde que vão do indivíduo às macrocondições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade à qual ele se encontra inserido. É frequentemente usado para sinalizar as questões de desigualdades em saúde, uma vez que deixa claras as restrições decorrentes daquelas macrocondições. Esse modelo também identifica a necessidade de intervenções estruturais para o impacto sobre os determinantes de saúde e doença.

Figura 01 - Modelo de determinação social, proposto por Dalhgren e Whitehead (1991)

Para que os pressupostos da Promoção da Saúde sejam contemplados, há que se lançar mão da Educação em Saúde.

Assim sendo, Homem D'el-Rey (1996) apontou que, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 41, de 03 de março de 1993, a educação em saúde é vista como ação "(...) imprescindível para a promoção da saúde, prevenção de doenças e para a consolidação do Sistema Único de Saúde"(p.4), visando informar a população acerca da necessidade do autoconhecimento para a autotransformação.

Gomes (2001) relatou que a interação saúde-educação iniciou no século XIX, instaurando na pedagogia sua fase conhecida como "Fase da Colaboração Médico-Pedagógica", fase essa embasada na obra do psiquiatra Pinel (séc. XVIII), a qual discorria sobre as condições dos ditos deficientes e as necessidades de ações pedagógicas específicas.

Para Homem D'el-Rey (1998), a educação em saúde é uma prática social situada na interface do campo da saúde/ educação, porque é vivenciada por indivíduos ou grupos sociais, afetando o cotidiano destes. Dessa maneira, a educação em saúde pode propiciar ao indivíduo o conhecimento da realidade e dos fatores que afetam o ambiente em que vive, estimulando-o a buscar transformações alternativas para a melhoria de sua qualidade de vida.

Um aspecto importante no que tange à educação em saúde é o fato de que, não raramente, tal prática é realizada de maneira normativa, preconizando a simples adoção de novos comportamentos, cabendo ao público-alvo a responsabilidade de adotar um estilo de vida saudável, desconsiderando-se assim as histórias de vida, as crenças/valores e a própria subjetividade do sujeito (Smeke e Oliveira, 2001). Assim, os indivíduos ficariam presos a uma nova subordinação, pois a prática pedagógica em saúde, fortemente embasada em linhas comportamentais, nega aos sujeitos a chance de decidirem por si próprios os rumos da sua saúde e ainda lhes atribui adjetivos de portadores de déficit cognitivo/cultural, quando da não aquisição de novos (bons) comportamentos.

As práticas educativas pautadas na perspectiva vertical, normativa, conteudista e cientificista não resultam, necessariamente, em mudança de comportamento. Pelo contrário: "...Hoje sabe-se que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao integrar as considerações de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas"

(Gazzinelli et al., 2005, p.5).

Nesse sentido, Minayo (2008) evidenciou que:

...é fato incontestável de que a vivência tanto da saúde quanto da doença produz efeitos no corpo e também no imaginário: ambos são reais em seus efeitos e consequências. Essa compreensão, se aceita, ajuda os responsáveis por ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção e promoção ou de planejamento a levarem em conta valores, atitudes e crenças das pessoas, e não apenas aspectos técnicos de suas intervenções. Ao ampliar suas bases conceituais incluindo a contribuição da antropologia como um de seus elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos científicas, pelo contrário, aproximam-se com maior abrangência e profundidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam. (Minayo, 2008, p.214)

A educação em saúde deve ser entendida como uma experiência de entrecruzamento de representações e práticas, de pensamento e ação, de subjetividade e objetividade, de corpo e mente (Dewey, 1971), conforme a ordem de prioridades dos sujeitos, buscando explorar como o binômio

saúde-doença é culturalmente construído. Em se tratando da coletividade, o educar em saúde deve ter caráter multifacetado, através da formação de uma rede de solidariedade entre educadores e educandos, almejando o compartilhamento/desenvolvimento de potencialidades, na busca da ultrapassagem de limites e dificuldades, outorgando autonomia aos sujeitos envolvidos

(Smeke e Oliveira, 2001).

Conforme Westphal (2008), as ações de Promoção da Saúde devem ser alicerçadas por Princípios e norteadas segundo os Campos de Ação (Quadro 1).

Quadro 1- Princípios e Campos de Ação da Promoção da Saúde

PRINCÍPIOS	CAMPOS DE AÇÃO
1. Concepção holística da saúde (multicausalidade do processo saúde-doença).	1. Políticas públicas saudáveis (minimizar desigualdades e produção social da saúde).
2. Equidade (como princípio e como conceito).	2. Reforço da ação comunitária (empowerment)
3. Intersetorialidade (desfragmentação administrativa).	3. Criação de espaços saudáveis (potencialidades e problemas existentes em espaços de convivência).
4. Participação social (na formulação de políticas públicas, controle social, avaliação das ações e serviços de saúde).	4. Desenvolvimento de habilidades pessoais.
5. Sustentabilidade (desenvolvimento sustentável, duradouro e forte)	5. Reorientação dos serviços de saúde (ampliar o acesso aos serviços de saúde, transformar ações essencialmente preventivas em ações também de promoção de saúde).

Fonte: adaptado de Westphal (2008)

Empowerment
Meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, com decorrentes mudanças em direção à equidade (Laverack e Labonte , 2000).

Segundo Carvalho (2004), um princípio facilitador da educação em saúde é o empowerment (cuja tradução literal é empoderamento). O autor evidenciou que tal artifício é de suma importância como estimulador do diálogo multidisciplinar e de incorporações de temáticas como a diferença, a subjetividade e a singularidade, tanto do indivíduo como do coletivo. Assim sendo, o empowerment pode ser enfocado sob os parâmetros psicológico e comunitário. Do ponto de vista psicológico (behaviorista), o empowerment teria por pressuposto o fortalecimento da autoestima, da autoajuda e da solidariedade, o que favoreceria a constituição da

“consciência sanitária” do indivíduo, contribuindo para a obtenção de uma autonomia regulada. O empowerment comunitário não nega o psicológico, mas se propõe a afirmar a disputa pelo controle de recursos e redistribuição do poder, através do entendimento do processo saúde-doença para além de condições individuais, enfatizando a questão do determinismo social, político e econômico sobre o status de saúde do coletivo, o que vem a fortalecer grupos e minorias.

Para a OMS e para o Banco Mundial, a promoção da saúde deveria ser direcionada aos países periféricos, segmentos pobres e excluídos, o que, no entendimento de Stotz e Araujo (2004), seria inócuo, pois a participação desses segmentos sob a forma de empowerment não modifica a estrutura das causas de sua exclusão e pobreza. Para os autores, tal aspecto deveria ser abordado de maneira universal, pública e gratuita, entendendose a saúde como direito social.

Desse modo, seria equivocada a preconização de uma “nova cultura” de saúde para a população, sendo que:

... é o setor saúde que necessita de uma “nova cultura”. Os profissionais e técnicos são educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel. É indispensável, portanto, pensar na educação dos educadores no contexto de novas práticas de saúde. (Stotz e Araujo, 2004; p.17)

A abordagem coletiva, portanto, contribuiria para o fortalecimento nas tomadas de decisões, para o desenvolvimento de consciência crítica, favorecendo a participação social, a articulação intersetorial, a interdisciplinariedade e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade, possibilitando novas visões de mundo. O binômio promoção-educação em saúde deve ser pautado sob a lógica do entendimento do processo saúdedoença e do saber socialmente construídos.

Entretanto, a dimensão “social” que permeia esse processo deve constituir a base de uma relação dialógica entre o profissional de saúde e os membros da comunidade. Somente o compromisso com aspectos que transcendem a biologia, o tecnicismo e o saber hegemônico podem minimizar a dicotomia existente entre profissional/paciente, principalmente nas questões relacionadas à educação em saúde, pois estas são fortemente arraigadas a valores culturais e princípios que constituem a essência do indivíduo, da

família e da própria comunidade.

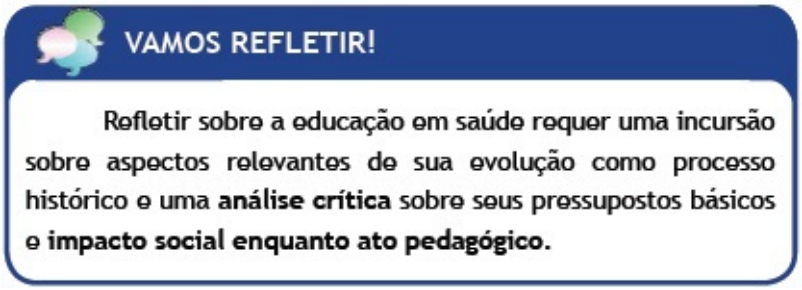
É importante lembrar que, tanto para as ações de promoção quanto para as de educação em saúde, seu eixo estruturante deve contemplar os seguintes questionamentos:

Para quem serão direcionadas? Por que devem ser efetuadas? Como serão desenvolvidas?

Seção 2

CAMINHOS E DESCAMINHOS DA EDUCAÇÃO (EM SAÚDE)

2.1 Aspectos Básicos



A prática da educação em saúde data da antiguidade, quando os povos seguiam condutas embasadas no senso comum, na experiência dos anciãos e nos valores mágicos e religiosos vigentes na época, fato que prevaleceu até o fortalecimento da revolução científica (fim do século XVII), a qual promoveu o rompimento entre a ciência (racionalidade intelectual) e a metafísica (fé e transcendência). Desse modo, tal prática foi relegada à Medicina, que, na época, fundamentava-se cientificamente (Vuori, 1987).

O Brasil também seguiu essa tendência, tanto que, primeiramente a educação em saúde foi fortemente influenciada pelos pressupostos médicos, sendo entendida (naquele tempo) como uma ação intencional de se difundirem preceitos de higiene (Villela, 1982).

Atualmente, sabe-se que a educação em saúde vai além da simples concepção de transmissão de conhecimento para se ter uma vida saudável, geralmente proferida por um profissional da saúde que, entretanto, nem sempre está capacitado para tal fim. Pelo contrário, ela extrapola até mesmo o campo da saúde e se insere nas demais vertentes da vida comunitária, daí seu caráter dinâmico.

Nesse sentido, faz-se importante o entendimento de que as ações de educação em saúde necessitam de uma interação intersetorial, construída na e para a comunidade, respeitando sua organização e dividindo com a

mesma saberes e práticas que possam interferir de maneira impactante sobre a qualidade de vida da população. Essa tarefa é árdua, tendo em vista a (de)formação dos profissionais de saúde nesse sentido e a grande demanda por ações educativas que sejam realmente efetivas, tendo-se ciência da gama de mazelas (pobreza, fome, desnutrição, violência, desemprego, trabalho infantil, entre outros) que assolam a maioria das comunidades brasileiras. Educar para a saúde e, consequentemente, promover a saúde, requer dos atores sociais envolvidos certo poder de abstração, para que estes possam romper com preconceitos arraigados ao fazer em saúde e entender o paciente ou a comunidade não como objeto de seu agir, mas como processo, que, como todos nós, constantemente se (re)constrói. Por outro lado, como ponto de reflexão, será que se pode afirmar que a atividade educativa chega a ser uma necessidade percebida pela comunidade?

Para que isso seja possível, faz-se necessário o conhecimento de tendências da educação, as quais influenciaram sobremaneira os modelos da educação em saúde e, logicamente, a sua prática.

2.2 Teorias, Tendências e Dimensões da Educação

As Teorias da Educação foram classificadas a partir da interface educação/sociedade (Saviani, 1987) em:

Não-Críticas (a educação é entendida como um instrumento a favor da sociedade, reforçando laços e a equalização social); e
Crítico-Reprodutivistas (relacionam a educação com determinantes sociais, por isso é crítica; mas reforça que a sua principal função é a estrutura de dominação da sociedade).

Dentre as Tendências Pedagógicas (Luckesi, 1996), destacam-se:

a) Tradicional: Que valoriza o ensino de saberes já construídos, transmite conhecimentos, centrada na autoridade do professor, cuja ação geralmente é expositiva;

b) Escola Nova/Ativa: preza pela formação de atitudes autônomas,

facilitadora da busca pelo conhecimento, focada em situações-problema propostas pelo professor, o qual tem estilo próprio para a facilitação da aprendizagem);

c) Tecnicista: visa a mudanças de desempenho e comportamentais necessárias à ordem social e busca a formação de indivíduos competentes para o mercado de trabalho. O professor apresenta a verdade científica ao aluno pela aplicação de tecnologia educacional;

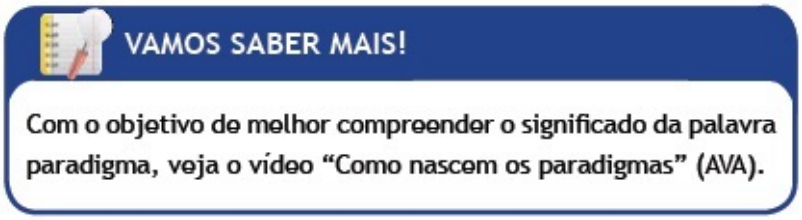
d) Progressista: preconiza o conhecimento não como acúmulo de informação, mas como uma re-elaboração mental emancipadora na dimensão político-social. Segundo essa concepção, o professor media o binômio prática social/ conhecimento pela reavaliação crítica de conteúdos, conhecimentos e experiências.

Entendendo a educação como um processo natural que vai sendo delineado durante a vida, evidenciam-se suas Dimensões (Cury, 1989):

Educação Informal (ocorre a partir do convívio com os pais e a comunidade, pelas vivências individuais/coletivas, conforme a história de vida);
Educação Formal (aquela que acontece na escola, cujo objetivo primordial seria a ação pedagógica para a construção do conhecimento) e
Educação Não-Formal (ocorre em espaços institucionais que não a escola, como nos postos de saúde, sindicatos, associações).

É nessa terceira esfera dimensional que está a educação em saúde, a qual deve(ria), associada a outros tipos de ações, ajudar a promover, prevenir e recuperar a saúde da população. Desse modo, a revisão desses aspectos relacionados à educação de modo geral foi necessária para que, ao abordarmos os paradigmas da Educação em Saúde, seja possível relacioná-los ou mesmo confrontá-los, de modo que a sua contextualização histórica, social e política possam ser contempladas.

2.3 Paradigmas da Educação em Saúde

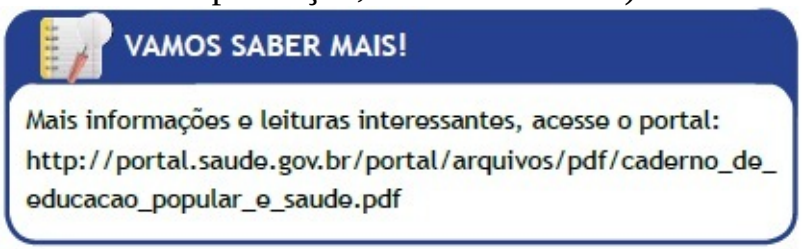


Para Homem d’El-Rey (1996), seriam cinco as concepções vigentes na prática da Educação em Saúde no Brasil:

1. Educação em Saúde Tradicional ou Educação Sanitária: preconiza que o indivíduo deve “cuidar” de sua saúde, a qual é entendida como ausência de doença, aprendendo sobre doenças. A educação repassa o conhecimento sobre prevenção de doenças, através de ações pedagógicas diretivas, unilaterais (tecnicistas), normatizadoras (ensina preceitos), distante da vida humana (desconsidera a realidade social) e por abordagem metodológica baseada na comunicação (realizada através de
palestras, cartazes, folhetos).

2. Educação em Saúde Participativa ou Educação em Saúde Pública: concebe que o indivíduo aprende a “cuidar da saúde a partir do referencial coletivo de conhecimento da realidade”. Compreende a saúde a partir da teoria da multicausalidade do processo saúde-doença. A educação seria um processo de aprendizado conjunto, sendo a prática pedagógica diretiva (embora bilateral e participativa), mais próxima à vida do homem, centrada na organização de grupos (em reuniões, oficinas e discussões).

3. Educação Popular em Saúde ou Educação e Saúde: pressupõe que o saber popular confrontado com o saber técnico constrói o saber coletivo da saúde, a qual seria resultante das condições de vida. A educação é alicerçada na construção coletiva do conhecimento, sendo a prática pedagógica bilateral e participativa (embora com resquícios da normatização do saber técnico), a qual valoriza o treinamento (através de técnicas de capacitação,como as oficinas).



4. Educação, Informação e Comunicação (IEC): baseada na concepção de que o público informado influencia o indivíduo a cuidar da saúde, a qual é entendida como resultado da multicausalidade do processo saúde-doença. A educação equivale à informação e comunicação. O ato pedagógico é diretivo, normatizador, tecnicista e unilateral, através da comunicação (de massas).

5. Educação em Saúde Holística ou Abordagem Holística na Educação em Saúde: o cuidado à saúde seria advindo da compreensão das forças que interagem em seu ambiente de vida (individual e coletivo). A saúde corresponde ao equilíbrio da dinâmica da vida, a educação a um processo de autoconhecimento e autotransformação. Metodologicamente, é focada na construção do método, pois o objeto da intervenção é o que define a prática pedagógica, podendo ser de comunicação
(facilitação), organização (condicionamento) e treinamento transformação).

Assim, verifica-se que a educação em saúde pode ocorrer em espaços pedagógicos diferenciados, sendo influenciada tanto pelas teorias quanto pelas tendências da educação, as quais refletem o momento histórico-cultural. Além disso, por ser uma ação dialógica, a educação em saúde não deve e não pode se caracterizar pela neutralidade e somente pela normatividade, tendo em vista sua essência, sobretudo, política e a interação de valores e saberes do educador e do educando.

Na prática, a realidade da educação em saúde é desafiadora (até na Estratégia da Saúde da Família, em que se constitui como um de seus pilares), considerando que os profissionais da saúde não aprenderam a valorizar a educação como parte da abordagem do paciente. Nesse sentido, vale lembrar que se está diante de dois relevantes fatores críticos da atenção à saúde, principalmente no âmbito da atenção básica: a falta de subsídios humanísticos e sociais na formação profissional e o entendimento equivocado do que deve ser a educação em saúde.

A visão holística da educação em saúde, por ser abrangente e abarcar uma ampla concepção do processo saúdedoença, encontra-se em constante transformação/adequação/ construção, o que vai ao encontro dos princípios da Atenção Primária em Saúde e, consequentemente, da Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, essa característica não exclui a necessidade e

a possibilidade de que, em situações específicas, sejam utilizados instrumentos e pressupostos dos outros paradigmas da educação em saúde.

VAMOS REFLETIR!

Embora a tarefa de educar em saúde seja árdua, é possível. Exige muito do educador, pois somente causará impacto positivo na qualidade de vida da comunidade a partir do momento em que for **conjuntamente construída em consonância com as necessidades sentidas.** Não há um modelo de ações de educação em saúde que possa ser utilizado de maneira padronizada, por isso é necessário que se faça uma mescla entre as tendências, teorias e dimensões da educação, juntamente com os paradigmas da educação em saúde, conforme as **necessidades e valores do público-alvo**, de maneira **inclusiva** e **emancipatória**.

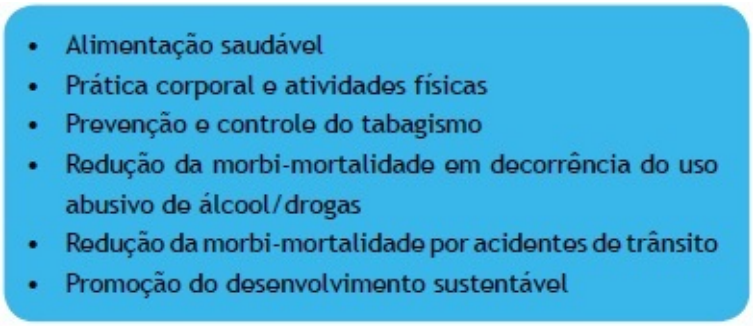
Seção 3

PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

“O termo Promoção de Saúde está historicamente ligado a transformações dos comportamentos dos indivíduos. Entretanto,
atualmente se caracteriza como o processo que leva indivíduos e comunidades a ampliar o controle sobre os determinantes de saúde e, por conseguinte, obter melhoria de sua saúde. Este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade de mudança nos modos e nas condições de vida. Inclui, portanto, aspectos como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho e educação e ambiente físico e social em que vivem as coletividades, que resultam em maior ou menor qualidade de vida.” (Buss, 2000)

A Política Nacional de Promoção de Saúde-PNPS (Brasil, 2006) reforçou a intencionalidade dos atores sociais envolvidos no processo de fortalecimento e na administração do SUS em sedimentar a promoção da saúde como prática social intersetorial diretamente relacionada à qualidade de vida e ao equilíbrio do processo saúde-doença. Esse documento destacou que a promoção da saúde legitima a articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/ política, setor sanitário/outros setores, proporcionando rompimento com a fragmentação da abordagem do processo saúde-doença, suprimindo vulnerabilidade, riscos e danos que nele se produzem.

Sendo a promoção da saúde um dos agentes norteadores das ações da Estratégia de Saúde da Família, esta poderá contribuir para a qualidade de vida através de: ações que produzam e disponibilizem o conhecimento a respeito dos determinantes do binômio saúde-doença; construção conjunta com a comunidade de agendas sociais saudáveis e demonstração de formas de organização social e comunitária que garantam melhor qualidade de vida (Gondim et al., 2009), seguindo-se as prioridades determinadas pela PNPS, consideradas parte do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006):



Nesse aspecto, nota-se que, além da mobilização do setor saúde para que essas prioridades sejam contempladas, há que se investir na intersetorialidade (rede de organizações públicas, setor privado e sociedade civil) como eixo central das ações de promoção de saúde, visando à elevação dos padrões de qualidade de vida e do bem-estar coletivo (Brasil, 2006).

Conforme a publicação eletrônica O SUS de A a Z, a intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

A intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentação e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que

dispõem.
De acordo com Dias (2003), as populações apresentam riscos desiguais de adoecer e morrer, depreendendo-se daí que
a modificação dos mesmos exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Pensar dessa forma e trabalhar nesse sentido podem favorecer a ruptura do isolamento do setor saúde e a intersetorialidade, construindo-se assim políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

Os profissionais da equipe de saúde devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com outras áreas a fim de que a concepção de saúde não fique centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida das pessoas (Brasil,2004). O controle social também constitui um dos alicerces da PNPS, considerando-se que o mesmo representa a participação da sociedade civil no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública, bem como na execução de políticas e programas públicos, em que participam da interface estado/sociedade para o compartilhamento de responsabilidades, com o objetivo de aumentar o nível de eficácia e efetividade daqueles (Rocha et al., 2009).

VAMOS REFLETIR!

O entendimento atual de Promoção de Saúde, difundido pela PNPS, fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que estimula a ampliação da rede de corresponsabilização pelas ações de saúde. É importante lembrar que a Promoção da Saúde, apesar de fazer parte do discurso das políticas gestoras há algum tempo, no campo das práticas deve continuar embasando a **reorientação do serviço de saúde** e, nesse sentido, todo esforço deve ser feito para que a mesma seja estimulada e mantida como **um dos paradigmas orientadores da Estratégia de Saúde da Família**, o que pode começar com a sensibilização e a formação dos profissionais para práticas educativas em saúde mais resolutivas.

Seção 4 - O PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO FACILITADOR DA APRENDIZAGEM NA COMUNIDADE, NAS FAMÍLIAS E COM OS INDIVÍDUOS

Educar é uma forma de comunicar, portanto o profissional da saúde que educa, de fato, está comunicando; está realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na sua área de atuação e a população à qual pretende informar a respeito daquele conhecimento. Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e realiza um trabalho de mediação entre esse conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga. De acordo com Martins e Stauffer (2007), todas as relações sociais são potencialmente educativas, considerando que a ação educativa pode ocorrer espontaneamente, sem que haja necessariamente uma consciência sobre essa ação. A educação se dá ao longo de toda a vida, acontecendo em lugares sociais, como no ambiente familiar, no trabalho, na rua, na igreja, na escola. Para o trabalho em saúde, segundo esses autores, é fundamental que o trabalhador perceba o quanto é importante desenvolver argumentos, perante os indivíduos, de que a saúde de todos também depende deles e dos vínculos de solidariedade que traçam uns com os outros.

É preciso lembrar que, de acordo com Paulo Freire (1983), os elementos do conhecimento popular têm importância no processo de ensino-aprendizagem, pois, para ele, o diálogo é fundamental no processo educativo, já que é através dele que a educação acontece. Assim, aquele que educa também aprende. Um dos pressupostos do método de Paulo Freire é a ideia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. A educação deve ser um ato coletivo, solidário, um ato de amor, não podendo ser imposto. Porque educar é uma tarefa de trocas entre pessoas, de lado a

lado se ensina, de lado a lado se aprende.

Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma desintegrada e longe da realidade de vida da população ou do indivíduo.

VAMOS REFLETIR!

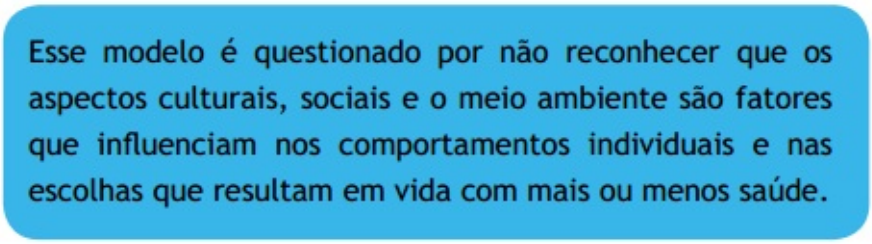
Fonte: www.officinadamente.com.br/blog/Imagens

E você? Pare para pensar um pouco. Como têm sido suas ações educativas aí em seu território?

Há uma variedade de maneiras de se educar para a saúde. Entretanto, considerando o que as várias abordagens têm em comum, é possível agrupá-las, de acordo com Oliveira (2001), em dois modelos: a educação em saúde tradicional e a radical.

O modelo tradicional ou diretivosegue os pressupostos da antiga Saúde Pública, tendo como meta a prevenção das doenças, e sua abordagem educativa está baseada na mudança de comportamento do indivíduo. As estratégias dessa forma de educar baseiam-se na concepção de que o sujeito da ação educativa vai passivamente apreender o que lhe for ensinado. Nesse modelo de educação, o indivíduos são responsabilizados pelas suas

condições de saúde num processo conhecido como sendo o de culpabilização da vítima (Valla, 1993).



O modelo radicalde educação em saúde visa promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para o viver com qualidade, o que inclui:

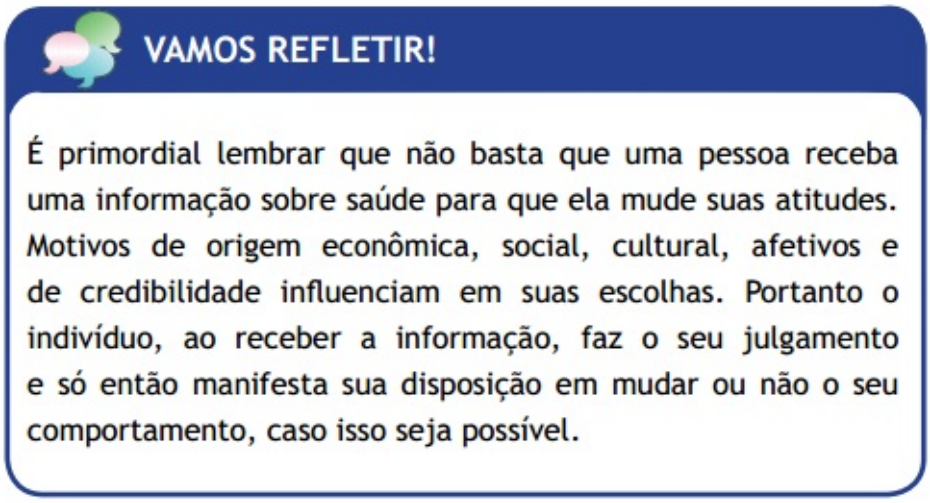
- Fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal;
- Estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; examinar as implicações dessa realidade e desenvolver um plano de ação para modificá-la.

A educação radical busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos, na expectativa de que o ambiente de grupo facilite a conscientização por favorecer a troca de idéias entre os sujeitos. Acredita-se que o diálogo criado em tal contexto resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão da possibilidade de que o indivíduo e o grupo tenham competência para mudar sua realidade. A diferença do modelo tradicional e do modelo radical é que este procura mais fortemente a mudança social do que a transformação pessoal. Essa abordagem pretende promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais aos quais eles pertencem (Oliveira, 2001).

