Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

O uso das Ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde

Antonio Dercy Silveira Filho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2006

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

O uso das Ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde

Antonio Dercy Silveira Filho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2006

AGRADECIMENTOS

A todos os amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e do Ministério da Saúde com quem compartilho os ideais de uma sociedade mais justa.

Aos amigos Afra Suassuna Fernandes, Luciano Ducci, Luis Fernando Rolim Sampaio, Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Mattos, Michele Caputo Neto e Reneide Muniz, que possibilitaram este passo em minha formação.

Ao meu orientador Paulo Capel Narvai com quem aprendi e continuo aprendendo nos livros e na vida.

Aos amigos Berardo Augusto Nunam, Claunara S. Mendonça, Elisete Maria Ribeiro, Heloiza Machado Souza, José Bruno Alencar Pinto, Lincoln Luciano Silva, Mariângela Galvão Simão, Pedro Gilberto Alves Lima, e Samuel Jorge Moysés, que sempre me apoiaram nessa direção.

Aos meus pais Toninho e Cida; minhas irmãs Deleusa, Dilma, Dilene e Diosely; meus cunhados Genécio e Francisco; meus sobrinhos Neto, Luis, Talita e Thais; e, a Fabiana, Sidney, Giancarlo e Otávio, com os quais sigo aprendendo o real significado e a importância de cuidar, e de ser família.

Silveira-Filho AD. **O uso das Ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde**. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que buscou verificar em que medida o uso das Ferramentas Saúde da Família, a partir de problemas de saúde bucal, tem contribuído para a construção do cuidado em saúde, pelas equipes de Saúde da Família do município de Curitiba, abrangendo o período decorrido entre 1993 a 2004. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com os profissionais e posteriormente analisadas segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo.

A estratégia Saúde da Família tem como um dos seus desafios interferir no modelo de atenção. Com o intuito de reinventar suas práticas de saúde, essas equipes foram capacitadas ao uso das Ferramentas Saúde da Família, originadas no modelo de Medicina Familiar Canadense como parte das atividades da clínica, visando auxiliar a compreensão ampliada do processo saúde-doença nas famílias, e possibilitar o planejamento e a realização de ações que produzam novas abordagens de cuidado aos indivíduos-famílias assistidos.

Especialmente quando o agravamento das doenças e dos aspectos sociais são iminentes, sua utilização poderia contribuir para o estabelecimento de novos planos terapêuticos usuários-centrados que definidos a partir das necessidades e interesses destes usuários, adequados às possibilidades, conhecimentos e cultura destas famílias, comprometeriam-se com a defesa da vida. Entretanto, dada à cultura profissional e institucional ainda fortemente impregnada do modelo biomédico; a formulação de ações estratégico-gerenciais como protocolos, sistema de informação, e descontinuidade nas reuniões de equipe; a pressão da demanda; e, o despreparo dos novos profissionais pela descontinuidade nos processos de educação, a consolidação dessa prática encontra-se ameaçada.

SUMMARY

Silveira-Filho AD. **O uso das Ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde** [The use of Family Health Tools to the build of general health care]. São Paulo (BR); 2005. [Master Degree–Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Brazil].

The present work shows a qualitative research whose objective was to verify to which extent the use of Family Health Tools, related to oral health problems, has contributed to the build of general health care provided by the Family Health teams of Curitiba, Brazil, between the years of 1993-2004. All the information in this work was obtained through interviews with health professionals and was afterwards analyzed according to the method of Collective Subject Discourse.

The Family Health strategy has, among other challenges, the responsibility of changing the model of health care. In order to transform their practices, those teams were trained to use the tools in Family Health Care according to the Canadian experience, as part of their clinical activities. The results expected are a broad understanding of the health-illness process in families and the planning of new approaches and actions to the care of individuals and families.

In a scenery that points to a worsening of illnesses and social conditions, the use of those tools could contribute to establish new therapeutic plans (individually focused), based on those individuals needs and interests, considering their familiar and cultural background. Those plans, in synthesis, would be committed to the defense of life. However, due to a series of causes such as professional and institutional culture strongly based on a biomedical model, the lack of formulation of strategic actions such as clinical protocols, weak systems of information, lack of continuity in team meetings and educational process and pressure of the demand, the consolidation of this practice seems to be at risk.

ÍNDICE

RESUMO 4

SUMMARY 5

LISTA SIGLAS 8

1. INTRODUÇÃO 10

2. REVISÃO DA LITERATURA 15

2.1. A constituição da rede básica de atenção à saúde no Brasil 15

2.2. A Saúde Bucal Coletiva no Brasil 24

2.3. A estratégia Saúde da Família no Brasil 30

2.4. O modelo de atenção hegemônico no Brasil 44

2.5. As tecnologias em saúde 49

2.6. Abordagem familiar e as Ferramentas Saúde da Família 53

2.6.1. Ferramenta 1 – o Ciclo de Vida Familiar 61

2.6.2. Ferramenta 2 – o Genograma ou a Árvore Familiar 64

2.6.3. Ferramenta 3 – o Modelo FIRO 65

2.6.4. Ferramenta 4 – o esquema PRACTICE 66

2.7. A Integralidade e o Cuidado em Saúde 68

2.8. A estratégia Saúde da Família e o uso das Ferramentas Saúde da Família no município de Curitiba 74

3. OBJETIVO 83

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 84

4.1. População do estudo 90

4.2. Procedimentos 92

4.3. Aspectos éticos 93

5. RESULTADOS 95

5.1. Para que são usar as Ferramentas Saúde da Família 96

5.2. Em que situações utilizar as Ferramentas Saúde da Família 101
5.3. Como as Ferramentas Saúde da Família são utilizadas no processo de trabalho 106
5.4. O que fazer com as informações obtidas com as Ferramentas Saúde da Família 111
5.5. Como avaliar os resultados obtidos ao usar as Ferramentas Saúde da Família 115
5.6. Alguns comentários acerca do uso das Ferramentas Saúde da Família 120
5.7. Exemplos de uso das Ferramentas Saúde da Família em atividades conjuntas da equipe, incluindo a saúde bucal 125
5.8. Síntese das Idéias Centrais 134
7. DISCUSSÃO 138
8. CONCLUSÃO 177
9. REFERÊNCIAS 180
ANEXOS
Anexo 1 – Roteiro da entrevista 191
Anexo 2 – Carta de informação ao participante 192
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 194
Anexo 4 – Declaração de Protocolo de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba 196
Anexo 5 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo 197

LISTA SIGLAS

AC	Ancoragem
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APMI- Saza Lattes	Associação de Proteção à Infância Saza Lattes
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CD	Cirurgião Dentista
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DN	Declaração e Nascido Vivo
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DS	Distritos Sanitários
DSBN	Distrito Sanitário Bairro Novo
DSBV	Distrito Sanitário Boa Vista
DSCJ	Distrito Sanitário Cajuru
DSMZ	Distrito Sanitário Matriz
DSPN	Distrito Sanitário Pinheirinho
DSSF	Distrito Sanitário Santa Felicidade
ECH	Expressões-chave
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
FIRO	Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais
FSF	Ferramentas Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Idéias Centrais
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS	Lei Orgânica da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NOAS	Norma Operacional da Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRACTICE	Problema apresentado, Papéis e Estrutura, afeto, Comunicação, Tempo no Ciclo de Vida Familiar, Doenças na família, Lidando com o estresse, Meio ambiente ou Ecologia
PROESF	Projeto de Expansão e Qualificação da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
US	Unidade de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo buscou verificar em que medida o uso das Ferramentas Saúde da Família nas equipes de Saúde da Família do município de Curitiba, a partir de problemas de saúde bucal, tem contribuído para a construção do cuidado em saúde.

Constitui-se numa pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas com os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família e que utilizou para a análise, o Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003). A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, durante o primeiro semestre de 2005.

Tem como objeto de estudo a utilização das FSF por parte destas equipes, sendo compreendidas como tecnologias leves em saúde (MERHY 2002) com potencialidades para ampliar a atenção na clínica, que a partir de estudos de caso, possibilitam melhores condições para a gestão, o planejamento e prática dirigida a cada caso, visando aumentar a efetividade das ações de saúde.

Na primeira parte que compõe essa tese se apresenta uma revisão de literatura trabalhada em diferentes capítulos, com a finalidade de propiciar uma melhor compreensão sobre o objeto dessa pesquisa. Inicialmente, busca-se situar historicamente os movimentos de constituição da rede básica de atenção à saúde no Brasil, contextualizando-a com o desenvolvimento das políticas públicas tanto no cenário nacional quanto internacional. Em seguida, nessa historicidade busca-se inserir a trajetória do desenvolvimento da saúde bucal coletiva no Brasil, permeando-a com uma breve análise da atual situação dos indicadores da saúde bucal brasileira. Na seqüência se revisa a inserção da estratégia Saúde da Família no Brasil, suas implicações no campo das políticas sociais, especialmente no setor saúde e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como um aprofundamento elucida-se a diferentes racionalidades que se expressam e disputam espaço dentro do sistema de saúde brasileiro. Posteriormente realiza-se uma reflexão sobre o modelo de atenção hegemônico em saúde no Brasil, a partir da biomedicina e da análise dos significados do hospital dentro desse modelo, analisa-se suas implicações e os

enfrentamentos necessários para a consolidação do ideário da atenção básica e de novas práticas em saúde no SUS. Posteriormente faz-se uma contextualização sobre as tecnologias em saúde, pautando-se no tema da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde (MERHY 2002), e uma descrição das metodologias utilizadas para a realização da abordagem familiar e das FSF utilizadas na Saúde da Família no município de Curitiba, buscando inseri-las na discussão sobre as tecnologias leves em saúde (MERHY 2002). Passa-se para uma revisão das discussões acerca da integralidade e do cuidado em saúde como princípios norteadores do novo modelo de atenção à saúde. Busca-se então descrever como o município de Curitiba tem trabalhado com a estratégia Saúde da Família, seu entendimento, sua história, sua prática, e finalizando essa revisão de literatura com definição do ideário e pela caracterização do uso das FSF pelas equipes de Saúde da Família do município.

A pesquisa buscou apreender junto aos profissionais das equipes: qual o entendimento predominante acerca da utilização das FSF, conhecer como as equipes trabalham com esta tecnologia, quais suas percepções sobre os resultados obtidos, e quais as dificuldades encontradas.

Justifica-se sua realização porque o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) em 1996 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996) como forma de ampliar e garantir acesso na atenção básica à saúde em todos os municípios do Brasil, lançando como seu principal desafio, realizar a mudança do modelo de atenção em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b). As equipes devem se constituir minimamente com determinadas categorias profissionais para ofertar ações de saúde seguindo alguns princípios organizacionais que vêm ao encontro do ideário do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se discute, porém, guardando-se as especificidades loco-regionais, como se efetiva a abordagem assistencial nessas equipes para o alcance desse objetivo, seja nas práticas da clínica, da prevenção de doenças ou da promoção da saúde.

A Saúde da Família foi adotada pelo Ministério da Saúde no mesmo momento em que se vivenciava no Brasil: (1) o agravamento das desigualdades sociais como resultado da política do estado neoliberal; (2) a implementação de políticas e ações de saúde focalizadas no combate à pobreza ou a grupos específicos, traduzindo-se na

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

oferta do produto mínimo, caracterizando uma prática "pobre para o pobre"; (3) a omissão do Estado quanto à garantia do acesso universal; (4) a equidade sendo aplicada não como um princípio para se fazer justiça social, mas para justificar as barreiras no acesso; e, (5) a fragmentação e especialização da prática em saúde (MENDES 1999, 2001a; PAIM 2000).

No município de Curitiba, a estratégia Saúde da Família foi adotada a partir de 1991, e surgiu como uma das propostas de organização da atenção básica na efetivação dos princípios do SUS, portanto, inserida no movimento da Reforma Sanitária brasileira. Naquele momento, do início do processo de territorialização da saúde no município, a Saúde da Família não foi a única experiência idealizada e implantada para a organização da atenção básica. Com a municipalização dos serviços de saúde, a gestão de Curitiba também inicia o processo de descentralização da assistência, constituindo os Núcleos Regionais de Saúde, atualmente os Distritos Sanitários. Mediante a ampliação e estruturação da rede básica, especializada e de urgência e emergência, tem avançado na constituição da rede assistencial de saúde adotando os princípios do movimento "Cidades Saudáveis" no contexto da promoção da saúde, tanto na organização do espaço urbano quanto na pauta das práticas em saúde (PEDOTTI e MOYSÉS 2000; RIBEIRO et al. 2004).

Trata-se, portanto, de momentos históricos distintos. Enquanto para o Governo Federal a estratégia poderia estar inserida como uma proposta de constituir-se uma atenção básica seletiva (MENDES 2002), podendo assim ter sido compreendida por vários municípios que adotaram-na após a criação dos incentivos financeiros instituídos pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996, 2000, 2001b), no município de Curitiba já representava minimamente uma possibilidade de se avançar na constituição da atenção básica como o primeiro nível de atenção dentro do sistema de serviços de saúde (MENDES 2002).

Ainda no início dos anos 90, a gestão municipal de Curitiba buscou referências internacionais para implementar a Saúde da Família, e encontrou no modelo canadense de Medicina Familiar (WILSON 2000; OLIVEIRA 1999; PAPP 1973), as bases conceituais e tecnológicas que vinham ao encontro dos propósitos e objetivos do município na adoção da estratégia. Todos os profissionais das equipes

foram capacitados ao uso das Ferramentas de Saúde da Família, inclusive os profissionais de saúde bucal.

Com a utilização das FSF, a gestão municipal de Curitiba buscou, a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, consolidar uma nova prática na clínica das equipes Saúde da Família, que por meio de estudos de caso que avançam na compreensão dos contextos familiares, considerando aspectos biológicos, ambientais, psicológicos, culturais e subjetivos que interferem no processo saúde-doença das famílias. Essas ferramentas propiciam que as equipes de saúde numa ação estratégica planejem e efetivem ações mais adequadas às necessidades de cada caso. O uso das FSF objetiva, portanto, melhorar as condições para a prática, ampliando as ações da clínica para além das terapias medicamentosa e cirúrgica, e conseqüentemente a resolubilidade das equipes (MOYSÉS e TALBOT 1999; TALBOT e WAGNER 1999; WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002).

Nos territórios onde estão implantadas, as equipes de Saúde da Família em Curitiba são a rede básica de atenção à saúde caracterizando-se nos nove Distritos Sanitários, juntamente com os territórios cobertos por serviços de atenção básica tradicional, como base de organização do sistema integrado de saúde (MENDES 1999, 2001b, 2001b, 2002). Essas equipes têm como um dos seus desafios interferirem no modelo de atenção pautado pela biomedicina, por meio do estabelecimento de novas práticas como o acolhimento, o vínculo, a humanização e o uso das Ferramentas de Saúde da Família. Estes elementos constituem os substratos tecnológicos que podem dar um novo sentido aos usuários no interior do processo de trabalho, devendo servir para aumentar o grau de suas autonomias nos seus modos de caminharem a vida (CAMPOS 1991, 2000, 2003).

Com o uso das FSF, pretende-se que a produção em saúde seja usuário-família-centrado, devendo ser definido a partir das necessidades e interesses do próprio usuário, e estar comprometido com sua defesa da vida. Tem como objetivo, portanto, estabelecer novos padrões de relação entre as pessoas, efetivando a co-produção dos sujeitos e coletivos, mediante a ampliação de suas autonomias e capacidades de gerirem a própria vida (CAMPOS 1991, 2000, 2003; MERHY e

ONOCKO 2002), estabelecendo as famílias das áreas adstritas às equipes Saúde da Família como seu lócus prioritário de produção.

A estratégia Saúde da Família em Curitiba faz parte de um projeto de vigilância em saúde coletiva em que o usuário e seu contexto são objetos de estudo e de práticas na clínica, epidemiologia e promoção à saúde, sendo a família uma prioridade da atenção para a consolidação do cuidado em saúde. Os profissionais da saúde bucal sempre estiveram inseridos neste contexto. O uso das FSF pode se constituir, portanto, como uma tecnologia leve utilizada pela equipe na produção dos atos em saúde a partir da clínica ampliada à família, propiciando uma nova abordagem à prática e gestão dos casos (MENDES 2001b).

A relevância desta pesquisa à Saúde Publica consiste em verificar se o uso das FSF no município de Curitiba tem: contribuído para constituir o campo de conhecimento multiprofissional em Saúde da Família; favorecido a efetivação de mudanças na prática clínica das equipes; e, colaborado com a construção do trabalho em equipe.

Uma vez que o uso das FSF restringe-se às equipes de Saúde da Família de Curitiba, e de outros poucos municípios brasileiros que, por iniciativa própria, firmaram parcerias com o governo canadense para a qualificação do trabalho das equipes, essa pesquisa busca contribuir com as discussões sobre a qualificação do trabalho em Saúde da Família. A utilização das FSF pode passar a integrar às discussões sobre as tecnologias leves (MERHY 2002) em saúde, bem como se constituir num novo saber a fazer parte do conhecimento necessário à qualificação do trabalho das equipes Saúde da Família, bem como pode servir de objeto para novos estudos em Saúde Pública.

A pesquisa também serve à gestão municipal de Curitiba, como uma avaliação no uso dessa tecnologia leve na prática clínica das equipes de Saúde da Família que busca a consolidação do cuidado destes indivíduos-famílias.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Constituição da Rede Básica de Atenção à Saúde no Brasil

A organização de serviços de saúde em níveis de assistência em atenção primária, secundária e os hospitais de ensino surgiram a partir do Relatório Dawson de 1920. Desde então, a idéia de constituir uma rede básica de saúde é concebida como um primeiro nível assistencial. Inicialmente, sua estruturação esteve voltada à implementação de ações higiênicas de cunho coletivo, depois foi incorporada aos movimentos ideológicos da Medicina Social e do Sanitarismo, e posteriormente ao movimento da Saúde Comunitária (Medicina Comunitária) que, no Brasil, impulsionou a implementação de centros comunitários de saúde, que tinham como principal atribuição, aplicar os princípios da Medicina Preventiva por meio da efetivação de ações preventivas e prestação de cuidados básicos em saúde (MENDES 2002).

O conceito de que "saúde é ausência de doença" determinou o desenvolvimento da rede básica até quando em 1974, no Canadá, o Relatório Lalonde estabeleceu as bases para o movimento pela Promoção da Saúde introduzindo o conceito de "campo da saúde", definido pela biologia humana, o sistema de organização de serviços, o ambiente e o estilo de vida (PAIM e ALMEIDA-FILHO 2000). A partir daí o conceito de saúde passa efetivamente a incorporar aspectos sociais, ampliando o campo das ações de saúde para além das instituições do próprio setor de serviços de saúde.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que aconteceu em setembro de 1978 em Alma-Ata reitera a concepção formulada em 1947 pela Organização Mundial da Saúde que "a saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade", estabelecendo-a como um direito fundamental e uma meta social mundial a ser atingida. Definiu também como principais aspectos dos Cuidados Primários em Saúde: estar baseada em métodos científicos, práticos e socialmente

aceitos; ser realizada por meio de tecnologias acessíveis e de custos sustentáveis; ter foco no desenvolvimento social e econômico; ser componente de um sistema de serviços de saúde; constituir-se como o primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidade dentro deste sistema; situar-se localmente próximos à comunidade; e, prestar atenção continuada (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a).

Como características para o desenvolvimento de uma atenção primária com qualidade, descreve: ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade; ofertar serviços de proteção cura e reabilitação; incluir ações de educação, controle, promoção; dar ênfase às ações nas áreas de alimentação e nutrição, acesso à água e saneamento básico, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, doenças infecciosas, doenças endêmicas, doenças e lesões comuns; fornecer medicamentos essenciais; envolver outros setores com agricultura, indústria, habitação, alimentos e comunicação; estar integrado a sistemas de referência com prioridade aos mais necessitados; promover a autoconfiança e a participação comunitária; e, responder os aspectos sociais e de saúde da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a).

A Carta de Ottawa (1986) ao definir a Promoção da Saúde aproxima o conceito de saúde à melhoria da qualidade de vida, incluindo pré-requisitos para a saúde como: a paz, habitação, educação, renda, alimentação, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a; DALMASO e NEMES 2001). Vemos então surgir uma nova compreensão para o processo saúde-doença, onde os aspectos sociais passam também a ser objeto do setor saúde. Para alguns a Promoção da Saúde se constitui num novo paradigma em Saúde Pública (PAIM e ALMEIDA-FILHO 2000).

MENDES (2002) descreve cinco ciclos de expansão da rede básica no Brasil. O primeiro ciclo, a partir dos anos 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) pelo governo federal brasileiro. Este ciclo se implementa na segunda metade dos anos de 1960, com a implantação dos centros de saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde ainda no modelo sespiano, na lógica médico-assistencial. No mesmo período em paralelo a este movimento ocorreu a implantação de ambulatórios destinados aos trabalhadores formais, na lógica da medicina previdenciária.

O segundo ciclo aconteceu nos anos 1970, a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, atuando como um programa de medicina simplificada.

Com a crise previdenciária no início dos anos de 1980, a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) promoveu o terceiro ciclo de expansão da rede básica, mediante a possibilidade de estabelecimento de convênios de transferência de recursos entre a União, Estados e Municípios.

Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) até a nova Constituição Federal de 1988 que formulou as bases para o SUS. Sendo a descentralização um princípio do SUS, se inicia o processo de responsabilização dos municípios na criação e manutenção da rede básica de saúde, constituindo-se no quarto ciclo de expansão. O autor refere que além de uma significativa expansão, dento do ideário do SUS representou sua qualificação, passando a trabalhar com conceitos como: territorialização, base populacional e vigilância à saúde. Descreve também o aparecimento de movimentos contra-hegemônicos ao modelo de atenção como: a Medicina Geral Comunitária, a Ação Programática em Saúde, o Médico de Família, a Defesa da Vida, e a estratégia Saúde da Família.