Considerando a complexidade dessa temática, Souza et al.(2005) questionaram-se: será que todos os indivíduos possuem as mesmas condições e possibilidades de escolha? Quais são as oportunidades que os indivíduos têm de escolher livremente? Para essas autoras, no cotidiano dos serviços de saúde, há uma sobreposição das abordagens tradicional e radical de educação em saúde, provavelmente em função das complexidades do modelo radical e das dificuldades de se colocar em prática os seus

pressupostos inovadores.

A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou a população-alvo que se pretende atingir, bem como com os instrumentos educativos a serem utilizados. O importante é que haja contato frequente entre os componentes da equipe de saúde e o indivíduo, família ou grupo assistido, a fim de que se estabeleça um ambiente de confiança mútua. Talvez a melhor maneira ainda seja saber ouvir, principalmente nos primeiros momentos. Na educação em grupo, é preciso que o educador tenha habilidade para motivar e perceber o interesse comum à maioria. As mudanças de hábito têm maior probabilidade de acontecer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir em detrimento do trabalho em grupos, pois este não o substitui, e sim, reforça-o (Bastos et al., 2003).



Seção 5 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES INTERDISCIPLINARES

A educação em saúde efetuada de forma integrada e interdisciplinar possibilita a disseminação de informações de prevenção e promoção à saúde para os diferentes grupos sociais. Uma forma de introduzir a educação em saúde no cotidiano dos indivíduos é inseri-la em programas de grande relevância.

As atividades de Educação em saúde precisam ser organizadas, entendendo-se claramente os objetivos a serem alcançados e prevendo-se análise crítica de diferentes possibilidades de intervenções. Somente então tais atividades poderão ser implementadas e avaliadas (ILEP,1998). Se o objetivo for o de informar a comunidade sobre sinais e sintomas precoces de uma doença e as possibilidades para o tratamento disponíveis na área, o ideal é que se faça um trabalho em grupo. Por outro lado, se o que se quer é assegurar-se de que os pacientes sigam o tratamento proposto, a abordagem individual, durante a consulta ou a visita domiciliar, é mais produtiva.

Para desenvolver trabalho educativo dentro da ESF são necessários novos saberes e instrumentos. É preciso produzir saúde, considerando as famílias em suas condições concretas de vida, o que requer a apropriação de saberes como os da cultura popular e da educação. Estes, produzidos através do diálogo, aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização, entre outros (Franco e Merhy, 2003 apud Reis et al., 2007).

Com a finalidade de aproximar-se mais do indivíduo e dos grupos, há que se valer da estratégia do acolhimento que é a recepção, o amparo que se dá a alguém, dando-lhe atenção e proteção. No caso da interação do trabalhador com o usuário da USF, esse acolhimento precisa necessariamente passar pela escuta qualificada (Santos et al., 2002). Para escutar é preciso estar atento aos sinais, muitas vezes não verbalizados ou ainda traduzidos no próprio silêncio das pessoas. Como ressaltou Leitão

(1995) apud Santos et al.,2002: Não basta apenas ouvir, é preciso escutar.

De acordo com Reis et al. (2007), é mais fácil falar do que escutar, tendo em vista que a escuta aproxima as pessoas, tornando-as responsáveis umas pelas outras. Mas, para que a escuta e a conversa se efetivem, há necessidade de uma predisposição de ambas as partes que seja baseada na valorização do outro, de um ambiente adequado para o assunto a ser tratado e também de tempo para um ou mais contatos.

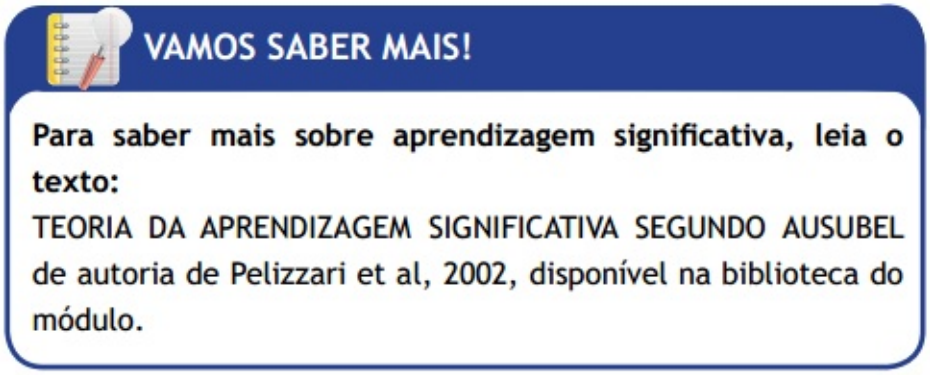
Para melhorar a interação entre os profissionais da saúde e a população, é preciso valorizar o diálogo. Adotar essa postura requer criatividade, aprendizagem. Um princípio importante é ir até a população-alvo, até sua realidade. A participação direta nem sempre é possível desde o início, por isso geralmente se começa “coletando”, conhecendo e estudando. Dessa forma, o primeiro requisito para que a comunidade comece a se envolver no diálogo é que: “as mensagens não lhe sejam alheias ou estranhas, mas que as sinta suas e que se reconheçam nelas” (IPEA,IPLAN, 1989).

A opção pedagógica com ênfase no processo de transformação das pessoas, grupos e comunidade caracteriza-se pelo desenvolvimento da capacidade intelectual e da consciência social da população. Preocupa-se menos com os conteúdos e mais em desenvolver nas pessoas a capacidade de observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e procurar soluções (IPEA, IPLAN,1989).

Esta forma de ensino-aprendizagem é denominada por Paulo Freire (1983) de problematizadora ou libertadora e parte do pressuposto de que, em um mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante é a capacidade das pessoas/grupos de detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na ação transformadora das condições de vida.

A aprendizagem é muito mais significativa à medida que o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento de um indivíduo e adquire significado para ele a partir da relação com seu conhecimento prévio. Ao contrário, ela se torna mecânica ou repetitiva, uma vez que se produziu menos essa incorporação e atribuição de significado, e o novo conteúdo passa a ser armazenado isoladamente ou por meio de associações arbitrárias

na estrutura do conhecimento (Pelizzari et al., 2002).



Bordenave (1983), professor de grupos camponeses no Paraguai, desenvolveu propostas educativas voltadas para a ampliação da capacidade técnica e da consciência crítica de adultos. Problematizar, para ele, significa levantar os problemas com seus diferentes aspectos e de acordo com o entendimento dos diferentes atores sociais. Bordenave baseou-se em outro autor, Charles Maguerez, também instrutor de agricultores e mineradores na Argélia, que desenvolveu o chamado 'Método do Arco'. Neste método o processo ensino-aprendizagem deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo que as pessoas expressem suas ideias e opiniões, fazendo, assim, uma primeira leitura da situação concreta. Em um segundo momento, as pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chave do(s) problema(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta.

A etapa seguinte consiste no levantamento de questões sobre as causas do problema observado. Aqui é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliem o raciocínio das pessoas na compreensão do problema. Quando a realidade é confrontada com os conhecimentos existentes é que se viabiliza o início da resolução do problema e os indivíduos se veem naturalmente movidos a pensar em alternativas de resolução. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações. Na última fase, os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s) (Bordenave,1982).

Figura 2 - Arco de Maguerez

Fonte: http://tccrosangelamenta.pbworks.com/PA

O Arco se propõe a levar os alunos a exercitarem a ação /reflexão/ação, ou seja, a relação prática/teoria/prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem a realidade social (Santos et al., 2006).

VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais sobre o método do arco você pode acessar:
http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf

Dentro de uma proposta problematizadora, nada impede que se utilizem atividades educativas que contemplem a transmissão de conhecimentos e

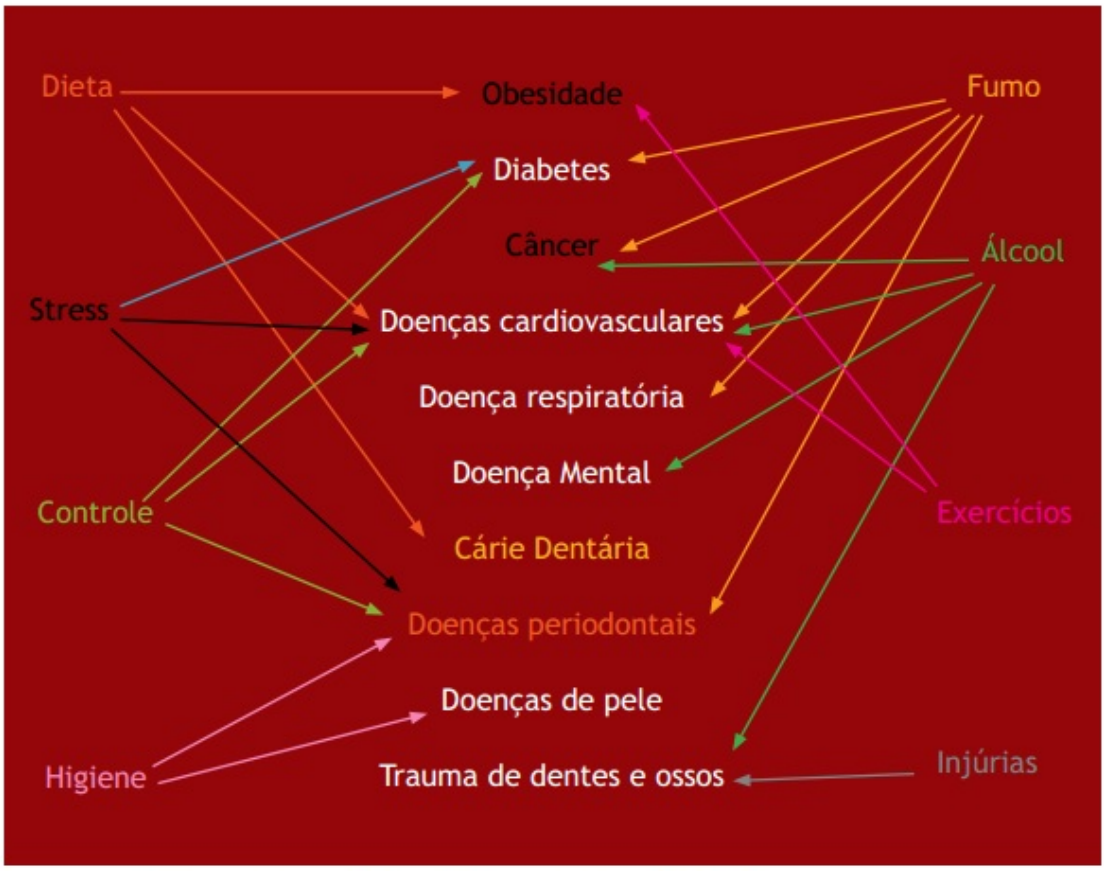
informações técnico-científicas (São Paulo, 1997).

A ação educacional baseada somente em métodos expositivos, quando ocorre a simples transmissão de conhecimentos do educador para a população, precisa ser utilizada de forma criteriosa. Embora essa atuação educativa possa não ser a mais adequada em alguns contextos, ela poderá ser utilizada pelos profissionais de saúde para complementar outras formas de se educar. Assim, algumas palestras sobre temas específicos podem servir de reforço àquelas informações já transmitidas aos pacientes em outros momentos.

A abordagem dos problemas relacionados ao processo saúde-doença levantados pela população deve ser trabalhada pelo profissional de saúde ou educador de forma simples e clara. O mais recomendado tem sido utilizar uma abordagem de fatores de risco ou de proteção, simultâneos, para várias doenças e agravos que se correlacionam: diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer, tabagismo, alcoolismo, doenças de pele, doenças cardíacas, cárie dentária, periodontopatias, estresse etc.

A abordagem dos fatores de risco considera que há um aumento na vulnerabilidade das pessoas para desenvolver as doenças citadas anteriormente. Exemplificando: as doenças bucais podem aumentar o risco de outras enfermidades, em particular o diabetes e as doenças do coração. Nesse sentido, as mudanças de hábitos alimentares que ocorreram ao longo das últimas duas décadas podem explicar por que a obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer se tornaram frequentes problemas de saúde pública, como também fizeram aumentar os agravos para a saúde bucal em todo mundo (SESC, 2007).

Figura 3 - Diagrama do fator de risco comum



Fonte: adaptado de Sheiham e Moysés (2000).

O entendimento essencial de abordagem de risco é que, através do direcionamento da ação sobre esses riscos comuns e seus determinantes, serão alcançadas de forma mais eficiente melhorias de uma série de condições crônicas (WHO,2000). Portanto, como destacaram Sheihan e Moysés (2000), a seleção de estratégias recomendadas para prevenir e controlar várias doenças são parte da abordagem do fator de risco comum, atuando-se assim sobre um maior número de doenças crônicas, permitindo às pessoas aumentar o controle sobre as condições que melhoram a saúde.

O planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida e que levam em conta a condição de vida e os fatores de risco comum para várias doenças. A educação em saúde precisa ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde. A revisão das práticas pedagógicas, especialmente em se tratando de abordagem para educação de

adultos e jovens, a qual necessariamente difere da educação dirigida às crianças, necessita ser sempre realizada.

Alguns aspectos devem ser considerados durante o processo educativo, como: o respeito à individualidade e à cultura local e a contextualização das diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança.

As ações educativas no nível coletivo podem ser feitas com os seguintes enfoques, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº17 (Brasil, 2006; p. 26):

1. População: atividades educativas voltadas para a população como um todo. Existem fatores de risco comuns a várias doenças, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol sem proteção e dieta inadequada, entre outros, e que devem ser abordados em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional.

2. Grupos e espaços sociais: identificar no território possíveis grupos para serem trabalhados a partir de critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis.

3. Grupos operativos na unidade de saúde: grupos formados para a problematização das questões de saúde [...], integração e a democratização do conhecimento a partir de um encaminhamento individual. Nesses grupos devem ser trabalhadas minimamente a causalidade dos agravos e formas de prevenção das doenças.

4. Famílias: incluir as atividades educativas na rotina do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da Equipe Saúde da Família, a partir de critérios de risco ou da identificação do núcleo familiar como um fator determinante no processo saúde-doença.

5. Indivíduos: realizada em todas as etapas do tratamento, de forma particularizada, para atender a necessidades individuais, visando à autonomia no cuidado.

Disponível em : bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf

O trabalho com grupos é uma estratégia que facilita a ação educativa. No método pedagógico de Paulo Freire (1983), as reuniões em grupo denominadas de Círculos de Cultura fomentam o diálogo circular e permitem “reviver” a vida em profundidade crítica.

Nos grupos, a produção do conhecimento se dá pelo reconhecimento do homem no seu meio, sendo também uma forma de trabalhar e valorizar o que as pessoas sabem, a sua vivência, tornando-se, assim, o aprendizado significativo.

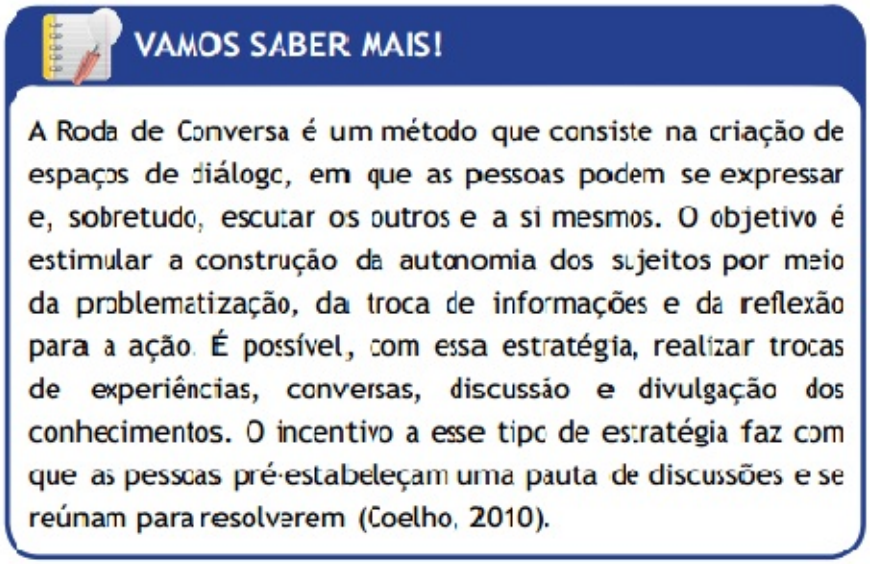
No trabalho em grupo é necessário que haja a figura de um coordenador/facilitador (profissional da equipe de saúde da família) que deve estimular o grupo para que este gere suas análises, produza seus conhecimentos, questione sua própria prática e concepções. O cumprimento desse papel depende do ambiente de confiança criado e sustentado, do conhecimento dos métodos e técnicas para trabalhar cada tema. Ao iniciar o diálogo, o facilitador também tem uma contribuição a dar, tanto no que se refere ao conhecimento do assunto a ser abordado, quanto aos objetivos que quer alcançar. Não se pode deixar que o tema seja concluído sem alcançar os objetivos previstos (SESC, 2007).

A técnica de trabalho em grupos desenvolvida por Pichon-Riviére, psicanalista, é conhecida como ECRO (Esquema Conceitual Referencial Operativo) e fundamenta-se em:

- Promover um processo grupal de aprendizagem;
- Fazer uma leitura crítica da realidade com uma apropriação ativa dessa mesma realidade;
- Estimular nos participantes uma atitude investigadora, na qual cada resposta obtida se transforme imediatamente em uma nova pergunta;
- Ter a aprendizagem como sinônimo de mudança.

Essa técnica pode ser utilizada ainda em muitos contextos: familiares; grupos de terceira idade; grupos de trabalho; grupos de pais; grupos teatrais e esportivos; de egressos de sistemas privativos de liberdade; de drogaditos, entre outros. Os princípios norteadores dos grupos operativos são o vínculo e a tarefa. O vínculo é estabelecido quando os sentimentos e vivências do outro passam a nos interessar. O processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos

comuns constitui a tarefa grupal. Quando o grupo passa a problematizar os obstáculos que emergem na concretização de seus objetivos, é porque entrou em tarefa e pode então elaborar um projeto viável e dessa forma operar mudanças (Abduch, 1999).



Os espaços de atendimento individual são plenos de oportunidades para consolidação de uma atenção integral que reforce a autoestima do usuário, incremente conhecimentos e favoreça a autonomia no controle de sua própria saúde. Para desenvolver habilidades profissionais necessárias ao estabelecimento de uma comunicação efetiva que produza conhecimento, o profissional da saúde deve: favorecer um ambiente amigável para que o paciente possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde; empregar uma linguagem clara ao prestar informações apropriadas às reais expectativas, dúvidas e necessidades do paciente e adequada do ponto de vista técnico-científico; acolher o paciente, prestando o apoio emocional que se revele necessário (SESC, 2007).

De acordo com Andrade e Coelho (1997), alguns pontos precisam ser considerados no processo educativo:

a) Durante o planejamento das ações educativas é fundamental identificar as condições de vida, trabalho e risco de adoecimento da população-alvo e deve levar à compreensão dos valores, dos hábitos, das crenças e das expectativas dos indivíduos. Deve também identificar os meios de comunicação a que eles têm acesso e que são mais utilizados pela comunidade.
b) Definição dos conteúdos e elaboração de materiais educativos e dos meios de comunicação mais adequados à realidade local.
c) Para a população geral, por exemplo, o método de campanha de informação de massa deverá possuir um conteúdo simples e de fácil compreensão e o meio de comunicação escolhido para a veiculação das mensagens deverá considerar os aspectos culturais da comunidade.
d) Articulações com a comunidade devem ser realizadas no sentido de se criar uma consciência crítica acerca do agravo a ser prevenido ou controlado. Para se atingir um maior número possível de voluntários para a formação de uma equipe de colaboradores e multiplicadores das informações, deve-se buscar um espaço nas assembléias dos bairros, nos clubes e associações em que os moradores estão organizados.
e) É importante fazer um teste da primeira versão dos materiais educativos a fim torná-los mais adequados. Os grupos de teste podem ser pequenos, mas devem ser representativos de toda a população: um idoso, uma gestante, trabalhadores, pessoas com níveis diferentes de escolaridade.

A esses pontos pode-se acrescentar o preconizado pela Ead/ENSP (2007), ou seja, o cuidado de não focalizar as mensagens apenas nas mudanças de comportamento, pois, quando isso ocorre, desvia-se a atenção dos outros fatores e determinantes sociais da saúde.

Além de comunicar informações científicas atualizadas sobre saúde, os temas das ações educativas deverão refletir as necessidades, os sentimentos e interesses da população que se deseja educar. Para isso, pode-se utilizar discussão prévia com a população-alvo e contextualizar a mensagem baseando-se na sua cultura, costumes familiares e sociais e estrato econômico e político. Outros parâmetros importantes são os que estão contemplados nas prioridades determinadas pela

Política Nacional de Promoção de Saúde, considerada parte do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), tais como: Alimentação Saudável, Prática Corporal e Atividades Físicas, Prevenção e Controle do Tabagismo, Redução da Morbi-mortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool/Drogas, Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes de Trânsito e a Promoção do Desenvolvimento Sustentável.

Seção 6 - TÉCNICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No processo de comunicação de massa é importante considerar o meio de divulgação das mensagens. Não se pode esquecer, ainda hoje, os programas de rádios de grande audiência e que cobrem uma população que executa sua jornada de trabalho ouvindo esse veículo de comunicação (donas de casa, motoristas de táxi, secretárias, empregadas domésticas etc.), como alertaram Andrade e Coelho (1997).

Os materiais produzidos em forma de cartazes, jornais e painéis, todos com a mesma mensagem, deverão ser distribuídos em locais ou pontos estratégicos, de grande circulação ou visibilidade pela população (postes, muros, ônibus, feiras, trens, bares e restaurantes); textos curtos e claros deverão ser distribuídos para serem lidos em programas radiofônicos de grande audiência na área; assim como programas audiovisuais em forma de filmes (30 segundos), contendo mensagens claras sobre o tema em questão poderão ser veiculados pelas redes de televisão. Muitas vezes, os materiais visuais são inadequadamente afixados dentro das unidades de saúde ou próximo a elas, quando esses espaços já estão incorporados ao cotidiano da comunidade que os visita e a informação contida neles já está apreendida pela população. Portanto, embora este seja um espaço para veiculação das informações, não se pode restringir a ele a colocação dos materiais produzidos (Andrade e Coelho, 1997).

De acordo com Rozemberg (2006), o ideal é monitorar o processo comunicativo para que seja possível corrigir os rumos das atividades. Tendo em vista que o processo educativo também é, de certa forma, um processo comunicativo, podemse estender as considerações desse autor para o caso da educação em saúde.

VAMOS REFLETIR!

O entendimento atual de Promoção de Saúde, difundido pela PNPS, fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que estimula a ampliação da rede de corresponsabilização pelas ações de saúde. É importante lembrar que a Promoção da Saúde, apesar de fazer parte do discurso das políticas gestoras há algum tempo, no campo das práticas deve continuar embasando a **reorientação do serviço de saúde** e, nesse sentido, todo esforço deve ser feito para que a mesma seja estimulada e mantida como **um dos paradigmas orientadores da Estratégia de Saúde da Família**, o que pode começar com a sensibilização e a formação dos profissionais para práticas educativas em saúde mais resolutivas.

Com o objetivo de avaliar os procedimentos educativos e coletar informações importantes para futuras ações, pode-se aplicar o roteiro de avaliação proposto a seguir. Esse modelo de formulário é apenas uma orientação sobre os tipos de questões que são úteis para uma avaliação. Alguns aspectos a serem considerados são:

1. O que a mensagem educativa passou para você? O que achou mais importante?
2. Do que mais gostou? O que mais chamou sua atenção?
3. Esse assunto é importante?
4. Você faria algo diferente em sua rotina por causa dessa informação?
5. A mensagem recebida é ofensiva?
6. A mensagem tem a ver com seu dia-a-dia?

De posse dessas respostas é possível melhorar cada vez mais o processo educativo através da reformulação e do aprimoramento.

Outras ideias e material de apoio sobre dinâmicas e outros instrumentos educativos estarão disponibilizadas na biblioteca do módulo.

VAMOS SABER MAIS!

LINKS INTERESSANTES:

1.http://tilz.tearfund.org/Portugues/Passo+a+Passo+41-50/Passo+a+Passo+43/Recursos+visuais+para+treinamento.htm

2.Educando para dengue: http://www.ioc.fiocruz.br/comciencia_04baixa.pdf

3.Outros jogos: http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=44

http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilu

4.Livros, Cds, jogos: http://www.anvisa.gov.br/propaganda/publicacoes.

5.Outros: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf

História em Quadrinhos

Tirinha

No bairro Riacho Pantaneiro, a Equipe da ESF rotineiramente enfrenta problemas que interferem no processo saúde-doença e na qualidade de vida de sua população adscrita. Nesse território o emprego formal é advindo basicamente de uma usina sucro-alcooleira, da agricultura em grande escala e de uma grande padaria (nas quais os direitos dos trabalhadores não são respeitados). Nessa comunidade não há opções de lazer (apesar de haver um centro comunitário e uma quadra desportiva que são subutilizados).

Vocês não imaginam o que está acontecendo naquela fábrica que fica lá na minha microárea! Só para ter uma ideia, ninguém usa o equipamento de proteção individual!
Isso é preocupante... Na minha área tem aquela padaria que emprega muita gente, o que é bom, mas os funcionários têm péssimos hábitos alimentares, em sua maioria estão obesos, com a saúde bucal comprometida, além de diabéticos e hipertensos, o que pode ter a ver com o trabalho.
O que eu tenho observado é a grande quantidade de adolescentes grávidas..
Mas essas meninas não participaram daquele "Ciclo de palestras" sobre Saúde Reprodutiva e Sexual que a gente fez o ano passado na escola?
Ah Doutora, lá na minha área são mais de dez gravidinhas... e duas já abandonaram a escola!
É difícil saber, pois a diretora da escola reclama que a evasão escolar é grande e há um preocupante número de crianças e adolescentes em comprovado estado de dependência de drogas, álcool e cigarros.
Essa situação reflete a falta de planejamento familiar, o que ocasiona mais gestações na adolescência.
Está ocorrendo um grande número de doenças sexualmente transmissíveis, pois o ACS denunciou em reunião passada a atividade de uma casa de prostituição, acusada de estimular a pedofilia. Os casos de alcoolismo e de violência familiar são comuns.
É, a situação não é fácil, mas precisamos fazer alguma coisa! Quando atendo as crianças, sempre aproveito para conversar um pouquinho com as mães e tenho observado que grande parte dos provedores das famílias são semianalfabetos e estão desempregados ou subempregados.

Além de tudo isso, pessoal, não podemos nos esquecer de que, nas regiões mais próximas do riacho, falta saneamento básico, não há esgoto e nem água encanada!
Com certeza é por conta dessa situação que tem tanta criança e idoso desnutrido, com doenças infecto-contagiosas e parasitárias...
Conversando com uma moradora da minha área, eu estava justamente dizendo a ela para trazer seus filhos com diarreia aqui na Unidade para a senhora examinar... Sabe o que ela me disse? Que não precisava não, pois ela estava levando os filhos no D. Chico, que é benzedeira e mora aqui desde o início da ocupação do local...

REFERÊNCIAS

Abduch C. Grupos Operativos com Adolescentes. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, v. 1. Brasília, DF. 1999.

Andrade V. Coelho MASM. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. Rev Bras de Cancerol. 1997; 43(1). [acesso em 5 mai 2010]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/v43/n01/art04

Bastos, JRM, Peres, SHC, Ramires, I, Educação para a saúde. In: Pereira, AC e cols. Odontologia em saúde coletiva- planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed,2003; pp.117-139.

Bordenave JD. O que é participação? São Paulo: Brasiliense,1983.

Bordenave JD. Opções pedagógicas. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte, Belém, 1982. Ação Participativa: capacitação de pessoal. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. pp. 13 - 18.

[Série F: Educação e Saúde, 3].
Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Atenção Básica. Diretrizes Nacionais da Política de Atenção à Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.16p.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Buss PM, Ramos CL. Desenvolvimento local e agenda 21: desafios da cidadania. Cadernos da Oficina social 2000; 3:13-65.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública 1997; 31(2):209-13.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. Ciênc. Saúde Coletiva 2004; 9(3): 1-14.