O quinto ciclo de expansão ocorreu a partir de 1993 com a criação do Programa de Saúde da Família. Estes ciclos de expansão estão ligados tanto às ideologias que pautaram o desenvolvimento das políticas sociais no país quanto às diferentes correntes de pensamento predominantes no movimento sanitário brasileiro e internacional.

A história da constituição da rede básica, no plano estrutural, desenvolve-se a partir da concepção vigente do desenho do sistema de saúde. No caso brasileiro, sendo a hierarquização um dos princípios do SUS, efetivou-se dentro do desenho em pirâmide, estabelecendo-se diferentes níveis de assistência determinados por graus de complexidade. Estes níveis assistenciais são definidos tanto pela necessidade de maior densidade tecnológica quanto pela necessidade de profissionais especialistas na execução dos procedimentos. O hospital situa-se no topo dessa pirâmide.

Essa concepção ocasionou algumas distorções no sistema de saúde, especialmente porque para seu bom funcionamento é imprescindível que se estabeleçam efetivos fluxos de referência e contra-referência, ascendentes e descendentes. Além disso, o financiamento privilegiado dos níveis mais complexos, e a valoração simbólica tanto dos profissionais de saúde, que vêm na especialidade possibilidades de melhores salários e maior status, quanto na população, que associa o maior uso de tecnologia ao melhor cuidado (LEFÈVRE e LEFÈVRE 1999), acarretaram ao sistema uma intensa fragmentação e conseqüente ineficiência.

CECÍLIO (1997) e MENDES (2001a, 2001b) descrevem a necessidade de se repensar este desenho estrutural em pirâmide e alertam para a emergente necessidade de superar a fragmentação do sistema, para que assim possam se estabelecer inter-relações mais acessíveis, humanizadas e efetivas, onde o papel de coordenação de todo este processo cabe à rede básica de saúde (STARFIELD 1998, 2002; MENDES 2002).

No plano ideológico, a constituição da rede básica acompanha os movimentos de revisão conceitual do processo saúde-doença, que se constitui na tônica para a efetivação das políticas, ações e práticas de saúde. O entendimento do conceito saúde-doença influencia na lógica de organização do modelo sanitário, a exemplo do modelo campanhista ocorrido entre o início do século XX até a década de 1950, e o modelo da medicina previdenciária prevalecente entre as décadas de 1960 e 1980 (MENDES 2002).

Como resultante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) torna-se necessária a constituição de uma rede básica que teria de ser além de porta de entrada, também um lugar essencial para se realizar ações individuais e coletivas de saúde, estabelecendo-se como o contato entre as práticas de saúde e sociais, determinantes da qualidade de vida nas comunidades (MERHY 2002b).

A Constituição Brasileira de 1988 descreve os princípios e as bases que devem servir para consolidar o SUS, que são reafirmados na Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Porém, "a nova ordem mundial que se instaura na década de 1980, inspirada no neoliberalismo, acarreta uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde" (PAIM e ALMEIDA-FILHO 2000 p.13), instituindo-se a crise dos sistemas de saúde. O cenário político nacional e a inserção do setor Saúde nos anos 90 vivenciou uma enorme contradição entre a implantação do SUS, um projeto pautado na criação do Estado de Bem-Estar Social a partir da Constituição de 1988, em contraposição ao modelo neoliberal da Reforma do Estado brasileiro (NORONHA e SOARES 2001). É sobre este dilema que se constituem as novas políticas públicas de saúde no Brasil. A opção pela constituição e fortalecimento de uma rede básica em saúde não foge a essa premissa, residindo sempre à dúvida acerca de qual o projeto político esta inserida.

Para NORONHA e SOARES (2001) a Reforma do Estado imprimiu profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais que provocaram graves conseqüências sociais mediante o modelo neoliberal ao qual foram constituídas, onde o setor saúde apresentou os maiores conflitos, pois é um setor extremamente sensível às restrições financeiras. Com o aumento da pobreza, agravaram-se velhos e surgiram novos problemas de saúde, pois se ampliaram as desigualdades econômicas e sociais no país. Os autores afirmam que a situação piorou ainda mais, quando o Estado passou a determinar as políticas sociais como resultante do ajuste fiscal da década de 1990, numa postura de desresponzabilização de suas atribuições no campo social, e imprimindo como principais características dos movimentos de reforma do Estado, a privatização e a descentralização, com a criação do Terceiro Setor (o setor público não estatal) para a execução de serviços que não envolvessem o exercício de poder do Estado. Relatam que, além de passar por uma política de desfinanciamento, o SUS caracterizou-se pela baixa capacidade regulatória do poder público sobre o privado, pela flexibilização e desregulamentação das relações trabalhistas, e pela transformação de órgãos públicos estatais em agências privadas denominadas "organizações sociais" (NORONHA e SOARES 2001; LEVCOVITZ et al. 2001).

Ao analisar o processo de implantação da rede básica assistencial no país, MERHY (2002b) descreve que sua constituição está profundamente marcada pelo regime capitalista dentro do modelo tecno-assistencial médico-sanitário nas décadas

de 1960 e 1970, onde a crise das políticas sociais, a crise financeira, e a crise burocrático-administrativa imprimiram a necessidade de transformação, especialmente nas áreas da previdência social e saúde. Para o autor, investir na consolidação da rede básica do SUS tem sido considerado como estratégico para o desenvolvimento de um sistema de maior cobertura assistencial e efetividade, que opere mudanças de um sistema hospitalocêntrico para um "redebasicocêntrico", onde os usuários possam dispor de práticas que venham acolher, vincular, resolver, promover e proteger a saúde; ampliando assim, as possibilidades de se constituírem novos formatos de práticas de saúde, não restritas à prática médica.

FRANCO e MERHY (2003) fazem uma profunda reflexão acerca das marcas sociais impressas pelo regime capitalista. O modelo neoliberal fundamentado na acumulação de capital tem como premissa que o Estado se ocupe apenas de aspectos que lhe são exclusivos, deixando a economia e a oferta de serviços, inclusive de saúde, serem regulados pelo mercado. A inserção da saúde é vista como um bem de consumo, e é profundamente marcada pelo desenvolvimento tecnológico (indústria de equipamentos biomédicos e medicamentos). Com relação ao desenvolvimento da rede básica MERHY (2002b) refere à existência de posturas conservadoras e reformadoras. Os conservadores atuaram na defesa da organização de uma rede a partir do produtor privado, numa lógica de mercado. Os reformadores preconizaram uma rede básica como a "porta de entrada" do conjunto de serviços de saúde, mas mantendo a dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública.

Ao analisar a crise dos sistemas de saúde, MENDES (2001a) explicita três correntes explicativas. A primeira, racionalista, que explica a crise pela ineficiência interna do setor determinada pela contradição entre a necessidade de expansão devido às demandas sociais e de saúde crescentes (a transição epidemiológica, a medicalização, entre outros), em oposição à necessidade de contenção especialmente no plano financeiro. A segunda, sistêmica, que explica a crise a partir dos interesses da indústria biomédica, do aumento dos custos e da mudança dos padrões culturais. A terceira, estruturalista, considera a crise como resultante da prática sanitária vigente que somente poderá ser superada com a transformação de prática hegemônica

estruturada pelo paradigma flexneriano, a biomedicina, fazendo-se necessário que surjam novas práticas em saúde.

O próprio Ministério da Saúde caracteriza a rede básica do SUS existente até a implantação da Saúde da Família como: acessória, desqualificada, sem potencial resolutivo, que opera num modelo ineficiente, caro, desumano e que não atende às necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

> "Por razões históricas, que entram pelo território da economia e passam pelas práticas políticas e costumes culturais, o modelo de saúde predominante no Brasil criou grande distância entre as equipes de saúde e a população. Por esse modelo, a especialização teve destaque absoluto, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção das doenças, a promoção de hábitos saudáveis".
> (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b, p.59).

Com estas afirmações, o Ministério da Saúde opta ao implantar o Programa Saúde da Família pela constituição da rede básica de saúde com vistas à Promoção da Saúde. O próprio conceito de Promoção da Saúde perpassa variadas concepções ideológicas, diversidades de compreensão derivadas da positivação do conceito saúde-doença, suas imbricações com os determinantes sociais, culturais e econômicos, em que, cada vez mais se ampliam à abrangência e os limites do setor saúde. Qualquer movimento que vise sua consolidação está impregnado de intencionalidades resultantes do projeto político em que está inserido. Portanto, a organização da rede básica de saúde por meio da estratégia Saúde da Família é também afeta a esta premissa.

Surgem três concepções no entendimento da atenção básica à saúde: (1) como seletiva, compreendida como um programa de baixa tecnologia e custo específico para pobres; (2) como nível primário dos sistemas de saúde, caracterizado como a "porta de entrada" do sistema, com resolubilidade no enfrentamento dos problemas mais comuns, com vistas a responder demandas e minimizar custos; e, (3) como estratégia de organização dos sistemas de saúde, estabelecendo-a como uma

forma de apropriação, de reorganização e de reordenação de todo o sistema a partir das necessidades da população, articulando um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES 1999, 2001b, 2002). Em Curitiba, a expansão da rede básica ocorrida na década de 1990 sempre esteve inserida ao ideário da Reforma Sanitária pela consolidação do SUS onde seu desenho e concepção visam consolidar a rede básica como a base para a organização de todo o sistema de saúde (RIBEIRO et al. 2004).

MERHY (2002b) descreve dois caminhos para a consolidação da rede básica. O primeiro tecnocrático, onde o saber clínico e epidemiológico é considerado neutro e, mediante incorporação de tecnologias duras e leve-duras e o domínio de saberes e dos instrumentos, se opera uma grande capacidade de solução dos problemas individuais e coletivos. O segundo, político, em que se assume não haver neutralidade em nenhuma das instituições, passando a ser a rede básica um lugar estratégico, que centrado nas necessidades individuais e coletivas, apropria-se de tecnologias leves, duras e leve-duras para potencializar sua dimensão transformadora da sociedade, fazendo do dia-a-dia a expressão das disputas dos vários interesses sociais.

Ao repensar a rede básica como um espaço de trabalho que opere mudanças efetivas no modelo de atenção, o autor descreve como desafios: (1) desenvolver as ações individuais (necessidades sentidas) e coletivas (problemas cuja intervenção tem impacto na coletividade); (2) estabelecer-se como uma rede articulada, que pratique o acolhimento, a vinculação, responsabilização e compromisso, buscando a solução efetiva dos problemas de saúde; (3) constituir-se como equipes autônomas do ponto de vista de gestão e processo de trabalho; e, (4) estar integrada a uma rede de serviços estruturada diferenciada pela incorporação tecnológica, organizada dentro de uma lógica horizontal, numa relação de ajuda.

Os diferentes caminhos apontados pelos autores para a constituição da rede básica, além dos ideários e limites impostos pelo regime capitalista, são também marcados pelo entendimento conceitual do processo saúde-doença. Dentre as conceituações que vêm ao encontro dos propósitos da Promoção da Saúde para consolidação da rede básica de saúde, pode-se destacar:

> "É preciso conceber um contínuo entre saúde e doença, em que o fenômeno doença é apenas uma parte (e não restrita a fatores biológicos), além de ser apenas um episódio da vida de um indivíduo no qual a variável contínua passa a ser 'condições de saúde'. É importante compreender que os indivíduos não são saudáveis ou doentes, mas apresentam diferentes graus de saúde ou doença nas suas condições de vida. E, que estes níveis de condição de saúde podem variar dependendo da quantidade, da combinação, da importância e do significado de fatores que o determinam (que é singular) e, ainda, das condições dos indivíduos de enfrentá-los". (CAMPOS 1991)

> " (....) saúde é um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente" (MINAYO 2004, p.15).

Em ambas formulações prevalece a compreensão de que saúde e doença são indissociáveis, um processo cujo equilíbrio transcende a ausência de doença e que é também determinado pela cultura, pelo modo e capacidade dos indivíduos enfrentarem as situações da vida, seus riscos, e pela própria subjetividade humana, seus medos, sua fé, sua cultura.

Com esse enfoque, todos os serviços que constituem o sistema de saúde deveriam incorporar em suas práticas, novas atitudes em relação aos usuários, especialmente os profissionais da rede básica, dada a proximidade com a comunidade. Torna-se relevante que esses profissionais busquem apreender todos os elementos disponíveis para a compreensão ampliada e dinâmica do processo saúde-doença, devendo não apenas observar como expectadores os indivíduos em seus contextos, mas também buscando entender suas relações familiares, com a comunidade e o mundo, aproximando-se de suas subjetividades, seus padrões de comportamento, e suas capacidades de enfrentar situações que podem influenciar o processo saúde-doença. Os profissionais desta rede básica devem necessariamente estabelecer vínculos e prestar uma atenção integral de forma humanizada e contínua.

Estudos comparativos entre os sistemas dos diferentes países demonstram que os sistemas de saúde que se constituíram a partir do fortalecimento da atenção básica à saúde são mais resolutivos, apresentam melhores resultados nos indicadores de saúde, são mais econômicos, e as equipes de atenção básica mostram-se capazes de resolver 85% das demandas de saúde da população (STARFIELD 2002).

Como componentes essenciais para uma atenção básica de qualidade, STARFIELD (1998, 2002) propõe como princípios organizacionais: (1) estabelecer-se com primeiro contato do usuário ao sistema; (2) a longitudinalidade, o cuidado contínuo e ao longo do tempo; (3) a integralidade nas dimensões: (a) de prestar assistência ao indivíduo em sua totalidade, objeto de uma prática clínica generalista; (b) de compreender o indivíduo em seu contexto social, econômico, familiar e cultural; (c) de praticar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; e, (d) de estar inserido num sistema de oferta de serviços com níveis de complexidade acessíveis; (4) a coordenação do acesso e fluxo aos demais níveis de assistência; (5) o foco na família; e, (6) a orientação comunitária.

Constitui-se então um desafio, "a rede básica deve ser inventada tecnologicamente, não bastando incorporar o que já se acumulou em outras experiências, simplesmente agregando assistência médica à saúde pública ou combinando-as no mesmo espaço institucional" (MERHY 2002b, p.224). Para que seja realmente efetiva essa rede básica deve ser coerente ao novo paradigma no campo das práticas em saúde, o cuidado em saúde (PINHEIRO e MATTOS 2001, 2004).

2.2. A Saúde Bucal Coletiva no Brasil

A odontologia e a saúde bucal coletiva nunca estiveram dissociadas do movimento histórico e político de construção do sistema de saúde brasileiro descrito anteriormente. Profundamente marcada pelo regime capitalista, talvez a saúde bucal seja uma das áreas mais negligenciadas pelo sistema de saúde, em virtude do quadro epidemiológico brasileiro resultante das políticas econômicas, sociais e de saúde.

A partir das matérias discutias dos produtos da 7ª Conferência Nacional de Saúde Bucal NARVAI (2002a) reflete sobre o movimento histórico de constituição da odontologia e saúde bucal coletiva no Brasil, articulando-os tanto aos movimentos sanitários vigentes quanto aos rumos políticos da nação. Analisando sob o enfoque da epidemiologia, vigilância à saúde, financiamento, planejamento e formação dos profissionais de saúde bucal, o autor caracteriza o modelo de prática odontológica hegemônica no país como: ineficaz, ineficiente, descoordenado, mal distribuído, de baixa cobertura, de alta complexidade, de enfoque curativo, e de caráter mercantilista e monopolista; onde o processo de formação dos profissionais está desvinculado às reais necessidades do país, portanto, que atua com profissionais despreparados.

BOTAZZO (2003) analisando aspectos político-pedagógicos que marcam a história da odontologia do século XX, como principais idéias que consolidaram a formação e a prática dos profissionais dentistas, descreve que: (1) os conteúdos humanísticos não têm a ver com seu exercício profissional; (2) no ensino, deve ser enfatizado o desenvolvimento das habilidades manuais dos profissionais; (3) a odontologia é de caráter privado; e, (4) é marcada pelo protesismo dentário, ou seja, com ênfase aos procedimentos cirúrgico-reparadores que ocultam uma prática de mutilação. Para o autor, estas seriam as bases do sistema de crenças que a odontologia se desenvolveu, ou seja, profundamente marcada pela biomedicina e o regime capitalista. O autor também lembra que "nenhuma formação ideológica ou sistema de crenças mantém-se sem que existam práticas que reafirmem ou retroalimentem essas crenças" (BOTAZZO 2003 p.18).

O autor situa a saúde bucal no plano das relações sociais, ou seja, como sendo a relação que a odontologia mantém com a sociedade, compreendida pela ênfase à natureza política desta relação. A saúde coletiva se constitui num "campo de práticas sanitárias ou de investigação – que incorpora os sujeitos os movimentos sociais e os serviços de saúde e os submete à crítica transformadora" (BOTAZZO 2003 p.18), e que difere da saúde pública, que refere à atuação do Estado na organização e oferta dos serviços de saúde por meio de políticas de controle sobre os indivíduos ou grupos sociais. Como campo de práticas o autor afirma que a saúde coletiva é ainda marcada pela filosofia positivista, onde o pensamento da ciência se sobrepõe aos

demais, e passa a ditar regras para o correto modo de agir em sociedade, onde a educação em saúde, a atitude profilática (o higienismo), e a vigilância em saúde podem imprimir uma medicalização da sociedade.

O acesso à saúde bucal no Brasil é profundamente desigual, em virtude do modelo econômico capitalista e o modelo de práticas de saúde. O resultado das políticas públicas em saúde bucal pode ser observado, em linhas gerais, a partir de dois estudos.

O estudo de Barros e Bertoldi (2002) analisa a utilização e o acesso aos serviços odontológicos no Brasil, a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 – IBGE. Em sua metodologia de pesquisa, dividiram a população em subgrupos de renda e idade a partir de dois critérios: o primeiro critério, por quantis de renda domiciliar per capita, que vão de Q1 (mais pobres) a Q5 (mais ricos); e o segundo, por grupos de idade estabelecidos entre 0-6 anos; 7-19 anos; 20-49 anos; e, 50 anos ou mais. A mostra pesquisada incluiu 344.975 pessoas, 51% mulheres e 49% homens.

Seus resultados indicaram que: (1) 33% dos entrevistados consultaram o dentista no período de um ano antes da pesquisa, sendo que 77% buscaram os consultórios odontológicos e 96% foram atendidos; (2) 69% destes atendimentos foram particulares (47% envolveram pagamentos diretos), 24% realizados no SUS, e 17% outros planos de saúde; (3) 93% consideraram como bom os atendimentos prestados (sem diferença significativa entre os serviços públicos e privados); (4) 77% das crianças de 0-6 anos e 4% dos adultos de 20-49 anos, nunca haviam consultado um dentista; (5) entre os adultos, comparando os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os mais pobres; (6) no grupo de 0-6 anos, as crianças ricas consultaram o dentista cinco vezes mais do que as mais pobres; (7) 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, sendo 8% do grupo dos mais pobres e apenas 1% dos mais ricos; (8) 68% dos atendimentos do grupo mais pobre são financiados pelo SUS, e 63% foram pagos pelos mais ricos.

Os autores encontraram as maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos nos grupos de menor renda e concluem que a participação do

SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica. Os autores apontam uma baixa utilização de serviços odontológicos com grandes diferenças entre os grupos de maior e menor renda, sendo que as desigualdades se agravam entre os grupos populacionais extremos, entre 0-6 anos e maiores de 50 anos de idade. Destacam que o SUS tem ainda um papel proporcionalmente pequeno no que se refere à atenção em saúde bucal. Afirmam que apesar dos inquéritos nacionais de saúde bucal nos anos de 1986 e 1996 tiveram limitações, e que, apesar de ter havido entre as crianças de 12 anos, uma significativa redução do índice CPO-D entre os anos 1986 (6,7) e 1996 (3,0), alcançando-se a meta mundial da OMS, o Brasil continuava acima da média mundial (1,74), portanto em pior situação relativa.

O segundo estudo é o levantamento epidemiológico denominado "Projeto SB Brasil 2003" (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004a), que foi realizado em 250 municípios e utilizou a técnica de amostragem probabilística por conglomerados com resultados: (1) por microrregiões, Norte, Nordeste, Sul Sudeste e Centro-Oeste; (2) por porte populacional do município, até 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, 10.001 a 50.000 habitantes, 50.001 a 100.000 habitantes e mais de 100.000 habitantes; e, (3) por idade índice ou grupo etário. Foram examinadas 108.921 pessoas, sendo 45,03% do sexo masculino e 54,97% do sexo feminino.

O índice ceo-d médio entre 18 a 36 meses foi de 1,07; e aos 5 anos de 2,80. O índice CPO-D aos 12 anos foi de 2,78; entre 15 a 19 anos foi de 6,17; entre 35 a 44 anos foi de 20,13; e, entre 65 a 74 anos foi de 27,79. Aos 12 anos, o CPO-D é mais grave nas regiões Norte e Nordeste. Nas faixas de 35 a 44 anos, o componente "perdido" representa 66%, e na faixa de 65 a 74 anos representa 93%. Ao se analisar o índice CPO-D por porte populacional dos municípios, até os 19 anos ele é pior nos municípios menores de 10 mil habitantes. As cidades com menor de 50 mil habitantes têm médias menores de dentes hígidos, e mais altas de dentes perdidos.