Coelho DM. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. [abrapso.org.br].
[acesso em 6 mai 2010]. Disponível em: www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/.../trab_ completo_55.pdf-

Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. Intern Journ Health Serv 1977; 7(4): 663-80.

Cury CRI. Educação e contradição. São Paulo: Cortez/Editores Associados, 1989.

Dahlgren GE, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: WHO/ Regional Office for Europe, 1991.

Dewey J. Experiência e educação. São Paulo: Nacional; 1971.

Dias MAS, Intersetorialidade: um olhar da saúde. Revista eletrônica mensal da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte, nov 2003. ed. 23Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/novembro2003/intersetc

Freire P. A opção pedagógica pode ter consequências individuais e sociais importantes. In: Planejamento e participação. Rev. Educ. AEC do Brasil. Ano 13, nº 54, 1983.

Gazzinelli MF, Gazzinelli A, dos Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública 2005; 21(1): 200-206.

Gomes M. A contribuição dos profissionais da saúde no processo educativo. In: Anais do XX Congresso Nacional da APAES; 2001 jul 10-13; Fortaleza (CE): Brasília: Federação Nacional das APAES; 2001; 111-17.

Gondim R, Bomfim R, Grabois V, Campos CEA, Gribel EB.

Organização da atenção. In: Oliveira et al. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009.

Homem D'El- Rey D. Educação em saúde na consolidação do SUS. Conferência - UFMS, 1996.

Homem D'El- Rey D. Educação em saúde para a participação e controle social no SUS. Cadernos CONASS – A Saúde na Opinião dos Brasileiros. CONASS; 1998.

ILEP. Recomendações da Comissão Médico-Social da ILEP, junho 1998. Boletim técnico - recomendações da equipe médico-social do ILEP, N13, 1998. Revisto em 2001.

IPEA, IPLAN. Subsídios metodológicos para a prática da educação e participação em saneamento rural. Brasília: Ipea, 1989.

Labonte R, Penfold S. Canadian perspectives in health promotion: a critique. Health Education 1981; 19(3/4): 4-9.

Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Centre for Health Promotion. Toronto: 1993.

Lalonde M. A new perspective on the health of canadians: a working document: health and welfare Canadá. Otawa: 1974.

Laverack G, Labonte R. A planning framework for Community empowerment goals within health promotion. Health Policy and planning, 15(3):255-262, 2000.

Luckesi CC. Filosofia da educação. São Paulo: Cortez; 1996.

Macciochi MA. A favor de Gramsci. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

Martins CM, Stauffer AB (Org.) Educação e saúde - Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 192 p.

Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GW et al.Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2008.

Moysés ST, Watt R. Promoção de saúde bucal – definições. In:Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes médicas: EAP- APCD,2000. 336p.

O SUS de A a Z. Disponível em : Intersetorialidade em saúde O SUS DE A a Z http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/68 Módulo 1 - Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar Oliveira DLLC. Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky Sex: what implications for health promotion? [thesis of Doctoral in Health Education]. London: Institute of Education, University of London; 2001. 237 f.

Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. TEORIA DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA SEGUNDO AUSUBEL. Rev. PEC, Curitiba, v.2, nº1, pp.37-42, jul. 2001-jul. 2002.

Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface Comunic., Saúde, Educ., 2007. ISSN online 1807-5762. 2007.

EAD/ENSP. Curso de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Educação, comunicação e controle social em saúde do trabalhador. 2007. 120p. Unidade de aprendizagem VI – módulos 14-17.

SESC, Departamento Nacional, 2007. Manual técnico de educação em saúde bucal / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. 132p.

Rocha RM, Tavares MFL, Carvalho AI, Zancan L. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: Oliveira et al.Qualificação de

gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009.

Rozemberg B. Comunicação e participação em saúde. In: Campos GW (Org.) et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. Boletim da Saúde, 2002; 16(2):30-51.

Santos JR, Nakatani AYK, Souza ACS, Costa LA, Gomes NC, Del-Rios NHA. Implementação do arco de maguerez como alternativa metodológica para validação da teoria da problematização de Paulo Freire. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC - Florianópolis,SC - Julho/2006.

São Paulo. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS.1997.

Saviani D. Escola e democracia. São Paulo: Cortez/Autores Associados;1987.

Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In:Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes médicas: EAPAPCD, 2000. 336p.

Smeke LM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In:

Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2005; 26(2):147-53.

Stotz EM. Enfoques sobre educação e saúde In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. pp.11- 22.

Stotz EN, Araujo JWE. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade 2004; 13(2): 5-19. VALLA, V. V., 1993. Participação popular e saúde: A questão da capacitação técnica no Brasil. In: Participação Popular, Educação e Saúde, Teoria e Prática (V. V. Valla & E. N. Stotz, org.), pp. 55-86, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.

Villela WV. Algumas considerações sobre a prática educativa em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1982.

Vuori H. El modelo medico y los objetivos de la educación para la salud. In: Tendencias actuales en educación sanitária.

Barcelona:Elite/Grafics; 1987.

Westphal MF. Promoção de saúde e prevenção de doenças. In: Campos GW et al.Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2008.

Westphal, MF. Promoção da saúde e prevenção das doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2007. Cap. 19, pp. 635-667.

WHO. Health promotion: a discussion document on the concept and principles of health promotion. Health Prom 1984; 1: 73-8. World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of noncomunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2000.

APÊNDICE

MANUAL DE DINÂMICAS E INSTRUMENTOS EDUCATIVOS

APÊNDICE: MANUAL DE DINÂMICAS E INSTRUMENTOS EDUCATIVOS

As ideias e observações descritas nesse pequeno manual são resultado de compilamento de várias referências. Utilize-o como material de consulta nos momentos educativos junto à sua população adscrita.

O material assinalado com as linhas pontilhadas é uma adaptação livre do "Manual de Educação em saúde Bucal" do SESC, consultado em 04/05/10. Endereço :http://bvsms.saude.
gov.br/bvs/publicacoes/manualtecnicoeducacaosaudebucal.pdf

1. DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO (30 MIN.)

Distribuir crachás para os participantes, que deverão escrever o seu nome da forma como gostam de ser chamados. No verso do crachá, deverão escrever uma palavra que simbolize

suas expectativas em relação ao assunto que será abordado. Em seguida, cada um poderá fazer sua apresentação individual, falando seu nome e esclarecendo suas expectativas.

Os coordenadores poderão ir listando em *flip-chart* ou painel, ou lousa, as expectativas apresentadas pelos participantes, procurando registrá-las adotando a mesma linguagem e expressões usadas.

2. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO (20 MIN.)

Neste momento, os coordenadores farão também a sua apresentação, procedendo ainda a uma caracterização geral da equipe de saúde e das características do trabalho no ESF de forma clara e resumida. É também um momento para esclarecer

as dúvidas que surgirem.

Essas expectativas levantadas irão orientar, ainda, a introdução da proposta de trabalho desse encontro, chamando a atenção para seu caráter de diálogo e troca de informações, tendo como meta o acordo em conjunto das prioridades e objetivos do processo de educação em saúde que se inicia.

Ressaltar que esse é um processo que exige coparticipação (indivíduo/equipe de saúde) para que se consigam bons resultados, e deve ser entendido como um compromisso que se firma nesse encontro. A partir desse momento, é recomendável que se utilizem alguns instrumentos educativos para auxiliar na abordagem do tema escolhido previamente.

Entre os vários instrumentos existentes, destacam-se:

2.1. Mapa Falante (60 min.)
Consiste basicamente numa representação gráfica, elaborada coletivamente a partir de um tema com que se pretenda trabalhar, ilustrando fenômenos ou dinâmicas associadas ao processo saúde–doença. É, essencialmente, um "mapa que fala", ou seja, aos desenhos se associam dados e representações sociais, fornecendo elementos básicos para a construção da realidade, permitindo a análise e a reflexão dos problemas e necessidades da população-alvo com relação à saúde.

Materiais:

Papéis pardos (para formar os mapas/painéis);
Papéis brancos cortados em tamanho 10 cm x 10 cm;
Canetas Piloto;
Lápis de cor;
Tesouras;
Fita adesiva;

Descrição:
Um ponto de partida que pode ser adotado é investigar se no grupo há

pessoas que moram próximas umas das outras. Se houver, esse será o critério para formação de subgrupos (um outro critério pode ser o local de trabalho, por exemplo). A tarefa de cada subgrupo será elaborar um mapa de seu bairro (ou das ruas), evidenciando as condições desse lugar e os fatores que influenciam positiva ou negativamente no processo saúde–doença (seja nas suas casas, nas escolas, nos locais de trabalho ou nos espaços de circulação da comunidade).

Estimular que a representação gráfica reflita aquilo que o grupo vivencia e/ou já ouviu de sua família e vizinhança a respeito de seu morar, trabalhar, lazer, de sua saúde e sua doença. De forma prévia à dedicação dos elementos do subgrupo ao cumprimento dessa tarefa, o coordenador deverá solicitar que cada pessoa desenhe numa folha pequena (10 cm x 10 cm) sua casa e os membros da família (ou os elementos representativos dessa unidade familiar).

A montagem do mapa pode ser feita utilizando-se papéis com essas mesmas dimensões para o desenho dos locais que o grupo quer destacar na representação do seu bairro: escolas, hospitais, centros de saúde, igrejas, áreas de lazer, centros comunitários etc.

Após a conclusão do mapa, cada subgrupo deverá apresentá-lo em plenária, colando-o na parede, de modo a formar um grande painel. O coordenador deverá estimular que o grupo evidencie os pontos de semelhança e de diferença quanto aos determinantes da saúde representados nos mapas, contribuindo para a análise de suas causas.

Para auxiliar a discussão sobre a multicausalidade do processo saúde–doença, um recurso possível é articular o que foi expresso pelos participantes aos dados de que o coordenador dispõe sobre a saúde no município ou no bairro, considerando seus fatores determinantes (condutas associadas à saúde; fatores ambientais, como condições de tratamento da água,
infraestrutura sanitária básica; fatores socioeconômicos e protetores, como nível de renda, escolaridade; características de atenção à saúde, como acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços ambientais, sociais e de saúde).

Conforme o andamento, o coordenador pode sistematizar as informações obtidas através da construção de esquemas que resumam os aspectos de determinação e interações entre biologia humana, meio ambiente, condições e estilos de vida. É uma boa oportunidade também para se fazer uma abordagem dos fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal, quanto para outros agravos que tenham se revelado. A evidência desses fatores de risco no grupo, a partir do relato de seus membros, poderá orientar a definição da programação de ações educativas que se voltem para a prevenção desses agravos e o reforço das medidas de proteção à saúde.

2.2. Iniciando com um cartaz (60 min.)

Essa é outra possibilidade para iniciar a problematização da temática saúde a partir de experiências, conhecimentos e valores que as pessoas trazem como resultado de suas vivências e histórias de vida. Permite ainda conhecer o que, no cotidiano da clientela, interfere positiva ou negativamente no processo saúde-doença.

Materiais:

2 folhas de papel 40g ou papel pardo;
Canetas Piloto de cores diferentes;
Fita adesiva;

Descrição:

O coordenador inicia o grupo afixando dois painéis em branco na parede, destinados a registrar de um lado o que os participantes sabem sobre o que contribui para a manutenção da saúde e, de outro, os fatores que prejudicam ou causam doença. Ao fazer essa solicitação, deve estimular o grupo a se posicionar com base nas suas experiências pessoais, no conhecimento que tem a partir do que já leu ou estudou,

em suas vivências familiares, em informações recebidas de diferentes fontes, procurando registrar tudo o que os participantes indicam, a forma como eles falam, devendo esse primeiro momento transcorrer sem crítica ou discussão. Tudo deve ser registrado.

O coordenador deve procurar fazer questões que favoreçam a indicação do maior espectro de fatores, de modo a listar aspectos relacionados não só ao comportamento individual, mas também aqueles associados ao meio ambiente, às condições de vida, ao acesso aos serviços de saúde etc.

Concluída a listagem, o coordenador complementa as informações, procurando destacar, a partir das próprias explicações dos participantes, o porquê dos fatores favoráveis indicados.

Em seguida, os participantes se dividem em grupos de até cinco ou seis pessoas, com a tarefa de classificar, por ordem de importância, as listas de pontos positivos e negativos.

Após essa classificação, poderão discutir quais mudanças no modo de vida são mais importantes para serem mais saudáveis, assim como quais outras mudanças são necessárias, relacionando as dificuldades e facilidades para que elas aconteçam ou tenham sua viabilidade construída coletivamente. Cada grupo deve escolher um representante, que ficará encarregado de anotar e apresentar as respostas.

2.3. Verdades e mitos (60 min.)

As pessoas constroem seus conhecimentos acerca da saúde a partir de suas vivências familiares, suas experiências anteriores de tratamento, das possibilidades conformadas por suas condições de vida e de acesso aos equipamentos sociais e de saúde etc. Tudo isso vai contribuindo para a formação de conhecimentos, construção de valores, posicionamentos mais

ou menos pró-ativos em relação a sua própria saúde. Essa é uma dinâmica que permite conhecimento dos valores da população - alvo.

Material:

Cartões com frases (verdades e mitos) sobre saúde bucal;
Papel pardo, ou papel 40g, ou cartolina (5 a 6 folhas);
Fita adesiva;
Tesoura;Canetas Piloto;
Revistas ou gravuras (para montagem dos painéis);

Descrição:

O coordenador entrega cartões a cada participante, contendo frases em relação a verdades e mitos quanto à saúde (preferencialmente as frases que a equipe já ouviu da população e que representam esse universo de conceitos e valores). Exemplos de frases:

- A gravidez enfraquece os dentes e os faz cair.
- Uma boa forma de resolver a dor de dente é mascar cravo.

O coordenador pode preparar tantas frases quantos forem os participantes, ou optar por 10 frases que se repitam duas ou três vezes (conforme o número total de participantes), orientando as pessoas que receberam cartões com as mesmas frases para se agruparem.

Ao receber o seu cartão, cada pessoa deve fixá-lo num quadro, dividido em dois espaços: falso ou verdadeiro (no caso da formação de subgrupos, o coordenador deve orientar as pessoas a discutirem e chegarem a um consenso sobre a categoria em que deve ser posicionada a frase).

Após essa etapa, o coordenador pede que cada pessoa (ou subgrupo) leia e comente o que achou de sua frase, abrindo-se em seguida o debate para o esclarecimento de dúvidas.

O coordenador deve estar atento para criar um clima de respeito e confiança, evitando comentários que denotem um julgamento de valor e procurando entender a lógica que faz com que as pessoas optem por uma forma de pensar ou por outra (valores familiares, concepções equivocadas, experiências anteriores etc.), de forma a contribuir para a elucidação das temáticas. Suas ponderações deverão ser no sentido de reforçar os comentários do próprio grupo os quais esclarecem o que está sendo debatido, assim como acrescentar informações que possam trazer esses esclarecimentos.

A dinâmica pode terminar aqui, ou o passo seguinte é formar subgrupos de até cinco ou seis pessoas para que discutam e elaborem uma representação gráfica com aquilo que, no seu dia-a-dia, contribui ou dificulta a manutenção da saúde (considerando medidas individuais e coletivas). Os painéis podem então ser debatidos com a perspectiva de definir a programação das atividades educativas e informar a respeito das características e condições do tratamento na unidade de saúde da família.

Considerando que as dinâmicas propostas para essa atividade já fornecem, em si, um retorno para o coordenador sobre as necessidades educativas do grupo, convém, no fechamento, firmar compromissos com os participantes a respeito da continuidade das sessões para atender tais demandas. É importante obter a opinião do grupo acerca do desenvolvimento da atividade, de acordo com os objetivos propostos e as expectativas levantadas no início do trabalho.

2.4. Trabalhando com figuras

Essa proposta detém como principal objetivo desenvolver autonomia

para o controle dos fatores de desequilíbrio envolvidos na determinação do processo saúde–doença.

TEMA: “SENTINDO E CONVERSANDO COM O MEU CORPO” (15 MIN.)

Preparação e aquecimento:

Entendendo a necessidade de consolidar a saúde como um valor de autocuidado, uma boa forma de iniciar é propor uma dinâmica de relaxamento que visa aprofundar a vivência sobre o próprio corpo, sensibilizando para o conceito de saúde como bem-estar. Se possível, o coordenador deverá convidar o grupo a se espalhar pela sala, deitando-se de forma a relaxar
todo o corpo no chão, enquanto ouve uma música suave ao fundo.

condução do relaxamento deve ser feita em voz calma, pedindo que os participantes respirem puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca, enquanto vão procurando sentir cada parte do corpo conforme vai sendo nomeada pelo coordenador. Orientar para que os participantes identifiquem as partes do corpo de que gostam e de que não gostam, ou as regiões do corpo que apresentam alguma sensação desconfortável, e que concentrem seu pensamento nessas partes, conduzindo energia/pensamento positivo ao puxar o ar e jogando fora a sensação desagradável ao expelir o ar.

Após passar por todas as regiões do corpo, sugerir aos participantes que comecem a movimentar-se lentamente, até se espreguiçarem. Abrir os olhos, levantar e sentar-se em círculo para comentar:

Como estão se sentindo? • Qual o sentimento mais forte durante a dinâmica?
O que lhes chamou a atenção? • Que relações estabelecem com as experiências individuais e coletivas de cuidado com a saúde? O coordenador deverá estimular as pessoas a se expressarem livremente, enquanto vai anotando os comentários em um painel, flip chart ou quadro de giz para que todos possam visualizar com facilidade.

Desenvolvimento (40 min.)

A partir dos comentários feitos pelos participantes na dinâmica de aquecimento, o coordenador pode seguir estimulando o

estabelecimento de relações entre o que disseram e os hábitos que possuem com relação à saúde. A seguir, deve apresentar ao grupo uma série de figuras, solicitando que os participantes as posicionem em um painel que classifique, de um lado, o que contribui para a saúde e, de outro, o que, pelo contrário, prejudica, determinando as doenças.

Os comentários feitos pelos participantes, registrado sem painel, vão orientar o encaminhamento de questões, pelo coordenador, que levem a conclusões sobre os fatores determinantes de uma ou mais doenças ou agravos e medidas de prevenção correspondentes.

É importante que as figuras contemplem fatores associados não só aos estilos de vida, mas também aos fatores ambientais e sociais, de forma que se possam discutir a multideterminação do processo saúde-doença, ambientes com infraestrutura sanitária básica, ambientes insalubres, alimentos cariogênicos, alimentos saudáveis, diferentes ambientes de trabalho, serviços de saúde, escolas, creches etc

Nesse momento o coordenador pode voltar ao painel inicial, verificando com o grupo se houve mudanças com relação à compreensão inicialmente demonstrada. Poderá, então, propor um novo painel em que as pessoas listem o que consideram que no seu dia-a-dia contribui para que tomem medidas individuais e coletivas de prevenção e o que, por outro lado, dificulta, discutindo no grupo como as pessoas lidam com essas questões, e se as experiências de uns podem auxiliar os outros na solução de problemas identificados.

Se estiver trabalhando com um grupo de adultos, pode estimular a discussão sobre as mudanças que identificam em sua história de vida com relação aos aspectos de saúde – tanto as mudanças positivas quanto as negativas, verificando se há possibilidade de ir alterando alguns fatores de autocuidado que se foram perdendo com o tempo, ou se, por outro lado, é possível reforçar aqueles que foram adquiridos

com a experiência.

TEMA: “ATIVIDADES FÍSICAS”

Objetivo:

Verificar se as pessoas praticam atividade física regular e suficiente, discutindo as possibilidades e condições de melhorias, quando for necessário.

Descrição:

1ª fase: O coordenador solicita aos participantes que anotem, numa folha, as atividades físicas que praticam e quanto tempo gastam com a mesma por dia e por semana. A folha já deve conter previamente uma lista de atividades físicas, com colunas para registrar o tempo gasto por dia e por semana.

2ª fase: A turma é dividida em pequenos grupos de até seis pessoas, que analisarão as respostas e julgarão se a atividade física praticada é suficiente ou insuficiente. Cada grupo indica um relator para anotar as conclusões.

3ª fase: Os grupos são desfeitos e cada relator passa a ler as respostas do grupo para os demais. No final, os resultados são debatidos e obtidas as conclusões sobre como a situação pode ser melhorada (SESC,2007).

3. O USO DOS JOGOS

No contexto educacional, os jogos só podem ser utilizados a partir da compreensão dos fatores que colaboram para uma aprendizagem ativa, já que ajudam a fixar informações de uma forma mais agradável e atraente. No entanto, mais do que o jogo em si, o que vai promover uma boa aprendizagem é o clima de discussão e troca com o professor, permitindo tentativas
e respostas divergentes ou alternativas, tolerando os erros, promovendo a sua análise e não simplesmente corrigindo-os ou avaliando o produto final. Isso tudo não é muito fácil de controlar, e muito menos de se prever e planejar de antemão, o que pode trazer desconforto e insegurança ao professor (Campos, 2010).

Os jogos com cartas permitiram contemplar os conteúdos considerados certos ou errados, sempre acompanhados de uma explicação motivada pelo porquê. O porquê induz relatos de experiência dos indivíduos associados às perguntas contidas nas cartas. No momento de justificar a resposta, a pessoa ilustra sua
fala com a experiência individual em relação à doença abordada, tornando-se mais participativa, ouvindo e manifestando suaopinião (Torres et al., 2003).

O jogo pode ser uma técnica de facilitação da expressão individual, interação grupal e veiculação de novas informações, com base em conteúdos temáticos básicos sobre determinado assunto, e geralmente é de fácil compreensão. Os jogos devem ter regras simples, facilmente aprendidas, para não causar situações que diminuam a autoestima dos participantes (Jesus e Jorge, 1989, apud Torres et al., 2003).

Algumas recomendações para aplicação dos jogos:
a) o número de participantes deve ser em média de 10 a 12 pessoas; o número excessivo dificulta o aprendizado;
b) o tempo da brincadeira não deve ultrapassar mais do que cinquenta minutos, para não se tornar cansativa e desinteressante;
c) as questões não devem ser aplicadas novamente para o mesmo público-alvo, devendo ser formuladas novas perguntas.

Os jogos utilizados em ações educativas sempre necessitarão de ajustes e adaptações às necessidades de cada situação, principalmente se trabalhados com grupos diferenciados, hipertensos, gestantes, diabéticos etc.

Alguns exemplos de jogos que têm como objetivos a informação e o desenvolvimento/ fortalecimento da integração grupal:

3.1. Jogo da velha

Material:
• Cartolinas;
• Barbante;
• Papel contact transparente;
• Fita crepe;
• Perfurador de papel.

Modo de confeccionar:
Elaboram-se 11 questões sobre determinado tema trabalhado. As respostas a essas questões serão coladas em tarjetas retangulares (cartolina) medindo 20 cm de comprimento e 5 cm de largura. Cada resposta é duplicada, de forma que somam 22 tarjetas com respostas. Em seguida, perfuram-se as tarjetas para passar o barbante de modo que estas possam ser usadas como crachás. O papel contact será usado como revestimento das tarjetas e da folha de perguntas para dar durabilidade ao material. Exemplo:

Pergunta – “Tenho cerdas macias para não machucar as gengivas. Quem sou eu?” Resposta – Escova de dente

Participantes:
Em cada rodada jogam 22 pessoas.

Modo de jogar:
O facilitador desenha no chão, com fita-crepe, o jogoda-velha e depois divide os 22 participantes em dois grupos (11 pessoas em cada, portanto). As 22 tarjetas/crachás com as respostas são distribuídas entre os participantes, de forma que os dois grupos tenham as mesmas respostas. Em seguida, o facilitador explica aos participantes as regras do jogo. Vencerá o jogo o time que primeiro conseguir formar uma linha humana horizontal, vertical ou na diagonal com três participantes. Ao longo da brincadeira, os participantes devem esperar que o facilitador faça a pergunta e depois emita o sinal para que os jogadores ocupem os espaços do jogo. Para cada pergunta, devem correr dois participantes, um de cada time. Fica no espaço o participante que primeiro chegar e que estiver com a resposta certa à pergunta do facilitador. O jogo transcorre dessa forma até que sejam formadas as linhas humanas, quando, então, é desfeito e recomeçado (SESC, 2007).

3.2. Caça ao Tesouro

Material:

• 2 cartolinas;
• Fita-crepe;
• Papel A4;
• 1 folha de papel contact.

Modo de confeccionar:

São elaboradas 10 perguntas numa folha de papel A4, que deve ser plastificada com contact, a fim de prolongar a durabilidade do material. As respostas são coladas em tarjetas medindo 20 cm de comprimento e 5 cm de largura, as quais são, em seguida, igualmente plastificadas.

Modo de jogar:

O facilitador esconde as tarjetas com as respostas em diferentes lugares do espaço de realização da brincadeira. Logo após, explica o jogo ao grupo. Cada pergunta feita pelo facilitador deve ser ouvida com atenção pelos participantes. Após a leitura da pergunta, os participantes saem em busca da resposta solicitada (tesouro). Enquanto os participantes estão procurando esse tesouro, o facilitador vai dando pistas do lugar onde encontrá-lo.

O participante que achar a resposta (tesouro) ganha pontos ou um brinde (o brinde deve ser de acordo com a temática do jogo; por exemplo, se o tema for saúde bucal, usar como brinde o kit com escova, creme dental, fio dental e panfletos). O facilitador vai realizando as perguntas e, à medida que os tesouros são encontrados, distribuem-se os brindes. Para cada pergunta realizada, o facilitador dá explicações claras e rápidas (SESC, 2007).

3.3. Jogo com Tabuleiro

TEMA – PARASITOSES

Aconselhado para crianças que deverão realizar um percurso com entraves e premiações. A confecção do tabuleiro deve ser direcionada ao público infantil, englobando várias situações a fim de simular as principais medidas preventivas deinfecções parasitárias. A idéia central

do jogo é ilustrar um dia na vida da criança, com representação de sua casa, escola e praça onde brinca.

O tabuleiro será composto por 53 “casas”, pelas quais os jogadores vão passando de acordo com o resultado obtido nos dados e sequência determinada pelo texto contido nelas.

O jogo inicia-se na casa da criança, seguindo trajeto para a escola e praça de diversão, encontrando pelo percurso diversas situações sobre os hábitos de saúde. O jogo também possui “casas” de Cartas Surpresas e cartas de Escolha Benéfica, as quais poderão fazer com que o jogador avance ou retroceda no jogo (Viol e Salvador, 2010).

Torres et al. (2003), utilizaram-se de diversos jogos como propostas educativas para pacientes diabéticos. Abaixo estão listados alguns que podem auxiliar na criação de outros que se adaptem ao contexto de cada situação:

a) Tira-Dúvidas
Assuntos: diabetes e insulinoterapia. Os principais aspectos abordados foram: conceito da doença, sintomas, causas, tipos de diabetes, tratamento com a insulina, a conservação, a técnica de preparo da insulina, a região do corpo para a aplicação e o hipoglicemiante oral. As peças do jogo são compostas de vinte fichas numeradas, contendo, cada uma delas, uma pergunta sobre o assunto em questão.

b) Roleta das Complicações
Os principais assuntos abordados foram as complicações do diabetes: retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé diabético, hiperglicemia e hipoglicemia. As peças do jogo são compostas de uma roleta dividida em seis cores, cada uma representando uma complicação do diabetes, e trinta fichas com perguntas sobre as complicações, sendo cinco de cada uma.

c) Relógio do Cotidiano
Faz com que os participantes saibam organizar o seu dia-a-dia, mostrando a necessidade de se ter horário para lazer, atividade física, alimentação, trabalho etc., prevenindo ascomplicações do diabetes.

d) Certo X Errado e Por Quê?
Os principais assuntos abordados foram: importância da atividade física, frequência, duração, roupas apropriadas, locais adequados, horários, cuidados necessários para a prática. As peças do jogo são compostas de um tabuleiro do tipo xadrez e várias fichas com recortes de revistas, referentes às atividades físicas.

e) Do Que Gosto e do Que Não Gosto
Para descontrair o grupo, permitindo que se conheçam melhor.

f) Semáforo da Dieta
Os principais assuntos abordados foram: definição e importância da nutrição, grupos alimentares, substituições, fracionamento, alimentos dietéticos. As peças do jogo são compostas de um painel ilustrativo, sob a forma de um semáforo; seis fichas referentes às quantidades permitidas para ingestão do alimento, que são sorteadas, e várias miniaturas de alimentos com ímãs.

g) Expressões do Dia
Permite expressar o sentimento com que o indivíduo mais se identifica no momento (alegria, tristeza, raiva, preocupação etc.).

h) Dado Colorido
Os principais assuntos abordados foram: higiene física e mental, cuidado com o corpo, sono e repouso. As peças do jogo são compostas de um dado com uma cor diferente em cada lado e dez fichas numeradas de cada cor, totalizando sessenta fichas com trinta perguntas e trinta respostas. Para cada pergunta numerada de uma ficha, há outra, de mesmo número, com a resposta correspondente. Cada cor das fichas e do dado tem um significado específico: branco (educação em saúde para o indivíduo), vermelho (dieta), azul (tratamento e controle da doença), laranja (exames complementares), verde (atividades físicas) e amarelo (estilo de vida, o estado psicológico e social do indivíduo).

4. INSTRUMENTOS FACILITADORES DO PROCESSO EDUCATIVO

Finalmente, algumas considerações sobre instrumentos educativos que

podem se tornar grandes facilitadores do processo educativo:

Álbum seriado
Série de cartazes utilizados para ensinar pequenos grupos sobre um assunto em particular. Cada ideia principal é mostrada em um cartaz. Sua utilização faz com que ensinar se torne mais fácil, pois cada cartaz lembra o treinador/formador de todos os
pontos importantes.

Os cartazes devem ser feitos em papel de boa qualidade, para que durem bastante tempo. Podem-se utilizar também folhas de plástico colorido. Os cartazes devem ser presos em conjunto, formando um bloco. Reforce a parte superior com uma fita forte, se possível. Faça orifícios na fita e una os cartazes com anéis, cordão ou tiras de madeira.

Flipchart (ou flip chart)
É um tipo de quadro, usado geralmente para exposições didáticas ou apresentações, em que fica preso um bloco de papéis. Deste modo, quando o quadro está cheio, o apresentador simplesmente vira a folha (em inglês, flip), sem perder tempo apagando o quadro. É um recurso interessante em salas de reuniões, pois permite posteriormente criar-se um mural, na própria sala, com os dados apresentados. Tem a vantagem de utilizar canetas ou marcadores de tinta, menos alergênicos que o giz, mas consome muito papel, o que tem reflexos sobre os problemas ambientais. Existem outras formas mais modernas de apresentação que possam substituí-lo como o data show.

Flanelógrafo
De acordo com Mello (2004), o flanelógrafo é um material didático dos mais úteis. É constituído por uma superfície rígida recoberta por flanela ou material semelhante, onde são expostas gravuras que possuem flanela ou lixa (velcro) no verso, para serem afixadas no flanelógrafo, as flanelogravuras. A cor do flanelógrafo pode variar do cinza-claro ou escuro ao verdeclaro ou escuro, do azul ou preto. É um material acessível em preço e dispensa aparelhagem complicada em sua utilização, favorecendo a concretização do ensino e tornando ideias e conceitos mais próximos da realidade. Sua utilização deve, também, considerar bem a escolha da mensagem e a análise do público ao qual o recurso se destina; preparar os pontos-chave dos

conteúdos da apresentação de forma sequencial; utilizar o contraste entre o fundo e as figuras, usando sempre cores mais fortes para as figuras (o fundo não deve chamar atenção, e sim as cenas que se desenrolam); numerar as flanelogravuras para melhor segurança durante a exposição, depois, guardá-las num envelope ou caixa; explorar cada ilustração ao máximo com perguntas e comentários.

REFERÊNCIAS

Campos, MCRM. A IMPORTÂNCIA DO JOGO NA APRENDIZAGEM.

Psicopedagogia On Line. [acesso em 7 mai 2010]. Disponível em: http://www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=39

Jesus L, Jorge MM. Jogos e atividades lúdicas na idade avançada.

Caderno de Psicologia,1999, 6:66-73.

Mello, RM. Tecnologia educacional. 15p. Telêmaco Borba; 2004. [acesso em 7 mai 2010]. Disponível em: www.tiapri.com/público/docs/tecnologias_ensino.pdf

Rio de Janeiro.SESC, Departamento Nacional, 2007. Manual técnico de educação em saúde bucal / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. 132p.

Torres HC, Hortale VA, Schall A. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad.Saúde Pública.2003; 19(4).

Viol BM, Salvador FC. Estudando as parasitoses através de estórias e jogos lúdicos. Revista F@pciência, Apucarana-PR,2010; 6 (9):76 -79.

UNIDADE 3

A FAMÍLIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

MÓDULO 2

A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORES

Adélia Delfina da Motta Silva Correia
Ana Lúcia Gomes da Silva Gastaud
André Luiz da Motta Silva
Cibele Alves Chapadeiro de Castro Sales
Daniel Estevão de Miranda
Helga Yuri Silva Okano Andrade
Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Sobre os Autores:

Adélia Delfina da Motta Silva Correia

Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP/MS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ); Mestrado em Saúde Coletiva pela UFMS. Professora Colaboradora da ESP/MS e Coordenadora Estadual de Telessaúde de Mato Grosso do Sul (CETEL) / Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS).

Ana Lúcia Gomes da Silva Gastaud

Graduação em Serviço Social pela Universidade Católica de Pelotas (1976); Especialização em Educação pela Universidade Federal de Pelotas (1996); Mestrado em Saúde Coletiva pela Coletiva – UFMS (2002) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília- UnB (2007). Integrante do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), atuando nas disciplinas da área de Saúde Coletiva e Professora Colaboradora da ESP/MS.

André Luiz da Motta Silva

Cientista Social, graduado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Mestrando em Educação pela UFMS.

Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado

Cirurgiã-Dentista, graduada pela Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP; Especialização em Odontopediatria pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas- APCD-Araraquara; Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial pela UNISA; Especialização em Formação Docente para Profissionais da Saúde pela FIOCRUZ Cerrado-Pantanal e Facilitadores de Educação Permanente pelo Ministério da Saúde. Atuação no Departamento de

Educação Permanente da Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande. Orientadora de aprendizagem no Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família/UFMS/Fiocruz. Mestranda em Saúde da Famíla, UFMS.

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Médica pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Especialização em Medicina de Família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/UFMS/ Fiocruz. . Mestranda em Saúde da Famíla, UFMS.

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Enfermeira, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Ex-Gerente da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da
Saúde de Minas Gerais (1999 a 2008). Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/ Programa Ágora.

Cibele Alves Chapadeiro de Castro Sales

Psicóloga, professora emérita do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM; Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP. Professora do Internato de Medicina Geral e Comunitária do Curso de Medicina da UFTM e Tutora do PET Saúde e Diretora do Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Sociais e Humanas da UFTM.

Daniel Estevão de Miranda

Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); Mestrado em Ciência Política pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutorando em Ciência Política pela UFSCar e Professor Assistente na UFMS, no curso de Ciências Sociais.

Helga Yuri Silva Okano Andrade

Graduação em Psicologia pela Universidade de Uberaba; Mestrado pela

Portsmouth University – Inglaterra, no tema Família; Especialização em Saúde Mental e Docência Universitária. Professora Assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Apresentação do Módulo

A produção do módulo realiza-se de forma compartilhada entre quatro instituições − a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e a Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ Cerrado Pantanal. Os autores, ligados iretamente às instituições de educação superior ou ao serviço de saúde, trazem suas experiências profissionais e docentes de modo a fazer desse caderno de estudo uma segura orientação para a prática das equipes de Saúde da Família.

Abordar a questão família, como centro da Atenção Primária à Saúde, é uma situação prioritária, especialmente se a colocamos na estratégia de reorganização do sistema de saúde nacional. Assim, neste módulo, vamos utilizar o conceito de família, oficialmente proposto pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como:

[...] o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 2003, pg 6).

A partir dessa definição, é necessário também conhecer as configurações dessa família − seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, sua cultura, que toma características bem peculiares nesse nosso tempo de diversidade e transição demográfica e epidemiológica. Enfim, compreender a família como unidade de produção social.

Este módulo começa com as políticas públicas, seguindo a abordagem da história, configurações, conceito e funções da família.

Atendendo à expectativa mais direta dos leitores profissionais de saúde ligados a programas de Saúde da Família , são apresentadas as ferramentas de abordagem familiar genograma, ecomapa, estágios no ciclo de vida, F.I.R.O,

P.R.A.C.T.I.C.E. e A.P.G.A.R. familiar.

Aqui, uma novidade: junto com o lançamento deste caderno de estudos é também publicitado o Programa Álbum de Família, que permite, em português e em linguagem digital, a construção de genogramas, em software livre.

Este módulo aborda, ainda, três aspectos ligados à atuação com as famílias: as etapas de intervenção no trabalho com famílias, a família e seus contextos de vulnerabilidade e a doença crônica e a família.

Para tanto, pretende-se que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

• Compreender a família como um grupo social e as políticas públicas a ela dirigidas;

• Compreender os diferentes padrões e dinâmicas familiares na sociedade;

• Analisar as principais ferramentas de abordagem familiar;

• Discutir a intervenção no trabalho das equipes com as famílias.

Seção 1 - A FAMÍLIA COMO FOCO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Nesta seção abordaremos a família como foco das políticas públicas, a legislação que trata da família e as mudanças ocorridas pelas intervenções das políticas públicas e sociais.

Para tanto, almeja-se que ao término desta seção você seja capaz de:

Compreender a inserção da família nas políticas públicas e sociais.

Conhecer os programas sociais voltados à família.

Na década de 80, ganha notoriedade a inserção da família nas políticas públicas e de saúde, em função dos interesses do Estado, da sociedade civil e de organismos internacionais. No Brasil, as igrejas anteciparam suas intervenções às do Estado.

São exemplos os trabalhos da Sociedade São Vicente de Paula, do Movimento Familiar Cristão e da Pastoral da Criança (RIBEIRO, 2004).

Constituição da República Federativa do Brasil

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º. O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º. O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º. Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º. Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º. Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

§ 6º. O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio, após prévia separação judicial por mais de um ano, nos casos expressos em lei, ou comprovada separação de fato por mais de dois anos.

§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º. O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações. (BRASIL, 1988).

VAMOS SABER MAIS!

Como membro da equipe de Saúde da Família, é essencial que você seja um conhecedor dos conceitos e discussões contemporâneas acerca do tema FAMÍLIA. Para tanto, sugerimos a leitura do texto "A Família na Constituição Federal de 1988 - Uma Instituição plural e atenta aos direitos de personalidade" (MENEZES, 2008), disponível na Biblioteca Virtual deste curso. Boa leitura para você!

Podemos caracterizar política pública como um conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema

que a sociedade lhe apresenta.

Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Portanto, as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado, para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles, os relacionados à saúde.

> Política Social é aquela que busca reduzir as desigualdades sociais, por isso ela deve ser preventiva para ir às raízes do problema (DEMO, 2000).

Vamos pensar em como a família vem sendo considerada na criação e aplicação das políticas públicas e como ela se tornou o foco das políticas de saúde atuais no Brasil. Desde o pós-guerra de 1944, nos países capitalistas, a oferta de bens e serviços pelo Estado pareceu descartar a família, privilegiando o indivíduo-cidadão. A informação, o consumo e a a urbanização fortaleceram o indivíduo portador de direitos. Apostava-se que a família seria prescindível, substituível por um Estadoprotetor. Nas últimas décadas, a família volta a ser pensada como corresponsável pelo desenvolvimento do cidadão.

O boom econômico dos anos 1960 e 1970, a carência de mão-de-obra, a emergência do movimento feminista, a liberação sexual, juntamente com o desejo e a possibilidade de controlar o tamanho da família, levaram o foco para a mulher e a família. Os movimentos sociais que se seguiram eram compostos, em sua maioria, por mulheres.

A família e o Estado são instituições que levam ao bom funcionamento das sociedades capitalistas. Os indivíduos precisam consumir serviços que o mercado não pode oferecer, alguns oferecidos pelo Estado e outros que a família oferece - afeto, socialização, apoio mútuo e proteção. Trabalhos demonstram que a solidariedade familiar e o serviço coletivo funcionam em complementaridade e não podem substituir-se um ao outro (Acosta; Vitalle, 2005).

Assim, as políticas de saúde e de assistência social têm introduzido serviços voltados à família e à comunidade. Hoje, fala-se menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, equipe de saúde da família, cuidador domiciliar, centros de convivência etc.

Também as políticas de combate à pobreza elegeram a família e a comunidade

como parceiras. Os programas de renda mínima buscam garantir ao grupo familiar recursos suficientes para uma alimentação básica e a manutenção dos filhos na escola. As políticas de habitação também elegeram a família como coparticipante na melhoria habitacional.

Pensa-se na família também como condição de inclusão social. Se o indivíduo possui trabalho e vínculos sociofamiliares, encontra-se potencialmente incluído nas redes de integração e pertencimento social. Se falta um ou outro, pode ficar em vulnerabilidade.

Em 2007, aproximadamente um terço das famílias brasileiras vivia com um rendimento de ½ salário mínimo per capita. Nesse mesmo ano, o Brasil contava com 14,1 milhões de analfabetos, entre pessoas de 15 anos ou mais de idade.

Na desagregação por região geográfica, a Nordeste concentrava 52,0% do total dos analfabetos do país. Nos dados do IBGE (2008), verifica-se que, apesar de ter havido melhoras nas condições de vida da população, ainda é baixo o número de domicílios, contendo crianças de até seis anos de idade, os quais possuíam saneamento básico em condições adequadas. A relevância desse dado se dá pelo fato de que boa parte dos óbitos infantis decorre de causas relacionadas à falta de saneamento básico, como a diarreia, por exemplo.

É consenso que a situação de vulnerabilidade em que se encontram as famílias brasileiras está diretamente associada às condições de pobreza a que estão expostas. Por essa razão, demandam políticas públicas e programas próprios que atendam a essas especificidades (FERRARI; KALOUSTIAN, 1994).

As desigualdades sociais, acrescidas de outros componentes estruturais determinados pela sociedade contemporânea, levam as famílias a buscarem novas maneiras de viver dentro das linhas de exclusão. Essas são estratégias de sobrevivência em que se inclui grande parcela da população brasileira.

Os aspectos significativos, que não podem ser negligenciados quando se pretende compor o retrato da situação social das famílias brasileiras, são aqueles ligados à educação, saneamento básico, condições de moradia, trabalho, renda familiar, lazer e acesso aos serviços de saúde.

Todos esses aspectos não se apresentam com muita nitidez nas estatísticas, dada a precariedade dos dados que alimentam os sistemas de informação em saúde e pelo fato de os indicadores de avaliação de saúde sempre se ancorarem no

evento “doença”.

A Carta Magna traz, no seu arcabouço, um grande avanço na área social, pela introdução de regras, direitos e deveres, que eram, anteriormente, simples anseio dos movimentos sociais não hegemônicos.

Não resta dúvida de que as regras estão postas, mas a universalidade das mesmas é que ainda precisa ser entendida e incorporada nos serviços de saúde como um direito de cidadania.

A Política Nacional de Atenção Básica de Saúde do Ministério da Saúde, publicada em 2006, reafirma a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, e onde se efetiva a luta pela sobrevivência, pela produção e reprodução, e pelas condições de vida (Brasil, 2006).

BASTOS; TRAD (1998, p.107) comentam que As famílias ocupam espaços diferenciados em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. (...) estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e cultura.

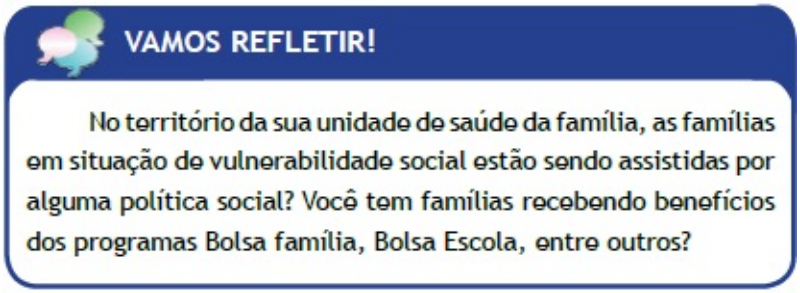
As famílias, diante de problemas de saúde, articulam mecanismos próprios de enfrentamento, baseados nas suas crenças e valores culturalmente instalados, assim como na oferta e disponibilização de recursos sanitários.

Neste sentido, tanto o governo federal como os estaduais buscam, pelos seus projetos da linha social, fazer a inclusão social de famílias, especialmente as que estão em situação de vulnerabilidade.

O acesso aos benefícios das políticas sociais pode-se dar pelos mecanismos de articulação e prontidão que o gestor municipal utiliza para inserção dos seus munícipes nessas estratégias de melhoria da qualidade de vida, atento sempre ao princípio de equidade. Temos, por exemplo, ações que buscam resgatar a cidadania das famílias em diferentes municípios em situação de vulnerabilidade demarcadas pelos indicadores sociais: Programa Bolsa Família, Programa Erradicação do Trabalho Infantil, Programa Poupança Jovem, entre outros. Noanexo I descrevemos de forma sucinta alguns desses programas.

Na área da saúde, a maior política pública de inclusão social é a Estratégia Saúde

da Família.



Por mais precarizadas e vulneráveis que as famílias em situação de exclusão estejam, elas devem ser as maiores parceiras dos programas sociais, como corresponsáveis, ao lado dos profissionais, para que os mecanismos de proteção possam ser eficientes.

Projetos Sociais são definidos como “iniciativas empreendidas no âmbito de um território, por setores da sociedade civil organizada, de forma estruturada, com variados graus de formalização e institucionalização, com período de tempo de execução delimitado, que buscam o desenvolvimento social e a melhoria da qualidade de vida de uma parcela ou do conjunto de habitantes” (Oliveira, et al., 2009).

Questionamentos podem ser feitos sobre as políticas públicas em relação à família, como a eleição apenas da mulher como contato da parceria, idealização da família, sem levar em consideração todas as influências, contextos e oferecimento de ajuda compensatória e não-geradora de autonomia. Entretanto, há de se reforçar a família como um agente essencial de proteção de seus membros - idosos, doentes crônicos, crianças, dependentes, desempregados, entre outros. Portanto, a família deve ser um dos elos fortes na rede de proteção social.

É preciso que o setor público lhe dê intenso apoio para produzir saúde, educação e bem-estar, integrando-a em todas as políticas públicas e sociais.

Seção 2 - A FAMÍLIA

Na primeira seção vimos alguns aspectos políticos que dimensionam relações de governos com as famílias. Vamos, agora, fazer uma introdução maior referente a esse fenômeno tão importante, a família, foco de uma das maiores estratégias em saúde no nosso país: a Estratégia Saúde da Família.

Nesta seção discutiremos temas como: as diferentes configurações e conceitos de família, suas funções na sociedade e suas transformações na sociedade contemporânea. Desejamos que ao final desta seção você seja capaz de:

Compreender o conceito de família; Analisar as diferentes configurações familiares exercidas na sociedade contemporânea; Identificar as diferentes funções e estruturas da família.

2.1 Conceituação de família

Ao longo da história da humanidade, a família vem se mantendo como uma instituição passível de adaptações e mudanças impostas pela sociedade. Na Idade Média, a missão da família centrava-se na conservação dos bens, na prática de um ofício, na ajuda mútua e na proteção da honra e da vida, sob a condução de um chefe ou senhor. Até a Revolução Industrial (meados do século XVIII), não havia uma separação entre o trabalho e a casa, o trabalho e a família.

O trabalho era feito dentro ou junto da casa - nos escritórios dos profissionais liberais ou na oficina dos artesãos. Entre os camponeses, a família não era um grupo social significativo, pois não teria condições de sobreviver; assim, tudo era partilhado pela aldeia, inclusive eventos sociais, como casamentos, batizados e funerais.

A evolução e as mudanças que caracterizaram o mundo na modernidade levaram também a família, como uma instituição privada, a se locomover em diferentes espaços/territórios.

Famílias que eram, na Idade Média, de ambiência rural passaram para um espaço urbano. A velocidade com que essas mudanças aconteceram está ligada a fatores econômicos, sociais, culturais e tecnológicos advindos da própria modernidade (ACOSTA E VITALE, 2005).

Com o progresso da Revolução Industrial (século XIX e XX), as relações no trabalho ficaram impessoais; o homem foi trabalhar fora de casa, com as características adequadas:

frieza, objetividade e agressividade. E a mulher ficou em casa, como guardiã do que o homem não podia levar: emoção, afeto e fragilidade. Tinha a missão fundamental de cuidar dos filhos, em uma rigorosa divisão dos papéis sexuais, na família ditatradicional - pai, mãe e filhos. As relações familiares entre pais e filhos, na família, passaram a ser definidas pela autoridade interna, o chefe de família, o pai.

O tema família, portanto, é um daqueles sobre os quais todas as pessoas têm uma opinião. Entretanto, para qualquer indivíduo, é complicado delimitar o significado da palavra família e, ainda mais, reunir e expor de forma conceitual os aspectos que a envolvem para além de livrescas e puras definições.

Nem sempre tal resposta é bem estruturada, mas, geralmente, ela nos dá uma imagem, isto é, a representação do que para nós é ou deveria ser uma família.

Não se tem conhecimento de nenhuma sociedade em que não estivessem presentes modelos de organização familiar em sua estrutura social. Mas, ao mesmo tempo, há uma forte tendência para expressarmos nossa concepção de família a partir de um tipo ideal, de um modelo, de uma abstração que corresponda ao “padrão de normalidade” que a consciência coletiva, conjunto de representações de uma sociedade, impõe aos indivíduos, mesmo que não corresponda, em muitos casos, ao modelo ou à experiência de família da qual fazemos parte.

O termo família, que provém do latim *famulus* (criado, servidor), aplicava-se originalmente ao conjunto de empregados de um senhor e mais tarde passou a ser utilizado para denominar o grupo de pessoas que vivem numa casa, unidas por laços de sangue e submetidas à autoridade de um chefe comum (PRADO, 1986).

Por esta razão, a família é representada, tanto popularmente como em dicionários, como grupo de pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Da mesma forma, pode significar pessoas unidas por laços de parentesco, linhagem, ascendência, estirpe, sangue e por aceitação, ou melhor, por adoção.

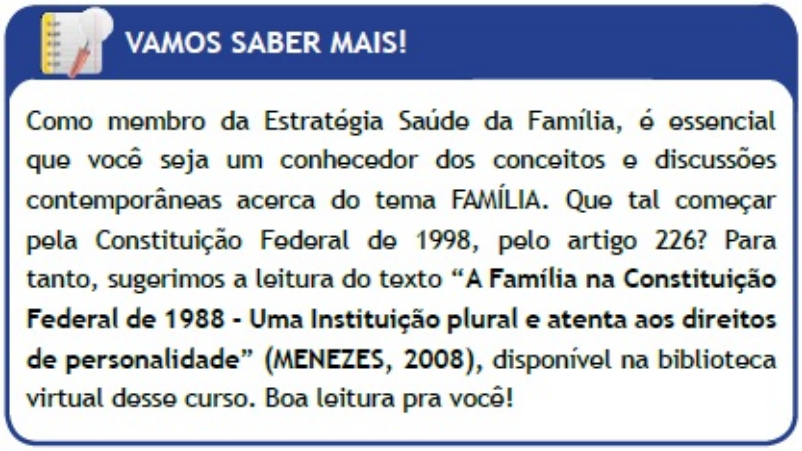
VAMOS REFLETIR!

Você conhece o conceito de família do IBGE? Será que quando vemos os dados sobre família desse instituto sabemos exatamente do que se trata? De acordo com orientação disposta no Manual do SIAB, com base em orientação do IBGE (BRASIL, 1998), família pode ser definida como "o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados." Para que entenda mais sobre isso, sugerimos a breve leitura do texto **"A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários" (ALVES, 2005)**, que contextualiza esse conceito. Vale a pena dar uma olhadinha... O texto está disponível na biblioteca do curso.

Podemos, portanto, dizer que a entidade família é de existência incontestável. Verificamos, contudo, que, independentemente da conceituação formal ou do sentido etimológico da palavra, alguns elementos, ao longo da existência da humanidade, identificam um grupo familiar:

- espaço de apoio à sobrevivência e proteção integral dos filhos e demais membros;
- espaço dos extremos da vida: do nascimento à morte, vivência das emoções e dos afetos extremos;

- espaço de conflito e de negociação, onde os sujeitos aprendem o viver saudavelmente em sociedade;
- espaço de disponibilização de aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus componentes;
- espaço de educação informal e apoio à educação formal, podendo haver ou não absorção de valores éticos e humanitários e aprofundamento de laços de solidariedade (PRADO, 1986).



Ressaltamos que há diferenças significativas entre a família como instituição social e as formas de família existentes em dado período histórico da sociedade.

A família, enquanto instituição, é uma referência abstrata para a descrição da organização e das finalidades socialmente importantes que tende a desenvolver.

Entendidas como sistemas sociais, as famílias têm grande variação de características estruturais, o que significa que a forma abstrata de instituição cede lugar aos "imponderáveis da vida real", isto é, às mais variadas combinações concretas daqueles elementos e papéis descritos abstratamente (PRADO, 1986).

A família pode ser compreendida nas perspectivas:

- biológica: constituindo-se de pai, mãe e filhos;
- sociológica: uma das instituições sociais que especificam os papéis sociais e os preceitos para o comportamento dos indivíduos;

- antropológica: significando um agregado que partilha um universo de símbolos e valores, códigos e normas, relacionados aos processos de socialização do indivíduo;
- psicológica: considerada como uma unidade emocional, em que o funcionamento de um afeta o conjunto da família.

2.2 As funções da família

Verificamos, assim, que a família, como instituição social, varia em composição e comportamento, segundo determinantes sociais, econômicos, políticos, religiosos ou ideológicos.

Modifica-se, ainda, em função da localização territorial do grupo social em que se insere e da época histórica considerada. (ANDRADE, S. M. et. al., 2001; SILVA et. al., s/d).

Mesmo diante dessa diversidade de aspectos, Prado (1986) identifica, na atualidade, como funções da família:

- Sexual: atendimento das necessidades sexuais tornadas lícitas através da institucionalização de uma união ou casamento, que visa estabelecer um pai legal para os filhos;
- Reprodutiva: perpetuação da família e da sociedade através da descendência;
- Econômica: garantia do sustento e proteção da prole, estabelecendo a participação dos pais e a divisão e organização do trabalho entre os mesmos;
- Socializadora/ Educativa: transmissão de um conjunto de hábitos, costumes e valores, assumindo, sobretudo, o cuidado com as crianças, este reconhecido universalmente como de extrema importância e de responsabilidade da família.

É compreensível que a família, como primeira instituição social com a qual os indivíduos têm contato, busque se reproduzir em vários sentidos, através do processo de socialização, que transmite os modos de agir, pensar e sentir próprios da ordem social envolvente.

A educação dos filhos é um papel desempenhado tanto pelo pai como pela mãe e exercido de modos diversos e complementares, sendo fundamentais à constituição da identificação social da prole.

Pode-se concluir, dessa forma, que a família assume, como instituição educadora, duas funções especiais: a socializadora e a de identificação social. A primeira está destinada a transmitir a herança sociocultural, ou seja, fornecer aos indivíduos, em seus primeiros anos de vida, elementos como a língua, usos e costumes, valores e crenças, construindo nas crianças e, posteriormente, nos jovens, os comportamentos legítimos e esperados para o ingresso na sociedade. Já a identificação social proporciona aos indivíduos a conquista de determinada posição social ou status, na medida em que a família é, também, produto da conformação de múltiplas identidades sociais:
étnicas, religiosas, políticas, educacionais, de classes etc.

2.3 Estruturas familiares

Verifica-se uma grande variação de organização familiar de uma sociedade para outra, ou mesmo no interior de uma dada sociedade. Contudo encontram-se, principalmente, as seguintes organizações:

- Família nuclear, conjugal ou elementar: pai, mãe e filhos nascidos dessa união; os irmãos, filhos do mesmo pai e da mesma mãe, habitando o mesmo espaço e tendo sua união reconhecida pelos demais membros da comunidade;
- Família composta: compreende o conjunto de cônjuges e de seus filhos na sociedade poligâmica, sob duas modalidades: a poliginia (um homem com mais de uma esposa) ou a poliandria (uma mulher com vários maridos);
- Família extensa: rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de pelo menos três gerações, correspondendo, em geral, a uma unidade doméstica (propriedade da terra e das habitações).

Podemos afirmar que o modelo de família mais conhecido e reconhecido socialmente seja o denominado de “nuclear”, hoje adquirindo também as denominações de “natal-conjugal”, “simples”, “imediata”, “primária” ou

“normal”.