O acesso à água fluoretada está concentrado nas regiões Sul e Sudeste. Entre os municípios com e sem água fluoretada, ataque da cárie até os 12 anos representa uma diferença significativa. Quanto à doença periodontal severa, a pior condição foi encontrada na região Sudeste na faixa de 35 a 44 anos, e na região Norte na faixa de

65 a 74 anos. As maiores necessidades de prótese estão nas regiões Norte e Nordeste do país.

O acesso aos serviços continua sendo um grave problema, em média 14% dos adolescentes nunca foram ao dentista, porém na região Nordeste este percentual eleva-se para 22%. O principal motivo de procura aos serviços odontológicos nesta faixa etária nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste foi consulta de rotina ou manutenção, enquanto que nas regiões Norte e Nordeste o principal motivo foi dor. Nos grupos etários de 35 a 44 anos e 65 e 74 anos em todas as regiões do país, o principal motivo de procura aos serviços odontológicos foi dor.

Estes resultados reafirmam a necessidade de se repensar as bases dos serviços de saúde bucal no país. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica riscos para a saúde e propõe formas de intervenção para seu controle.

Nesse relatório observa-se que as cáries continuam sendo o principal problema de saúde bucal no mundo, afetando 60% a 90% das crianças em idade escolar e a grande maioria dos adultos, sendo a doença mais prevalente nos países da Ásia e da América Latina. Também as doenças periodontais são importantes responsáveis pelas perdas dentárias prematuras. O fumo tem se mostrado o principal fator de risco das doenças periodontais. A prevalência de câncer bucal é maior nos homens, e é um dos três tipos de câncer mais comuns na América Latina e Ásia, com acentuada diferença dos países desenvolvidos, posto que 90% dos casos de câncer bucal estão associados a baixos padrões de higiene e a doença periodontal avançada, características mais presentes nas camadas mais pobres da sociedade. As doenças associadas à AIDS como, candidíase, leucoplasia, úlceras gengivais, periodontite necrozante, sarcoma de Kaposi, são mais freqüentes na África e Ásia. Os traumas dentais são mais freqüentes e severos nos países da América Latina, chegando atingir 15% dos escolares. Os problemas de má-oclusão são mais comuns na América do Norte e no norte da Europa. Dentre as anomalias crânio-faciais as mais comuns são as fissuras labiais e palatinas. O documento afirma ainda que os fatores de risco às doenças bucais são comuns aos das demais doenças crônicas.

Em 1979 a OMS propôs para o ano 2000 uma meta de redução do índice de cáries dentárias aos 12 anos. Em 1980, dos 107 países analisados, 51% tinham índice

CPO-D igual ou menor a 3, e 49% tinham valores superiores. Em 2000, em 184 países analisados, 68% tinham índice CPO-D igual ou menor a 3. O maior declínio da cárie foi observado nos países mais desenvolvidos, como resultado de medidas públicas de saúde.

Em 1981 a OMS e a Federação Dentária Internacional (FDI) propuseram como metas: 50% de crianças de 5-6 anos livres de cáries; Índice CPO-D menor ou igual a 3 para crianças de 12 anos de idade; 85% da população com todos os dentes aos 18 anos de idade; 50% de redução de desdentados comparando-se ao nível do índice em 1982; 25% de redução dos desdentados aos 65 anos comparando-se ao nível do índice em 1982; implantação de um sistema de monitoramento da Saúde Bucal. Estas metas expressam a necessidade de ações de prevenção e promoção da qualidade de vida e de sistemas efetivos de saúde bucal (PETERSEN 2003).

NARVAI (2002b) analisa as críticas elaboradas desde que a FDI propôs o conjunto de metas globais em saúde bucal para o ano 2000, e posteriormente para 2010. Dentre as principias críticas, destaca que não faz sentido que se proponha metas globais dadas as diferentes características na organização do setor no mundo, especialmente porque tais metas não integram um planejamento que se traduza numa ação global. O autor menciona que estas metas são utilizadas como referência para organizar e avaliar as ações de saúde no Brasil, alerta para o risco ético em se reduzir o espectro de atuação da saúde bucal a uma ou duas enfermidades, mas reconhece que o conjunto de indicadores pode ser útil ao país e aos gestores locais no momento de execução do planejamento em saúde.

Segundo a Federação Dentária Internacional o Brasil é responsável pela formação de 11% dos dentistas do mundo, e apresentava em 2000, uma relação de um dentista para cada 1.241 habitantes. Isso não significava, contudo, um bom acesso aos serviços de saúde bucal (SILVA 2000).

SHEIHAM (2001) afirma que formar mais profissionais, e encorajar pessoas para buscar os consultórios dentários, são ações ineficazes para melhorar a saúde bucal da população. O autor sugere como medidas para que se alcance melhores resultados nos níveis de saúde bucal da população brasileira: (1) ampliar o enfoque das ações no controle dos riscos à saúde, numa abordagem comum ao controle de

várias doenças crônicas; (2) trabalhar na perspectiva de constituição de ambientes saudáveis, especialmente os espaços públicos, favorecendo a adoção de medidas que promovam a melhoria de comportamentos e atitudes, promovendo, por exemplo, uma alimentação mais saudável e a minimização dos riscos de acidentes e traumas; (3) praticar a atenção à saúde baseada em evidências, com conhecimento científico e tecnologias adequadas; (4) promover a saúde com foco em toda a população e não apenas nos grupos de risco às doenças específicas.

O Governo Federal inclui as ações de saúde bucal na Saúde da Família, por meio das portarias ministeriais MS n° 1.444 de 28 de dezembro de 2000 e MS n° 267 de 6 de março de 2001, visando ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal, buscando com esta estratégia, melhorar os indicadores de saúde bucal da população brasileira. Em 2004, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional Brasil Sorridente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004b, 2004c) com previsão de grandes investimentos financeiros no setor, e que visa organizar integralmente a atenção em saúde bucal.

2.3. A estratégia Saúde da Família no Brasil

Considerado como uma derivação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991 e implementado a partir da experiência do governo do estado do Ceará em 1987 (MENDES 2002), a estratégia Saúde da Família preservou seus principais elementos: o enfoque familiar, as práticas de promoção da saúde, de prevenção de doenças, e a adstrição de clientela sob uma base territorial definida.

Proposto inicialmente como um programa de saúde, sem estar claramente inserido como o serviço que constituiria o primeiro nível de assistência no desenho hierarquizado do SUS, a estratégia Saúde da Família foi, em boa parte dos municípios, compreendida e adotada de maneira isolada, muitas vezes desenvolvendo, num mesmo território, ações paralelas ao modelo tradicional de atenção básica à saúde.

A Saúde da Família parecia ser mais uma política de governo de caráter transitório, sem garantias de continuidade, noção agravada pela crescente precarização das relações trabalhistas dos profissionais que compõem as equipes, fato que ainda hoje se constitui num dos grandes desafios para a consolidação da estratégia Saúde da Família no SUS.

Em 2000, a estratégia Saúde da Família passa a ser apresentada pelo Ministério da Saúde como um modelo já instituído e testado por outros países, Canadá, Reino Unido e Cuba, com potencial resolutivo de 85% dos problemas de saúde, além de promover a saúde da população. Para tal, devendo imprimir uma nova dinâmica na estrutura dos serviços de saúde, estabelecer novas relações com a comunidade e com os demais níveis assistenciais do SUS. Passa a ser também seu papel, propor alianças tanto no interior do sistema quanto com os demais setores como o saneamento, a educação entre outros. Quanto à assistência, a Saúde da Família expressa o compromisso de realizar assistência integral, equânime, continuada, resolutiva, de acordo com as necessidades, na unidade de saúde ou nos domicílios (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000, 2001b).

Um grande desafio atribuído à estratégia é consolidar-se como base estruturante do SUS como um todo, promovendo transformações no próprio sistema, tanto na concepção hierárquica quanto na dicotomia entre ações de saúde coletiva e assistencial. Para tal, o Ministério propõe o trabalho em equipe, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização com a comunidade, e a integração de práticas clínicas, de prevenção e promoção, individuais e coletivas.

Toda a sua lógica organizacional baseia-se na figura de um "novo profissional de saúde", que deverá agir dentro de uma visão sistêmica e integral dos indivíduos, famílias e comunidade. Esse profissional deve ser criativo e crítico, desenvolver uma prática humanizada que responda às necessidades da população, e que tenha capacidade de planejamento e organização de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde e doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

> "O PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão (....) O programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso

> da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros (....) pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população (....) reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco" (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000 p.376).

A proposta de reorganização da atenção básica por meio da estratégia Saúde da Família, instituída pelo Ministério da Saúde em 1996 tem, portanto, como principal desafio, a "reorientação do modelo de atenção, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada na assistência à doença, mas sobretudo na promoção da qualidade de vida" (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000 p.376). O Ministério da Saúde qualifica a Saúde da Família como um modelo substitutivo das práticas tradicionais em saúde, que deverá buscar romper com a assistência pautada no modelo biomédico, centrado na figura do médico, e que visa exclusivamente à cura (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1966, 2000). Na proposta do Ministério da Saúde, a implantação da Estratégia Saúde da Família pretende consolidar a rede básica de saúde como a principal "porta de entrada" do sistema, objetivando como conseqüência, a reorganização dos demais níveis de atenção que reflita numa mudança de todo o modelo de atenção vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

FRANCO e MERHY (2003) ao refletirem sobre o movimento histórico da saúde pública lembram que aspectos políticos sempre foram determinantes na viabilização de projetos assistenciais para a saúde, ainda mais em sociedades onde há predominância de interesses dos grupos sociais hegemônicos na determinação destas políticas, como é o caso brasileiro. Os autores enquadram a Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde, como fundamentada na racionalidade do

capitalismo neoliberal, onde o sentido humanitário de direito à assistência não se apresenta em sua essência como uma política de proteção à saúde.

Ao analisarem a Saúde da Família no Brasil, FRANCO e MERHY (2003) situam-na juntamente com a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários, entre as propostas que trazem como idéia central a discriminação positiva e a focalização, ou seja, no entendimento de uma atenção primária seletiva mediante racionalidade econômica, caracterizada como um programa de baixa tecnologia e custo específico para pobres (MENDES 1999, 2001b, 2002). Por outro lado, admitem que a Saúde da Família também parte dos ideais da Reforma Sanitária brasileira, e por isso, pleno de acertos e erros conseqüentes deste ideário.

É imprescindível assinalar que o grande avanço da estratégia Saúde da Família no país ocorreu a partir do estabelecimento das políticas de financiamento diferenciado. A partir da edição da Norma Operacional Básica NOB/SUS/96, o Governo Federal criou em 1998 o Piso de Atenção Básica (PAB), um valor financeiro per capita anual repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, mediante processo de habilitação municipal e estadual, segundo as modalidades de gestão do SUS vigentes à época, e redefinidas pela NOB-96.

Inicialmente o valor mínimo per capita era de R$10,00 (dez reais) habitante/ano. Na análise do próprio Ministério da Saúde, o PAB teve caráter redistributivo dos recursos para a saúde, pois antes de sua implantação, 1.943 municípios recebiam até R$ 5,00 (cinco reais) por habitante/ano numa média de R$ 3,33 (três reais e trinta e três centavos), em contraposição a outros 269 municípios que recebiam em média R$ 22,00 (vinte e dois reais) por habitante/ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b). Em 2004, este mínimo passou para R$13,00 habitante/ano, mediante a publicação da Portaria MS n° 2.024 de 23 de setembro de 2004.

Estes valores referem a sua fração fixa (PAB - fixo), porém o PAB é composto também de uma fração variável (PAB - variável) onde se situam os incentivos financeiros criados pelo Ministério da Saúde, que visam estimular que os municípios adotem políticas ou estratégias de organização na oferta de serviços de

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

atenção básica, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), entre outros. Todas as frações que compõem o PAB–variável somente são repassadas aos municípios mediante adesão dos gestores municipais no comprometimento com formas de organização e metas propostas para cada uma delas.

Desta maneira, o Ministério da Saúde busca respeitar o princípio da descentralização, adotando como projeto a municipalização autárquica (MENDES 2001a, 2001b, 2002), buscando comprometer os municípios na gestão e coordenação do sistema de saúde, por meio da organização e expansão da rede básica com a Saúde da Família. Outro fato importante é que, para que os municípios tenham acesso a qualquer um dos incentivos do PAB–variável, faz-se necessário deliberação e aprovação nos Conselhos Municiais de Saúde, visando desta forma, estimular avanços no controle social do SUS.

A partir da criação dos incentivos financeiros específicos à estratégia Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde (Portaria MS n° 1.886 de 18 dezembro de 1997), o Ministério da Saúde tem buscado ampliar e consolidar uma nova rede assistencial de atenção básica no SUS.

Em 1994 existiam 879 equipes Saúde da Família (ESF) em 55 municípios, e em outubro de 2004 este número passou para 21.609 ESF atuando em 4.796 municípios, cobrindo 39,7% da população brasileira[1]. No Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), eram 29.098 ACS em 1994 e, em outubro de 2004 são 195.659 ACS trabalhando em 5.196 municípios, ou seja, em 93,5% dos municípios do país. Significa dizer que 56,2% da população brasileira está coberta pelo PACS[2].

As equipes de Saúde Bucal foram incorporadas a estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, a partir das Portarias MS n° 1.444 de 28 de dezembro de 2000 e MS n° 267 de 06 de março de 2001, que estabelece critérios de constituição de equipes e institui repasse de incentivos financeiros na fração PAB–variável, onde

[1] Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica à Saúde, Brasília outubro 2004, em consulta direta ao DAB/SAS/MS e mediante autorização de uso.
[2] Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica à Saúde, Brasília outubro 2004, em consulta direta ao DAB/SAS/MS e mediante autorização de uso.

em outubro de 2004, 8.630 equipes de saúde bucal trabalhavam na Saúde da Família, em 3.121 municípios do país, 56,1% dos municípios[3].

Somente entre os anos de 2003 e 2004, vários incentivos foram reajustados ou criados com intuído de se estabelecer uma política de financiamento mais equânime. Dentre as portarias instituídas neste período pelo Ministério da Saúde determinantes do financiamento do PAB-variável destaca-se: a MS nº 396 de 4 de abril de 2003 que reajusta valores do PACS, PSF e ESB, diferenciando o pagamento para os municípios acima de 100 mil habitantes, modificando as faixas de cobertura populacional; a MS nº 674 de 3 de junho de 2003 que reajusta valores do PACS, fixando um valor de custeio de R$ 2.880,00 por ACS/ano; a MS nº 74 de 20 de janeiro de 2004 que reajusta os valores das ESB para R$ 20.400,00 ESB/ano na Modalidade 1, e R$ 26.400,00 ESB/ano na Modalidade 2; e, a MS nº 1.434 de 14 de julho de 2004 que estabelece um aumento de 50% nos valores dos incentivos do PACS, PSF e ESB por porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano, e em municípios com população assentada ou remanescente de quilombos.

É inegável o impacto do financiamento sobre a expansão da atenção básica no país por meio da adoção da estratégia Saúde da Família. Levando em conta apenas os valores praticados pelo PAB fixo e variável, o valor médio repassado aos municípios em outubro de 2004 foi de R$ 31,74 (trinta e um reais e setenta e quatro centavos)[4].

O resultado no campo do financiamento é que, tanto em termos orçamentários quanto em sua execução, desde a sua implantação o PAB vem sendo incrementado ano a ano. Veja-se o Quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 – Orçamento e execução dos incentivos do PAB variável: Saúde da Família, Saúde Bucal e Programa Agentes Comunitários de Saúde.

Ano	Orçamento	Execução	% Executado
1998	R$ 201.000.000,00	R$ 143.763.058,42	71,52
1999	R$ 378.999.286,00	R$ 306.583.162,50	80,89

[3] Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica à Saúde, Brasília outubro 2004, em consulta direta ao DAB/SAS/MS e mediante autorização de uso.
[4] Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica à Saúde, Brasília outubro 2004, em consulta direta ao DAB/SAS/MS e mediante autorização de uso.

2000	R$ 680.000.000,00	R$ 648.500.575,97	95,37
2001	R$ 970.000.000,00	R$ 857.778.827,63	88,43
2002	R$ 1.350.000.000,00	R$ 1.204.978.139,88	89,25
2003	R$ 1.680.000.000,00	R$ 1.655.722.702,97	98,55
2004	R$ 2.071.000.000,00		

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE [5]

Os números apresentados vão de encontro ao que afirmam FRANCO e MERHY (2003) ao situarem a opção do Ministério da Saúde pela adoção da estratégia Saúde da Família como uma decorrente de mera racionalidade financeira, fundamentada numa redução de gastos no setor. Por outro lado, não se pode omitir que alguns dos gestores municipais são muito mais atraídos pelos benefícios finance'iros ao adotarem a estratégia Saúde da Família, que pela real intenção de transformar as práticas de saúde vigentes. Mas este parece ser um problema anterior e mais amplo que a formulação da proposta da Saúde da Família, que ultrapassa os limites da própria saúde pública, que se refere mais ao exercício da função pública e política no Brasil, onde cargos de chefia nos órgãos públicos são definidos muito mais por critérios político-partidários que técnicos.

Temores de que se constituiria como mais um dos programas de caráter transitório e de cunho meramente político vêm sendo dissipados, visto que se completaram 10 anos de implantação do país, especialmente mediante sua reafirmação como projeto de Estado após a transição do governo federal ocorrida em 2003. Entretanto, tal fato não tem significado o bastante para que se propague uma discussão mais ampla entre os gestores, que corrobore para a real efetivação ao qual fora idealizado, realizar a mudança do modelo de atenção pautado na biomedicina.

FRANCO e MERHY (1999) ao analisarem a implantação da Saúde da Família afirmam que os documentos do Ministério da Saúde reforçam a dicotomia entre a epidemiologia e a clínica, atribuindo à epidemiologia a parte nobre do sistema de saúde e relevando a clínica ao mundo liberal, individualista, portanto, merecedora de rejeição pela saúde coletiva. Num segundo momento, os mesmo autores ao

[5] Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília outubro 2004, em consulta direta ao DAB/SAS/MS e mediante autorização de uso.

discutirem como núcleo estrutural da Saúde da Família a territorialização e a adstrição de clientela, afirmam que o uso do território-processo tem sido uma importante ferramenta para a epidemiologia em serviço dentro da idéia de vigilância, onde a busca da proteção do homem em relação às adversidades do meio, a conservação da saúde da população é tão antiga quanto à história da humanidade (FRANCO e MERHY 2003). Para os autores, a Saúde da Família perde seu potencial transformador quando: constitui sua matriz teórica no campo da vigilância à saúde, restringindo seu trabalho no território; estrutura-se por uma normatização excessiva (um programa); centraliza os atos em saúde numa preocupação higienista; e, não discute o conjunto das práticas clínicas, da necessidade de ampliação do acesso aos indivíduos doentes no exercício da clínica, aprisionando o "trabalho vivo" às normas e regulamentos da vigilância à saúde, transformando as práticas em "trabalho morto" (MERHY e ONOCKO 2002, MERHY 2002a). Nas suas concepções se estabelece então uma dicotomia de entre os campos de competência onde cuidar da saúde coletiva é razão da Saúde da Família, e a clínica individual é papel da corporação médica, desta forma, a Saúde da Família serviria estritamente aos objetivos do modelo neoliberal. Afirmam ainda que ao longo do tempo, o generalista se transformará num "especialista de generalidades". Toma-se, por exemplo, o problema da cárie e doença periodontal, ou a hipertensão, a diabetes, a desnutrição, as infecções respiratórias agudas, a asma, entre tantas doenças que dadas às prevalências na população brasileira comporiam o rol das ditas, por FRANCO e MERHY (2003), "generalidades".

Por outro lado STARFIELD (2002) observando os sistemas estruturados com base na atenção básica, afirma que o profissional generalista é um elemento determinante à qualidade da atenção à saúde. Ressalta que melhores serão seus resultados quanto mais próximos da comunidade se estabelecerem por meio do vínculo, e mais especializados forem no elenco de doenças que a acometem com freqüência. Para a autora, em oposição ao que afirmam FRANCO e MERHY (2003), é necessário que o sistema disponha de profissionais altamente especializados na solução das situações de agravos mais comuns produzidas por estas doenças, inclusive na perspectiva de garantia de qualidade da atenção básica e de cidadania.

FRANCO e MERHY (2003) admitem que o profissional generalista não está disponível no mercado de trabalho brasileiro e propõem que o modelo de saúde realize uma absorção "natural" dos profissionais em suas especialidades, oferecendo-lhes oportunidade de adquirir novos conhecimentos para operar novos fazeres (FRANCO e MERHY 2003), ou seja, admitem que há falhas no sistema educacional, na formação dos profissionais de saúde. Não se trata, portanto, de banalizar uma polêmica entre especialista e generalista, mas de refletir sobre a estrutura epistemológica na qual se constituem as disciplinas e os cursos de formação e especialização em saúde, e a que sistema de valores e crenças este "sistema de formação" vem servindo ao longo da história da saúde brasileira. Para STARFIELD (2002) a própria formação dos profissionais de saúde fortemente impregnada pelo modelo biomédico se constitui num desafio, necessitando de investimentos na formação de profissionais generalistas clinicamente capazes de resolverem as doenças mais comuns da população.

Para a autora, a atenção à saúde prestada pelos profissionais de Saúde da Família deve, ao contrário que afirmam FRANCO e MERHY (1999, 2003), aproximar os conteúdos da epidemiologia, da clínica, e da saúde pública. Se os saberes pertinentes à humanização, acolhimento e vínculo não são ainda atributo dos profissionais de saúde e necessitam ser trabalhados para que se operem transformações no sistema; se ainda é necessário para a produção do cuidado, a construção da figura do "operador do cuidado" que faça a conexão entre os recursos da unidade de saúde e os demais serviços da rede básica (FRANCO e MERHY 2003), estes conteúdos podem também ser trabalhados na formação dos profissionais generalistas que atuam na Saúde da Família. Opção efetivada pela Prefeitura Municipal de Curitiba por meio da Secretaria Municipal de Saúde nos processos de formação e educação permanente para seu corpo de trabalhadores em Saúde da Família.

Outro aspecto que FRANCO e MERHY (2003) abordam, diz respeito à realização de visitas domiciliares compulsórias, alertando que por si só, elas não representam o abandono da prática centrada na realização de procedimentos, podendo significar um desperdício de recursos e uma invasão de privacidade numa

atitude controladora do estado sobre a vida dos cidadãos. Por outro lado, TAKAHASHI e OLIVEIRA (2001) caracterizam a visita domiciliaria como um instrumento de intervenção dos profissionais de Saúde da Família que de forma planejada e sistematizada, além do cadastramento, busca identificar nas famílias, as condições de saúde, a vulnerabilidade aos agravos, suas condições protetoras, e conhecer os perfis epidemiológicos dos grupos sociais da sua comunidade adstrita.

As autoras esclarecem que nem toda ida ao domicílio pode ser caracterizada como uma visita domiciliária, para tal, a atividade deve compreender um conjunto de ações planejadas que requerem profissionais específicos, orientados para o acompanhamento do caso. Estes profissionais devem utilizar técnicas de entrevista, com responsabilidade compartilhada e respeito mútuo. Como passos para se realizar a visita domiciliária propõem: (1) o planejamento, com a seleção das visitas mediante critérios pré-estabelecidos em equipe, com a definição dos seus objetivos e revisão dos saberes necessários ao caso; (2) a execução, que deverá ser voltada aos objetivos definidos, porém ser flexível em adaptar-se às necessidades da família; (3) o relatório, que detalhará os conteúdos e procedimentos executados; e, (4) a avaliação, que é necessária para que a equipe estabeleça os próximos passos para o planejamento do cuidado do caso. Portanto, na visão das autoras a visita domiciliária é mais um recurso tecnológico que compõe o arsenal de ações em Saúde da Família, que não possui um caráter compulsório. Neste sentido, as próprias visitas domiciliárias tem sido compreendidas pela gestão municipal de Curitiba também como uma tecnologia leve em saúde (MERHY 2002a), com potencialidades para mudar as relações entre profissionais e usuários.

Outra situação extremamente relevante a resolubilidade da atenção básica à saúde organizada pela estratégia Saúde da Família origina-se da necessidade de estar inserida a um sistema de serviços de apoio e diagnóstico e que disponham de acesso a níveis mais complexos de atenção. A forma como são elaboradas as políticas de atenção à saúde no Ministério da Saúde pouco tem contribuído para romper com a fragmentação do sistema, uma vez que se perpetuam contradições existentes entre as diferentes áreas técnicas, nas políticas de atenção básica, média e de alta complexidade. As diferentes áreas e setores do Ministério da Saúde continuam

elaborando políticas de forma isolada, geralmente propondo ações com base na racionalidade das ações programáticas.

A crítica à fragmentação no SUS é amplamente discutida por MENDES (2001a, 2001b), que propõe um modelo de análise do processo de implantação da Saúde da Família no SUS a partir da parcela da população coberta pela estratégia, distinguido-o em quatro momentos: o momento de transição incipiente ou inicial (cobertura de 10 a 25% da população), o momento de transição intermediária (cobertura de 25 a 50% da população), o momento de transição terminal (cobertura de 50 a 70% da população), e o momento de consolidação (cobertura acima de 70%). Lembra que sempre conviverão as distintas formas de organização da atenção básica, sendo menor a hegemonia do modelo convencional quanto maior a cobertura da Saúde da Família (MENDES 2002).

O autor refere que o Brasil se encontra no momento da transição intermediária, onde se iniciam processos de "institucionalização da estratégia em alguns espaços sociais" (MENDES 2002, p.37). Descreve que mesmo sendo uma prioridade federal e de alguns estados e municípios, ainda não há garantias de sustentabilidade da estratégia, havendo necessidade de maior a atenção das políticas de formação do Ministério da Educação, visto que persiste a formação pautada no modelo biomédico, o que interfere diretamente na qualificação das ações de saúde e na significação e valorização da Saúde da Família, tanto para o profissional de saúde quanto para a população que ainda anseia por assistência meramente curativa (MENDES 2002).

Como obstáculos a serem superados segundo sua natureza, o autor cita: os políticos, decorrente da própria correlação de forças que atuam na consolidação do SUS; os ideológicos, referentes à mudança cultural do paradigma da produção social em substituição ao paradigma flexneriano (MENDES 1999); e, os cognitivo-tecnológicos, que decorrem da necessidade da estratégia se apropriar de novas tecnologias e conhecimentos para efetivar-se as práticas de saúde.

Como problemas para enfrentamento, refere: (1) as deficiências na compreensão da Saúde da Família como uma estratégia reorganização do sistema de serviços de saúde, persistindo em alguns municípios, a visão de um programa focado

na atenção a pobres; (2) a fragilidade institucional no processo de implantação da estratégia, pois ao se optar pela municipalização autárquica no processo de descentralização do SUS, tornou frágil o papel das Secretarias Estaduais de Saúde especialmente nos processos de avaliação, monitoramento, e apoio aos municípios; (3) a falta de continuidade da atenção à saúde, por não estar efetivamente inserida num sistema de saúde que garanta assistência às demandas por especialidades e internação hospitalar, os "sistemas integrado de saúde" (MENDES 2001a 2001b); (4) a utilização da capacidade assistencial das equipes Saúde da Família na atenção aos quadros agudos, propondo que toda a lógica assistencial se volte ao enfrentamento das condições crônicas de saúde (MENDES 2001a 2001b); (5) as deficiências nos serviços de apoio-diagnóstico; (6) as deficiências no acesso aos medicamentos essenciais; (7) a inadequação quantitativa e qualitativa dos profissionais de saúde disponíveis no mercado; (8) aspectos ligados à gestão do trabalho dos profissionais, como a precarização das relações trabalhistas, a não fixação dos profissionais às equipes e os baixos salários; e por fim, (9) o subfinanciamento da estratégia Saúde da Família.

Como um exemplo da elaboração fragmentada das políticas de saúde do Ministério da Saúde tem-se a própria Norma Operacional da Atenção à Saúde – NOAS 01/02. A Programação Pactuada Integrada (PPI) instituída pela NOAS 01/02, instrumento de gestão com vistas à regionalização da assistência, cita a estratégia Saúde da Família como a proposta para a estruturação da atenção básica, mas que não considera a consolidação da programação da atenção básica como determinante para a definição da programação das consultas, exames laboratoriais e internações, os demais níveis de assistência no SUS, que são ainda programados numa lógica estritamente financeira, a partir da disponibilidade histórica, equacionada pela relação da oferta e da demanda aos serviços.

SAMPAIO (2002) ao estudar a aplicação da Programação Pactuada Integrada (PPI) da atenção básica, único instrumento de programação que não tinha caráter obrigatório aos municípios e estados, descreve como avanços: se constituir como um instrumento único de programação da atenção básica, integrando diferentes programas nacionais às demandas e ações de promoção; a explicitação de diferentes

ações que visam o controle das causas, os riscos e danos à saúde; e, a possibilidade de se utilizar à atenção básica para a programação dos demais níveis de atenção. Como aspectos negativos, refere: a lógica da oferta ainda baseada na série histórica que desconsidera o contingente de pessoas que, a partir da implantação da Saúde da Família, passam a ter acesso aos serviços de saúde; o descolamento da programação da média e alta complexidade, especialmente no acesso as necessidades de suporte imediato à rede básica; a desconsideração acerca da necessidade de constituição e consolidação da rede básica, para que então se possa operar de forma regionalizada nos demais níveis de assistência; as dificuldades de integração e responsabilização da atenção básica na assistência farmacêutica e vigilâncias, epidemiológica e sanitária; a não utilização da diferenciação dos perfis epidemiológicos no repensar a distribuição da capacidade instalada dos serviços no país; e, a impossibilidade do instrumento ser aplicado com um instrumento de contrato social em cada uma das comunidades territorialmente definidas para a atuação das equipes de Saúde da Família, nos próprios serviços da rede básica. Como vemos, a superação da fragmentação em todos os seus sentidos é ainda um dos grandes desafios do SUS.

PINHEIRO (2001) ao analisar a implantação da estratégia Saúda de Família a partir do acompanhamento de uma experiência municipal, observou que a reorganização das práticas em saúde se efetuou em quatro direções. A primeira refletindo numa mudança do objeto de atuação do indivíduo para a família e o espaço-domicílio. A segunda, atuando nas ações de promoção e prevenção, dentro de uma concepção ampliada pautada na qualidade de vida e como um direito de cidadania ser garantido pelo Estado. A terceira, na priorização e inserção dos recursos humanos nos processos de formação e capacitação, e em sua remuneração. Por fim, na busca da satisfação dos usuários, com estreitamento das relações equipe e comunidade, inclusive no planejamento e gestão das ações de saúde.

TEIXEIRA (2004) afirma que a estratégia Saúde da Família tem contribuído para a mudança do modelo da atenção à saúde do SUS, mediante sua interface com o movimento internacional de Promoção da Saúde e da prática em Vigilância à Saúde. Descreve que o processo de reforma do modelo de atenção à saúde tem exigido mudanças político-gerenciais que criam condições favoráveis de inovações nas

dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais nas práticas de saúde. Aponta como inovações possíveis interferir: no conteúdo das práticas direcionado para a atenção dos problemas e atendimento as necessidades da população; na organização do processo de trabalho, na coordenação dos demais níveis de complexidade; e, na forma de organização das unidades em redes assistenciais, num ajuste entre perfil e oferta de ações e serviços.

Para a autora, no início da década de 1990 a Saúde da Família foi formulada pelo Ministério da Saúde como um programa vertical que atualmente, está redefinido numa perspectiva de ampliar e qualificar a atenção básica buscando uma mudança no SUS a partir da reorganização da pratica clínica, por meio da ampliação do objeto-indivíduo para o objeto-família, pautando-se nos princípios da Medicina Comunitária, e que incluem também a epidemiologia, administração e planejamento em saúde.

Descreve que no período que decorre de 1998 a 2002, a estratégia Saúde da Família deixa de ser uma política focada às populações excluídas, e passa a ser compreendida como uma estratégia de para efetivação da mudança do modelo de atenção, estabelecendo-se como uma política de universalização e como um espaço favorável à reorganização das práticas de saúde. Atribui à integralidade da atenção a saúde o papel de imagem objetivo da estratégia em pelo menos duas de suas dimensões: a integralidade do sistema de saúde, os "sistemas integrados" (MENDES, 2001a 2001b), e das práticas de saúde, promoção, prevenção, riscos e agravos, diagnóstico, reabilitação e recuperação.

Como desafio estrutural para o SUS, a autora descreve como problema principal o "modelo médico assistencial hospitalocênctrico privatista" (aspas da própria autora), que são determinados na esfera macroeconômica e política do país, a partir das relações entre estado e mercado, no plano nacional e internacional.

Como desafio conjuntural, descreve a ineficiência de políticas de qualificação da atenção básica, que promovam mudanças na concepção e práticas de saúde e na relação entre os sujeitos destas ações. Sugere uma interferência no seu processo de qualificação, propondo a flexibilização e o aperfeiçoamento da estratégia por meio da redefinição da organização dos serviços e práticas, que deve se estruturar a partir de

cada realidade local, considerando a heterogeneidade estrutural do sistema em cada uma das regiões do país, não devendo se estabelecer a partir de padrões fixos a serem reproduzidos. A Saúde da Família deve superar o processo de medicalização; incorporar a ética do acolhimento; estabelecer vínculos e responsabilidades no processo de produção-consumo dos serviços de saúde sob a égide da humanização do atendimento (MERHY 2002); constituir novos sujeitos e práticas com a comunidade num processo de empoderamento; e, estreitar a práticas clínicas e de promoção, voltadas à vigilância da saúde.

Cabe salientar que nesse capítulo buscou-se caracterizar e refletir acerca das possibilidades de compreensão e inserção da estratégia Saúde da Família nos diferentes modelos de atenção propostos para o desenvolvimento do SUS, sendo minimamente os modelos: "Defesa da Vida", "Promoção da Saúde" e "Vigilância à Saúde". Essa opção é produto dos relatos e características da gestão municipal de Curitiba expressos pelos diferentes autores (PEDOTTI e MOYSÉS 2000; DUCCI et al. 2001; MOYSÉS et al. 2002a; RIBEIRO et al. 2004), que sugerem não haver uma opção única de modelo acadêmico para constituição do SUS municipal, mas sim, que a gestão de forma catalisadora se apropria dos diferentes marcos teóricos para produzir seus modos de fazer e agir em saúde na prática.

As diferentes concepções abordadas acerca da estratégia Saúde da Família ora apresentadas servirão como base para que na seqüência seja possível caracterizar o trabalho das equipes Saúde da Família de Curitiba, e também seus desafios e enfrentamentos, deixando claro que não se trata de uma inserção construída apenas a partir de um referencial teórico, mas da tradução, apropriação, adaptação e efetivação na prática de diferentes modelos acadêmicos formulados ao desenvolvimento do SUS.

2.4. O modelo de atenção hegemônico em saúde no Brasil

> "Por razões históricas, que entram pelo território da economia e passam pelas práticas políticas e costumes culturais, o modelo de

> saúde predominante no Brasil criou grande distância entre as equipes de saúde e a população. Por esse modelo, a especialização teve destaque absoluto, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção das doenças, a promoção de hábitos saudáveis" (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b p.59).

> "O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços".
> (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000 p.316)

Nestas afirmações do Ministério da Saúde, pode-se destacar dois dos principais desafios atribuídos à estratégia Saúde da Família: (1) construir práticas de saúde pautadas pela integralidade que diminuam distâncias entre profissionais e comunidade; e, (2) romper com o modelo de atenção centrado na lógica biomédica que privilegia a assistência hospitalar, promovendo uma reestruturação de todo o sistema de saúde.

Conferindo-lhe um papel transformador das práticas em saúde vigentes, o Ministério da Saúde desconsidera, porém, que estas são resultantes do arcabouço tecnológico e científico em plena expansão no mundo, e que servem, antes de tudo, aos interesses do modelo econômico capitalista. Vive-se um "processo de capitalização intensiva e mercantilização da produção de serviços médico–assistenciais" (TEIXEIRA 2001, p.83) incentivado: (1) pela acumulação do capital seja na lógica pública ou privada; (2) pelos avanços tecnológicos, especialmente da indústria farmacêutica e de equipamentos que criam quase diariamente, novas necessidades de consumo, e que sustentam o simbolismo de que, a cada nova tecnologia ou medicamento, o máximo do conhecimento e potencial humano foi

utilizado para solução do problema (VIANNA 2002); e, (3) pela mídia e publicidade que nas sociedades de consumo, alimentam o processo social de iconização a favor do pensamento hegemônico, viabilizando a sustentação do mercado e capital (LEFÈVRE e LEFÈVRE 1999).

No centro da cadeia produtiva em saúde prevalece a hegemonia do modelo biomédico produzindo práticas de cuidado individualizado, impregnadas de tecnologia e sofisticação (TEIXEIRA 2001). Para CAMARGO JÚNIOR (1997) a biomedicina constitui toda uma racionalidade embasada na morfologia, na fisiologia, nos sistemas de diagnóstico e de intervenção terapêutica, caracterizando uma doutrina para o desenvolvimento e ensino das ciências médicas. Constitui uma racionalidade que: (1) tem caráter generalizante, mecanicista e analítico, onde o corpo humano está dividido em sistemas isolados e com funções definidas que se interligam na composição do seu todo; (2) sempre refere as doenças como decorrentes de uma ou mais causas, e que são entendidas como objetos com existência autônoma, que se expressam por lesões, sinais e sintomas; (3) descreve todo um sistema de diagnóstico dirigido à identificação das doenças; (4) desenvolve uma terapêutica hierarquizada pela capacidade de atingir as causas últimas das doenças; (5) a morfologia e a dinâmica vital são auxiliares na caracterização das doenças; e, (6) as doenças têm existência fixa e imutável, que devem ser corrigidas por intervenções concretas, a terapêutica medicamentosa e cirúrgica. É um sistema de crenças onde saúde é definida como ausência de doença, e a normalidade pela oposição ao patológico. A biomedicina se constitui numa doutrina que está implícita e é determinante da prática na clínica e epidemiologia, sendo necessário dominar conteúdos da biologia, psicologia e sociologia.

Ao estudar as origens da clínica médica contemporânea, FOUCAULT (2002) destaca a conjugação de dois domínios para a sua efetivação, o hospitalar e o pedagógico. O hospitalar porque a ciência escolhe como seu principal objeto de estudo a doença, na maioria das vezes reduzindo o processo saúde-doença à investigação patogênica de agentes etiológicos e sua ação sobre os corpos humanos. Quando Leavel e Clarck, em 1976, formulam o modelo da História Natural das Doenças, reduzem as funções da prática em saúde na interrupção de uma das etapas

"naturais" do se desenvolvimento, o "ciclo da vida" das doenças. Determinando que a lógica da intervenção deve evitar sua progressão e minimizar os danos, graduando níveis de intervenção cronológica e quantitativa sobre o processo de saúde-doença, a promoção primária, secundária e terciária (CAMARGO JÚNIOR 1997). O modelo da História Natural das Doenças também foi definitivo no embasamento da concepção de níveis de atenção dentro do modelo de saúde, pois além de definir níveis de prevenção, dimensiona tarefas primordiais à prática, à promoção da saúde, à prevenção de enfermidades, à recuperação do enfermo e à reabilitação; onde políticas de organização dos sistemas de saúde buscam responder às noções de níveis de prevenção e níveis de atenção (TEIXEIRA 2000, 2001).

A partir do momento em que o estudo das doenças se destaca e se descola do estudo do processo saúde-doença, a doença se reduz a um complexo movimento de reação dos tecidos a uma causa, se consolida o senso do patológico, ocorrendo profundas transformações na clínica e na arte de curar (FOUCAULT 2002). A clínica opera na produção de diagnósticos a partir da leitura e enquadramento dos sinais, sintomas e lesões, numa hipótese diagnóstica que deverá ser objeto do sistema terapêutico. O sistema terapêutico visa à restauração do normal buscando remover a causa da doença, constituindo a arte de curar (CAMARGO JÚNIOR 1997).

Para FOUCAULT (2002), o lugar natural do processo saúde-doença é inapropriado para que se estude e intervenha no processo saúde-doença, posto que para o domínio do conhecimento das ciências biomédicas fazem-se necessárias neutralidade e homogeneidade. É no hospital, onde se podem realizar comparações e se obter padrões em escala. A clínica passa para o interior dos corpos num olhar profundamente centrado na investigação do fato patológico. A doença não é um objeto passivo ela tem vida própria, progride, desenvolve, mata. O papel dos profissionais deve ser descobrir a doença nos doentes, que geralmente encontra-se escondida.

> "No hospital o doente é sujeito de sua doença, o que significa que ele constitui um caso (....) o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou. A clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda

> desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente".
>
> (FOUCAULT 2002, p.66).

O hospital tem para a prática biomédica uma função muito mais ampla e simbólica do que meramente ser um nível de assistência dentro de um sistema de saúde. Em sua estruturação se sustenta toda uma lógica organizativa, uma racionalidade produtora de atos em saúde, não expressa apenas como um nível assistencial de oferta de ações em saúde, mas antes de tudo, caracterizando-se como determinante para a qualificação das práticas de saúde e os modos de se estabelecerem relações entre profissional e paciente.

A biomedicina determina as práticas de saúde quando opera na raiz do pensamento das várias disciplinas científicas como a medicina, enfermagem, odontologia e outras. Reproduz-se numa lógica assistencial consolidada não apenas pela academia e gestão do setor saúde, mas que perpassa a sociedade se constituído num senso comum, ou seja, nem os profissionais estão convencidos de que esta não é a melhor forma de se praticar e desenvolver ações em saúde, tampouco a sociedade almeja uma ruptura com essa forma organizativa, pois vê no hospital o acesso à cura e a segurança de sentir-se cuidado.

VIANNA (2002) caracteriza a biomedicina como profundamente determinante do modelo de atenção, pois é sobre sua racionalidade e doutrina que são formados os profissionais de saúde. É a partir dela que se desenvolve toda uma cadeia produtiva para além do setor saúde. Para o autor, os principais determinantes na categorização dos comportamentos dos profissionais e no desenho do modelo de atenção são: a valorização do aparato tecnológico, que configura o complexo médico-industrial, e o aspecto financeiro, o valor do capital, que caracteriza o complexo médico-financeiro. Como reflexos da biomedicina, o autor descreve sua influência na determinação do modelo de atenção, caracterizada pelo uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente e do profissional de saúde, e o uso abusivo da terapêutica medicamentosa.

Não se trata, portanto, de ordenar por meio de portarias que se rompa e se reestruture todo o pensamento antropológico das ciências biomédicas, mas sim, requer intenso e contínuo trabalho de contra-hegemonia, fundamentado na ruptura de um modo de compreender, organizar e praticar saúde. Para haver a ruptura do paradigma da biomedicina, mais que uma bandeira emblemática das políticas públicas, deve traduzir-se num movimento da sociedade brasileira na busca de um novo paradigma em saúde. Paradigma compreendido como "uma visão-de-mundo peculiar, própria do campo social científico (....) a subcultura de uma dada comunidade científica" (PAIM e ALMEIDA-FILHO 2000, p.20-21), não sendo apenas um modelo ou um padrão a ser seguido. Atribuir essa dimensão transformadora a um único programa ou estratégia de organização de um dos níveis assistenciais do SUS, a Saúde da Família, por exemplo, indica uma supervalorização dessa estratégia que, seguramente, gera expectativas equivocadas.