Vale referenciar que essa união, quando os pais não são casados, foi denominada até recentemente de concubinato. Hoje se denomina união estável, com reconhecimento nas normas jurídicas. Esse tipo de união conjugal, legitimada socialmente e implicando uma quantidade de direitos e deveres mais ou menos bem demarcados, é tido como uma forma distinta do casamento, mas cujos elementos que servem para sua definição estão sujeitos a variações de acordo com cada sociedade.

A família nuclear estabelece a base de nossa estrutura social, é dela que se originam as formas mais elementares de parentesco. O modelo de família nuclear pode ser verificado em quase todas as formas de organização social, como forma dominante ou como unidade complementar às famílias extensas ou compostas. Entretanto, os padrões ocidentais de organização familiar tendem a representar a família nuclear como o “tipo ideal”.

Em virtude da influência dos valores judaico-cristãos, a monogamia, o costume ou prática social na qual ao indivíduo (homem ou mulher) não é permitido possuir mais de um cônjuge, é tida como a forma legítima, mesmo que os casos de unidades familiares poligâmicas (consideradas desvios, formas estranhas ou imorais) floresçam em seu meio.

Desse modo, a forma de unidade familiar nuclear não vai além da “vida dos esposos que a fundaram” e da “vida dos filhos que nasceram do casamento deles”. Nas demais sociedades, o modelo familiar nuclear está associado a distintas composições de famílias múltiplas ou extensas, que são grupos de parentesco mais amplos, incluindo mais do que apenas o casal e sua prole.

Todos os indivíduos tendem a passar por duas formas de família natal-conjugal, que, em verdade, não apresentam diferenças estruturais. Elas são diferenciadas do ponto de vista do papel que os indivíduos ocupam na disposição de sua hierarquia interna.

A família natal-conjugal primária é aquela em que o indivíduo nasce assumindo aí o papel de filho. Já a família natal-conjugal secundária corresponde à organização familiar que advém da união entre indivíduos, dando origem a uma nova família.

Deve-se lembrar, também, outra terminologia empregada em estudos sociológicos e antropológicos para designar as duas variações deste modelo: “família de origem” (equivale à família de nossos pais) e “família de reprodução” (originada pela união ente dois indivíduos adultos e os filhos decorrentes da mesma).

Essas famílias não apresentam nenhuma dessemelhança aparente no que se refere às suas formas e funções. A diferença entre elas está no status social atribuído a determinado indivíduo no interior de ambas as organizações familiares.

Em síntese, o modelo predominante de organização familiar das sociedades ocidentais, entre elas o Brasil, é o modelo natal-conjugal, sendo este, por excelência, uma associação temporária, que tem seu início com o casamento e seu término a partir da dispersão dos seus descendentes/filhos.

Apesar de todas as definições científicas dos modelos de família existentes, o que não se pode esquecer é que a família não é um mero fenômeno de origem natural, como as correntes científicas evolucionistas ou biologicistas possam vir a interpretá-la.

A família é, acima de tudo, uma instituição social e, assim sendo, é historicamente produzida, variando de acordo com o tempo e o espaço. As diversas configurações e finalidades estarão em conformidade com as condições materiais e socioculturais de sua época.

3.4 Transformações da família contemporânea.

A seguir, algumas das transformações da família contemporânea serão abordadas. Como visto até aqui, a família, como a maioria das estruturas e fenômenos sociais, é fortemente marcada pela diversidade. Frequentemente, não se consegue constatar tal diversidade, porque normalmente somos orientados por uma visão da realidade social baseada em modelos. Aprende-se desde cedo a emitir juízos de valor, tais como: certo x errado; bonito x feio etc.

Por essa razão, principalmente, tende-se a não levar em consideração a diversidade como algo que tenha valor em si mesmo, pois muitas vezes

classificamos o diferente como desvio do normal, isto é, dos padrões que aprendemos a utilizar desde cedo para dar sentido à realidade a nossa volta.

Não é diferente com o fenômeno social que denominamos família. Acostumados a identificar como família o grupo de pessoas formado por pai-mãe-filhos, tendemos a considerar como anormais muitas situações que não se enquadram nesse modelo.

A seguir, apontaremos alguns eixos de discussão a partir dos quais poderemos ter um quadro de referência para melhor abordarmos as transformações contemporâneas da família. O objetivo não é esgotar um tema tão vasto e complexo em tão poucas páginas, mas apenas apresentar algumas questões.

Frequentemente, ouvimos que a família é a “célula” da sociedade, isto é, o grupo fundamental, aquele que é a “base de tudo”. Além disso, família e “lar” são associados a umasituação de aconchego, segurança, acolhimento e proteção.

Contudo, também com frequência, não são exatamente esses valores e práticas que podemos observar na realidade social contemporânea. Vejamos alguns exemplos e considerações.

(A) Relação entre cônjuges: o que se espera, normalmente, de um casal que estabelece um vínculo afetivo é o estabelecimento de um ambiente marcado pelas expectativas acima apontadas (aconchego, carinho etc.). Contudo, pesquisas recentes apontam que quase 20% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência (física, sexual, moral ou psicológica) por parte de algum homem, sendo que, entre 50% e 70% dos casos, esse homem era o marido ou parceiro (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

(B) Ao estabelecer um laço afetivo, espera-se de um casal que, mais cedo ou mais tarde, tenha filhos e, principalmente, que cuidem deles e os eduquem. Há dados, contudo, que indicam que as crianças (até 14 anos), em torno de 12%, sofrem algum tipo de violência doméstica no Brasil. Isto corresponde a uma média de 18 mil crianças *por dia*. Além disso, em quase 80% dos casos, o agressor é algum parente próximo. De acordo com o UNICEF, "de hora em hora morre uma criança queimada, torturada ou espancada pelos próprios pais" (CEARÁ, 2007, s/p).

(C) Após uma vida inteira de contribuição à sociedade, espera-se que as pessoas gozem a última etapa de sua vida em paz e segurança. Não existem dados completos e precisos, mas há fortíssimos indícios de que a maioria absoluta da violência contra idosos (maus-tratos, abandono, abuso econômico, entre outros) é praticada por parentes próximos, principalmente filhos, netos e cônjuges (MINAYO; SOUZA, 2005).

Desse modo, a violência doméstica contra mulheres,crianças e idosos, o abandono das crianças pelos próprios pais, que deveriam protegê-las, são ocorrências que trincam a imagem acima mencionada, que associa família à segurança e proteção.

Tendo em vista a frequência desses fatos, que vão em direção contrária à visão ideal de família compartilhada pela maioria das pessoas, é necessário buscar e apontar pelo menos os principais fenômenos que ajudam a compreender as transformações pelas quais a família tem passado no Brasil.

Para se entender melhor tais transformações contemporâneas, é necessário levarmos em consideração que elas são fruto do cruzamento de pelo menos três fenômenos distintos:

1. A presença de uma concepção tradicional de família, herança do modelo patriarcal de família dominante durante muito tempo no Brasil;

2. Os processos de urbanização e de industrialização, intensos no Brasil desde os anos 50 em diante, que geraram uma sociedade moderna, mas fortemente marcada pela desigualdade socioeconômica;
3. A disseminação de valores associados a uma cultura de individualismo típica das sociedades capitalistas.

Para avaliar melhor os impactos desses fenômenos, é necessário levar-se em consideração que a família é entendida como uma das principais instituições mediadoras da relação entre indivíduo e sociedade. Logo, as transformações contemporâneas pelas quais ela passou e tem passado podem ser compreendidas analisando-se as mudanças das relações sociais em dois vínculos – indivíduo-família/família-sociedade.

Se a família permanece até hoje em dia, como tem sido há muito tempo, uma instância primária e básica de socialização dos seres humanos dentro de cada sociedade, por outro lado, é inegável o seu deslocamento como centro aglutinador de direitos e deveres, a partir de um longo processo de individualização da pessoa.

Em outras palavras, o indivíduo passa, nos tempos atuais, a dividir com a família a posição de célula e base da sociedade. Isto não significa que a noção de indivíduo substituiu, ou algum dia substituirá, por completo, a família enquanto base da sociedade. O que há, hoje em dia, é um aumento da complexidade das relações sociais, derivado da extensão do leque das possibilidades de estilos de vida familiar.

Retornemos rapidamente ao Brasil do século XIX para melhor entender esse processo contemporâneo. Naquela época, apesar da diversidade da realidade familiar, considerava-se correto e ideal que as famílias fossem “chefiadas por um homem”, o pai, que “exercia autoridade legal sobre toda a unidade doméstica, e a lei delegava a ele odireito de punir seus membros” (GRAHAM, 1997, p.34, grifos
nossos). A noção de “pai de família” (pater familias) implicava não apenas cuidado, mas autoridade.

A instituição família era protegida pelo Estado de modo especial e em seus diversos aspectos: 1) patrimonial: não se podia, por exemplo, delegar a propriedade da família a alguém que não pertencesse a ela, com raras

exceções (desobediência do/a filho/a, por exemplo); 2) moral: não raramente questões familiares tornavam-se questões públicas, oficiais.

Assim, por exemplo, o historiador R. Graham, que realizou uma pesquisa sobre família e clientelismo no Brasil do século XIX, narra um caso em que "diplomatas e policiais consideraram seu dever informar a um padeiro que sua filha casada abandonara o marido por outro homem" (GRAHAM, 1997, p. 34).

Tal ato não era um problema pessoal ou privado somente, era também uma questão pública, envolvendo não somente a família, mas o próprio poder público.Nesse exemplo histórico, vê-se claramente que a família, enquanto unidade doméstica chefiada por um homem, um "pai de família" responsável não somente pelo cuidado, mas também pelo exercício quase irrestrito da autoridade quando isso fosse necessário, era, de fato, uma instituição basilar e sagrada, valorizada e protegida pelo próprio poder público.

Sendo assim, como centro de referência das principais relações sociais, a família, em seu conjunto, era portadora de direitos e deveres, e não os indivíduos, os quais só tinham direitos e proteção enquanto membros de uma família.

A família, portanto, era a principal mediadora das relações entre indivíduo e sociedade. Essa mediação estabelecia-se, como já foi dito acima, a partir do exercício quase irrestrito da autoridade paternal no âmbito doméstico. Sendo assim, internamente, a família é ainda, muitas vezes, vista (e na maior parte das vezes constituída) como um "grupo hierárquico". Ela é organizada a partir de "um padrão de autoridade patriarcal" (homem como "chefe-da-família", isto é, como aquele que tem precedência sobre mulher e filhos), combinado com uma autoridade geracional indicada pela idade (pais sobre filhos, principalmente) ou, pelo menos, respeito geracional (dos mais novos para com os mais velhos), embora o parágrafo 5º do Art. 226 da Constituição estabeleça que "os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher" (Brasil, 1988, pg. 147).

A divisão sexual do trabalho reforça a posição do homem como "provedor do lar" e a mulher como "dona-de-casa". Assim, o homem é o chefe da

família, enquanto a mulher é a chefe da casa, isto é, aquela que conhece melhor a casa e, portanto, tem condições de tomar as decisões principais. Mas, ao mesmo tempo, encontra-se abaixo da autoridade do homem. A autoridade feminina está, normalmente, fortemente vinculada à figura simbólica da “mãe”.

O fundamento da autoridade masculina reside em sua função mediadora − homem como o elo entre o mundo ‘interno’ da família e o mundo ‘externo’− e provedora − (responsável pelo sustento e sobrevivência econômico-material da família).

As transformações socioeconômicas, políticas e jurídicas pelas quais a sociedade brasileira passou ao longo do século XX envolveram também, é claro, a família. A imagem tradicional da mulher como mãe/esposa/donade-casa se altera, assim como, por consequência, a própriaimagem do homem como “chefe-de-família-provedor do lar”. Contudo, isto não significa ou não implica a superação total dessas visões e dos valores e imagens a elas associadas. O que há, mais propriamente, é uma diversificação tanto das estruturas familiares quanto das estratégias de sobrevivência, principalmente entre os economicamente menos favorecidos.

Na lei e na realidade, a concepção tradicional de família, enquanto grupo social submetido a uma autoridade masculina quase irrestrita, concorre com uma nova concepção, na qual a valorização da família não ocorre pelo reforço da autoridade paternal, e sim por uma especialização da proteção pública a indivíduos ocupantes de determinada posição na estrutura familiar.

Se antes a lei e o próprio Estado atuavam no sentido de reforçar e proteger a família pelo reforço ou manutenção do poder do ‘pai de família’, agora atuam no sentido de proteger a família através da promulgação de legislações específicas para cada membro considerado importante.

Assim, nas últimas décadas, observa-se o surgimento: 1) do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), que visa reforçar uma imagem de família e de lar enquanto ambientes de cuidado e acolhimento para as crianças e adolescentes; 2) da Lei Maria da Penha, que tem por objetivo coibir a violência doméstica, principalmente a que atinge as mulheres; 3) do Estatuto do Idoso, destinado a promover a valorização e respeito das

pessoas com mais idade.

Assim, observamos que há um estímulo oficial – via legislação e políticas públicas específicas – de se alterarem determinados padrões de relações sociais definidoras da concepção de família tradicional, principalmente os elementos que constituíam as bases do exercício da autoridade paternal, antes arbitrária e quase ilimitada.

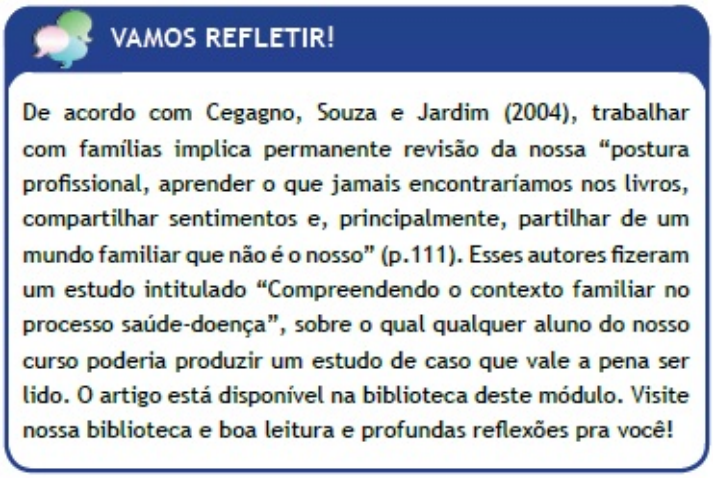
Essa atuação governamental não ocorre no vazio, antes está ancorada num conjunto de transformações concretas da própria sociedade, que não mais tolera determinados padrões de exercício de autoridade, principalmente quando estes extrapolam os limites de determinados direitos concebidos como inerentes aos indivíduos.

VAMOS SABER MAIS!

De acordo com a Síntese de Indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD 2009 (BRASIL, 2010), o número médio de pessoas por família residente em domicílio particular foi de 3,1 pessoas, idêntico ao registrado na PNAD 2008. Quanto ao estado civil, no Brasil, os dados da PNAD 2009 revelaram haver cerca de 66,6 milhões de pessoas casadas, representando 45,8% do total da população, enquanto os solteiros representavam 42,8%. Dados sobre a força de trabalho por gênero revelaram que as mulheres continuaram sendo maioria na população em idade ativa (51,3%), entretanto revelaram também que, entre as pessoas ocupadas, as mulheres continuam com uma representação menor (42,6%) que a dos homens. E, entre as pessoas desocupadas, elas ainda eram a maioria, 58,3%. Em média, de acordo com os dados da PNAD 2009, as mulheres trabalhadoras do País tinham 8,7 anos de estudo, enquanto os homens apresentavam, aproximadamente, um ano a menos.
Para obter mais informações sobre o Perfil da População Brasileira, você pode acessar na íntegra o caderno da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese dos Indicadores 2009 (BRASIL, 2010), disponível em nossa biblioteca.

As transformações da sociedade exercem importantes influências sobre nossas próprias concepções e sobre o modo de avaliar comportamentos e eventos. Hoje observa-se diversificação das estruturas familiares, com os

indivíduos da família assumindo papéis diferentes dos tradicionais, sendo muitas vezes considerada como “Família desestruturada”.



Assim, as transformações recentes tendem a acentuar e valorizar não a família em si, como se esta fosse um todo homogêneo e coeso, mas a valorizá-la enquanto grupo que pode variar em sua estrutura de relações internas pela proteção dos indivíduos em determinadas condições.

Como foi dito acima, só se pode afirmar que a família é a “célula” da sociedade e a “base de tudo” se for levado em consideração que ela o é na medida em que é constituída por pessoas valorizadas enquanto indivíduos em condições específicas (homem, mulher, criança, idoso etc.) e não somente enquanto membros de um grupo. Os direitos que regem as relações familiares passam, portanto, a ser cada vez mais individualizados.

A figura da autoridade tende a extravasar o âmbito da família nuclear, na medida em que a sobrevivência material da família como um todo e a formação moral das novas gerações (crianças) passam a depender não somente do chefe-de-família – homem ou mulher – mas também de toda uma rede de relações ativadas pelas pessoas em situações de maior vulnerabilidade social. Essa rede inclui parentes fora do núcleo doméstico (tios, avós, primos etc.), compadrio, vizinhança e, é claro, o próprio poder público.

Seção 3 - FAMÍLIA E CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

Nesta seção vamos abordar as situações de vulnerabilidade e os fluxos de stress a que estão expostas as famílias, bem como as etapas para se trabalhar com elas. É importante que o profissional da saúde conheça esses temas para que possa construir formas de, junto à sua população, amenizar as circunstâncias capazes de levar os indivíduos e as famílias a adoecerem. Desejamos que ao final desta seção você seja capaz de:

• identificar as diversas situações que levam à vulnerabilidade familiar;
• reconhecer os fluxos de stress aos quais estão expostas as famílias;
• construir as etapas para o trabalho com as famílias.

3.1 Vulnerabilidades

A vulnerabilidade de uma família representa o volume adicional de recursos que ela requer para satisfazer suas necessidades básicas, relativamente ao que seria requerido por uma família padrão. São cinco os componentes da ausência de vulnerabilidade de uma família.

Quadro 1- Indicadores de ausência de vulnerabilidade de

COMPONENTES	AUSÊNCIA DE VULNERABILIDADE
Fecundidade	V1- Nenhuma mulher teve filho nascido vivo no último ano. V2 - Nenhuma mulher teve filho nascido vivo nos últimos dois anos.
Atenção e cuidados especiais com crianças, adolescentes e jovens	V3 - Ausência de criança V4- Ausência de criança ou adolescente V5 - Ausência de criança, adolescente ou jovem
Atenção e cuidados especiais com idosos	V6 - Ausência de idoso
Dependência econômica	V7- Presença de cônjuge V8 - Mais da metade dos membros encontram-se em idade ativa.
Presença da mãe	V9 - Não existe criança no domicílio cuja mãe tenha morrido. V10 - Não existe criança que não viva com a mãe no domicílio.

Fonte: Acosta; Vitale, 2005.

As famílias de maior vulnerabilidade estão mais suscetíveis aos problemas mais frequentes que vivemos hoje, como a violência e o abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. E quando falamos em violência, em geral, pensamos naquele que está distante, que vem nos roubar, agredir e até mesmo matar.

A violência está presente em muitas famílias. A violência é multideterminada. E um dos determinantes é a própria família.

3.1.1 Violência

De acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (2002), “considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Os conceitos violência intrafamiliar, violência doméstica e violência contra a mulher são frequentemente utilizados para nomear a violência que

acontece no espaço doméstico e familiar, atingindo crianças, adolescentes e mulheres. Apesar da sobreposição existente entre esses recortes, há especificidades em cada um desses conceitos.

Violência intrafamiliar

Destaca-se por sua alta frequência. Trata-se de um tipo deagressão em que os atos, gestos e palavras violentas acontecem entre membros de uma mesma família. Esse tipo de violência tende a se manter pela impunidade dos ofensores, pela ineficiência de políticas públicas e ineficácia das práticas de intervenção e prevenção. Mantém-se, também, com o silêncio da vítima, cuja palavra é confiscada pelo agressor através de ameaças, com a cumplicidade silenciosa dos demais parentes não agressores, que fecham os olhos e se omitem de qualquer atitude, seja de proteção à vítima, seja de denúncia do agressor e com o silêncio dos profissionais que, em nome da ética e do sigilo profissional, muitas vezes se refugiam numa atitude defensiva, negando ou minimizando os efeitos da violência.

Violência sexual

Trata-se de uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução. O abuso sexual infantil é frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas. No entanto, mesmo sem deixar marcas e sinais físicos, é muito grave, devido às consequências emocionais para suas vítimas.

O abuso sexual pode variar de atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração a atos em que não há contato sexual, como o voyeurismo, o exibicionismo e a produção de material pornográfico.

Essa prática supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo mais forte (adulto) sobre o mais fraco (criança, adolescente); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); e o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo. Entre os parentes envolvidos em abuso sexualintrafamiliar, o pai e o padrasto são os maiores ofensores. O abusador garante o silêncio da vítima utilizando-se de promessas, chantagens, ameaças, uso da autoridade ou da própria situação de cumplicidade presente

nas relações familiares.

O abuso sexual é um fenômeno complexo e difícil de enfrentar por parte de todos os envolvidos. É difícil para o abusado e para a família, pois a denúncia do segredo escancara a violência que ocorre dentro da própria família. A vítima vive uma situação traumática e conflituosa, tem raiva da mãe por não protegê-la e tem medo de contar, pois corre o risco de ser desacreditada, insultada, punida ou até afastada de casa sob a acusação de destruir a harmonia e a unidade familiar.

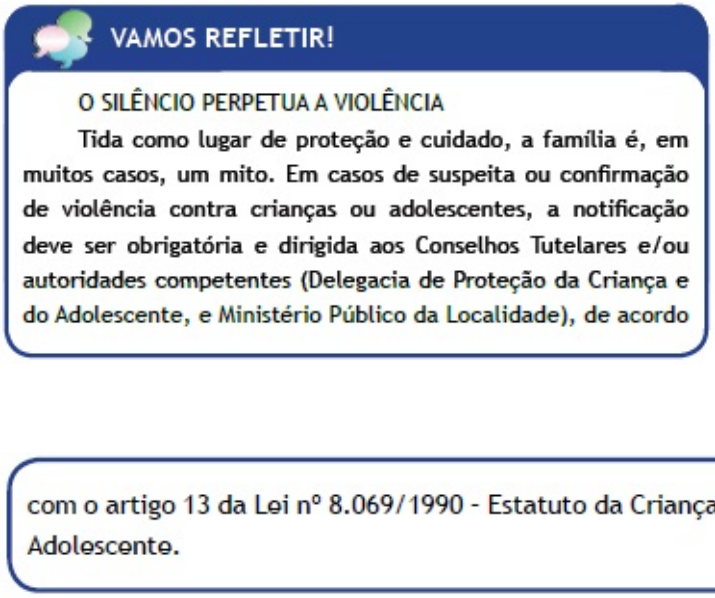
A mãe, por sua vez, também vive uma situação de muitaconfusão e ambiguidade, diante da suspeita ou constatação de que o companheiro abusa sexualmente da(o) filha(o). Frequentemente nega os indícios e recusa-se em aceitar arealidade. Vive sentimentos ambivalentes em relação a(o) filha(o): ao mesmo tempo em que sente raiva e ciúme, sentese culpada por não protegê-la(o). É difícil também para os profissionais que muitas vezes não sabem como agir diante do problema.

O abuso sexual infanto-juvenil é um problema que envolve, além de questões legais de proteção à criança e punição do agressor, terapêuticas de atenção à saúde física e mental da criança e terapêuticas para o agressor. Muitos abusadores foram vítimas de abuso. Em muitas famílias, o abuso ocorre em várias gerações e é ocultado pela lei do silêncio, sem ser denunciado.

Como intervir nas situações de violência?
O trabalho começa com a identificação do problema pelos profissionais ou qualquer cidadão — denúncia da suspeita ou confirmação do abuso ao Conselho Tutelar — e encaminhamento da família para tratamento. A indicação terapêutica mais adequada nos casos de violência é aquela que lida com todo o grupo familiar, inclusive com o agressor. A complexidade dos processos envolvidos na situação de violência dentro da família exige uma abordagem multidisciplinar que integre os três tipos de intervenção: punitiva, protetora e terapêutica.

O profissional deve favorecer e incitar a revelação da violência, procedimento que permite retirar a vítima de situações perturbadoras, traumatizantes e evitar graves consequências sobre a saúde mental.

Você teve a oportunidade de conhecer estes conceitos no módulo de vigilância em saúde.



3.1.2 Uso nocivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas

Muitos comportamentos, hoje, são atribuídos ao uso de drogas ilícitas. Quando algum acontecimento nos choca, pensamos que o autor do feito estava sob o efeito de drogas ilícitas. Muitas vezes este é o caso, mas, em muitas outras, o indivíduo estava sob efeito do álcool, como nos casos de muitos acidentes com vítimas registrados.

Dependência química é uma doença crônica, primária, cujo desenvolvimento e manifestação são influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais. É frequentemente progressiva e fatal.

Caracteriza-se por uma progressiva perda do controle, pela obsessão ao uso das substâncias psicoativas e distorções da maneira de pensar, principalmente a negação. O indivíduo apresenta um estado de abstinência fisiológica quando interrompe o uso da substância e, geralmente, ocorre uma adaptação do organismo ao consumo da droga, obrigando o usuário a aumentar a dosagem para obter o mesmo resultado - tolerância.

A dependência química se dá em relação às drogas lícitas como tabaco,

álcool e remédios, assim como drogas ilícitas várias: maconha, cocaína, ecstasy, entre outras. Alguns dos motivos que levam as pessoas a experimentarem ou utilizarem as substâncias ilícitas são:

- Curiosidade
- Influência de amigos
- Necessidade de adesão a um grupo
- Busca de sensação nova, prazer
- Vencer suas limitações
- Alívio de conflitos internos
- Problemas sociais, profissionais, de saúde
- Relacionamento familiar conflituoso e vínculos frágeis
- Solidão, ociosidade
- Falta de informação
- Influência da mídia
- Falta de religião
- Depressão
- Eventos de vida estressantes
- Perdas
- Rompimento familiar
- Pais dependentes químicos

Embora a influência dos amigos possa ser uma das razões para a pessoa iniciar ou se manter em uso de drogas, é frequente o primeiro contato com as drogas acontecer em casa, principalmente o cigarro, o álcool ou mesmo os remédios. É muito comum um dependente químico ter um dos pais também dependente.

Na dinâmica familiar da dependência de álcool e outras drogas, o uso da substância é uma forma de o indivíduo buscar sua independência, distanciando-se de alguma disfunção que está ocorrendo naquele contexto. Mas, como o próprio nome denuncia, o indivíduo fica mais dependente da família, pois ele adquire um problema, o sintoma. Este sintoma denuncia que alguma coisa não vai bem com o sistema familiar e com o indivíduo, necessitando-se de ajuda. É preciso ver em que etapa do ciclo de vida essa família está e que dificuldades ela está enfrentando para realizar suas tarefas. Nesta área de problemas, também é importante o profissional da

atenção primária conhecer a Estratégia de Intervenção Breve para lidar com o abuso e dependência de drogas.

3.2 Influências e fluxo de estresses

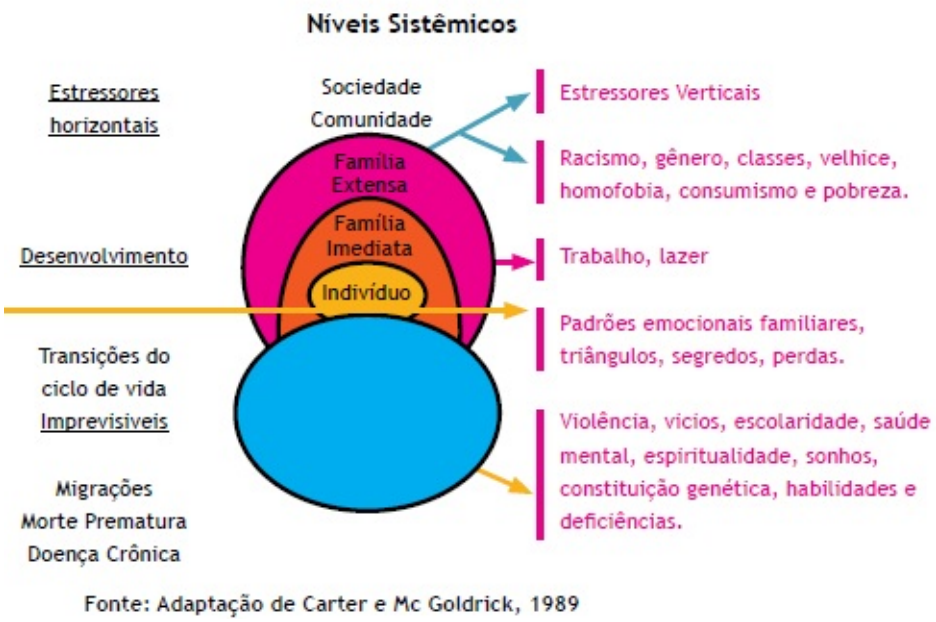
Para conhecermos e compreendermos a família, temos que analisá-la em seu contexto, com as influências que sofre, sejam verticais – as que ocorrem através dos sistemas – ou horizontais – as que ocorrem através dos ciclos vitais. Você pode verificar, na Figura 1, as influências que existem sobre os indivíduos e as famílias, como um fluxo de evento que podem ser estressores.