2.5. As tecnologias em saúde

Uma das principais marcas da racionalidade biomédica se expressa nas relações entre profissionais de saúde e usuários, que se estabelece de maneira desigual, onde os profissionais detêm o poder de decisão e intervenção sobre os indivíduos.

MERHY (2002a) ao tratar do tema da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, analisa os processos de trabalho em saúde a partir de uma matriz marxista, onde o trabalho não contempla apenas uma dimensão operativa enquanto atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem-mundo, em um processo de mútua produção. Para o autor, os modos de produção definem o trabalho em si, as matérias-primas, os instrumentos, e o modelo de organização para gerar um produto. Descrevem, portanto, os modos de organização para a realização que configuram um "saber tecnológico", um saber fazer.

O autor distingue como componentes do processo de produção: o "trabalho morto" que é composto por todos os produtos-meios envolvidos no processo de

produção, como ferramentas ou matérias-primas que resultam de um trabalho humano anterior; e, o "trabalho vivo" que é o que está em ação, e que confere uma certa autonomia a quem o executa, estabelecendo uma relativa autonomia do trabalhador neste processo.

Como noção de tecnologia, o autor descreve o conjunto de situações do universo tecnológico, não apenas de equipamento tecnológico, mas também o de saber fazer, como as tecnologias duras (as máquinas) e leve-duras (os saberes estruturados).

Ao analisar diretamente o setor saúde, modo de produção, consumo e necessidades, Merhy diz que o objeto da saúde está sempre em estruturação dentro de um quadro permanentemente incerto, onde não há possibilidade de se obter padrões do produto final, nem do modo de satisfação que gera. Não há como capturar plenamente o trabalho vivo em nenhuma das práticas em saúde. Isto porque o trabalho em saúde só se estabelece a partir de uma relação entre profissional de saúde e usuário, pois é quando um elenco de ações vai ao encontro das suas necessidades. Estas ações são necessariamente organizadas a partir de um contexto ideológico que se reflete sobre o modo de vida dos usuários. O trabalho em saúde é, e será permanentemente um lugar novo, e de novas possibilidades de intervenção por meio das tecnologias das relações, as tecnologias leves (MERHY 2002a).

MERHY (2002a) afirma ainda que mexer com o processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses, mas que é possível atuar tecnologicamente no espaço da gestão do processo de trabalho, seja como força de resistência, seja na direção de um movimento contra-hegemônico, contestador. Alerta para o distanciamento que ocorre entre os campos de práticas da saúde pública e da medicina, e sugere como marco referencial para minimizar esse hiato, a discussão entre tecnologias leves, duras e leve-duras. Cita como exemplos de tecnologias leves o acolhimento e o vínculo, que podem dar novo sentido aos usuários no interior do processo de trabalho, se servirem para aumentar o grau de autonomia desses usuários no seu modo de caminhar a vida. Propõe que todo o processo de produção em saúde seja usuário-centrado, ou seja, definido a partir das necessidades e interesses do próprio usuário, que esteja comprometido com a defesa da vida individual e coletiva.

Esta formulação compõe o modelo de Defesa da Vida (CAMPOS, 1991), que propõe que a atenção à saúde se organize por meio do acolhimento, da assistência à saúde, da vigilância à saúde, do vinculo e responsabilização, e que propicie que os usuários adquiram autonomia sobre o processo saúde-doença.

Ao desenvolver o "método para análise e co-gestão de coletivos" CAMPOS (2000) reconstrói três conceitos. Primeiro, o conceito de valor de uso, de matriz marxista e que expressa a utilidade e permite a realização de um produto, que é diferente de valor de troca, que permite que este produto circule no mercado. Descreve que as necessidades sociais surgem pelos movimentos econômicos, políticos, ideológicos culturais, e que os bens, serviços ou práticas sociais são meios com valor de uso potencial. Portanto, os resultados do trabalho são produtos que indiretamente atendem as necessidades sociais, mas que têm valor de uso, não correspondendo necessariamente a estas necessidades. Alerta que "confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática ou mercantil" (CAMPOS 2000, p.49).

O segundo conceito é o de constituição de sujeitos, entendidos como seres biológicos de complexa subjetividade, vivendo relações sociais que influenciam seus interesses, necessidades, desejos e que, conforme sua história, seu modo de viver em sociedade e suas subjetividades, possuem diferentes graus de autonomia e capacidade para reagir em seus contextos. Refere que para se trabalhar na co-produção do sujeito e do coletivo faz-se necessária uma permanente interprodução entre os elementos internos e externos dos sujeitos, visando desenvolver suas potencialidades e capacidades de transcendência.

O terceiro conceito refere à democracia nas organizações, defendendo que, para haver produção de bens e serviços com valor de uso que responda às necessidades sociais, todos os profissionais devem conhecer a totalidade do produto que se almeja, e participar de forma colegiada dos processos decisórios.

Para o autor, a resignificação destes três conceitos representa a valorização do trabalho e do trabalhador na defesa radical do ser humano em sua totalidade, onde as organizações e instituições (inclui-se aqui a rede básica de serviços) devem existir

para garantia da vida às pessoas, e não somente para produção de bens e serviços numa lógica mercantilista.

Ao formular uma proposta teórica para a prática em saúde CAMPOS (2003), diz que

> "(....) a gestão e as práticas profissionais têm a capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Têm potencial pedagógico e terapêutico, portanto. Seja para criar dependência e impotência, seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas" (CAMPOS 2003 p.15).

O autor propõe a aproximação entre os campos da saúde coletiva e da clínica, pois em ambos seu objeto de intervenção e estudo é a doença e sua possibilidade de acontecer, na interface de três dimensões, o ambiente, a organização social e as pessoas. Caracteriza a vigilância à saúde como herdeira da saúde pública e da medicina, onde a instituição e a coletividade atuam sobre o território, com as técnicas de prevenção e promoção voltadas para as doenças e ambientes, agindo sobre os usuários. O autor propõe um novo modo de agir que denomina "Agir Paidéia", que inclui o "agir segundo regras" e o "agir estratégico", indo além do "agir comunicativo". Esse agir deve ser constituído por novos padrões de relação entre as pessoas, onde o projeto de vigilância em saúde coletiva deve incluir a melhoria do ambiente, mas também da vida das pessoas e de suas relações sociais. O que se almeja é o "aumento da capacidade de análise e de intervenção de grupamentos humanos" (CAMPOS 2003, p.26). Para tal, propõe o "Método da Roda" ou "Método Paidéia", que descreve como estratégia para efetivar a construção: de vínculo, como uma circulação de afeto entre as pessoas; e de contrato de trabalho entre equipe, usuário e organizações, devendo este ser um projeto formalizado, elaborado a partir dos temas mais relevantes à coletividade, e com papéis e responsabilidades definidas de comum acordo. Dentro dessa concepção, a cultura e saúde são entendidas como atributos humanos, onde ampliar a capacidade dos sujeitos de compreenderem a si mesmos e seu contexto repercute na capacidade de interferirem sobre o mundo e a

cultura. Para o autor, a clínica deve ampliar-se e estar centrada nos sujeitos, pois as doenças são partes de sua existência, onde todo o ser adoece. O sujeito e seu contexto devem ser objetos de estudo e de práticas clínicas.

O projeto de estruturação da rede básica de saúde a partir da estratégia Saúde da Família pode ser uma alternativa para efetivação dos propósitos anteriormente descritos conforme argumentam alguns autores (MENDES 2001b, TEIXEIRA 2004), desde que na reinvenção das práticas de saúde, incorpore tecnologias que venham ao encontro dos objetivos apontados. Neste sentido, o uso das FSF pode também se integrar ao arsenal das tecnologias leves que vêm colaborar para se construir um novo modo de agir na clínica, a partir do estudo de caso-indivíduo-família, planejamento de ações para gestão dos casos, possibilitando uma abordagem pela equipe que seja centrada nas necessidades dos indivíduos-familias para o estabelecimento do autocuidado e/ou do cuidado familiar, numa perspectiva de construção de sujeitos e coletivos.

2.6. Abordagem Familiar e as Ferramentas Saúde da Família

Para o estabelecimento de uma abordagem familiar, compreender como a família funciona, é imprescindível que se tenha claro qual é o conceito de família que se está trabalhando. O modelo canadense de Medicina Familiar, adotado pelo município de Curitiba, compreende que as famílias operam como sistemas, constituídos por um grupo de elementos ordenados que têm independência, mas que interagem estabelecendo-se como uma totalidade, uma unicidade capaz de realizar funções e alcançar objetivos que vão além da capacidade dos elementos isoladamente (PAPP 1973).

Numa perspectiva organizacional o enfoque sobre sistemas familiares é trabalhado sob dois aspectos. O primeiro estrutural, que estabelece um ordenamento hierárquico dos sistemas que são alvo do campo da Saúde da Família, o sistema corporal, os indivíduos (seres sociais e psicológicos), as famílias, as comunidades e organizações.

O segundo funcional, com a premissa de que todo sistema se estabelece produzindo um equilíbrio que garante sua sobrevivência, a homeostase. Sob este aspecto, todo sistema é capaz de reagir e de adaptar-se a mudanças, tanto internas quanto externas. Todo sistema desenvolve mecanismos de retroalimentação, os negativos, de tensão à sua estabilidade, e os positivos, de estímulo às adaptações, ao crescimento. Todo sistema desenvolve sinais e sintomas quando não bem adaptado.

PAAP (1973) ao propor a compreensão dos sistemas familiares afirma que a própria família opera como uma unidade emocional, onde os problemas resultam da maneira como seus integrantes se inter-relacionam, ou seja, não se originam a partir de um de seus membros isoladamente. A cada um de seus membros são atribuídos papéis, ou mesmo rótulos, que determinam o modo como a família opera. Tanto papéis quanto rótulos são passíveis de mudanças. A família frente a situações conflitantes estabelece alianças, triangulações, elege culpados. Toda família tem seus fantasmas, preconceitos, ansiedades e expectativas sobre cada um de seus membros que, quando frustradas, pode ser fonte geradora de profundo estresse. O que um membro familiar faz opera uma cadeia de reações nos demais, desta forma, toda família também tem capacidade de mobilização, de produzir mudanças no próprio sistema ou sobre cada um de seus membros, estabelecendo novos padrões, novas relações e afetos.

Para o autor é possível, a partir do estudo das famílias, conhecer seu funcionamento, estabelecer padrões e ter previsibilidade sobre situações que possam se agravar naquele sistema familiar, para que então, o profissional possa propor à família, mudanças que propiciem o maior equilíbrio do processo saúde-doença em todo o sistema.

Além da compreensão do modo como as famílias funcionam, outro aspecto importante na definição da abordagem familiar refere-se ao entendimento de como são constituídas as famílias na contemporaneidade. Na visão da antropologia e da sociologia o conceito de família vem passando por profundas modificações. O termo família surgiu para designar um grupo de pessoas que vivem numa casa, e submetidas à autoridade de um chefe comum. Segundo COHEN (1980), citado por SILVEIRA (1998), a família se constituiu como uma instituição social, que

especificava papéis sociais e definia o comportamento dos indivíduos; que era responsável pela socialização das crianças; que desenvolvia mecanismos de garantia econômica e de sobrevivência; e, que mantinha o controle da função reprodutora na sociedade.

Ainda é muito presente a idéia da consangüinidade operando na estrutura familiar, onde o parentesco é um organizador social permanente, dentro de uma construção ideológica derivada de concepções culturais da genealogia. Ao se falar família, a primeira idéia nos remete a um grupo de parentes por consangüinidade ou adoção, co-residentes, que objetiva sua manutenção econômica; e que se mantém, por vezes em solidariedade, por outras, mediante regulação de conflitos (OSÓRIO 1996, SILVEIRA 1998).

Porém a sociedade vem passando por profundas transformações, estabelecendo-se novas relações dos papéis entre homens e mulheres, reflexos de alguns determinantes como: a revolução sexual e a desvinculação da sexualidade e procriação mediante o uso de métodos contraceptivos; a legalização do divórcio; as transformações culturais acerca do amor e o prazer; a transferência do processo de aculturação das crianças para as creches e escolas, posto que as mães disputam espaço no mercado de trabalho; o movimento de luta pela cidadania e direitos dos homossexuais; a longevidade; os avanços nas tecnologias de concepção e na genética; e, o culto aos valores individualistas (MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO. 2002).

Trabalhar com as famílias, ou seja, proporcionar a abordagem familiar aos problemas de saúde, não significa que os profissionais devam fazer Terapia Familiar. São processos distintos que atuam sobre o mesmo objeto, a família. A Terapia Familiar objetiva intervenção sobre um sistema familiar disfuncional para torná-lo um sistema funcional. Suas bases são rígidas, constituídas a partir de padrões disfuncionais pré-estabelecidos. Seu contato é limitado, e num curto período de tempo realiza o máximo de intervenção possível. Esta ação restringe-se a profissionais cujos núcleos de saberes e práticas situam-se na saúde mental, como a psicologia e a psiquiatria (TALBOT e WAGNER 1999).

No trabalho com as famílias, numa abordagem familiar, o principal objetivo é a compreensão da estrutura familiar, seu desenvolvimento e funcionamento, identificando recursos, elementos que possam contribuir para o estabelecimento de ações planejadas pela equipe na construção do cuidado em saúde. O trabalho com as famílias propicia uma abordagem dinâmica, flexível, apta a realizar adaptações e mudanças, se estabelece por meio do contato prolongado e busca praticar o mínimo de intervenção possível sobre a família. O primeiro passo para o seu estabelecimento requer uma atitude de associação por parte da equipe de saúde. Deve ser realizado por meio do contato com cada um dos membros da família, respeitando a organização familiar, sua forma de definir e lidar com o problema, adaptando-se ao estilo de comunicação da família, e acima de tudo, a equipe não deve tomar partido, ou seja, não deve se aliar com nenhum de seus membros (TALBOT e WAGNER 1999).

Diz-se, portanto, que o trabalho com as famílias se estabelece em cinco níveis de profundidade: o nível 1, com a mínima ênfase na família; o nível 2, onde circulam informações e conselhos contínuos sobre o processo saúde-doença e referindo para um terapeuta familiar quando se evidencia a necessidade de se trabalhar com os problemas familiares; o nível 3, quando a equipe se comunica com os membros familiares, considera os sentimentos de seus membros em relação ao problema de saúde em pauta, e estabelecendo-se como um suporte para esta família, porém, referindo para um terapeuta familiar é necessário se trabalhar com os problemas familiares; o nível 4, quando a equipe realiza uma avaliação sistemática e propõe uma intervenção planejada a partir do conhecimento sobre a família, de modo a dar suporte a seus membros, visando ajudá-los a desenvolver novas atitudes que facilitem o processo terapêutico e o estabelecimento do cuidado em saúde; e, no nível 5, a Terapia Familiar (WILSON 2000, MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002). Os autores sugerem que o trabalho das equipes de Saúde da Família se estabeleça entre os níveis dois e quatro.

Uma abordagem familiar não se faz necessária a toda e qualquer situação que se apresente na clínica. Sua indicação de uso refere-se especialmente as famílias que convivam com alguma condição crônica de saúde como a hipertensão arterial, a

diabetes, HIV/AIDS, esclerose múltipla, asma, Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entre outras; nos casos em que a família tem que conviver com pacientes provenientes de longas internações hospitalares, como pós-infarto e coma; que convivam com pacientes mentais, alcoolistas e drogaditos; que necessitem de ajuste pós-parto; que tenham um de seus membros desejem parar de fumar; que convivam com pacientes acamados ou terminas; e, que se enquadrem nas situações identificadas pela equipe como prioritárias à atenção, onde se faça necessário elucidar aspectos que melhorem o planejamento do cuidado do caso.

As FSF são tecnologias relacionais, ou seja, tecnologias leves oriundas da sociologia e psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, compreender em profundidade o funcionamento do indivíduo, e suas relações com a família e comunidade. Elas compõem o arsenal tecnológico do modelo canadense de Medicina Familiar (WILSON 2000; OLIVEIRA e TALBOT 1999; PAPP 1973) na abordagem dos problemas de saúde dentro do contexto das famílias, que estrutura a prática em saúde a partir de quatro princípios (THE COLLEGE OF FAMILY PHISICIANS OF CANADA 1996; WAGNER 1999a, WAGNER 1999b).

O primeiro princípio diz que "o profissional de Saúde da Família é hábil", cuja prática profissional deve ser centrada no paciente, onde este profissional deve: ter habilidades clínicas a partir de conhecimentos baseados em evidências; ser habilidoso no relacionamento com equipe de saúde e comunidade; desempenhar o trabalho em equipe; e, ser capaz de estabelecimento de alianças e parcerias. Este profissional deve ainda comprometer-se com as pessoas da comunidade, não com as doenças. Ele respeita e compreende os doentes em seu contexto familiar, conhecendo seus modos de vida, suas capacidades no lidar com o processo saúde-doença. Este princípio preconiza que se estabeleçam parcerias entre profissional usuário, de modo a contribuir para o desenvolvimento de potencialidades do usuário na lida com seus próprios problemas ou que mediante consenso, seja acionada uma rede de cuidados e de apoio a este usuário. Este profissional deve ser um especialista nas doenças mais freqüentes e comuns que acometem a comunidade sob sua responsabilidade, sendo capazes de resolver 85% das demandas de saúde da população (STARFIELD 2002).

O segundo princípio diz que "o profissional de Saúde da Família é fonte de recursos para uma população definida", ou seja, toda sua comunidade é de risco e merecedora de uma atitude de vigilância. Se necessário, o profissional de saúde advoga a favor de seus usuários, especialmente no estabelecimento das políticas públicas. Mais do que acessível e próximo à comunidade, se estabelece como um recurso para o desenvolvimento comunitário, por isso é um eterno estudante, um autodidata, que faz avaliação crítica das novas informações. Mantém registros adequados, responsabiliza-se por todo o sistema de saúde, especialmente no planejamento do cuidado de recursos disponíveis em seu serviço de saúde. Esse profissional deve ter capacidade de manejar situações: na organização e ampliação do acesso, tanto à própria equipe de saúde quanto ao demais níveis de assistência; no uso racional dos recursos e equipamentos; e, na articulação com os demais setores que tenham implicações diretas à saúde de sua comunidade, como saneamento, educação, alimentação e nutrição, entre outras.

O terceiro princípio afirma que "a Saúde da Família é um campo interdisciplinar baseado na comunidade", ou seja, todos os problemas da comunidade apresentam-se de maneira indiferenciada, sua prática lida com incertezas e exige conteúdos técnico-científicos que integram várias áreas do conhecimento, reafirmando assim a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, definida a partir das necessidades à prática. Ressalta-se aqui a elaboração proposta por CAMPOS et al. (1997) que compreende "campo de competência" a sobreposição ou interposição de saberes de origem em diferentes especialidades, mas que devem ser de conhecimento e objeto para atuação dos profissionais das diferentes formações. Para o autor, há saberes específicos que definem um campo de prática restrito ao profissional mediante sua formação, ao qual denomina "núcleo de competência". Desta forma, compreende-se que a Saúde da Família constitui-se também num campo de saberes e práticas que deve ser de domínio de diferentes profissionais.

Outra idéia expressa neste princípio é que o profissional deve conhecer em profundidade a realidade do território onde atua, suas necessidades e potencialidades, e por meio da participação popular, numa gestão participativa, contribuir para o seu desenvolvimento. A prática dos profissionais se realiza nos diferentes espaços

comunitários, na clínica, nas casas, nos ambientes de trabalho, nas escolas, nas associações entre outros. A equipe cabe também o papel de coordenação do acesso aos demais níveis de assistência quando necessário, portanto, esta equipe deve estar integrada a uma rede de serviços que, quando necessário, o profissional da Saúde da Família coordenará o acesso às especialidades, ao apoio diagnóstico e a assistência hospitalar.

O quarto princípio diz que "a relação equipe e família é o foco central da Saúde da Família". Em primeiro lugar, este princípio refere-se ao abandono da atitude de poder do profissional de saúde sobre o usuário. No agir, o profissional deve abstrair-se da cultura biomédica que se impõe como melhor, única detentora dos saberes apropriados à solução e planejamento do cuidado do caso. Os profissionais não devem agir "sobre" o paciente, e sim, agir "com" o indivíduo-família, num processo mutuo de construção de saberes, de co-produção de sujeitos (CAMPOS 2000, 2003).

Manter o foco da atenção à saúde sobre as famílias tem como premissa ampliar o campo de atuação dos profissionais de saúde na compreensão do processo saúde-doença, fazendo-se necessário que os profissionais conheçam a realidade de cada um dos seus usuários, percebendo-os em seu adoecer, modos de lidar e se relacionar no seu contexto social primeiro, a família. Deslocar o enfoque do desenvolvimento de ações meramente curativas sobre indivíduos doentes (modelo biomédico), para o estabelecimento do cuidado familiar, passa a ser razão primordial da estratégia Saúde da Família. A família determina comportamentos, influencia nas decisões, configura hábitos, reforça ou não alianças no tratamento e reabilitação, e estabelece os modos de cuidado.

Este princípio também se refere à continuidade dos cuidados ao longo do tempo, e preconiza que se constitua o cuidado longitudinal às famílias. A longitudinalidade é o acompanhamento contínuo às famílias de uma dada comunidade ao longo do tempo. O profissional de saúde deve conhecer profundamente os indivíduos e famílias da comunidade, perceber seus problemas seja no plano do coletivo ou individual. Portanto, as equipes de Saúde da Família são responsáveis pela saúde da população adstrita de forma permanente, resolutiva e

humana. Para tal, devem estabelecer vínculos de confiança e responsabilidade com os indivíduos, famílias e comunidades, ou seja, devem ampliar o entendimento da atenção básica como "porta de entrada", estabelecendo a estratégia Saúde da Família como estruturante não apenas da atenção básica, mas do próprio sistema de saúde (MENDES 2002).

A atenção básica organizada por meio da Saúde da Família deve se constituir no primeiro contato para a comunidade adstrita, se configurar como o principal vínculo deste usuário com o sistema hierarquizado e regionalizado, e que deve ser resolutiva. É a equipe de Saúde da Família que efetiva uma atenção permanente aos cidadãos e suas famílias em que, estejam em qualquer um dos demais serviços de saúde do sistema, esta equipe sabe, acompanha e coordena este trânsito. A equipe de Saúde da Família é responsável pelo segmento e tratamento após internação ou consulta especializada, traduzindo a idéia de coordenação referida por MENDES (2001a 2001b) quando elabora a proposta de "sistemas integrados de saúde".

A equipe de Saúde da Família é, portanto, co-responsável pelo processo saúde-doença em sua comunidade. É imprescindível que ela faça parte de um sistema que garanta acesso à atenção especializada e hospitalar sempre que necessário.

Estas habilidades profissionais são definidas como, de saber manejar o caso, de exercer a "gestão do caso" (MENDES 2001b). Para tal, faz-se primordial aos profissionais o desenvolvimento da capacidade de ouvir, o saber escutar, de atenção às mensagens comunicadas verbalmente ou expressas pela linguagem corporal e comportamental.

Em Curitiba, as FSF são consideradas tecnologias leves (MERHY 2002a) que auxiliam os profissionais da equipes a realizarem a gestão do caso (MENDES 2001b). Seu uso deve traduzir-se numa nova abordagem da clínica sobre os problemas de saúde, e que vão ao encontro dos propósitos de construção de um novo paradigma em saúde a partir do referencial e propósitos da Promoção da Saúde, pois ao utilizar-se de outros campos de conhecimentos não oriundos da biomedicina, mas sim das ciências sociais, desloca o foco da atenção do ser doente (da doença) para o ser em sociedade (onde e como vive). É a tentativa de retornar a atividade da clínica na compreensão da doença e da vida em seu espaço natural, não neutro. O uso das

FSF deve não apenas representar uma nova abordagem ampliada nos estudos dos casos, na melhor compreensão do processo saúde-doença na família, mas sim se traduzir num rol de ações planejadas e coordenadas pela equipe de saúde, que inclua ações que vão para além das terapias cirúrgica e medicamentosa.

2.6.1. Ferramenta 1 – o Ciclo de Vida Familiar

Faz-se necessário esclarecer que o Ciclo de Vida Familiar não se refere às etapas de desenvolvimento humano que vão da infância à velhice, também denominadas de ciclo de vida, conceito amplamente utilizado na elaboração de políticas e estratégia da Saúde da Família em vários documentos oficiais. Esta conceituação distingue as etapas do desenvolvimento humano centradas no indivíduo ainda impregnada pela racionalidade biomédica, não contribui para um rearranjo na organização do trabalho voltado para a família, sendo muito utilizada para fundamentar a organização e elaboração de políticas orientadas em ações programáticas que reforçam a fragmentação, a exemplo da saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. É uma abordagem que não valoriza as realidades, o convívio, a interação e as subjetividades dos diferentes membros familiares. Continua com a visão isolada do indivíduo restrito à sua etapa de desenvolvimento humano, portanto, apesar de avançar na visão do ser humano integral, pouco contribui para a construção dos saberes no campo da Saúde da Família.

O Ciclo de Vida Familiar parte do princípio de que assim como os indivíduos, também os sistemas familiares têm uma história própria, e passam por transformações, se desenvolvem em etapas com padrões de previsibilidade, constituindo-se oito estágios de desenvolvimento. É imprescindível compreender que estes estágios não são estanques, são imbricados entre si pela própria dinâmica da família, da vida.

Para cada um dos oito estágios descrevem-se as tarefas que devem ser desempenhadas para o desenvolvimento da família, e também algumas crises

previsíveis mediante a execução ou não destas tarefas. Desta maneira, o Ciclo de Vida Familiar constitui-se numa ferramenta que permite melhorar a compreensão do indivíduo-família, e confere uma previsibilidade das doenças que podem acontecer com maior freqüência a cada uma das etapas do desenvolvimento familiar, desta forma, antecipa necessidades de cuidados acerca dos possíveis desafios a serem enfrentados pela família em cada um dos oito estágios.

Esta conceituação também poderá se constituir numa nova lógica para a organização dos conteúdos na construção dos saberes à prática generalista em Saúde da Família, visto que as situações de agravo previsíveis atingem a todos os membros familiares, cada qual numa etapa de seu desenvolvimento individual, o que exige a proximidade entre conhecimentos clínicos e epidemiológicos, de forma integrada, numa outra perspectiva de construção das linhas de cuidado, não mais apenas baseadas no indivíduo doente.

Os estágios e as principais tarefas esperadas pelas famílias a partir do Ciclo da Vida Familiar são:

1. Sair de casa - espera-se que se estabeleça a independência pessoal; e, que se inicie a construção de uma nova identidade, com superação da dependência emocional dos pais.
2. Compromisso com o seu parceiro/parceira – o casal deve estabelecer uma relação intima um com o outro; e, espera-se um maior desenvolvimento da independência emocional em relação aos pais.
3. Aprender a viver junto – o casal passa a dividir os papéis de modo equilibrado; estabelece uma nova relação mais independente com a família referencial; e, a comunicação e o planejamento familiar tornam-se mais importantes.
4. Chegando o primeiro filho – o casal deve se preparar para inclusão de um novo membro; os papéis dos progenitores devem ser divididos; ganha importância o desenvolvimento materno-infantil.
5. Vivendo com pré-escolares – os custos financeiros tornam-se crescentes; há o amadurecimento dos papéis dos pais, devendo haver diálogo e participação na

educação dos filhos; o desenvolvimento infantil e pré-adolescência ganham importância.

6. Vivendo com adolescentes – a estrutura familiar deve tornar-se mais flexível; deve-se reforçar as autonomias e as carreiras profissionais; o desenvolvimento da sexualidade, o comportamento em grupos sociais e os estilos de vida ganham importância.
7. A saída dos filhos – os pais sofrem uma transição de papéis; há uma multiplicidade de saídas e entradas na família com busca de autonomia do adulto jovem, mas ainda com a dependência financeira; a sexualidade no envelhecimento e o planejamento financeiro da aposentadoria tornam-se temas relevantes.
8. A velhice – lidar com as perdas de habilidades, de amigos, familiares ou cônjuges; lidar com a dependência de outros familiares; são relevantes os temas referentes à saúde na terceira idade inclusive à saúde mental.

Em cada uma das etapas a família passa por ajustes e adaptações. Para o uso do Ciclo de Vida Familiar faz-se necessário observar que, nas famílias contemporâneas, algumas destas etapas não estarão presentes; estas fases geralmente coexistirão num único momento, posto que filhos, netos, e avós acabam vivendo juntos por períodos mais longos dada a realidade econômica brasileira, cabendo aos profissionais estabelecerem em que estágio de desenvolvimento a família se encontra a partir do plano de cuidado de cada caso.

Esta ferramenta sugere que, em todos os estágios, a família interfere no processo de saúde-doença de todos os seus membros, dependendo dos ajustes, adaptações, acordos que se estabelecem ou não. Visa trabalhar com a previsibilidade destas doenças (OLIVEIRA e TALBOT 1999; WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002).

As principais áreas de utilização do Ciclo de Vida Familiar são no planejamento de medidas de prevenção de doenças, e na investigação de problemas que se apresentam indiferenciados ou nos pacientes com múltiplas queixas.

2.6.2. Ferramenta 2 – o Genograma ou a Árvore Familiar

É um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, a partir da representação gráfica espacial de todos os seus membros. Deve ser elaborado de forma ampliada, ou seja, além da família nuclear, incluir todas as relações que sejam determinantes à explicação do problema de saúde-doença, mesmo que este membro pertença a um outro núcleo familiar, como por exemplo, um vizinho que se torna o cuidador de um paciente terminal. Devem ser representadas tanto as ligações civis formais e informais, quanto biológicas, sempre buscando coletar informações dos diferentes campos, como da biologia (genética, por exemplo) e da cultura familiar, mas especialmente, deve traduzir as relações entre os entes familiares, sua proximidade ou afastamento, suas rupturas, seus vínculos mais próximos, suas interdependências, demonstrando desta forma os padrões de relacionamento e conflito na família.

Sua construção sempre parte do indivíduo doente, devendo ser ampliado ao máximo necessário para o estudo do caso. O objetivo do genograma é dar uma visibilidade espacial a todos os aspectos que possam estar diretamente influenciando no desequilíbrio do processo de saúde-doença na família.

São utilizadas representações iconográficas, as figuras são as pessoas, determinadas linhas suas ligações consangüíneas, e outras linhas ou símbolos, suas relações. Todas as informações consideradas relevantes devem ser anotadas mesmo que não haja signos pré-estabelecidos, por exemplo: os padrões de doenças crônicas na família e sua transcendência entre as gerações; padrões de anomalias congênitas, abortos; o tabagismo, o alcoolismo, o uso de drogas ilícitas entre outras; os dados sócio-culturais-econômicos, inclusive religiosos; o estilo de vida, como a prática de esportes, padrões alimentares, lazer etc.

O genograma é uma ferramenta indicada para avaliação dos riscos familiares, para a explicação de todos os fatores que possam estar contribuindo para o desequilíbrio do processo saúde-doença na família, com vistas a propiciar elementos que possam subsidiar planos terapêuticos integrais, ou seja, com ações de prevenção,

promoção, recuperação e manutenção da saúde, especialmente quando se faz necessária a adoção de um elemento externo (familiar ou não) como cuidador (MOYSÉS e TALBOT 1999; WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002).

É importante salientar que o genograma constitui-se num retrato momentâneo da família, não significando que os padrões não possam ser alterados; pelo contrário, admite-se justamente que, a partir da identificação das potencialidades de cada um de seus membros, sua interação com o individuo doente pode permitir que se estabeleçam novos arranjos, novas relações, novos padrões de cuidado.

As principais áreas de utilização do Genograma são: quando se deseja realizar avaliação de riscos na família, no planejamento de medidas de prevenção de doenças, na investigação de problemas que se apresentam indiferenciados ou nos pacientes com múltiplas queixas, e na avaliação de problemas familiares.

2.6.3. Ferramenta 3 – o Modelo FIRO

É um modelo de estudo das famílias que se baseia nas "Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais", a partir do conhecimento das dimensões de inclusão, controle e intimidade, por meio da investigação de suas relações de poder, comunicação e afeto (MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002).

A inclusão refere à interação intrafamiliar no estabelecimento de seus vínculos e sua organização, ou seja, a partir dos papéis estabelecidos na família, alguns de seus membros podem estar excluídos de seu contexto. A inclusão é observada no estudo da família estabelecendo-se três categorias. A primeira, a estrutura, refere à captura da organização das famílias, por meio da observação dos papéis desempenhados e dos laços existentes entre as gerações, que estabelecem padrões repetitivos dentro de uma rotina familiar. A segunda, a conectividade, pela captura de elementos de comprometimento, educação, sentimentos de pertencimento, que refere aos laços de interação entre os membros da família. A terceira, os modos de compartilhar, obtidos pelo estudo dos rituais e valores familiares, refere às associações interativas que constituem a identidade da família como um grupo social.

O controle refere ao exercício do poder sobre a família, como ele se distribui e influencia cada um de seus membros. Os tipos mais comuns de controle são: (1) o controle dominante, onde apenas um exerce o poder sobre os demais; (2) o controle reativo, estabelecido por meio de reação de contrariedade tornando-se dominante; e, (3) o controle colaborativo, onde os membros compartilham o poder.

A intimidade é estabelecida pela observação das trocas interpessoais, no compartilhar de sentimentos, esperanças e vulnerabilidades, podendo haver proximidade ou distanciamento entre os membros familiares.

As principais áreas de utilização do modelo FIRO são: em situações de doenças agudas consideradas sérias, hospitalizações, e no acompanhamento de doenças crônicas, sou seja, em situações que exijam que a família renegocie papéis e supere crises (WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002).

2.6.4. Ferramenta 4 – o esquema PRACTICE

O esquema PRACTICE foi desenvolvido para o mapeamento de situações familiares de difícil planejamento do cuidado, pois visa melhorar a percepção dos problemas e propiciar orientação à equipe na busca de soluções conjuntas com a família. É elaborado em momentos de entrevista familiar. Sua denominação deriva das iniciais (em inglês) dos passos que constituem o esquema "Problem, Roles, Affect, Communication, Time in life, Ilness, Coping, Environment/Ecology", traduzido para o português como, Problema apresentado, Papéis e Estrutura, Afeto, Comunicação, Tempo no Ciclo de Vida Familiar, Doenças na família (passadas e presentes), Lidando com o estresse, Meio ambiente ou Ecologia.

O esquema PRACTICE deve ser utilizado para o estudo de uma situação específica a ser manejada, e pretende que a equipe mantenha o foco sobre o problema, fornecendo uma aproximação esquematizada para a obtenção dos dados que visam à avaliação familiar, incluindo aspectos biomédicos, comportamentais e relacionais. Permite que o problema seja observado em suas diferentes interfaces. Sua aplicação se dá por meio das conferências familiares, em diversas aproximações.

Mais importante que passar por todas as suas etapas, consiste no aprofundamento de alguma das etapas que a equipe considere profundamente relevante para o esclarecimento do problema estudado.

P - *Problem* (Problema apresentado) – visa identificar o significado do problema para a família, como ela o compreende e o enfrenta.

R – *Roles and Structure* (Papéis e Estrutura) – busca compreender os distintos papéis de cada um dos membros familiares e perceber como se comportam frente ao problema.

A – *Affect* (Afeto) – busca perceber com as trocas afetivas produzem resultados positivos ou negativos sobre o problema.

C – *Communication* (Comunicação) – busca observar o processo de comunicação verbal e não verbal entre os familiares.

T – *Time in life* (Tempo no Ciclo de Vida Familiar) – busca-se correlacionar o problema com as tarefas previstas para o desempenho dos membros familiares.

I – *Illness in family* (Doenças na família, passadas e presentes) – tenta reconhecer a morbidade na família e perceber as atitudes de cuidado pré-existentes.

C – *Coping with stress* (Lidando com o estresse) – busca reconhecer pelos relatos de experiências anteriores quais as potencialidades da família para lidar com o problema atual.

E – *Environment or Ecology* (Meio ambiente ou Ecologia) – identifica os recursos familiares que podem ser mobilizados para manejar o problema. Incluem-se as redes sociais de apoio disponíveis na comunidade e os determinantes sócio-econômicos, o trabalho, renda, saneamento, escolaridade e outros.

A utilização do esquema PRACTICE se faz necessária às situações de maior dificuldade de planejamento de cuidado, onde a equipe tem dificuldades para obter

resultados favoráveis no estabelecimento do cuidado em saúde. É a ferramenta de uso mais complexo (WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002).

2.7. A Integralidade e o Cuidado em Saúde

Compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises; identificar sua relação com a comunidade; propiciar condições para renegociação de papéis, reorganizações de estrutura e funcionamento familiar, a partir do uso das FSF, são passos para o estabelecimento de uma nova abordagem em saúde, não mais orientada pela perspectiva da cura (a biomedicina), mas voltada à construção do cuidado em saúde.

As metodologias relacionais descritas com o uso das FSF possibilitam ampliar o conhecimento e facilitar a apropriação, pela equipe, das condições necessárias para: identificar os processos de exclusão ou violência; realizar uma abordagem compartilhada entre diferentes setores, de acordo com os preceitos legais e éticos existentes; e, promover o estabelecimento do autocuidado ou do cuidado familiar, numa perspectiva de construção de sujeitos e coletivos.

No SUS, o conceito de integralidade tem sido trabalhado sob diferentes enfoques. Ao refletir acerca dos sentidos da integralidade no SUS, MATTOS (2001) a caracteriza não apenas como uma diretriz, mas também como uma "bandeira de luta", uma imagem-objetivo para se fazer justiça social, que deve ser pautada na configuração das políticas, do sistema de saúde, e na instituição das práticas de saúde.

A integralidade tem sido compreendida

> "como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação da demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a

integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados" (PINHEIRO 2001, p.65).

PINHEIRO (2001) ao abordar os sentidos da integralidade afirma que ela se expressa no cotidiano, tanto nas experiências de vida quanto nas relações entre pesso as, na coletividade e instituições. Um primeiro sentido refere-se à dinâmica da oferta cotidiana dos serviços de saúde na organização do atendimento, no uso destes serviços, e no acesso aos níveis de atenção, referência e contra-referência. Um outro sentido refere-se à constituição da demanda no cotidiano, onde interagem as percepções dos diferentes atores sobre o processo saúde-doença-cura, e os modelos de intervenção institucionalizados, que são definidos pelos aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais.

Para CAMARGO JÚNIOR (2003) o entendimento da integralidade no SUS não é um conceito, mas sim, um "conjunto de tendências cognitivas e políticas com algumas imbricações entre si, mas não completamente articuladas" (CAMARGO-JÚNIOR 2003, p.36), constituindo-se num ideal regulador impossível de ser plenamente atingido, mas que se constitui numa constante busca de aproximação, expressa por idéias de preocupação com a totalidade.

Para MATTOS (2003) a idéia da integralidade no SUS se expressa por meio de três conjuntos de sentidos: (1) para designar atributos e valores de algumas práticas; (2) na caracterização dos modos de organizar os serviços de saúde; e, (3) nos modos de organizar algumas políticas de saúde, as ações programáticas. O autor caracteriza como inaceitável que, nos dias atuais, se utilize o termo integralidade para caracterizar a organização de políticas de enfrentamento a doenças específicas voltadas para sua redução epidemiológica, as ações programáticas, posto que em sua formulação, desconsideram as demais necessidades dos sujeitos, especialmente no que concerne ao reconhecimento dos direitos dos cidadãos.

MATTOS (2001) descreve três desafios prioritários para a integralidade no SUS. O primeiro refere-se ao entendimento da integralidade como um traço marcante à qualidade da atenção à saúde, onde as práticas devem transitar do modelo da medicina integral à consolidação da prática da integralidade. O segundo, quanto ao

entendimento da integralidade como modo de organização das práticas, saindo dos modelos de elaboração de programas verticais para a constituição de programas integrais. E o terceiro, refere o entendimento da integralidade na elaboração das políticas especiais desenhadas para dar respostas a grupos específicos, que devem incorporar ações de diferentes ordens, promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Para MENDES (2001a, 2001b) a integralidade no SUS está ligada a diferentes campos de intervenção em saúde: (1) na definição de prioridades políticas às ações de promoção e prevenção à saúde; (2) na organização do sistema de atenção na garantia da atenção nos diferentes níveis assistenciais; (3) na gestão da atenção à saúde na articulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; (4) na gestão do cuidado, por meio da abordagem integral de indivíduos e famílias.

Partindo de uma dimensão coletiva, oriunda da medicina integral, o autor descreve como sentido da integralidade o fato de que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os profissionais de saúde devem entender o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes (coração, fígado, pulmões etc.) e que está "solto no mundo". É um ser social, um cidadão que biologicamente, psicologicamente, e socialmente está sujeito a riscos. A atenção deve pautar-se na sua saúde e não somente na assistência às doenças, devendo coexistir ações que busquem minimizar as causas das doenças, os riscos de diferentes ordens, e tratar os danos. Portanto, traz a visão de que as ações de promoção, proteção e recuperação formam um todo indivisível.

Numa outra dimensão, a organizativa, também oriunda da medicina integral, MENDES (2001a, 2001b) descreve os serviços como unidades prestadoras agrupadas por graus de complexidade, que formam também um todo indivisível, devendo configurar-se num sistema capaz de prestar assistência integral.

Para o autor, a integralidade refere ainda duas possibilidades de interpretação. Uma "setorial específica" que busca dar respostas adequadas às necessidades do território, mediante assistência às doenças mais freqüentes como parte de uma rede

com outros níveis de maior complexidade. Outra, "sistêmica", que propicia articulação entre os diferentes serviços de saúde e entre serviços de saúde e instituições sociais. Portanto, para MENDES (2001a, 2001b) a integralidade no SUS constitui-se minimamente por dois eixos, um vertical, no sentido de unicidade, o indivíduo em sua totalidade; e o outro horizontal, no sentido de indissociável da organização das práticas de saúde, prevenção, promoção, tratamento e recuperação.

O autor propõe para a superação dos "dilemas do SUS", a constituição de sistemas integrados de saúde, que pretende romper com a lógica hierarquizada do sistema, estabelecendo-se horizontalmente uma rede de serviços de saúde constituída por vários "pontos de atenção", cuja base para sua organização e orientação do acesso é coordenada a partir da atenção básica à saúde, organizada por meio da estratégia Saúde da Família.

Entre os sentidos da integralidade na reorientação do modelo de atenção a partir da estratégia Saúde da Família, destaca-se: (1) ver o indivíduo como um todo, um único organismo vivo; (2) compreender o indivíduo como um ser social, que vive em família, que trabalha, que se guia por padrões culturais, se integra e interage com o mundo, o meio ambiente etc.; (3) ser indissociável à prática que inclua ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde; (4) estar integrada numa rede de assistência à saúde hierarquizada e regionalizada, com garantias de acesso aos demais serviços assistenciais.