O indivíduo é resultado de suas heranças genéticas e suas aprendizagens durante a vida, caracterizando-se por ter habilidades e deficiências. Verticalmente, esse indivíduo está sob a influência de padrões da sua família imediata - nível de escolaridade de seus membros, espiritualidade, saúde mental, vícios, violência, entre outros. O indivíduo e a família imediata estão sob influência da família extensa ou ampliada - tios, primos, avós, bisavós etc. Carter e McGoldrick (1995) sugerem que a família compreende o sistema emocional de pelo menos três, às vezes, quatro gerações.

A família extensa, imediata, e o indivíduo são influenciados pela comunidade (bairro, cidade); e estes todos têm a sociedade em que vivem influenciando a todos (cidade, estado, país).

Dada a globalização, há de se pensar na influência dos outros países e continentes. Horizontalmente, as influências são “imprevisíveis” ou decorrentes do desenvolvimento “natural” da família, ou seja, as relacionadas ao ciclo de vida da família, com os vários estágios pelos quais geralmente passam. Mais frequentemente, na transição desses estágios, podem aparecer problemas, exatamente pela dificuldade em se lidar com as exigências de cada nova situação. As influências imprevisíveis, fatos que podem acontecer durante a vida e gerar dificuldades para afamília, podem ser: migração, morte prematura, doenças crônicas, acidentes, desemprego, entre outros. Também os eventos históricos podem influenciar na qualidade de vida e manutenção da saúde das famílias e indivíduos, como guerras e desastres naturais.

Figura 1: Fluxo de estresse através da família



Fonte: Adaptação de Carter e Mc Goldrick, 1989

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um braço da atuação governamental no que tange à cobertura da população pela atenção primária à saúde. O fato de a equipe ir até a casa da pessoa, torna-a mais próxima das famílias. Estas passam a ver essas equipes não mais como uma instância estatal a se recorrer em tempos de urgência e necessidade, fria em seu tratamento e indiferente em seu cuidado, mas como um elemento integrante de uma rede constituída a partir de valores familiares, como confiança e autoridade.

Como confiança e autoridade são dois lados da mesma moeda, profissionais de saúde que lidam direta e localmente com as populações atendidas pela ESF são portadores de conhecimentos e de uma imagem valorizada pelas pessoas.Por isso, nas transformações contemporâneas da família, o próprio poder público, na figura de seus representantes, passa a fazer parte também da esfera de convívio mais direto das famílias.

Mas qual a importância disso tudo para um profissional da saúde que vai a campo, fazendo parte da ESF? O impacto principal dos padrões e valores que portamos, nesse caso, incide sobre a identificação de problema. O que é

um problema social? Você já se perguntou isso?

Normalmente, quando somos indagados a respeito de “problemas sociais”, tendemos a apontar exemplos, a fazer uma lista daqueles problemas que chamam nossa atenção:

pobreza, violência, tráfico de drogas, divórcios, separações, recasamentos, mortes na família, nova divisão de trabalho entre sexos, alcoolismo e outras doenças (especialmente relacionadas à saúde mental), desemprego, crise política, social, econômica e psicológica etc.

Contudo, dificilmente paramos para pensar no que é um problema social para nós, pois isto implica o questionamento de nossos próprios padrões de classificação da realidade, isto é, da
nossa noção de “normalidade” e moralidade. É necessário ter um entendimento amplo dessas problemáticas sociais, que não são simplesmente problemas morais, isto é, de desvio de um padrão considerado “o mais correto”, mas também como fenômenos condicionados por processos estruturais mais profundos que envolvem a vida em sociedade e impactam negativamente sobre esse grupo social que chamamos “família”.

Se lar e família não são, sempre e necessariamente, espaços de proteção, tornando-se não raramente espaços de conflito e violência, e se isso ocorre não somente por questões morais, mas também devido a transformações mais gerais da sociedade, então a “desestruturação da família” não é tão somente um problema social, mas um problema muito mais amplo e complexo do que normalmente se pensa.

Segundo Hemfelt, Minirth & Méier, uma família saudável ou funcional tem como características:
Pais equilibrados e sãos. Se algum problema mental ocorreu, eles souberam lidar de forma adequada.
Pais sem compulsões: álcool, drogas, trabalho, compras, alimentação etc.
Pais maduros, autossuficientes.
Pais com autoimagem positiva e confortável.
Pais que sabem lidar com a espiritualidade.
Pais que se dedicam a ter um casamento feliz.
Outras características são decorrentes ou podem se somar às anteriores: coesão, comunicação funcional, afeto, regras flexíveis e limites e fronteiras claras.

VAMOS SABER MAIS!

Outra leitura interessantíssima sobre Família é o artigo "Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica" (FONSECA, 2005), uma abordagem antropológica que pode contribuir muito para que você (re) construa seus conceitos sobre o tema. Dê uma passada na biblioteca e boa leitura pra você!

Torna-se fundamental, portanto, que o profissional de saúde da família tenha uma compreensão de todos esses fatores ao se relacionarem com pessoas e agrupamentos familiares, a fim de que não carregue seus atos com preconceitos e possa, ao mesmo tempo, saber de sua própria importância e influência sobre a saúde de seus membros.

Assim sendo, é necessário o reconhecimento do contexto social da comunidade adscrita à equipe de saúde da família, buscando principalmente conhecer:
• a história da constituição da comunidade;
• a organização social e aos movimentos sociais existentes no bairro;
• as entidades representativas da comunidade e as lideranças comunitárias;
• os serviços públicos do bairro: educação, saúde, segurança e assistência social, entre outros;
• os equipamentos sociais: escolas, igrejas, espaços de lazer, entre outros;
• as áreas de risco ambiental e social.

A identificação de fatores de riscos, situações de violência, vulnerabilidades e potencialidades das famílias, pode ser o elemento desencadeador para que haja, por parte destas, capacitação para enfrentamento dessas situações.

Essa compreensão significa sempre observar a dinamicidade das relações sociais e o papel de cada membro dentro de cada família, assim como o papel de cada família na comunidade, visualizando-se suas heterogeneidades. Promover saúde na família relaciona-se, portanto, inseparavelmente, às ações que visam garantir uma boa qualidade de vida às pessoas em geral, assegurando-lhes um
direito que as torna de fato cidadãs, e é disso que passaremos a falar a partir de agora.

3.3 As etapas para se trabalhar com famílias

Segundo Moysés e Ditterich (2009), para se trabalhar com famílias, é necessário conhecer as etapas que vamos expor a seguir, didaticamente separadas para sua melhor compreensão.

Associação

A construção da avaliação familiar depende fundamentalmente desta etapa, que é a associação, também nominada como vinculação. Para que o processo seja realmente eficaz, o profissional precisa interagir com a família, respeitando suas crenças e seus saberes. O profissional precisa ficar atento em conhecer outra realidade, não em julgá-la segundo os conceitos que ele traz a respeito de como deve ser uma família.

Ele precisa aprender a construir com os membros da família e não apenas oferecer soluções prontas retiradas exclusivamente do seu saber. Não se esqueça: as ações só terão significado se a família conseguir entendê-las e compará-las com outras ações que tiveram significado para ela. Procure oportunizar todos os instantes para se vincular às famílias que o procuram - no acolhimento, na consulta, nas visitas domiciliares - e assuma uma postura receptiva. Desta forma, quando a família apresentar um problema, verá você e sua equipe enquanto um recurso para apoiá-la.

Avaliação

O próximo passo é analisar a família, como ela funciona, quais são suas crenças, como ela entende a doença, como ela lida com a doença ou com os fatores que possam gerar estresse. Para isto, você deve aplicar as ferramentas que vão ser apresentadas na sequência. A partir do reconhecimento da dinâmica familiar, será construído um plano de ação, junto à mesma, que respeite seus limites e crenças para resolver um problema que ela apresente. Procure respeitar a hierarquia familiar, não apoie este ou aquele membro da família, pois estes membros podem tentar triangular com o profissional na intenção de buscar aliados externos que reforcem sua posição no grupamento familiar.

Educação em Saúde

Educar em saúde implica aproveitar sempre as oportunidades para incentivar a família à adoção de hábitos saudáveis, através da troca de saberes sobre o processo saúdedoença e pelo incentivo ao autocuidado. Para que essas noções de autocuidado sejam eficazes, construir os conceitos junto à família a partir de seus conhecimentos, crenças e costumes é fundamental. Se a família acredita, por exemplo, que a comida tem que ter muita gordura para sustentá-los, não é o suficiente você dizer que a gordura deve ser retirada do preparo dos alimentos. É preciso, inicialmente, desconstruir este conceito, considerando os saberes da família e, a partir daí, elaborar junto com ela um cardápio mais saudável, explicando as razões para se mudar o hábito de comer alimentos gordurosos. Desta forma a adesão será facilitada.

Voce teve oportunidade de se apropriar dos conceitos de Eduacação em Saúde no último módulo.

Facilitação

Este item deve ser trabalhado no grupamento familiar, por meio da facilitação da comunicação entre seus membros. Para que isto seja possível, você precisa conhecer a hierarquia familiar e como se dá a comunicação entre seus membros.

A fim de manter seus papéis dentro do grupo, um ou mais membros pode exercer controle da estrutura, impedindo a adequada comunicação. Isto leva a bloqueios de comunicação que podem ser a base das situações de estresse

dentro da família. Ao identificar esses bloqueios, o profissional de saúde tem condições de atuar junto à família, facilitando os processos de comunicação. Aberto esse canal de comunicação entre os membros da família, é possível abordar temas que nela geraram a doença.

Referência

Em casos em que o profissional perceber que é necessário referendar a família ou o paciente para níveis de maiorcomplexidade, é importante esclarecer aos familiares o motivo do encaminhamento e discutir os resultados esperados. É recomendável, ainda, procurar estabelecer contato com o serviço que irá acolher o paciente ou a família, para que seja possível acompanhar os resultados, mesmo sem sua participação direta no processo.

SEÇÃO 4 - TECNOLOGIAS PARA A ABORDAGEM AO INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COMUNIDADE

Sabemos que a Estratégia de Saúde da Família representa uma inovação ao propor a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade. No entanto, ao mesmo tempo em que se fortalece a atenção primária à saúde e o acesso do usuário ao sistema de saúde, essa estratégia fomenta a demanda espontânea. Por isso, propomos aprofundar seus conhecimentos sobre a aplicação de recursos tecnológicos que ampliem sua capacidade de análise da demanda e planejamento de seu trabalho cotidiano, de modo a ampliar a resolutividade dos serviços de saúde.

Desejamos que ao final desta seção você seja capaz de entender e utilizar as tecnologias para garantir o atendimento humanizado e resolutivo de sua população, por meio de:

- Acolhimento
- Visita Domiciliar
- Consulta
- Trabalho com grupos

Como exemplos de tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, identificamos:

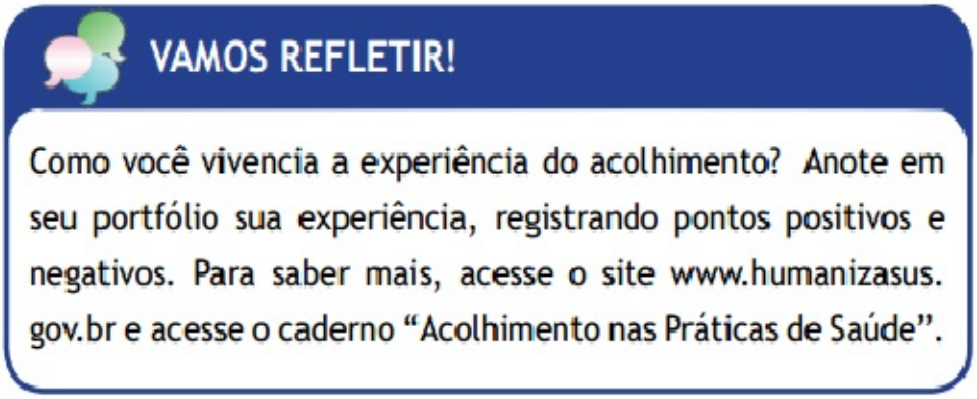
4.1 Acolhimento

Sobre o acolhimento, é importante compreender seus princípios de inclusão dos fenômenos que possam desestabilizar os modos tradicionais de produção da saúde.

A "escuta qualificada" potencializa a ação do acolhimento, fortalecendo a tecnologia do encontro, com capacidade de resposta aos principais problemas identificados no cotidiano do processo de trabalho, ampliando a oportunidade de pactuação de compromissos.

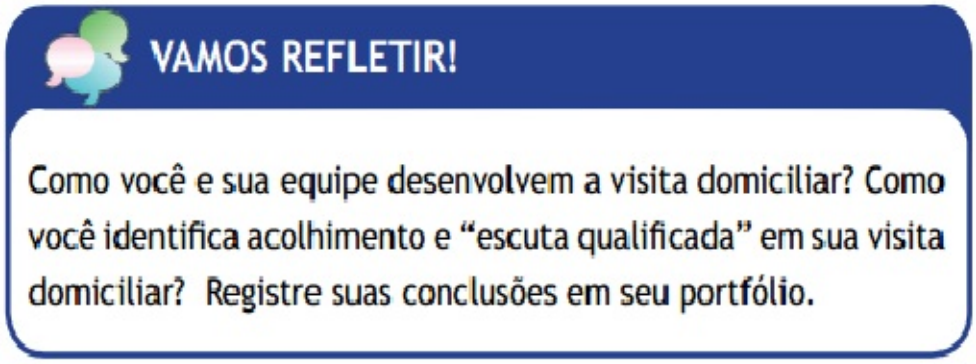
O acolhimento é um trabalho da equipe de saúde, sob a perspectiva da integralidade na abordagem ao usuário e da rede de serviços, pretendendo garantir a resolutividade das ações de saúde, na compreensão de que alguns limites e dificuldades encontram solução no cotidiano do trabalho.

É importante ressaltar que o acolhimento e a “escuta qualificada" tem que estar presente nas tecnologias descritas a seguir, para garantir os objetivos propostos.



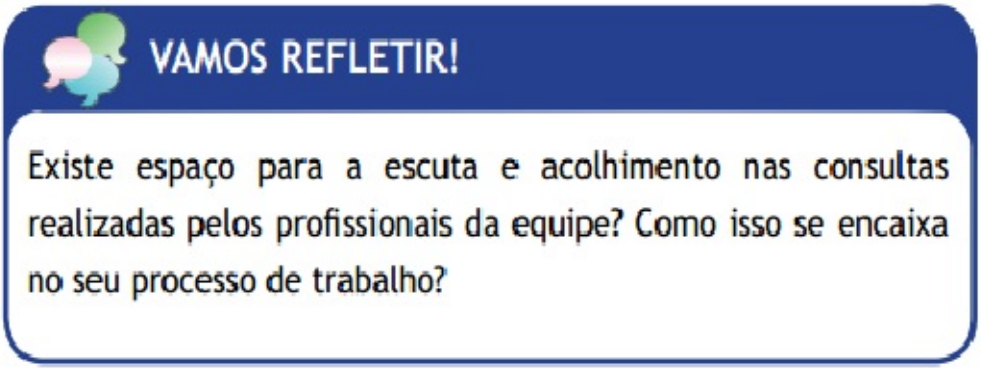
4.2 Visita Domiciliar

É uma tecnologia importante para a vigilância à saúde,mediante a identificação dos problemas de sa[úde prevalentes esituações de risco dos indivíduos, das famílias e da comunidade,assim como para o planejamento de ações objetivando aprevenção e promoção da saúde. A visita domiciliar permite àequipe conhecer os determinantes sociais geradores de doenças na comunidade e na família. Possibilita o acompanhamento “in loco” dos usuários dos diferentes programas de saúde, assim como a integração de todo o grupo familiar na compreensão e resolução de problemas de saúde. Além disso, é importante compreender a visita domiciliar em seu aspecto subjetivo, como oportunidade para se promover o acesso sociocultural, ou seja, a construção de vínculos, facilitando o encontro entre as famílias e os serviços de saúde.



4.3 Consulta

Encontro privilegiado na perspectiva de construção do novo modelo de atenção, desde que considere os princípios do acolhimento e "escuta qualificada" do usuário em sua singularidade, sendo este um momento propício para o estabelecimento de laços de confiança e de um vinculo da busca de sua participação nas tomadas de decisão. Ainda que muitas vezes a consulta ocorra por demanda do usuário, em função de uma queixa clínica, não se pode perder de vista seu caráter educativo. A consulta, quando pautada nesses valores, potencializa a açao do projeto terapêutico. Por outro lado, quando não se abre espaço ao diálogo, assume- se uma postura prescritiva e normativa.



4.4 Trabalho com grupos

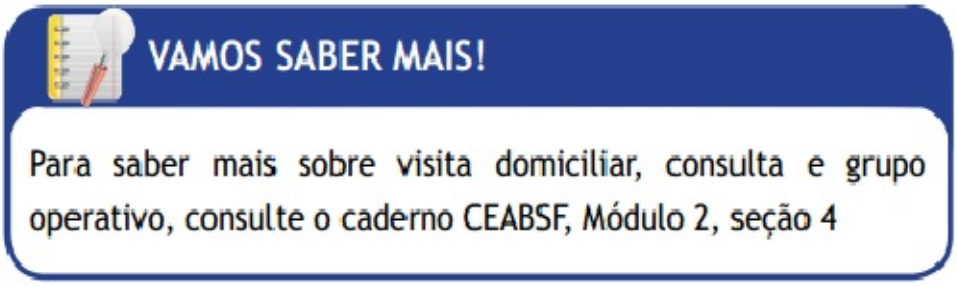
Está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção primária à saúde. Logo, tem objetivos curativos preventivos e promocionais em saúde. Estes grupos, geralmente, relacionam-se ao atendimento de portadores de doenças crônicas ou de gestantes em pré-natal, bem como a encontros com objetivos de viabilizar a participação comunitária e o Controle Social. Ainda se constitui em desafio, tanto do ponto de vista quantitativo (frequência dos membros, por exemplo), quanto qualitativo (participação efetiva e resultados). Na atualidade, encontramos os denominados “grupos operativos” e “ roda de conversa”.

4.4.1 Grupo operativo

O grupo operativo é uma abordagem teórica fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa, com a participação de pessoas com problemas e condições de vida semelhantes. Cumpre, desta forma, uma função terapêutica, estando a dinâmica de um grupo marcada por três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.

O momento em que um grupo se reconhece com vivências comuns e, mesmo que ainda tenha resistências, propõe-se um processo de mudança, a que denominamos “pré-tarefa”.

A “tarefa” se possibilita com a eliminação ou redução de obstáculos relacionados a aspectos objetivos e subjetivos para, conforme o autor define, atingir "operatividade" e criatividade em grupo e construir o “projeto” de transformação da realidade.



4.4.2 Método da Roda

Fundamenta-se na produção dialética dos sujeitos, estabelecendo uma relação dialogada e reflexiva sobre o contexto e a situação social e não apenas na atenção a uma ação coletiva de usuários portadores de doenças comuns. A proposta educacional relaciona-se com pedagogias que buscam, além da autonomia dos sujeitos e a cidadania, um processo de capacitação da comunidade para avaliação e enfrentamento, principalmente de problemas da coletividade. O processo de aprendizagem parte da problematização, como nos ensina Paulo Freire. Segundo Deleuze e Guatari, o método da roda não tem pretensões de produzir apenas autoanálise e autogestão do grupo, mas também aumento da capacidade de análise e cogestão do trabalho.

SEÇÃO 5 - FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

As ferramentas de abordagem familiar têm por objetivo o diagnóstico do indivíduo e sua família, sendo aplicadas segundo suas necessidades apresentadas. Ao final desta seção você deve estar apto a:

- Aplicar as ferramentas de diagnóstico familiar.

5.1 Genograma

O genograma é a representação gráfica da família. Nele são representados os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade e dados relevantes da família, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional.Enfim, é um diagrama no qual está representada a estrutura familiar.

A demonstração gráfica da situação permite que o indivíduo pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento do problema pelos membros da família. Apresentamos para você, agora, algumas das regras para elaboração do genograma.

Você deve acessar o endereço do ÁLBUM DE FAMÍLIAS.

5.1.1 − Regras para elaboração do genograma

O genograma possui dois elementos fundamentais, segundo Fernandes e Curra (2006): os estruturais e os funcionais, apresentados a seguir:

Os elementos estruturais trazem as informações relativas à composição familiar, data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, patologias, mortes, separações. Os elementos funcionais mostram a dinâmica funcional da família, como a família se relaciona, como reagem frente a dificuldades e stress, por exemplo.

Segundo Freitas e De La Revilla, citados por Fernandes e Curra (2006), regras básicas precisam ser observadas na construção do genograma, como:

- simbologia padrão;
- representação de pelo menos três gerações;
- início com a representação do casal e seus filhos;
- indicação do ciclo vital da família;
- representação das relações familiares;
- indicação dos fatores estressores;
- cronologia de idade − dos mais velhos para os mais novos.

Segundo essas mesmas autoras, o genograma deve conter
três níveis de informação:

1. Traçado da estrutura familiar;
2. Registro de informações sobre a família;
3. Descrição das relações familiares.

5.1.2 − Construindo o traçado da estrutura familiar

A base do genograma é a representação dos diferentes elementos da família, como eles estão biologicamente ou legalmente ligados entre si. As figuras representam as pessoas e as linhas, as relações.

Quadro 2- Genograma: símbolos e siglas das patologias mais comuns

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SANGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS			

SIGLAS DAS PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES MAIS FREQUENTES			
HIPERTENSÃO ARTERIAL	HA	DEFICIÊNCIA AUDITIVA	DEFAUD
DIABETE	DIA	DEFICIÊNCIA VISUAL	DEFVIS
HANSENÍASE	HAN	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEFMENT
TUBERCULOSE	TB	DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	DEFMULT
HIV	HIV	GESTANTE ALTO RISCO	GAR
AIDS	AIDS	IDOSO FRÁGIL	IDFRAG
USO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS OU ILÍCITAS / DROGAS	DROG	RECÉM-NASCIDO	RN
ALCOOLISMO	ALC	PREMATURO	RNPT
TRANSTORNO MENTAL	TME	BAIXO PESO	RNBP
CÂNCER	CA	ANEMIA	ANE
DOENÇA / ACIDENTE DE TRABALHO	DAT	OSTOMIA	OST
DESNUTRIÇÃO	DESN	TABAGISMO	TAB
OBESIDADE	OBES	HISTÓRIA DE CÂNCER BUCAL	HCAB
ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	ATDNPM	ATIVIDADE DE DOENÇA BUCAL	ADB
ASMA	ASM	FLUOROSE MODERADA / SEVERA	FL
HIPOTIREOIDISMO	HIPOT	HÁBITOS BUCAIS NOCIVOS (ESPECIFICAR)	HBN
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFFIS		FAVB

Fonte: SES, MG.

Quais informações devem ser registradas?

- informações demográficas - data de nascimento e mortes, profissão, grau de escolaridade. As idades devem ser colocadas junto às respectivas figuras;

- informações sobre o funcionamento - anotar os dados a respeito de estado de saúde, comportamentos e emoções;

- eventos críticos - anotar todos os eventos marcantes na família, como morte, nascimento, casamento, doenças graves, separação, mudança de cidade, entre outros.

5.1.4 − Quando construir o genograma?

Como toda ferramenta, esta também tem sua aplicabilidade.Pode ser utilizada por todos os membros da equipe, mas nãodeve ser realizada como uma tarefa sem objetivo.

As situações indicadas para sua utilização são:

1. Sintomas inespecíficos;
2. Utilização excessiva dos Serviços de Saúde;
3. Doença crônica;
4. Isolamento;
5. Problemas emocionais graves;
6. Situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição;
7. Mudanças no ciclo de vida;
8. Resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico;
9. Alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

5.1.5 −Qual a contribuição do genograma?

Segundo Rebelo (2007), o genograma permite ao profissional conhecer o indivíduo em seu contexto familiar e a influência da família em sua vida; conhecer as doenças mais frequentes na família e o padrão de repetição das mesmas, possibilitando ações efetivas de promoção de saúde nos seus descendentes; conhecer e explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento. Tem valor não só diagnóstico, como também terapêutico. E, finalmente, avalia até que ponto o padrão de relacionamento é saudável ou funcional, ou se contribui para o adoecimento dos seus membros.

Vamos iniciar observando uma situação bastante frequente, hoje em dia, à qual chamaremos “a família de Mariana”.

Caso 1
Mariana, de 14 anos, é filha de Marcos e Sandra, atualmente separados. Mariana tem três irmãs, Flávia (32), Renata (31) e Paula (28), que são filhas do seu pai, Marcos, com Débora, de quem já se separou há tempos. Marcos, atualmente, mora com sua mãe viúva, Ester (80). Mariana mora com sua mãe e Fernando, segundo marido de sua mãe, em uma união estável. Dessa relação, nasceram Ricardo (7) e Cláudia (6). Fernando, por sua vez, do casamento com Kátia, tem os filhos Felipe (14) e Fernanda (15). E então, Felipe e Fernanda são irmãos da Mariana?

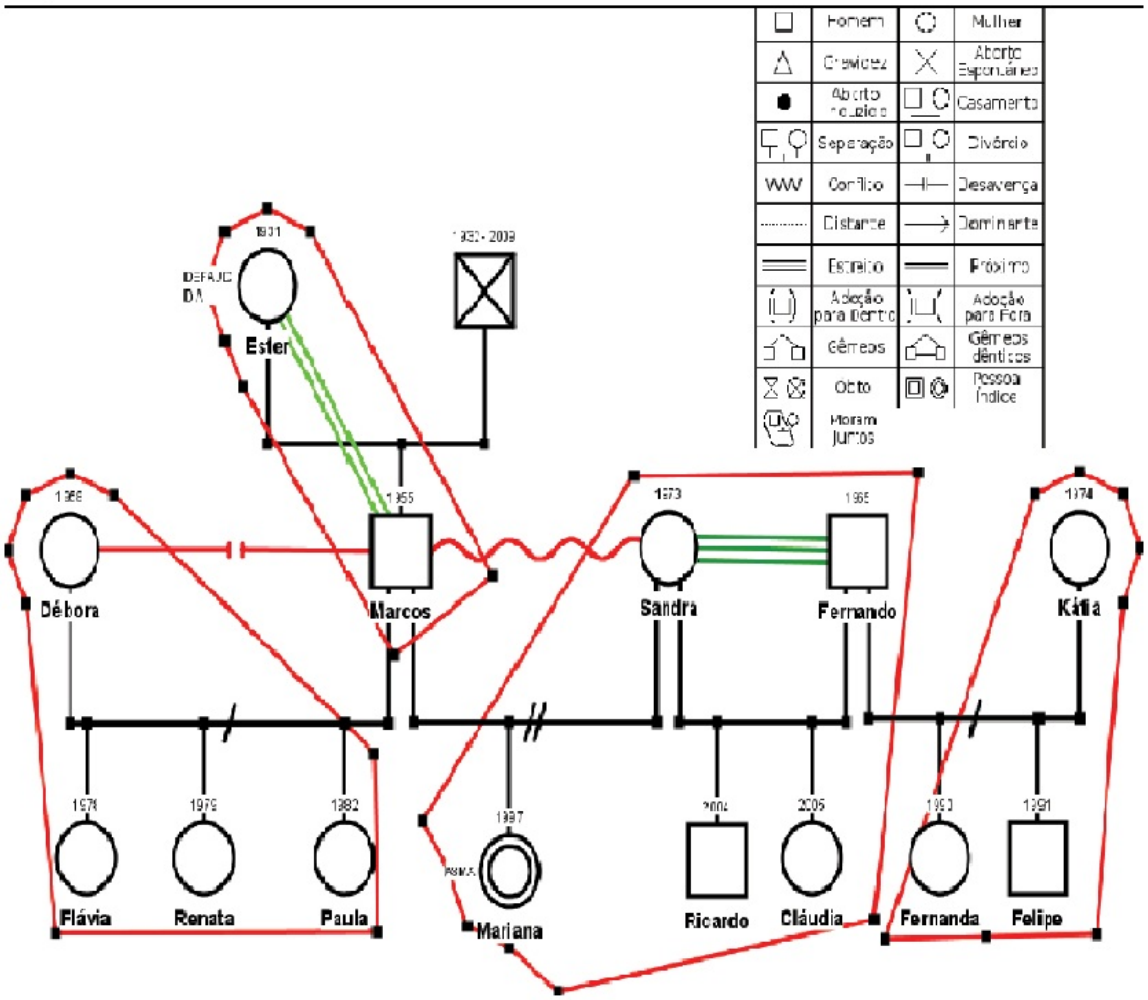
Vamos ver os registros fotográficos dessas pessoas.