CAMARGO JÚNIOR (2003) parte da constatação de que as pessoas sofrem e buscam cuidados. O sofrimento é constituído a partir de uma construção cultural que se traduz numa experiência concreta para quem o vivencia. A demanda aos serviços surge pela interação entre a cultura, sofrimento e disponibilidade de recursos tecnológicos.

Como desafios para a Saúde da Família, PINHEIRO (2001) propõe o estabelecimento da integralidade como eixo condutor das práticas em saúde mediante: a ampliação do acesso na prestação dos cuidados, por meio do agendamento, da captação, da disponibilidade da equipe, da localização geográfica, e da fixação dos profissionais, buscando a satisfação das demandas sociais das famílias; o fortalecimento da relação equipe-serviço-usuário especialmente via agente

comunitário de saúde; a disponibilidade dos profissionais de forma humanizada e com potencialidade resolutiva sobre os problemas de saúde; a modificação das práticas e gestão da atenção à saúde; a desvinculação do uso dos medicamentos como principal recurso terapêutico; e, a superação da centralidade de ações que constituem o cuidado individual para a consolidação do cuidado da família.

Para a compreensão do sentido do termo cuidado para as práticas de saúde, seu significado na sociedade contemporânea, LUZ (2004) adota como ponto de partida a explicação da sociedade frente à globalização capitalista. Para a autora, vivemos numa crescente fragilidade populacional, com ampliação da vulnerabilidade e das demandas por atenção à saúde como conseqüência dos processos econômicos, políticos, culturais e éticos impressos pelo capitalismo, com fortes conseqüências sobre a saúde das populações. Como agravante desta situação, a autora refere a perda dos valores sociais, dada a racionalidade de mercado que se imprime também sobre as relações socioculturais, incorporando novos valores como: a competição, o sucesso, o individualismo, o lucro, a vantagem, e o consumismo. As situações de cuidado anteriormente eram assumidas pelas instituições, família, escola, organizações sociais, hoje "a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde" (LUZ 2004, p.20).

Mediante desafio proposto, define-se que

> "Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo (....) a atitude é uma fonte, gera muitos atos que expressam a atitude de fundo (....) o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (....) é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (....) é o sentimento que torna pessoas, coisas e situações importantes para nós (....) Cuidado é aquela força originante

que continuamente faz surgir o ser humano" (BOFF 2002, p.33, p.92, p.100, p.101).

O cuidado refere, portanto, a própria forma do homem ser, se relacionar, e garantir a existência da vida no mundo. A compreensão da saúde como um direito, é também conquistada na forma em que se estabelecem as interações entre profissionais, usuários e instituições, o trabalho vivo (MERHY 2002a). Esta interação deve ser produzir efeitos positivos nas atitudes de todos os indivíduos envolvidos, no acolhimento, no vínculo, no tratamento, na dignidade, no respeito e na qualidade da atenção (PINHEIRO e GUIZARDI 2004). A integralidade, portanto, se expressa não somente por meio de práticas eficazes, mas se reproduz na produção das relações, dos significados que caracterizam a ação concreta de uma política.

O cuidado e a integralidade como práticas do cotidiano "ressignificam as relações sociais e tensionam as relações de produção, pelo reconhecimento do caráter intersubjetivo inerente à condição de ser humano em diferentes territórios, problematizando sua inserção nos processos de trabalho e nas interações entre sujeitos" (PINHEIRO e GUIZARDI 2004, p.33). Salienta-se, porém, que como toda relação interpessoal, especialmente nas estabelecidas tradicionalmente numa distribuição de poder desigual como entre o profissional de saúde e usuários, corre-se o risco de que se utilize a abordagem pautada no cuidado integral, que acabe limitando a autonomia dos sujeitos numa atitude medicalizadora dos sofrimentos. O desafio posto reside no estabelecimento de uma nova relação de troca dos conhecimentos numa medida de respeito que dignifique a vida (CAMARGO-JÚNIOR 2004).

As FSF, dadas suas bases conceituais e potencialidades, podem ser consideradas como tecnologias leves utilizadas no estabelecimento do cuidado integral em saúde nas situações em que seu uso esteja indicado. Constitui-se numa tecnologia, por um lado facilitadora, visto que descreve metodologias flexíveis e de fácil apreensão pelos profissionais de saúde, e por outro, capaz de ampliar o conhecimento do processo saúde-doença na família, proporcionando o

estabelecimento de ações planejadas para o cuidado do caso (restritas ou não ao setor saúde), na perspectiva de construção de sujeitos e coletivos.

2.8. A estratégia Saúde da Família e o uso das Ferramentas Saúde da Família no município de Curitiba

A gestão municipal da saúde no município de Curitiba acompanha a história do movimento sanitário brasileiro, especialmente no que se refere à adoção da Promoção da Saúde e a inserção da rede assistencial básica à saúde como estruturante do SUS. A história da atenção primária à saúde em Curitiba tem sido contextualizada a partir de 1958, quando Curitiba foi a primeira capital do país a fluoretar a água de abastecimento (PEDOTTI e MOYSÉS 2000).

Em 1963 o Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde da prefeitura implantou o Centro de Treinamento Tarumã, um espaço para compartilhar conteúdos entre os serviços de saúde e escolas da rede pública, e em dezembro de 1964 o departamento passa a se denominar Departamento de Bem-Estar-Social (RIBEIRO et al. 2004).

Curitiba teve seu primeiro Plano Municipal de Saúde Pública realizado na gestão entre 1964 e 1968, quando começaram a ser implantados os primeiros postos de saúde na periferia, no bairro Cajuru. O primeiro levantamento epidemiológico na área de saúde bucal, sobre cárie dentária, foi realizado no município em 1968. Entre 1968 e 1971, a gestão municipal passa a desenvolver as ações programáticas voltadas a grupos de risco, e incorporando, para além do atendimento médico, o de enfermagem (PEDOTTI e MOYSÉS 2000).

No início dos anos 70 foram implantados os Núcleos Comunitários na periferia do município, com finalidade de realizarem ações de promoção e educação em saúde. Entre 1971 a 1974, Curitiba desenvolveu um amplo planejamento urbano, o Plano de Desenvolvimento Comunitário, que buscou dar respostas ao movimento migratório, mediante estratégias que visavam à melhoria da qualidade de vida dos

cidadãos propondo projetos de urbanização como: o transporte coletivo, as vias rápidas, a Cidade Industrial de Curitiba, os conjuntos habitacionais, a expansão dos postos de saúde e escolas municipais na periferia (PEDOTTI e MOYSÉS 2000, RIBEIRO et al. 2004).

Esta lógica se estendeu até a gestão de 1979 a 1982, quando Curitiba, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a Associação de Proteção à Infância Saza Lattes (APMI-Saza Lattes), buscou construir um modelo de saúde regionalizado e hierarquizado, incorporando conceitos de território, área de abrangência, participação popular, acesso, prática integral em saúde. Em 1979 o município implantou o primeiro projeto de Atenção Primária à Saúde de Curitiba, pautando-se na universalidade, no atendimento integral, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação comunitária, com base na Conferência de Alma-Ata. Suas características principais foram: estruturar a rede básica pela periferia da cidade, atender a população em situação de risco, desenvolver ações de medicina preventiva e curativa, com baixa participação comunitária, e nenhuma articulação com os demais serviços assistenciais de saúde (PEDOTTI e MOYSÉS 2000; RIBEIRO et al. 2004).

Entre 1983 e 1986 a gestão municipal de Curitiba firmou um convênio com o Banco Mundial que possibilitou uma expansão da rede de Unidades Básicas de Saúde, já dentro do modelo das Ações Integradas de Saúde. Na gestão entre 1986 a 1989 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, e a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, se inicia o movimento de municipalização dos serviços de saúde e da vigilância epidemiológica, e também com a implantação do Sistema de Informação em Saúde (SIS), com vistas à constituição do SUS. Em 1986 a rede básica era constituída de 40 Centros de Saúde, funcionando em três turnos por dia, com médicos pediatras, clínicos gerais, gineco-obstetras, enfermeiros, atendentes de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnico em higiene dental, administrativo e serviços gerais. Em 1989 a rede básica estava estruturada e contando com 53 Unidades Básicas de Saúde e 34 Clínicas Odontológicas (PEDOTTI e MOYSÉS 2000; RIBEIRO et al. 2004).

Entre 1989 e 1992, com base na implantação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) iniciou-se a transição das práticas públicas de saúde no município, embasada pelo movimento internacional para o Desenvolvimento Sustentável. Em 1991 foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema "A Prática da Saúde no Município". Em termos gerenciais, foram constituídas as Regionais de Saúde; realizadas oficinas de territorialização, de planejamento e gerencia, de informação e de desenvolvimento de recursos humanos; e, instituídas as Gerencias Regionais de Saúde e as Autoridades Sanitárias Locais em cada Unidade Básica de Saúde. Em termos estruturais, com o convênio Pró-Saúde, foram construídas novas Unidades Básicas de Saúde, as primeiras Unidades de Saúde 24 horas, o Laboratório Municipal, e se iniciou a constituição da frota de ambulâncias municipais (PEDOTTI e MOYSÉS 2000).

Neste mesmo ano se inicia também, em algumas Unidades Básicas de Saúde, a implantação de equipes multiprofissionais atuando com Médicos de Família, que já incluía serviços de odontologia. A experiência foi implementada em parceria com profissionais de outros municípios, com especialidade em Medicina Comunitária (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA 2002, RIBEIRO et al. 2004).

Em 1992, no processo de descentralização implantaram-se os Distritos Sanitários, num movimento de defesa da municipalização da saúde (RIBEIRO et al. 2004). No período que transcorre entre 1993 e 1996, destaca-se a criação de mecanismos de gestão integrada que visam à regulação global da saúde como, a criação das Centrais de Leito, a Central de Avaliação de Autorizações de Internação Hospitalar, e a Central de Atendimento aos Usuários. Em 1993 se realiza a 2ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema "Em Defesa do SUS"; é lançado o programa "Nascer em Curitiba Vale a Vida", com importante impacto na saúde materno-infantil no município. Inicia-se a aproximação com a Saúde Mental comunitária, estabelecendo uma parceria com o governo do Canadá. Cria-se efetivamente o Programa Saúde da Família realizando o primeiro curso básico de capacitação dos profissionais, em parceria com a Pontifícia Universidade Católica do

Paraná, sob consultoria de profissionais canadenses (PEDOTTI e MOYSÉS 2000; RIBEIRO et al. 2004).

Em 1995, a Secretaria Municipal de Curitiba estabeleceu uma consultoria internacional com a Universidade de Toronto, por meio do seu Departamento de Medicina Familiar e Comunitária, cujo primeiro curso organizado em parceria com a escola canadense formou 17 profissionais de nível superior (11 médicos, 2 enfermeiras e 4 dentistas). Estes foram os primeiros profissionais das equipes Saúde da Família do município com a tecnologia das FSF.

Neste mesmo ano, acontece a 3ª. Conferência Municipal de Saúde, com o tema "Saúde e Qualidade de Vida" e o curso de Especialização de Gerencia em Saúde Coletiva visando à Gestão de Unidades Básicas de Saúde – GERUS, para todas as Autoridades Sanitárias Locais. Cinco Unidades Básicas de Saúde já trabalhavam com a estratégia Saúde da Família, onde todas as equipes já dispunham de profissionais de saúde bucal (RIBEIRO et al. 2004).

Em 1996, com o lançamento pelo Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família, o financiamento diferenciado possibilitou a expansão da estratégia no município realizando-se em Curitiba o Seminário Internacional de Atenção à Saúde da Família (RIBEIRO et al. 2004).

O Curso Básico de Saúde da Família, organizado em quatro módulos, em 1997, objetivou capacitar a todos os profissionais que atuavam na Saúde da Família no município. Dentre os conteúdos que o fundamentavam, o uso das FSF como tecnologia a ser aplicada pelas equipes Saúde da Família se destacava. Este curso destinou-se aos profissionais de nível superior das equipes Saúde da Família existente. A partir daí, nos anos subseqüentes de ampliação da estratégia Saúde da Família no município, as tecnologias do modelo de medicina familiar canadense foram incorporadas ao Curso Introdutório em Saúde da Família, sendo este de caráter obrigatório a todos os profissionais de Saúde da Família (nível médio e superior) em Curitiba. A metodologia utilizada é a da problematização, com carga horária mínima do Curso Introdutório era de 56 horas/aula (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA 2002). Ainda em 1997, realizou-se a 4ª

Conferencia Municipal de Saúde, que teve como tema "SUS: Saúde Pública com Qualidade".

Em 1998 Curitiba assume o Modelo de Gestão Plena do SUS, conforme estabelecido pela NOB-96, com o início dos repasses do Piso de Atenção Básica que possibilitaram a priorização da atenção básica na busca de soluções ao quadro epidemiológico do município. As marcas da gestão municipal da saúde entre 1997 a 2000 são alguns programas de impacto social como: o Cidadão Saudável no Bairro, o Programa Cárie Zero, o Programa Mãe Curitibana e o Programa Agente Comunitário de Saúde. Na gestão local de saúde, destaca-se a incorporação do acolhimento e humanização em toda a rede assistencial, capacitando todos profissionais da rede no Projeto Acolhimento Solidário (PEDOTTI e MOYSÉS 2000; RIBEIRO et al. 2004).

Em 1999 se realizou a 5ª Conferencia Municipal de Saúde, com o tema "SUS no Terceiro Milênio em Defesa da Vida". Neste mesmo ano a estratégia Saúde da Família se ampliou para 44 equipes de Saúde da Família atuando em 29 Unidades Básicas de Saúde. Em 2000, Curitiba foi o primeiro município do país a adotar a estratégia de Saúde da Família em todas as Unidades de Saúde de todo um Distrito Sanitário, o Distrito Sanitário Bairro Novo (RIBEIRO et al. 2004).

A 6ª Conferencia Municipal de Saúde foi realizada em 2001, com o tema "Avançando na Construção do SUS – Sistema Integrado de Saúde". A superação da fragmentação pela integralidade tem sido o movimento da gestão municipal de saúde de Curitiba. Para tal, tem buscado avançar na consolidação do SUS por meio da estratégia dos "Sistemas Integrados de Saúde" (MENDES 2001a, 2001b) estabelecendo-se: novas relações entre os diferentes serviços de saúde (básica, média e alta complexidade) que visam consolidar o papel de coordenação da atenção básica no acesso, vínculo, responsabilidade e continuidade da atenção à saúde; novos pactos de indicadores e metas, mediante termos de compromissos; a implementação dos sistemas de monitoramento e avaliação; e, novos processos de vigilância à saúde com base nas diferentes realidades epidemiológicas de cada unidade básica de saúde (RIBEIRO et al. 2004).

A saúde bucal coletiva no município sempre participou dessa história, sendo pioneira em algumas elaborações organizativas, como na política de saúde bucal

implantada na década de 1990, que propunha a organização da atenção integral em saúde bucal por meio da: (1) atenção a problemas de enfrentamento ocasional, as urgências, emergências e necessidades sentidas, organizadas diariamente pela triagem e acolhimento; (2) atenção a problemas de enfrentamento contínuo, planejadas, mediante critérios de risco, e programadas com vistas ao tratamento completo; e, (3) as ações de educação em saúde bucal coletiva, com ações de promoção da saúde que abranjam os diferentes grupos sociais, nos diversos espaços coletivos (MOYSÉS 1997; MANFREDINI 2003).

O município de Curitiba foi também pioneiro em incluir profissionais de saúde bucal atuando na estratégia Saúde da Família. Já em 1992, mas com maior ênfase a partir do convênio firmado em 1994, entre Prefeitura, Universidade de Toronto no Canadá, e Universidade Católica do Paraná, estes profissionais começaram a ser capacitados para atuarem em equipe com foco nas famílias e no uso das FSF (SILVEIRA-FILHO et al. 2001).

O perfil profissional do cirurgião-dentista da Saúde da Família de Curitiba, detalhado por MOYSÉS e SILVEIRA FILHO (2002), descreve a necessidade da formação generalista que: (1) desenvolva atividades clínicas em todas as fases do desenvolvimento humano, sendo resolutivo na atenção aos agravos mais freqüentes, e encaminhando para os demais níveis de atenção, apenas as situações mais complexas; (2) realize atividades extraclínicas e de prevenção de doenças e promoção da saúde; (3) seja especialista nos problemas mais freqüentes que acometem a sua comunidade; (4) tenha vínculo com as famílias de seu território adstrito; (5) utilize na clínica as FSF quando necessário; (6) pratique uma abordagem sobre os Fatores Comuns de Risco a várias doenças; (7) realize atividades individuais e coletivas na Promoção da Saúde; (8) combine recursos diagnósticos fundamentados na epidemiologia clínica e social; (9) seja responsável pela epidemiologia em sua comunidade; (10) pratique o cuidado integral ao indivíduo-família; (11) promova ações intersetoriais; e, (12) promova a participação popular e o controle social, numa atitude de desmonopolizar conhecimentos e democratizar a gestão.

Os investimentos na construção do Sistema Integrado de Saúde buscam deslocar a supremacia do hospital na produção dos cuidados em saúde, fortalecendo

todos os serviços que compõem a rede assistencial do município e legitimando o papel das equipes básicas de saúde na gestão dos cuidados, a partir do vínculo, responsabilidade, e coordenação (MENDES 2001a, 2001b). Para tal, baseando-se nas diferentes fases do desenvolvimento humano e no ciclo de vida familiar, pautando-se nos pressupostos da Prática Baseada em Evidências, tem definido protocolos clínicos integrados que descrevem condutas que vão da atenção básica à assistência hospitalar, e que incluem ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Em outubro de 2004, a rede básica assistencial de Curitiba tinha em sua estrutura, 109 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde 42 UBS trabalham com equipes de Saúde da Família. Eram 115 equipes de Saúde da Família, 115 equipes de Saúde Bucal e 1.099 agentes comunitários de saúde distribuídos nos oito Distritos Sanitários.

Cabe registrar que a equipe de Saúde da Família de Curitiba é composta por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 4 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, 1 dentista, 2 auxiliares de consultório dentário; e em 95 equipes de Saúde da Família, também trabalha 1 técnico em higiene dental. Todos estes profissionais são servidores públicos, contratados mediante concurso público e ingresso na Saúde da Família, mediante processo de seleção regulamentado pelo Decreto Municipal nº 056/04 publicado em 5 de outubro de 2004; com exceção dos agentes comunitários de saúde que são selecionados via processo seletivo de base local e contratados por meio de uma Organização Não-Governamental (ONG), com contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Em 2003 o município de Curitiba aderiu ao Projeto de Expansão e Qualificação da Atenção Básica (PROESF), do Ministério da Saúde em parceria com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), cujo componente 1 destina-se à estruturação da rede assistencial do SUS em todos os seus níveis de complexidade, mediante o compromisso de conversão da rede básica assistencial tradicional para a organização pela estratégia Saúde da Família. Curitiba contará com recursos da ordem de dez milhões de reais para serem executados na estruturação do SUS, entre julho de 2003 e dezembro de 2008, conforme regras

estabelecidas[6]. Desta maneira o município assume o compromisso de ampliar a cobertura da estratégia Saúde da Família para 50% dos curitibanos.

Destaca-se que a implantação de equipes de Saúde da Família em Curitiba não apenas buscou a expansão apenas como uma estratégia para a ampliação da rede de serviços de atenção básica, ou seja, simplesmente para melhorar o acesso aos serviços de ABS, mas buscou sempre à construção de um novo referencial teórico para a consolidação de práticas inovadoras em saúde. Dessa maneira, encontrou no referencial teórico do modelo canadense um fértil terreno. Vários foram os movimentos institucionais que buscaram a qualificação dessas práticas, detalhadamente relatadas na revista comemorativa "10 anos de PSF em Curitiba: a história de quem faz a história" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA 2002).

Mediante o referencial teórico apresentado, a inserção da estratégia Saúde da Família no município de Curitiba é compreendida como uma estratégia para organização do sistema de saúde local inserida no contexto do sistema integrado de saúde em construção no município (MENDES 1999, 2001b, 2001b, 2002).

Tem como imagem-objetivo a integralidade (TEIXEIRA 2004), estabelecendo como um dos seus desafios fundamentais, interferir no modelo de atenção pautado pela biomedicina ainda vigente (MENDES 2002; TEIXEIRA 2004). Para tal, tem investido numa reinvenção tecnológica das práticas de atenção básica por meio das tecnologias leves (MERHY 2002a), que incluem, acolhimento, vínculo, humanização e as Ferramentas de Saúde da Família (MOYSÉS e TALBOT 1999; TALBOT e WAGNER 1999; WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002). Devendo fazer parte do cotidiano das equipes, uma prática que aproxima os conteúdos da clínica e da epidemiologia, num contexto da vigilância em Saúde Coletiva que, por meio do uso das FSF, busca-se constituir um novo modo de agir na clínica, estabelecendo novos padrões de relação entre os profissionais, indivíduos, famílias e comunidade (CAMPOS 2000, 2003).

As equipes elegem as famílias como prioridade da atenção para a consolidação do cuidado em saúde (PINHEIRO e MATTOS 2001, 2003, 2004).

---

[6] Informação obtida diretamente no Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, com autorização de

Especialmente nas situações de difícil planejamento de cuidado, torna-se fundamental a utilização das FSF para que se constituam planos terapêuticos ampliados que incluam, quando necessário, além das terapias medicamentosa e cirúrgica, ações de cunho intersetorial, acionando uma rede de apoio social ou de cuidadores externos à família (MOYSÉS e TALBOT 1999; TALBOT e WAGNER 1999; WILSON 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO 2002). Desta forma a equipe de Saúde da Família deve proporcionar condições para que se estabeleçam novas atitudes intra e extrafamiliares com vistas ao estabelecimento do cuidado integral do indivíduo-família (PINHEIRO e MATTOS 2001, 2003, 2004).