Figura 2 – Representação de uma configuração familiar.

Ela está clara? Pode ser melhorada?
Veja o genograma - a figura é uma foto da família de Mariana.

Figura representa a forma habitual da representaçãode famílias, por intermédio de registros fotográficos. São os porta-retratos ou álbuns de família. Vamos ver agora outra forma de representar configurações de família, em um modelo para anotações e estudos: o genograma ou genetograma. Neste momento, apenas como introdução, vamos ver um registro mais simplificado.

Figura 3 – Genograma da família de Mariana.



Compare o genograma da figura com as informações sobre a família de Mariana, nossa pessoa índice.

1. Marcos (1955 – 56 anos) foi casado com Débora (1958 –53 anos), com quem teve as três filhas Flávia (1978 – 33 anos), Renata (1979 – 34 anos) e Paula (1982 – 29 anos), que vivem com a mãe.
2. Marcos (1955 – 56 anos), após separação de Débora,casou-se com Sandra, com quem teve a filha Mariana (1997 – 14 anos), nossa pessoa-índice (PI), que queixase de crises reentrantes de asma (ASMA). Separou-se de Sandra, com quem tem relações conflituosas. O genograma mostra sua mãe Ester (1931 – 80 anos), com quem mora e tem relação próxima. Ester tem deficiência auditiva (DEFAUD) e Diabetes (DIA). Seu pai (1932 - 2009) faleceu com 77 anos.
3. Sandra está casada com Fernando (1965 – 46 anos), com quem relação

muito estreita e dois filhos pequenos: Ricardo (2004 – 7 anos) e Cláudia (2005 – 8 anos).

4. Kátia é ex-mulher de Fernando, com quem teve os filhos Fernanda (1990 – 21 anos) e Felipe (1991 – 20 anos).

Voltemos à pergunta anterior: Mariana é irmã de Felipe e Fernanda? É mais fácil compreender as relações familiares no álbum de fotografias ou no genograma?

VAMOS REFLETIR!

Qual o conceito de família que você formaria a partir da família de Mariana?

5.2 Ecomapa

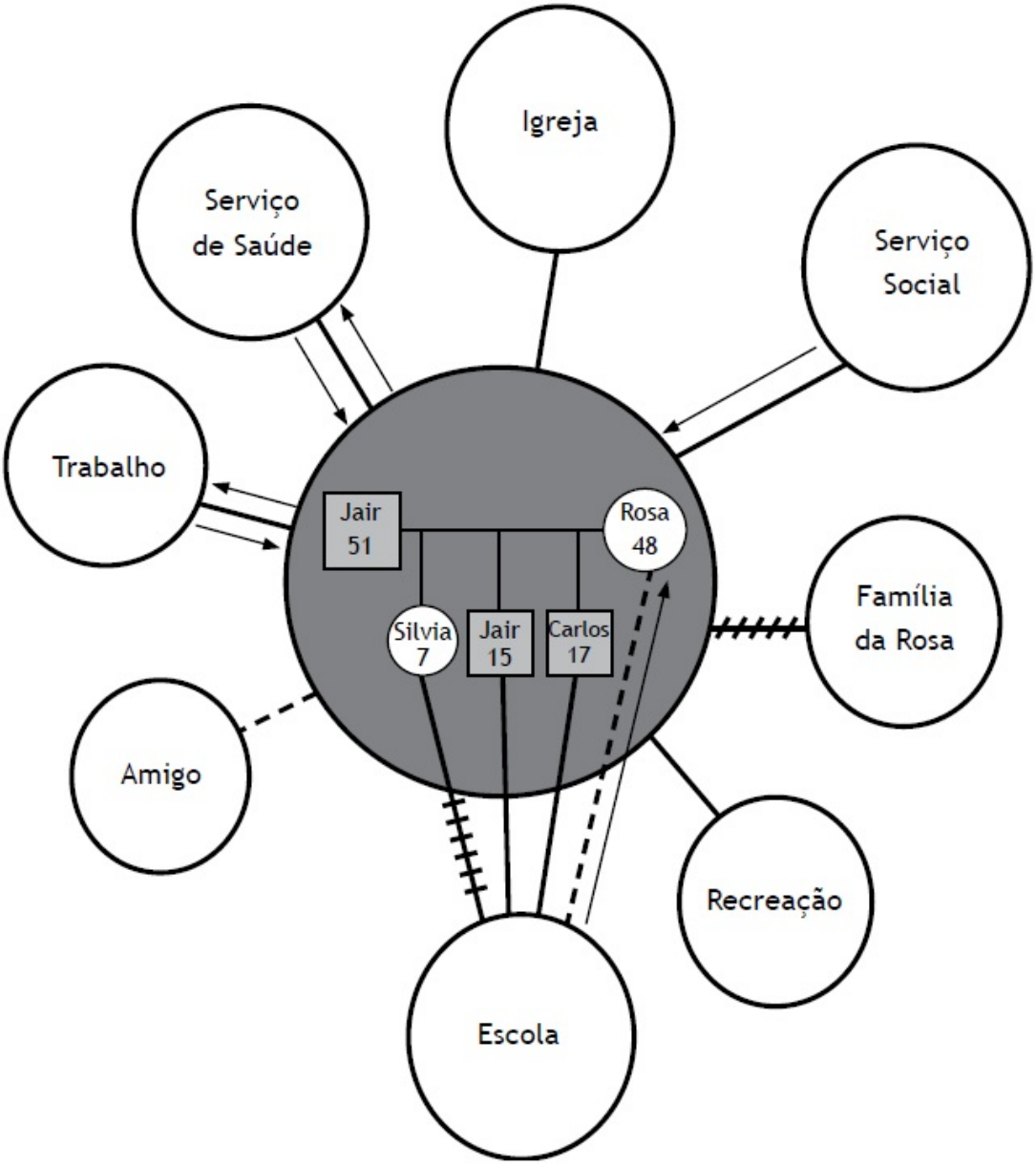
Quando representamos a rede social da família, estamos fazendo o ECOMAPA, que é o desenho complementar ao genograma na compreensão da composição e estrutura relacional da família e a relação com o meio que a cerca. Ao construirmos o Ecomapa é necessário colocar todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família cite como estrutura de apoio. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita maior investimento da equipe de Saúde da Família, para melhorar seu bem- estar.

Veja na Figura 4 que os membros da família e suas idades são mostrados no centro do círculo. Os círculos externos mostram os contatos da família com a comunidade. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, ligações frágeis; linhas com barras, aspectos estressantes. As setas significam energia e fluxo de recursos. Ausência de linhas significa ausência de conexão.

Pode-se usar de forma combinada o genograma com o ecomapa.

O ecomapa da família de Rosa demonstra o forte fluxo de energia e recursos com o serviço de saúde e trabalho. As setas nos dois sentidos significam que esse fluxo é recíproco, os serviços de saúde estão direcionados para a família, assim como a família está direcionada para os serviços. Essa relação ocorre também com o trabalho.

Figura 4: Ecomapa da família de Sílvia



Fonte: Pilitteri, 1999.

A figura 4 demonstra que a relação do Serviço Social com a família é intensa; contudo, a família não demonstra reciprocidade. As barras, na linha que liga o genograma à família de origem de Rosa, indicam que as relações entre as duas famílias são estressantes. As mesmas barras estão presentes na ligação entre Sílvia e a escola, significando, também, relações estressantes. As relações de Rosa com a escola de seus filhos é frágil, embora o gráfico demonstre que a escola procura intensificar o fluxo de relação com ela. Os dois outros filhos mantêm relações adequadas com a escola. Há indicação de

uma relação frágil da família com seus amigos e relação adequada com a igreja e atividades de recreação.

5.3 Estágios no Ciclo de Vida

É importante entender que a família pode ser concebida como um organismo vivo (MINUCHIN e FISHMAN, 1990), que sempre constrói mecanismos para manter sua funcionalidade, que por vezes está em estado de equilíbrio interno e com o meio, outras vezes, se encontra em estado de desequilíbrio. É necessário também compreender que cada membro de uma família tem seu papel, e este vem sendo construído desde sua formação na família de origem. Logo, ao formar um novo núcleo familiar, os seus membros trazem expectativas e papéis predefinidos em seu interior. Em cada ciclo de vida, os membros da família têm algum papel a desempenhar e, ao ocorrerem as mudanças nos ciclos, os integrantes da família passam a assumir outros papéis na dinâmica familiar.

O problema é que toda mudança gera desconforto e, consequentemente, resistência a ela. Soma-se a esse fato o problema de que estes acordos são, geralmente, não-verbais. Dessa forma está formado o conflito familiar, que pode ser momentâneo ou não. Às vezes, os membros de uma família não conseguem voltar ao ponto de equilíbrio ou ainda têm dificuldade para aceitar mudanças, resistindo em assumir outros papéis, o que pode gerar conflitos internos e até a dissolução do núcleo familiar.

Logo, conhecer o estágio do ciclo de vida em que a família está ajuda-nos a construir com ela mecanismos para seu enfrentamento, tornando a passagem pelos diversos ciclos mais natural.

As famílias têm os seus ciclos, influenciando-se mutuamente no viver do seu dia-a-dia, quando ocorre uma série de eventos previsíveis como resultado das mudanças em sua organização.

É importante ressaltar que não se pode ignorar o contexto social, econômico e político e seu impacto sobre as famílias nas diferentes fases do ciclo de vida, em cada momento na história.

A mudança dos ciclos é marcada por eventos significativos que transformam a estrutura da família, fazendo surgir novas tarefas a serem cumpridas em cada etapa. O não cumprimento dessas tarefas pode

comprometer o seu funcionamento. Cabe ao profissional o diagnóstico e o auxílio à família na transição entre as diferentes fases do ciclo.

Como vimos, o desenvolvimento é uma das influências horizontais que ocorre durante a vida das famílias. Tal desenvolvimento é entendido como a constituição de um ciclo, dividido em estágios. Cada estágio tem suas tarefas específicas, isto é, demandas que o indivíduo tem que realizar para que possa viver com qualidade e passar de forma saudável para o próximo estágio da vida. É na transição desses estágios que geralmente aparecem dificuldades as quais podem se transformar em problemas, se a família não conseguir realizar adequadamente as suas tarefas.

Os estágios do ciclo de vida familiar estão listados a seguir:

1. Jovens adultos solteiros saindo de casa;
2. A união no casamento: a nova família;
3. Famílias com filhos pequenos;
4. Famílias com filhos adolescentes;
5. Lançando os filhos e seguindo em frente;
6. Famílias no estágio tardio de vida.

Com a crise no mundo do trabalho, famílias veem-se abaladas pelo desemprego estrutural. Mulheres vão para o mercado de trabalho, não como complementadoras de renda familiar, mas como responsáveis principais pelo orçamento doméstico. Entre as famílias pobres, o desemprego é muito mais constante. A baixa qualificação da mão-de-obra, o analfabetismo total ou funcional, a suscetibilidade e a prevalência de doenças e outros acometimentos levam a uma desproteção dos adultos e de sua prole.

Essa situação compromete os vínculos familiares internos e externos, do ponto de vista psicossocial e econômico. A figura paterna fica destituída de seu papel tradicional de provedor e protetor. Os filhos perdem a confiança em seus pais e na sociedade que os desqualifica. As mães, mesmo sendo provedoras, têm dificuldade de garantir sozinhas a unidade e a proteção familiar. O trabalho que possuem produz um ganho insuficiente e ressalta a incapacidade sua e de seus companheiros de se colocarem no mercado de trabalho, contribuindo para dificuldades de relacionamento.

Soma-se a essa situação, a violência urbana, geralmente produzida pelo uso

e tráfico de drogas e pelo crime organizado. Daí a necessidade de se desenvolverem formas de trabalho com as famílias nas diferentes situações, consideradas as diferenças que cada estágio do ciclo de vida da família exige.

Consideradas a necessidades dessa visão, vamos ver detalhes dos seis estágios do ciclo de vida da família.

5.3.1 Estágio 1: Jovens adultos solteiros saindo de casa

As tarefas deste estágio são:

1. Formação de uma identidade separada dos pais, diferenciando-se emocionalmente dos mesmos, sem romper as relações;
2. Escolha de uma carreira;
3. Estabelecimento de relações íntimas com parceiros e amigos;

Avanço em direção à independência financeira.

As dificuldades nesse estágio podem ocorrer quando o jovem e/ou os pais têm dificuldade para terminar a relação de interdependência que existe, e o jovem não consegue avançar na conquista de sua independência emocional e financeira, ou mesmo no estabelecimento de parcerias amorosas ou de amizade.

5.3.2 Estágio 2: A união no casamento: a nova família

As tarefas deste estágio são:

1. Estabelecimento de relacionamento amoroso íntimo com parceiro (a). O ser humano pode estabelecer vários tipos de parcerias: com um parceiro ou com vários, ao mesmo tempo ou não, de forma duradoura ou ocasional. Na cultura ocidental, o padrão ainda é ficar com um parceiro, de forma duradoura. Embora, o duradouro tenha no horizonte a possibilidade do divórcio.
2. Convivência com sua família extensa e com a do parceiro, como um novo casal ou família.

Pode ocorrer nesse estágio dificuldade dos jovens em estabelecer e manter parcerias adequadas. Pela necessidade de se manterem adaptados aos pais, não conseguem se adaptar a seus pares; em contrapartida, para afastar-se do confronto com os pais, casam-se precocemente para sair de casa, sem conhecer bem o parceiro. A facilidade do divórcio pode levar o jovem a pensar no casamento como um teste e não se empenhar o suficiente em sua continuidade. Porém, a não realização do ritual do casamento pode dificultar a aceitação e o reconhecimento do casal por parte da família. Muita ajuda dos pais ao casal, especialmente financeira, pode indicar uma barganha implícita ou explícita sobre o direito dos pais de interferirem na vida do casal. Sentindo-se muito livres ou muito presos no casamento ou na união estável, os jovens podem não se adaptar à nova situação e, na tentativa de evitar confrontos nas divergências, a longo prazo, tais confrontos podem “explodir” em brigas, ressentimento contínuo e separação. Assim, a relação marital deve sofrer constantes recontratos para se manter.

Vamos estabelecer algumas correlações entre os estágios do ciclo de vida das famílias com a abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009), com algumas adaptações.

Quadro 3 – Estágios do ciclo de vida - “A união no casamento: a nova família”

Ciclo de vida	Ações para realizar	Ações de promoção a serem ofertadas
Início da vida familiar (fase da união entre duas pessoas com um modelo próprio de arranjo familiar).	Inserção dessa nova família no serviço de saúde.	Acolhimento para orientações sobre planejamento da vida pessoal e familiar, abordando a comunicação, afetividade, sexualidade e o planejamento familiar.

Fonte: Programa Saúde em Casa. Oficina sobre Abordagem Familiar. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

O planejamento familiar deve ser incluído nesta etapa do ciclo de vida. Desde o início, o casal precisa conversar e decidir se quer ou não ter filhos. Se quiser ter filhos, deve decidir sobre o momento adequado. A equipe de saúde deve ajudá-lo a tomar essas decisões e sobre os métodos contraceptivos que serão usados até o momento de ter os filhos.

5.3.3 Estágio 3: A família com crianças pequenas

As tarefas deste estágio são:

Garantia de condições para o nascimento da criança, isto é, os pais devem ter disponibilidade emocional e física. Uma criança não deve nascer para substituir alguém ou apenas realizar “capricho” ou necessidade. Além disso, devem ter tempo e disposição para se dedicarem à criança, sem delegar esse cuidado das mesmas a outrem, por todo o tempo;

Acolhimento, cuidado e educação da criança;

Aproximação da família extensa com o nascimento da criança.

O nascimento de um filho é geralmente visto como fonte apenas de alegria e satisfação. Uma criança pode fortalecer ou enfraquecer os vínculos do casal. Com o nascimento de um filho, a atenção do casal é redistribuída com a criança. Mais frequentemente, o pai pode se ressentir da falta de atenção que a mulher lhe dá ou não compreender o cansaço dela nos cuidados com a criança. O casal pode se sentir privado da liberdade que tinha antes e, ainda, atribuir todos os problemas atuais, e até mesmo os anteriores, ao nascimento da criança. A mulher pode sentir- se afastada do mundo adulto ao passar todo ou grande parte do seu dia com a criança e, então, invejar as atividades do marido.

O nascimento de uma criança estabelece novos papéis na família como o de avós, tios, primos, entre outros. A ajuda da família extensa nos cuidados da criança é geralmente bem vinda, desde que não interfira no modo como os pais decidiram educá-la. O arranjo de quem cuidará da criança deve ser feito, principalmente nestes tempos quando a mulher está cada vez mais dentro do mercado de trabalho. Assim, devemse providenciar cuidados adequados, dispensando-se atenção especial para filhos mais velhos cuidadores dos mais novos, casos em que aqueles podem assumir papéis muito exigentes para a sua idade, criando rivalidade fraterna e consequente desrespeito à hierarquia familiar.

As práticas educativas a serem utilizadas devem ser definidas pelo casal, que pode com elas concordar ou delas discordar. Tais práticas são cruciais

para o desenvolvimento da criança e do futuro adulto em que ela vai se transformar. Quando entra para a escola, o filho expõe a família, externamente. Habilidades e problemas serão identificados e a família pode ser chamada para avaliar a origem de problemas e para possíveis encaminhamentos.

Quadro 4 - Práticas educativas ou estilos de parentagem

Prática educativa	Comportamentos dos pais
Autoritária	Muito exigentes e pouco responsivos
	Muito controladores
	Pouca atenção
	Pouca comunicação
	Neste caso, os filhos tendem a ser muito obedientes à regra ou se rebelam, e podem ter baixa autoconfiança.
Com autoridade ou democrático	Cordialidade e afeto
	Vigilância, atenção
	Exigência de maturidade, responsabilidade
	Comunicação adequada, diálogo
	Neste caso, é mais frequente que o filho tenha comportamento social e escolar positivo.
Permissiva	Pouca exigência de maturidade
	Pouco controle
	Pouca comunicação
	Pais indulgentes: muita atenção, do tipo *laissez-faire*, isto é, permitem tudo sem pedir responsabilidade.
	Neste caso, o uso/abuso de drogas dos filhos é mais frequente, assim como a falta de engajamento escolar.
	Pais negligentes: pouca ou nenhuma atenção dos pais que não exigem responsabilidade.
	Neste caso, os filhos podem ter problema de autoestima e de competência mais frequentemente.

Nota: Os pais podem utilizar-se de mais de um estilo de parentagem, mas geralmente eles adotam um com maior frequência. Fonte: Bee, 1990.

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) divide o estágio da família com filhos pequenos como se vê no Quadro 5, com sugestões de ações a serem realizadas.

Quadro 5 – Estágios do ciclo de vida da "família com filhos pequenos"

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família com filhos pequenos	Articular a inserção da família nas atividades da USF visando ao acompanhamento das crianças.	Prestar informações aos pais sobre o desenvolvimento e crescimento da criança e sobre a importância do relacionamento afetivo entre pais e filhos. Orientar sobre o calendário vacinal. -Informar sobre a saúde oral.
Família com crianças em idade pré-escolar	Preparo da família para o enfrentamento da ida das crianças à Escola. Orientar sobre as relações do casal na integralidade da família.	Estimular a participação dos pais no processo ensino-aprendizagem das crianças. Orientar quanto ao sentimento de 'afastamento' dos pais na entrada da criança na escola. Fornecer informações sobre desenvolvimento da criança e sobre dentição.
Família com crianças em idade escolar	Trabalhar a transição de mudanças na Escola e o papel dos pais na condução dessas mudanças.	Orientar os pais no sentido de monitorar o acompanhamento do desempenho da criança na escola. Fornecer informações para os pais abordarem questões de sexualidade nesta fase de descobertas do corpo.

Fonte: Programa Saúde em Casa. Oficina sobre Abordagem Familiar. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

5.3.4 Estágio 4: As famílias com filhos adolescentes

As tarefas deste estágio são:

1. Adaptação às mudanças nas características físicas e sexuais;
2. Formação de identidade do adolescente;
3. Autonomia e independência do adolescente;
4. Escolha vocacional.

O início da adolescência pode ocorrer após os 10 anos de idade e a maioria dos autores considera o seu final aos 20 anos, período em que ocorre um crescimento físico. O esqueleto cresce mais depressa que a musculatura, os membros superiores e inferiores podem ficar desproporcionais ao resto do corpo e as mãos e os pés tornam-se grandes; tudo isso contribui para gerar um aspecto desajeitado e desengonçado. As pessoas se esquecem, muitas vezes, de que também foram ou serão adolescentes e fazem críticas a essa aparência. Desse modo, o aspecto físico do adolescente pode ser fonte de sentimentos de inferioridade e inadequação, transformando-o em um indivíduo irritado e mal humorado.

Acrescente-se às mudanças físicas o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e o amadurecimento dos órgãos genitais. Nos meninos, as principais mudanças são o aparecimento ou aumento de pelos, mudança da voz, aumento do órgão genital e da massa muscular, assim como a ocorrência da primeira ejaculação. Nas meninas, há o arredondamento das formas, aumento das mamas, bem como o aparecimento e/ou aumento dos pelos e a ocorrência da menarca (primeira menstruação). A preparação adequada da menina para a ocorrência da menarca, assim como a percepção positiva da mãe sob sua própria menstruação e feminilidade tendem a gerar uma boa aceitação dos ciclos menstruais e da própria feminilidade da filha.

O crescimento físico e o amadurecimento psicológico não ocorrem necessariamente ao mesmo tempo, sendo as meninas geralmente mais precoces que os meninos. Tanto atraso como a precocidade do desenvolvimento físico podem afetar o bem estar emocional. A aparência física pode levar os adolescentes à realização de dietas ou de exercícios - às vezes exagerados para sua correção -, ao retraimento social e/ou à dedicação aos estudos.

O interesse pela sexualidade é crescente nesta fase por parte de ambos os sexos. Hoje, a atividade sexual do adolescente é cada vez maior e mais precoce. Por um lado, é a fase de grandes modificações hormonais. Por outro, o senso de responsabilidade está se desenvolvendo. A responsabilização do adolescente está relacionada à prática educativa dos pais ou ainda à história transgeracional da família.

Outra tarefa dessa fase é a formação de identidade do adolescente. Os pais, que são as primeiras referências de identificação nesta fase, podem ficar ressentidos quando outros adultos e jovens são também modelos de identificação, o que pode desencadear uma resistência em compreender a necessidade do adolescente de formar sua própria identidade.

Ao longo do desenvolvimento, o indivíduo vai se tornando cada vez mais independente, o que os pais devem permitir. A “grande sacada” dos pais, nesta fase, é identificar as situações em que o adolescente precisa de apoio e ajuda e distingui-las daquelas em que ele já é capaz de ser independente. Em geral, o próprio filho dá a dica.

Ao mesmo tempo, a autonomia dos filhos libera os pais, especialmente a mãe, para que tenha mais tempo livre para si, para o seu trabalho (se for o caso) e para suas relações. Neste período, normalmente, a vida profissional dos pais deve estar atingindo o seu ponto mais alto. Caso isso não ocorra, pode haver frustração com sua profissão e/ ou diminuição do status em relação ao cônjuge ou companheiro (a). Com o sucesso profissional, o cônjuge pode ser valorizado e atraente para o outro.

Em relação à mulher que fica no lar e com suas tarefas domésticas, à medida que os filhos precisam menos dela, tem seu status diminuído e pode sentir a autoestima diminuída.

Neste momento, os padrões de solução adequados a etapas anteriores do ciclo de vida da família podem não estar funcionando mais, e uma crise pode surgir, com acréscimo de problemas como alcoolismo e violência. A necessidade de o casal interromper o relacionamento pode ocorrer.

A escolha vocacional é outra tarefa que normalmente se concretiza ao final da adolescência. Está intimamente ligada à formação da identidade e à

aquisição de autonomia e independência. O indivíduo que já internalizou o que quer, o que gosta, com o que tem afinidade e tem liberdade para expressar e viver essas preferências terá mais facilidade de escolher a carreira e a vida social e familiar que parece satisfazer à sua personalidade. A vocação tem sido entendida, especialmente pelos pais, somente pelo aspecto profissional. Entretanto se refere também a um estilo de vida pessoal, familiar e social que o indivíduo pretende ter. Esse foco restrito tem consequências no desempenho adulto.

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) sugere algumas ações a serem realizadas com a família com adolescentes, como se vê no Quadro 6.

Quadro 6 – Estágios do ciclo de vida da família com adolescentes.

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família com adolescentes	Discutir a liberdade com responsabilidade, possibilitando o amadurecimento e a individualidade do adolescente. Reforçar o sentimento de pertencimento dos laços de família.	Fomentar atividades grupais com os adolescentes para discussão sobre drogas e sexo. Trabalhar com o adolescente a importância das relações de longa permanência, afetividade, solidariedade e o seu papel nas gerações futuras.

Fonte: Programa Saúde em Casa. Oficina sobre Abordagem Familiar. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

5.3.5 − Estágio 5: Lançando os filhos e seguindo em frente − família constituída por casais de meia idade

As tarefas deste estágio são:

1. Mudanças no casamento;
2. Relacionamento adulto-adulto entre os filhos e seus pais;
3. Expansão dos relacionamentos familiares de modo a incluir os parentes por afinidade e os netos;
4. Resolução de relacionamentos com pais que estão envelhecendo.

Os filhos adolescentes que estarão, nesta fase, iniciando a vida adulta, vão se direcionar para a vida profissional. Alguns filhos ainda permanecerão por um tempo em casa, mas outros já sairão de imediato, para estudar e/ou viver um relacionamento estável, casamento ou outras formas. É necessário que pais e filhos estabeleçam um relacionamento entre adultos, o que ambos são agora. Os pais devem aceitar a independência dos filhos, apoiando as suas decisões e se interessando por suas iniciativas. As expectativas para os filhos e para as filhas podem ser diferentes, mas estas não devem interferir a ponto de contrariar os desejos dos filhos.

A escolha do cônjuge pode refletir a facilidade ou dificuldade de o filho em se tornar independente emocionalmente dos pais. A dificuldade de separação pode levar a uma escolha de parceiro que seja um desafio aos pais ou que contribua para que ele evite a família e se afaste dela. A dificuldade no lançamento do jovem adulto, em geral, é responsabilidade tanto dos pais quanto do próprio jovem.

Com a diminuição do número de filhos por casal no Brasil, média de dois filhos, a idade dos pais quando o último filho sai de casa diminuiu, assim como a época do casamento do último filho.

Com a saída dos filhos de casa, os pais/cônjuges ficam sozinhos novamente, voltando-se um para o outro. Se o casal mantinha um relacionamento satisfatório entre si, anteriormente, provavelmente a mudança na função do casamento será fácil. Se o casamento era principalmente voltado para a criação dos filhos, com dificuldade no relacionamento do casal, pode haver igualmente dificuldade de passar por

este estágio e ocorrer a separação. Também pode ocorrer o fato de o casal “segurar” um dos filhos no seu convívio para evitar ficar a sós. Com o aumento da expectativa de vida, a idade da viuvez aumentou e, em consequência, o período de casamento dos pais.

Outros eventos, relativos a um ou a ambos os parceiros, podem contribuir para a estabilidade ou instabilidade do casal nesse estágio, como a doença de um dos cônjuges ou de familiar idoso, a aposentadoria ou permanência no trabalho, a participação em ações comunitárias ou hobbies, a ajuda na criação dos netos, o companheirismo em atividades lúdicas, a realização de atividade física, o cultivo à espiritualidade, entre outros.

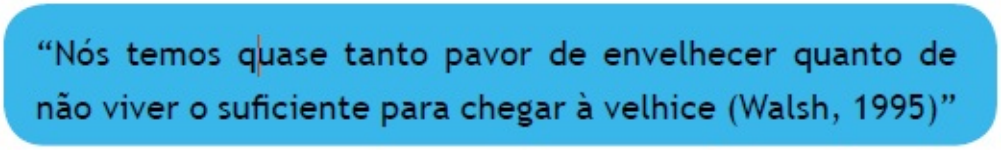
A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) sugere algumas ações a serem realizadas com a família constituída por casais de meia idade, como se vê no Quadro abaixo.

Quadro 7 – Estágios do ciclo de vida “lançando os filhos e seguindo em frente” − família constituída por casais de meia idade.

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família constituída por casais de meia idade	-Prover informações sobre cuidados com a saúde e os principais riscos relacionados à idade. -Discutir o sentimento de companheirismo. -Trabalhar a saída dos filhos como não perdas. -Esclarecer a importância de serem avós e o crescimento da nova família que se constitui com as novas gerações.	-Discutir o processo de afastamento do trabalho com a aposentadoria. -Refletir sobre a sexualidade na terceira idade. O viver e o conviver junto nesta fase da vida. -Discutir os processos de intolerância dos mais jovens e de tolerância com os idosos.

Fonte: Programa Saúde em Casa. Oficina sobre Abordagem Familiar. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

5.3.6 − Estágio 6: Famílias no estágio tardio da vida − família com casais em fase de envelhecimento



As tarefas deste estágio são:

1. Ajustamento à condição de aposentado e à viuvez;
2. Desempenho do papel de avô ou avó;
3. Enfrentamento da doença do parceiro ou da própria.

Neste estágio, os relacionamentos devem ser atualizados: conflitos ou desapontamentos de estágios anteriores, que podem ter resultado em rompimentos ou imagens/expectativas congeladas, podem ser reconsiderados. Para a equipe de Saúde da Família, é necessária uma reflexão para a superação de alguns estereótipos. O idoso é, muitas vezes, considerado à margem da sociedade, descartados como antiquados, rígidos, aborrecidos, inúteis e incômodos.

Os relacionamentos familiares continuam sendo importantes na terceira idade: a maioria vive com os cônjuges ou parentes − filhos, irmãos e pais idosos, embora prefiram morar separado deles. A necessidade de se colocar o idoso em uma instituição pode constituir uma crise para a família, desencadeando sentimento de culpa e abandono. A proximidade da família, mesmo através de visitas breves ou contato por telefone, é importantes para quem mora sozinho – intimidade à distância. A maioria dos idosos são mulheres viúvas (WALSH,1995).

A abordagem familiar do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009) sugere algumas ações a serem realizadas com a família com idosos como se vê no Quadro 8.

Quadro 8 – Estágios do ciclo de vida da família- “casais em fase de envelhecimento”

Estágio do ciclo de vida da família	Possibilidades de ações a serem realizadas	Ações de promoção e prevenção a serem ofertadas
Família com casais em fase de envelhecimento	-Discutir o envelhecer como um processo dinâmico e natural. -Trabalhar o sofrimento de perdas, o morar sozinho, a valorização da vida.	-Oferecer oportunidades de participação em grupos na comunidade, atividades de promoção, como as caminhadas etc.

Fonte: Programa Saúde em Casa. Oficina sobre Abordagem Familiar. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

Vamos ver, a seguir, algumas situações típicas desse estágio e que têm muita importância para a atenção à família com pessoas idosas.

Aposentadoria

Pode significar perda de papéis profissionais, produtividade e relacionamentos significativos. Desejada ou compulsória poderá afetar o ajustamento. A perda do papel de provedor familiar e redução provável nos rendimentos podem agravar a situação. Uma situação comum, hoje no Brasil, é o salário de aposentado ser um dos suportes financeiros da família. As mulheres podem ter dificuldade com a aposentadoria do marido, com a perda do status e da rede social do trabalho dele, assim como com mudanças de residência pela perda econômica. A maior tarefa é a incorporação do homem aposentado dentro de casa.

As mulheres terão menos dificuldade, se mantiverem seu papel de donas-de-casa. Possibilitar a expressão de sentimentos, medos e preocupações, estabelecendo uma comunicação abertacom o parceiro, pode levar a uma reformulação da relação e dos papéis de cada um.

Viuvez

As mulheres têm uma possibilidade de enviuvar quatro vezes maior do que os homens, em uma idade menos avançada que eles. O sentimento de perda, desorientação e solidão contribui para um aumento nos

índices de morte e suicídio no primeiro ano, principalmente dos homens, porque é a mulher que faz o contato social na casa. As mulheres possuem recursos financeiros limitados e é menos provável que encontrem um parceiro, ao contrário dos viúvos que mais frequentemente voltam a casar-se. Uma variável crítica é o relacionamento com os filhos e sua aprovação do novo casamento, que pode ser visto como deslealdade ao falecido, interesse financeiro do novo cônjuge e partilha indesejada de bens.

As viúvas ou viúvos devem elaborar o luto pela perda do parceiro, por um processo que parece compreender três fases:

1. Inicialmente, o (a) viúvo (a) deve desatar os laços com o cônjuge, transformando as experiências compartilhadas em lembranças; é importante a expressão manifesta da tristeza e da perda.
2. Em seguida, a atenção do (a) viúvo (a) tende a se voltar para as demandas da realidade, o funcionamento cotidiano e para o manejo da estrutura doméstica.
3. Ao final, o (a) viúvo (a) tende a se interessar por novas atividades e por outras pessoas.

É importante não só respeitar a evolução das fases do (a) viúvo (a), mas também ficar atento para que a evolução ocorra.

Condição de avós

A condição de avós pode trazer um “novo arrendamento de vida” (Walsh, 1995), ao satisfazer o desejo de sobreviver, 170 Módulo 2 - A família no contexto da Atenção Primária à Saúde reviver as próprias experiências anteriores de criação dos filhos, revisar e aceitar a própria vida, especialmente o papel de pais.

Os avós e netos podem usufruir de um vínculo especial que não é complicado pelas responsabilidades, obrigações e conflitos do relacionamento pais-filhos. Entretanto, alianças entre netos e avós, em oposição aos pais, não é desejável.

Doença e dependência

Relembremos aqui os cinco gigantes da geriatria e para os quais devemos estar atentos: a iatrogenia, a incontinência urinária, a instabilidade postural (quedas e fraturas), as doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e delirium) e a síndrome de imobilidade (CHAIMOWICZ, 2009).

cuidado dos idosos não é mais exclusivamente da mulher, devido a sua inserção no mercado de trabalho, o que leva a uma negociação desse cuidado. Em uma família funcional, as necessidades de dependência dos pais idosos não geram “reversão de papel”, isto é, os filhos se mantêm nos seus papéis e não se tornam pais dos próprios pais. Aceitar um papel filial é assumir a responsabilidade pelo que pode, que não pode ou que não se deve fazer pelos pais. Se o filho for muito ansioso, pode proteger o idoso em excesso, o que o torna mais desamparado e incompetente. Para os cônjuges, a doença de um pode levar a um desequilíbrio no relacionamento conjugal.

A doença é uma tarefa difícil para a família, seja pelo tempo da enfermidade, seja pela necessidade de tomar decisões sobre vida versus facilitar a morte. A adaptação familiar à perda envolve luto compartilhado e reorganização do sistema de relacionamento familiar. A negação, o silêncio e o segredo costumam ser disfuncionais. A morte do último membro de uma geração é um marco, indicando que a próxima geração é a mais velha. É importante avaliar o impacto da morte nos netos, que geralmente experienciam a morte pela primeira vez.

Atenção ao idoso e sua família

Os profissionais da equipe de Saúde da Família devem estar atentos às necessidades dos idosos e de suas famílias, observando como as famílias responderam aos imperativos da terceira idade e, especialmente, como superaram questões relativas à invisibilidade dos problemas e ao preconceito profissional**.**

Por invisibilidade, pode acontecer que:

- Doenças orgânicas sejam mais cuidadas e depressão, insônia, demências e delirium confusão sejam geralmente consideradas

decorrentes do quadro somático;
- O círculo vicioso família superfuncionando/paciente subfuncionando apresse e perpetue os sintomas de senilidade;
- O profissional aceite, erroneamente, que não existe família ou que esta não é importante; portanto, desenhar um genograma com uma pessoa idosa pode ser útil para identificar pessoas significativas e vínculos de apoio potenciais;
- Os problemas dos membros idosos possam ajudar a entender as dificuldades das gerações mais jovens.

Em relação à atitude dos profissionais, evitar os seguintes preconceitos contra a velhice:

- Os idosos são resistentes à mudança ou são não-tratáveis;
- Os problemas funcionais são considerados parte natural e irreversível da idade;
- O rótulo de senilidade é generalizado: todos os idosos têm os mesmos problemas;

5.3.7 − A doença crônica e o ciclo de vida familiar

Quando uma doença crônica acomete um dos membros da família, podem ser necessárias mudanças e adaptações para que a família continue funcionando. Essas mudanças dependerão de algumas características da doença e da combinação entre elas, como mostra o Quadro 9.

Quadro 9 – Características da doença crônica.

Início	Agudo ou gradual
Curso	Progressivo, constante ou reincidente
Consequências	Fatal, vida diminuída ou não-fatal
Incapacitação	Presente ou ausente

Quanto ao início da doença, podemos dizer que, se agudo, como um infarto ou derrame, a família tem que se organizar rapidamente para ajudar o seu membro e continuar funcionando. Mas, se o início for gradual, como uma doença de Parkinson ou uma artrite, essa organização pode ocorrer aos poucos, o que gera menos impacto para a família.

A doença crônica pode ter um curso progressivo, se ela vai se agravando com o tempo, como um câncer ou uma AIDS. As famílias têm que ir aumentando sua capacidade de adaptação às novas circunstâncias, em geral através de reorganização de papéis e funções, e buscando apoio e recursos externos. Quando a doença tem um curso constante, como uma hipertensão ou uma paralisia, a família tem que realizar uma adaptação inicial, mas depois ela não precisa fazer grandes alterações. E quando é de curso reincidente, como a asma ou enxaqueca, a família tem que se organizar em

cada crise.

Quanto às consequências da doença crônica, existem as que tendem em não afetar a duração da vida (cegueira, artrite) – não-fatais -, outras que podem encurtá-la ou levar à morte súbita (hemofilia e doença cardiovascular) – vida diminuída, ou ainda serem potencialmente fatais (câncer metastático e AIDS). As duas últimas podem gerar uma expectativa de perda inevitável ou levar a família aos problemas decorrentes de uma morte precoce, especialmente se for do pai ou da mãe. Outro aspecto importante de impacto parece ser a presença ou não de incapacitação, como em uma paralisia ou cegueira. Uma incapacitação é geralmente de manejo difícil, exigindo a atenção de um ou mais familiares para ajuda.

O preconceito contra idosos deve estar relacionado à tentativa de evitar a realidade pessoal do envelhecimento, da morte e das questões de envelhecimento na própria família.

5.4- Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais − F.I.R.O.

As “Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais” − Fundamental Interpersonal Relations Orientations (FIRO) − procuram avaliar os sentimentos de membros da família na vivência das relações do cotidiano.

Esta ferramenta deve ser utilizada em quatro situações, segundo, Ditterich (2009, p. 121):

1. quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto;
2. quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade;
3. quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família;
4. quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade.

Vejamos o significado de cada termo-chave.
Inclusão: permite conhecer a dinâmica de relacionamento dentro da família, como ela se organiza para enfrentar as situações de estresse, o papel de cada membro e como é a interação e participação de cada um dos seus membros. Vamos voltar nossa reflexão para nossa própria família. Como nos organizamos ao enfrentar um problema? Quem apoia? Quem se afasta? Como nos comunicamos?

Controle: mostra- nos como é exercido o poder dentro da família. Ele pode ser: dominante − um exerce o poder sobre toda a família; reativo − ocorre reação contrária a alguém que deseja exercer o papel de dominância; colaborativo − compartilhamento de poder entre os membros da família.
Intimidade: como os membros da família se unem para compartilhar, entre si, os sentimentos.

Essa ferramenta é útil quando, por qualquer motivo, houver mudança de

papéis dentro da família. Por exemplo: quando o chefe da família perde seu emprego e passa a ser sustentado pela esposa, deverá haver uma negociação dos papéis de cada membro da família. Se tal fato não ocorrer, pode gerar sentimentos de inutilidade em um membro e sobrecarga de outro membro, levando a algum tipo de disfunção na família ou até mesmo um problema orgânico em qualquer um de seus membros.

5.5 – PRACTICE

O PRACTICE é outra ferramenta que pode auxiliar na 176 Módulo 2 - A família no contexto da Atenção Primária à Saúdeatenção ao indivíduo e sua família; deve ser utilizado em situações mais complexas para resolver algum problema que a família apresenta e aplicado em reuniões familiares, sendo que o profissional tem que ter a clareza de que só uma entrevista familiar será insuficiente para se construir com a família soluções para o problema apresentado.

Trata-se de um instrumento que permite a avaliação do funcionamento das famílias, facilita a coleta de informações e entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional, assim como a elaboração de avaliação e construção de intervenção com dados colhidos junto à família, identificando:

Quadro 10 - PRACTICE

P	*Presenting* ***problem***	Problema	Permite que equipe conheça o problema da família e o que os diferentes membros da família pensam e sentem a respeito do fato.
R	***Roles*** *and structure*	Papéis e estrutura	Permite conhecer quais os papéis de cada membro da família e como se desempenham.
A	***Affect***	Afeto	Como se dá a troca de afeto dentro da família, e como isso afeta, positiva ou negativamente, a resolução do problema.
C	***Comunication***	Comunicação	Como é feita a comunicação verbal e não-verbal no contexto da família.
T	***Time*** *of life cycle*	Tempo	Procura correlacionar o problema apresentado com os papéis esperados dentro do ciclo de vida da família, procurando verificar onde está situada a dificuldade.
I	***Illness*** *in family*	Doenças na família, passadas ou presentes	Nesta parte resgatam-se as doenças vividas anteriormente pela família, como foi feito o cuidado, buscando valorizar as atitudes de cada membro da família, demonstrando a importância do suporte familiar no cuidado de um membro da família.
C	*Coping with estresse*	Lidando com o estresse	Procura identificar os recursos utilizados pela família para lidar com situações anteriores de estresse e como utilizar estes recursos para enfrentar a crise presente.
E	*Ecology*	Ecologia	Procura conhecer os suportes externos que possam apoiar a família nesta situação atual - igreja, vizinhos, enfim, a rede social de apoio, além dos aspectos estruturais, como saneamento, renda, grau de escolaridade, moradia, transporte.

5.6 APGAR FAMILIAR

Reflete a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla APGAR que significa: Adaptation (Adaptação), Partneship (Participação), Growth (Crescimento), Affection (Afeição) e Resolve (Resolução).

A avaliação será feita por meio de questionário contendo cinco perguntas referentes aos aspectos abordados, as quais serão pontuadas e analisadas depois. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. A partir da aplicação do questionário e da avaliação do contexto familiar, é possível desenhar um plano terapêutico que poderá ser desenvolvido pelo próprio médico de família, podendo exigir a participação de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou de família.

Questionário A.P.G.A.R.

1. Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
2. Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?
3. Minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?
4. Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
5. Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?

Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma: quase sempre: 2 pontos; às vezes: 1 ponto; raramente: zero. A forma de pontuação para a ferramenta APGAR considera: 7 a 10 pontos: altamente funcional; 4 a 6 pontos: moderadamente funcional; 0 a 3 pontos: severamente disfuncional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já discutimos, a família se encontra unida por fortes laços afetivos, com limites e papéis definidos de forma verbal ou não. Normalmente os membros trazem de suas famílias de origem os modelos de papéis de cada um de seus membros e, sendo a única em sua experiência, a família é afetada pelas experiências de seus componentes, bem como é influenciada pelos estímulos externos a ela. Quando um dos seus membros tem algum tipo de problema, toda a família sofre. A tendência, frente a esse sofrimento, é o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o retorno à harmonia familiar.

Quando a família se apresenta em situações de risco, provenientes de vulnerabilidades de ordem afetiva, econômica e/ou social, verifica-se a tendência de se rotular um dos seus membros como “um problema”. Este chega a você já nominado como “doente” ou “problemático”, e cabe a você, profissional de saúde, entender que ele, na verdade, é “a ponta do iceberg”. A dinâmica da família como um todo está afetada, impedindo seu crescimento ou a adoção de outros papéis que a auxiliem a mudar de fase e superar o problema. É importante perceber ainda que o falar é terapêutico, pois permite aos indivíduos uma revisão de suas atuações na dinâmica familiar.

Cabe ainda fazer esta observação: todos os membros da equipe podem utilizar essas ferramentas, não só o médico. Deve-se lembrar também que as famílias são dinâmicas, exigindo revisões periódicas à medida que a necessidade se apresente; não faça, pois, da aplicação dos instrumentos apenas uma tarefa, utilize-se dela para ser um elemento norteador no planejamento de suas ações e na resolução de “casos difíceis”.

Segundo Wagner (2000), para trabalhar com famílias, devemos ter em mente que é necessário desenvolvercompetências, adotar uma postura aberta, demonstrando o desejo de se vincular temporariamente à família em foco, e uma atitude que estimule a construção de soluções. Nunca devemos adotar a postura de “saber o que é melhor para a família”. É importante respeitar as regras familiares, perceber as hierarquias e estimular a comunicação entre seus membros. Evite sempre lateralizar ou demonstrar apoio a um dos membros da família. O objetivo é entender a estrutura da família, seu desenvolvimento, seu

funcionamento e os recursos que a apoiam.

Verificamos que os instrumentos apresentados permitem a identificação de critérios de risco à saúde das famílias e um diagnóstico que prioriza a solução dos problemas de saúde mais frequentes. Esse diagnóstico vai contribuir para um planejamento de ações que realmente contribuam com a busca de superação da realidade encontrada.

Na utilização cotidiana de tecnologias de abordagem e diagnóstico das famílias e comunidades, as equipes de saúde da família, ainda hoje, enfrentam o desafio de construir possibilidades efetivas de uma prática, na qual o usuário e a população sejam partícipes do trabalho em equipe, ou seja, integrem-se no processo de construção de um projeto comum.

Não se pode pensar em políticas públicas sem falar em parceria com a família. Contudo, demanda-se um processo educativo e participativo para que realmente possam as ações de saúde ultrapassar os limites do caráter assistencial, curativo e prescritivo.

Somente desta forma podemos pensar na promoção da saúde e na qualidade de vida das comunidades e famílias abrangidas pela Estratégia de Saúde da Família.

ANEXO I

Programas sociais do governo federal brasileiro voltados para as famílias em situação de vulnerabilidade (2009)

PROGRAMAS	O QUE É? CONDICIONALIDADES
Programa Bolsa Família (PBF) – Governo Federal	É um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza Os valores pagos variam de **R$20,00** (vinte reais) a **R$182,00** (cento e oitenta e dois reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e o número de crianças e adolescentes até 17 anos. Tipos de benefícios: O Benefício Básico, de R$ 62,00 (sessenta e dois reais), é pago às famílias consideradas extremamente pobres, aquelas com renda mensal de até R$ 69,00 (sessenta e nove reais) por pessoa (pago às famílias mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens). O Benefício Variável, de R$ 20,00 (vinte reais), é pago às famílias pobres, com renda mensal de até R$ 137,00 (cento e trinta e sete reais) por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, até R$ 60,00 (sessenta reais). O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R$ 30,00 (trinta reais), é pago a todas as famílias do PBF que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios, ou seja, até R$ 60,00 (sessenta reais).
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) – Governo Federal	Objetiva contribuir para a erradicação de todas as formas de trabalho infantil no país, atendendo famílias cujas crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos se encontrem em situação de trabalho. O Programa está inserido em um processo de resgate da cidadania e promoção de direitos de seus usuários, bem como de inclusão social de suas famílias. O PETI compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com duas ações articuladas - o Serviço Socioeducativo ofertado para as crianças e adolescentes afastadas do trabalho precoce e a Transferência de Renda para suas famílias, além de prever ações socioassistenciais com foco na família, potencializando sua função protetiva e os vínculos familiares e comunitários.

REFERÊNCIAS UTILIZADAS

ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.A.F. (Org.). Família – Redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

ALVES, J.E.D. A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários. 2005. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/ notametodologica_familiasconviventes.pdf. Acesso em: 10 nov. 2010.

ANDRADE, S. M. et. alli (Orgs.). Bases da saúde coletiva. Londrina: Editora UEL/ABRASCO, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 05/10/1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, 96 pp.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Editora Artmed, 2ª ed., 1995.

CECAGNO,S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V.M.R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. Acta Scientiarum Health Sciences, Maringá, v. 26, nº 1, pp. 107-112, 2004. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/16 Acesso em 20 jun.2008.

CHAIMOWICZ, F. et al. Saúde do Idoso. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada, Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DEMO, P. Política Social e Conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 2ª ed.,

2000.

DITTERICH R.V.; GABARDO M.C.L; MOYSÉS S.J. As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. Saúde Soc., São Paulo, v.18, nº3, pp.515-524, 2009.

FERNANDES, C.L.C.; CURRA LCD. Ferramentas de Abordagem da Família. Programa de atualização de Medicina de Família e Comunidade/ organizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2006.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde e Sociedade, v.14, nº2, pp.50-59, maio-ago 2005.

GOMES, J. V. Família e luta pela sobrevivência. In CARVALHO, M. C. B. (Org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez , 1995, pp. 61-71.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas.

Ciênc. saúde coletiva, v. 10, nº2, pp. 357-363, 2005.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S.; e SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, pp.117-140.

GRAHAM, R. Clientelismo e política no Brasil do século XIX. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

HEMFELT, R.; MINIRTH, F.; MEIER, P. O amor é uma escolha: recuperação para relacionamentos codependentes. Rio de Janeiro: Fator Meio Consultoria, Produções, Editora Ltda., 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estatística do Registro Civil. Rio de Janeiro, v. 35, 2008b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, v. 23, 2008a.

MELLO, S.L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez , 1995, pp. 52-60.

MENEZES, J.B. A Família na Constituição Federal de 1988 - Uma Instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. NEJ, v. 13 , nº1, pp. 119-130, jan-jun 2008. Disponível em: https:// www.univali.br/seer/index.php/nej/article/viewFile/1232/1035. Acesso em: 10 nov.2010.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Programa Saúde em Casa. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina VI: a abordagem familiar. Belo Horizonte. 2009.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, pp. 141-170.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H.C. Técnicas de terapia familiar.Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 1990.

OLIVEIRA, C.C; CAMPOS, F.C.C Projeto Social: saúde e cidadania. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon, 2009. PRADO, D. O que é família. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

REBELO, L. Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família. Revista portuguesa de Clínica Geral, 2007. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/ departamentos/cligeral/ensino_5ano/ RPCG_Genograma_Familiar.

RIBEIRO, E M. As várias abordagens da Família no cenário do Programa de Saúde da família (PSF). Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 12, nº4, pp. 658-664, Jul/Ago. 2004.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C.

B. (org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez , 1995, pp. 74-88.

SILVIO, K; FERRARI, M. Família brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez, Brasília, DF. UNICEF, 1994.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M C. B. (Org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez, 1995. pp. 23-27.

SZYMANSKI, H. Trabalhando com famílias. In: Cadernos de Ação. 184 Módulo 2 - A família no contexto da Atenção Primária à Saúde n°1, São Paulo, março 1992. Instituto de Estudos Especiais PUC/ SP, pp. 22-40.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, nº2, Abr./Jun. 1998.

Wagner, HL: Oficina de Treinamento em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública, 2000, Campo Grande, MS.

WALSH, F. A Família no Estágio Tardio da Vida. In CARTER, B. & McGOLDRICK, M. As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Editora Artmed, 2ª ed., 1995.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

AERTS, D. et al. O Processo de Territorialização: construindo um novo modelo de atenção à saúde. Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, POA/RS, 1999.

ALVARENGA, L. M. C. A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para a mudança do modelo técnico-assistencial em saúde. Limites e Possibilidades. São Paulo: 2004, Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP.

ALVES V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, nº16, pp.39-52, set.2004/fev.2005.

ARIES, Phillipe. História social da criança e da família. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BOSI, M. L. M.; MARTINEZ, F. M. (Orgs). Pesquisa Qualitativa em Serviços de Saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOSS, M. L. M. et al. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da Rede Pública de Serviços. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio Janeiro: ENSP/FioCruz. 14 (2): pp.355-365, abril/junho, 1998.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 05-10-1988.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.0699, de 13-07-1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAUN, Suzana. A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo/ Suzana Braun. - Porto Alegre : AGE. 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (et al.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FioCruz, 2006, 2ª ed.

CAVALCANTI, M. L. T; MIMAYO, M. C. Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2004, pp. 480-515.

EQUIPE DE METODOLOGIA DO PFF/SP/SP. Trabalho com famílias: metodologia e monitoramento. Secretaria Municipal de Assistência Social. São Paulo: PUC, dezembro de 2003.

FALCETO, O. “Estrutura e Dinâmica Familiar”. In: DUNCAN, SCHMIDT & GIUGLIANI. Medicina Ambulatorial. 3ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre-RS, 1992, pp. 35-37.

FRANCO, Abigail Aparecida Paiva de. Família de apoio: uma experiência. REVISTA SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE - N. 83 - ESPECIAL: CRIANÇA E ADOLESCENTE. Editora Cortez, 2005.

GENOFRE, R. M. Família: uma leitura jurídica. In: CARVALHO, M C B (org.). A Família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez Editora, 1995, pp. 97-104.

GIACOMAZZI, Maria Cristina; TAKEDA, Silvia. Guia para Diagnósticos de Comunidade no Planejamento das Ações Coletivas de Saúde. Instrumento destinado às equipes de 186 Módulo 2 - A família no contexto da Atenção Primária à Saúde saúde. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 1999.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência & Saúde Coletiva. 10(2), 2005, pp. 357-363.

GUARESCHI, Pedrinho. Sociologia Crítica. Porto Alegre: Mundo Jovem,

2001. Cap. XIV - O aparelho ideológico da família.

KALOUSTIAN, Silvio M. (Org.). Família brasileira: a base de tudo. São Paulo: Cortez, Brasília/DF: UNICEF, 2004.

MIOTO, Regina C T. Famílias e Serviço Social. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n°55, ano XVIII, nov. 1997, pp.114-129.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: Kaloustian, Silvio et al. (Org.). Família brasileira: a base de tudo. 4ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília/DF: UNICEF, 2000.

PIMENTEL, Sílvia. Perspectivas jurídicas da família: o Novo Código Civil e a violência familiar. Revista Serviço Social e Sociedade. n◦ 77. São Paulo: 2002.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da Família no cenário do Programa de Saúde da família (PSF). In: Revista Latino- Americana de Enfermagem, julho-agosto, 12(4), 2004, pp. 658- 64.

SERAPIONI, Mauro. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciência & Saúde Coletiva, nº 10, 2005, pp. 243-253.

SILVEIRA, Maria Lucia da. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.2, nº2, jul./dez. 2000, pp.58-64.

STOTZ E.; VALLA, V. V. (Org.). Educação, Saúde e Cidadania. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1994.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2), abr-jun, 1998, pp. 429-435.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). A Saúde nas palavras e nos gestos.

São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

VASCONCELOS, Eymard. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. SP: Editora Hucitec, 1999.

VENÂNCIO, R. P. Famílias abandonadas: Assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador - Séculos XVIII e XIX. Campinas: Papirus, 1999.

VITALE, Maria Amália Faller. Famílias monoparentais: indagações. Revista Serviço Social e Sociedade nº71. São Paulo: Cortez, 2002.

FONTES DE CONSULTA ONLINE

Periódicos Capes: http://www.periodicos.capes.gov.br

Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br

Organização Mundial da Saúde: http://www.who.org

Universidade de São Paulo: http://www.fsp.usp.br/~rsp

Conselho de Saúde: http://www.consaude.gov.br

Sistema Único de Saúde: http://www.datasus.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde: http://www.bireme.br

Agência Nacional de Vigilância Sanitária: http://www.anvisa.gov.br

EAD - UFMS

REVISÃO:
Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:
Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:
Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:
Carla Calarge

FOTO DA CAPA:
Marcos Paulo dos Santos de Souza