Os profissionais de saúde bucal integram-se às equipes, constituindo-se numa única equipe de Saúde da Família. Compartilham espaços de atuação na comunidade, especialmente na Promoção da Saúde. Na clínica, quando se faz necessário o uso das FSF, buscam planejar e atuar em equipe, visando as melhores condições para o cuidado do caso, onde o objetivo maior é a produção do autocuidado ou do cuidado familiar, com vistas a ampliar as autonomias e capacidades dos indivíduos-famílias gerirem suas próprias vidas (CAMPOS 2000, 2003).

---

uso do órgão gestor.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo Geral

O estudo tem como objetivo avaliar em que medida o uso das FSF, a partir de problemas de saúde bucal, tem contribuído para a construção do cuidado em saúde nas equipes de Saúde da Família de Curitiba, no período dos anos 90 até 2004.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Conhecer o entendimento predominante acerca do uso das FSF pelos profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba;

3.2.2. Conhecer o processo de utilização das FSF pelos profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba;

3.2.3. Conhecer as percepções dos profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba sobre o resultado do uso das FSF.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos adotados partem do pressuposto de que o uso das Ferramentas da Saúde da Família pelos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Curitiba compõe o rol de tecnologias leves em saúde que integra as atividades da clínica dos diferentes profissionais (inclusive da saúde bucal), e que, por meio de abordagem ampliada dos processos saúde-doença nas famílias, possibilita a elaboração e execução de projetos terapêuticos que incluem ações para além das terapias medicamentosa e cirúrgica, contribuindo para a consolidação do cuidado em saúde dos indivíduos-família.

Opta-se pela não apresentação de uma hipótese porque, mesmo compreendendo-a como uma pressuposição provisória, passível, mas parcial, que pode ser observada numa dada situação (TANAKA 2001), ou seja, uma afirmação provisória a respeito de determinando fenômeno em estudo (MINAYO 2004), dentro de uma perspectiva positivista em que se situa o próprio termo hipótese, que conota a possibilidade de obter conhecimento objetivo da realidade em provas estatístico-matemáticas comprovadoras de objetividade (MINAYO 2004), sua formulação não se aplica ao estudo proposto. Em virtude do caráter simbólico a ser explorado, apresenta-se um pressuposto, uma afirmação provisória sobre o problema em estudo (MINAYO et al. 1998), que serve de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica (MINAYO 2004).

Também a escolha da metodologia de pesquisa deve basear-se na natureza do problema a ser estudado (MINAYO et al. 1998). O objeto de estudo refere-se à investigação da mudança de uma cultura, entendendo-a como "o conjunto de regras que orienta e dá significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social" (VICTORA et al. 2000, p.13), desta maneira, optou-se por uma abordagem qualitativa.

A compreensão da realidade estudada foi possível, pela apreensão do mundo empírico, cujas informações foram acessadas por meio de entrevistas (VICTORA et al. 2000) aos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Curitiba.

Trata-se de um estudo que avalia uma intervenção em saúde, cujos efeitos esperados vão: (1) da consolidação de um novo modelo de intervenção para o controle do processo saúde-doença, dotando profissionais e usuários de uma nova forma para efetivação do cuidado em saúde; (2) da efetivação de uma nova prática de atenção em saúde pautada no referencial da promoção da saúde, efetivada pela re-significação da vigilância à saúde e do cuidado em saúde, representando uma nova cultura institucional; e, (3) da possibilidade de fomentar novas relações familiares e sócio-comunitárias, dotando indivíduos e famílias da capacidade de autogestão do cuidado.

A pesquisa busca avaliar a pertinência do uso de uma tecnologia leve em saúde, obtendo-se pensamentos coletivos acerca do uso das FSF, a partir dos profissionais das equipes Saúde da Família de Curitiba que foram capacitados em sua utilização. Tem como principal finalidade, auxiliar trabalhadores e gestores na decisão de se avançar ou não com o uso desta tecnologia leve para a construção de uma nova abordagem na clínica das equipes, na busca de novas práticas para a consolidação do cuidado aos indivíduos-família.

Tomando-se como referencial MERHY (2004), faz-se necessário explicitar a posição do pesquisador como um sujeito implicado, onde o pesquisador está "estudando como se havia implantado e desenvolvido um certo modelo de assistência à saúde, num dado lugar, e ele tinha sido um dos dirigentes e responsáveis por isso. Ou seja, ele tinha sido um dos apostadores na construção de uma nova modalidade de trabalho em saúde, cuja centralidade seriam as necessidades dos usuários" (MERHY 2004, p. 22). Neste sentido, o pesquisador é interessado, ao mesmo tempo pesquisador e pesquisado, analisador e analisado, e a escolha metodológica deve reconhecer esta relação nos componentes dos procedimentos epistemológicos, que possibilitem "a incorporação do subjetivo, como constitutivo da íntima relação entre sujeito e objeto, que deve ser operada pelos métodos de estudo para permitir seu tratamento como um componente qualitativo fundamental, objetivável" (MERHY 2004, p. 23).

Apesar de autores como MINAYO (2004) apontarem que "no caso da pesquisa qualitativa, ao contrário, o envolvimento do entrevistado entrevistador, ao

invés de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva" (MINAYO 2004, p. 124), o desafio que se configura perpassa a garantia da objetividade e cientificidade ao estudo, onde as verdades militantes do sujeito implicado fazem sentidos a alguns coletivos, mas não a outros, e cuja validação será necessariamente "comunicativa (na linha habermasiana) em que o processo de validação ocorrerá pelos diálogos das várias implicações em jogo, que se reconhecerão dando sentido em si, mesmo que se oponham, posicionando-se no espaço público quanto a este processo de validação do saber e de suas conseqüência" (MERHY 2004, p. 26).

Salienta-se que MERHY (2004) ao citar Paulo Freire, afirma que "a cultura não pode ser arrancada do sujeito (coletivo ou individual)", "a cultura lhe é constitutiva, como uma pele" (MERHY 2004, p. 27). O mesmo autor recorre a Matus que afirma que o sujeito "não pode enxergar um hipotético real como totalidade", "a própria situação é o modo como o sujeito reçorta interessadamente a realidade" (MERHY 2004, p. 27).

O Discurso do Sujeito Coletivo como escolha metodológica da pesquisa, vem ao encontro da construção social comunicativa de Habermans, cuja validação se dá pelas próprias verdades argumentativas expressas nos diferentes discursos. Desta forma, a situação do pesquisador como sujeito implicado "não compromete a priori a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação, a constituição intencional que dê sentido ao agir em determinados campos da atividade humana, e como tal opera sem precedência espistêmica, como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros" (MERHY 2004, p. 42), pois mobiliza várias dimensões que permitem compreender mais sobre a situação para continuar agindo, o "saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para" (MERHY 2004, p. 43).

Destacam-se ainda, algumas medidas adotadas pelo pesquisador: (1) os entrevistados tiveram total liberdade de escolha quanto à participação na pesquisa; (2) as escolhas do local, data e hora das entrevistas foram de decisão dos entrevistados; (3) as entrevistas foram realizadas em ambientes que propiciaram o

contato único entre entrevistador e entrevistado; (4) no primeiro momento da entrevista, o pesquisador leu e reforçou todos os aspectos constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando claro que os conteúdos das entrevistas não seriam dados ao conhecimento da administração municipal, tampouco a qualquer outro colega de trabalho; (5) neste mesmo momento, com cada um dos entrevistados, foram abordados aspectos éticos que particularmente poderiam lhes ser desconfortáveis, visando o estabelecimento de um ambiente de confiança; e, (6) deixou-se claro que, caso houvessem comentários que o entrevistado não desejasse que fosse gravado, o entrevistador interromperia imediatamente a gravação, comprometendo-se a não utilizar tal trecho na pesquisa.

Sendo o objeto de análise um processo de intervenção social praticado pela equipe Saúde da Família, cujo foco é o indivíduo doente percebido em todo o seu contexto familiar, social e cultural, "a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo do significado das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas" (MINAYO et al. 1998, p. 22). A pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO et al. 1998, p.21-22).

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003) apontam que o pensamento coletivo precisa sempre ser pesquisado qualitativamente, se configurando como um *output* da pesquisa, onde a discursividade é traço do pensamento coletivo como fato empírico. Os autores partem do princípio de que, "quando uma pessoa ou coletividade tem um pensamento sobre um determinado tema, está dizendo que ela professa, ou adota, ou usa um ou vários discursos sobre o tema" (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003, p.14).

Quando algo é dito é sempre sob a forma de discurso. Apreendê-lo, coletá-lo e apresentá-lo na forma de discurso é a sua riqueza. O discurso é composto por expressões-chave (ECH) que trazem uma idéia central (IC) ou ancoragem (AC). As expressões-chave (ECH) são trechos ou transcrições do discurso que revelam a essência do depoimento. As idéias centrais (IC) são a descrição do sentido dos depoimentos, expressões lingüísticas sintéticas e precisas, que revelam o sentido dos

discursos e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave. A ancoragem (AC) é a manifestação explícita de uma teoria, ideologia, ou crença de quem discursa, é uma afirmação genérica que está sendo usada para "enquadrar" uma situação específica.

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003) propõem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como um método que: (1) busca preservar a discursividade em todos os momentos da pesquisa, seja nas perguntas, no tratamento das respostas e na apresentação dos resultados; (2) reconhece o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos, rompendo com a lógica quantitativo-classificatória; (3) propicia um formato de organização e tabulação dos dados qualitativos verbais, onde o *eu* sintático expressa tanto um sujeito individual quanto coletivo (por refletir um pensamento social); (4) busca vislumbrar um conjunto de individualidades semânticas que compõem o imaginário social; (5) se apresenta como um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular composto por expressões-chave (ECH) que trazem uma idéia central (IC) ou ancoragem (AC); e, (6) utilizando-se da discursividade, busca tornar clara uma representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um determinado imaginário.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é, portanto, um método que visa apreender o imaginário social sobre um certo tema, e o apresenta sob a forma de um painel de discursos que refletem um pensamento sobre determinado assunto, num grupo ou coletividade com uma dada formação sócio-cultural. O acesso a esse imaginário é o depoimento obtido por meio das entrevistas elaboradas com perguntas abertas, de modo a possibilitar a expressão do pensamento pelo discurso, a representação social, ou seja, a expressão do que pensa uma determinada população sobre determinado tema, pensamento este, manifesto pelos discursos verbais dessa população (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003).

Para obtenção dos discursos foi empregada a técnica da entrevista semi-estruturada individual em profundidade. Compreendendo-se entrevista como "meio de coleta de informação sobre determinado tema científico" (MINAYO et al. 1998, p.57); semi-estruturada porque composta por um roteiro de investigação com poucas questões, buscou apreender o ponto de vista dos atores sociais para o delineamento do objeto da pesquisa em relação à realidade empírica estudada, uma "conversa com

finalidade" (MINAYO 2004, p.99); e, em profundidade porque formulada com questões abertas, por meio de comunicação verbal dialogada, buscou aprofundar conhecimentos para o delineamento do objeto e perceber os juízos relevantes aos fatos em questão (VICTORA et al. 2000).

Compreendendo a avaliação como um processo técnico que serve para direcionar ou redirecionar a execução das ações, atividades e programas, portanto integrantes de um processo de planejamento cujo processo de tomada de decisão lhe é inerente (TANAKA 2001), este estudo é útil aos profissionais de saúde que atuam nessas equipes, e especialmente à gestão municipal de saúde de Curitiba. Poderá também ser de valor à construção de novas práticas de saúde no SUS, dada a magnitude da expansão da estratégia Saúde da Família nos municípios do país.

Salienta-se, porém, que o estudo tem limitações para a generalização, dadas às características locais da implantação da Saúda da Família, a própria diversidade de compreensão da estratégia no Brasil, as diferenças estruturais, geopolíticas e culturais locos-regionais do país, e a diversidade conceitual e de concepção da atenção básica e do próprio sistema de saúde, característica do princípio da descentralização SUS. Sua variabilidade é multideterminada por fatores inerentes as ações humanas na construção da sociedade, seus modos de vida, de acesso a bens e serviços, de organização assistencial entre outras, especialmente em se tratando da realidade brasileira, tão diversa e desigual.

Esta pesquisa, portanto, pode servir como referência para a gestão municipal de Curitiba e suas equipes, pois buscou retratar uma prática, uma tecnologia leve que potencialmente pode servir como guia aos demais gestores das diferentes instâncias do SUS. Isso não significa, porém, que os seus resultados sejam passíveis de reprodução mecânica em outra comunidade.

4.1. População do Estudo

O estudo foi realizado no primeiro semestre de 2005, no município de Curitiba, Paraná, Brasil, em visitas agendadas às equipes de Saúde da Família atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família, sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde.

Foram entrevistados vinte profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba que:

1. Estavam atuando com profissionais das equipes de Saúde da Família há minimamente um ano (12 meses anteriores à pesquisa);
2. Tinham sido capacitados no uso das FSF;
3. Tinham disponibilidade e aceitaram participar da pesquisa.

Os profissionais das equipes Saúde da Família entrevistados foram indicados pelos gerentes dos Distritos Sanitários, que selecionaram as equipes que consideraram com maior experiência na utilização das FSF no município. Buscou-se desta maneira garantir "as melhores condições da explicação da problemática em questão" (VICTORA et al. 2000, p. 50). A escolha intencional dos sujeitos da pesquisa é uma das formas possíveis na definição do grupo de estudo na pesquisa qualitativa (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003), quando o pesquisador tem conhecimento das características do todo ou do quase todo do universo a ser pesquisado. Por essa razão, neste caso foi fundamental o auxilio gerentes dos Distritos Sanitários na escolha dos sujeitos. Porém, dadas dificuldades inerentes ao trabalho de pesquisa de campo, tais como, inadequação de horário, indisponibilidade na participação, afastamentos ou licenças garantidas por lei aos trabalhadores, nem sempre a primeira opção da escolha intencional fora mantida. Nestes casos, optou-se pela inclusão de um membro da própria equipe de saúde que se enquadrasse nos critérios de seleção.

Outra importante dimensão na pesquisa qualitativa é o tempo, compreendido aqui em duas vertentes. Uma primeira que buscou garantir, aplicando-se pelos critérios de seleção do grupo, que os entrevistados tivessem minimamente mais de

um ano de experiência de uso das FSF; e uma segunda, que visou dar agilidade ao processo das entrevistas, sendo estas realizadas em dois meses.

No primeiro semestre de 2005 existiam 115 equipes de Saúde da Família com saúde bucal em Curitiba, distribuídas nos oito Distritos Sanitários. Foram selecionadas 10 (dez) equipes de Saúde da Família. As equipes foram visitadas em seus locais de trabalho, as Unidades Básicas de Saúde da Família, em datas e horários pré-acordados, estabelecidos entre entrevistador e entrevistados, visando garantir "as melhores condições de acesso ao grupo" (VICTORA et al. 2000, p.51).

O universo empírico foi constituído pelos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família: dentistas, médicos e enfermeiros. Optou-se por se pesquisar apenas profissionais de nível superior porque, apesar da tecnologia em estudo compor o arsenal de trabalho de todos os profissionais de Saúde da Família de Curitiba (nível superior e médio), os profissionais de nível superior são fundamentais para observação de demonstração de novas atitudes frente às práticas de construção do cuidado em saúde, visto que é em suas formações que incidem as maiores influências do modelo biomédico. Soma-se a isso, o fato de que, no trabalho em equipe, estes profissionais exercem fundamental influência e liderança.

No total foram realizadas 21 entrevistas. Sendo uma, a primeira, utilizada como entrevista pré-teste, que buscou validar e adequar o roteiro de entrevistas. No pré-teste as questões mostraram-se adequadas ao objetivo da pesquisa, porém, dado o caráter discursivo do método utilizado, fez-se necessário à inclusão de mais duas questões no roteiro de entrevista. Uma abrindo ao entrevistado a possibilidade de exemplificar o uso de alguma das FSF em sua prática cotidiana. Outra possibilitando ao entrevistado que ele se expressasse livremente acerca do uso das FSF na sua prática (Anexo 1).

O grupo analisado foi composto por 10 entrevistas de dentistas, 5 entrevistas de médicos e 5 entrevistas de enfermeiros. Salienta-se que neste universo, em virtude da recorrência de expressões-chave, onde os novos sujeitos não estavam acrescentando informações relevantes aos propósitos da investigação o pesquisador considerou haver saturação, ou seja, "aquele momento no qual a busca de novos

sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação" (VICTORA et al. 2000).

4.2. Procedimentos

Foi utilizado um roteiro de entrevista composto por questões abertas (Anexo 1), objetivando-se que o entrevistado aprofundasse aspectos relevantes à elucidação do objeto.

O roteiro de entrevista abordou como dimensões de análise do objeto pesquisado: (1) conhecer o entendimento predominante acerca do uso das FSF; (2) conhecer o processo de utilização das FSF; e, (3) conhecer a percepção sobre o resultado do uso das FSF.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e posteriormente transcritas em sua totalidade, para que se procedesse à análise, de acordo com o método do Discurso do Sujeito Coletivo. A transcrição do material das entrevistas foi realizada pelo próprio entrevistador, por meio da escuta repetitiva: ouvir, parar, transcrever, ouvir novamente, parar, transcrever, e assim por diante. Todas as fitas e os documentos decorrentes da transcrição destinam-se exclusivamente para os fins tratados nesta pesquisa, e permanecerão sob a guarda do pesquisador pelos próximos três anos, findo este prazo, serão destruídas pelo próprio pesquisador.

Os critérios e categorias de análise foram estabelecidos a partir do material obtido nas entrevistas, partindo-se do exame dos depoimentos, e da seleção das Expressões-Chave (ECH) e Idéias Centrais (IC). A obtenção dos sentidos comuns expressos nos discursos permitiu elaborar os discursos-síntese e construir os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), conforme preconizado por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003).

4.3. Aspectos éticos

A participação dos sujeitos implicou, essencialmente, conceder uma entrevista ao pesquisador, em dias e horários definidos de comum acordo. Os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, que incluiu o fornecimento de Carta de Informação ao Participante (Anexo 2).

Na entrevista, realizada em local compatível com a preservação da identidade e privacidade do entrevistado, nada foi perguntado que não se relacionasse diretamente com o objeto e o objetivo desta investigação, garantindo-se o anonimato dos sujeitos e a confidencialidade das informações fornecidas, cujo uso está restrito aos propósitos deste estudo.

Participaram apenas os indivíduos dos quais tenha sido obtida, após receber todos os esclarecimentos pertinentes, autorização expressa atestada mediante assinatura do devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece o capítulo IV da Resolução CNS 196/96 e normas complementares, entre as quais a Resolução 251/97. O Termo de Consentimento (Anexo 3) esclarece sobre as características da entrevista, o sigilo dos dados e a livre decisão de participar. Em nenhuma circunstância, nem sob qualquer pretexto, indivíduos foram pressionados ou coagidos a participar e estando claro que suas participações, voluntárias e não remuneradas, poderiam ser interrompidas a qualquer momento, disso não resultando qualquer tipo de sanção, dano ou ônus, nem prejuízo de qualquer natureza.

Cabe assinalar, por oportuno, que se trata de estudo cujos resultados interessam, sobretudo, às instituições públicas de saúde, de modo a permitir-lhes reorientar ações e redefinir projetos e programas de interesse da sociedade. Assim, o produto da investigação, embora não represente benefício direto e imediato aos sujeitos, constitui-se em contribuição relevante ao planejamento e avaliação de políticas sociais, isto significando benefício indireto para todos os participantes. O responsável pela investigação, bem como outros envolvidos em seu delineamento e execução, não têm qualquer interesse direto nos resultados, nem deles obterão vantagens econômicas ou benefícios ilícitos ou ilegais.

A instituição pesquisada, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, esteve sempre ciente e de acordo com a realização da pesquisa conforme expresso na Declaração de Protocolo de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 4).

Dadas as características da intervenção proposta, não foi possível identificar possíveis elementos de malefício aos sujeitos. Houve equidade quanto às possibilidades de inclusão/exclusão de indivíduos na pesquisa.

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 5).

O Projeto de Pesquisa foi também submetido e aprovado no Exame de Qualificação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e as entrevistas somente tiveram início após esta aprovação.

5. RESULTADOS

Faz-se necessário elucidar que inicialmente apresentam-se as IC e os DSC reconstruídos a partir das seis primeiras questões constantes no roteiro de entrevista. Na seqüência, apresentam-se relatos individuais de experiências de uso das FSF, sem a pretensão de se realizar análise de conteúdo, mas simplesmente para servir como exemplos que elucidam a experiência dos profissionais entrevistados.

Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) foram elaborados a partir das Expressões-Chave (ECH) e Idéias Centrais (IC) coletadas por meio de entrevistas com profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba, conforme previsto. Todos os procedimentos para a composição da amostra foram seguidos, desta maneira, todos os entrevistados: (1) estavam atuando com profissionais das equipes de Saúde da Família há mais de um ano (12 meses anteriores à pesquisa); (2) tinham sido capacitados no uso das FSF; e, (3) tinham disponibilidade e aceitaram espontaneamente participar da pesquisa.

Os gerentes dos Distritos Sanitários selecionaram as equipes que consideraram com maior experiência na utilização das FSF no município, e indicaram os profissionais para as entrevistas. Todos os entrevistados tinham sido capacitados pela primeira vez ao uso das FSF há mais de três anos, sendo que a maioria deles, pode ser considerada como pioneiros na utilização desta tecnologia no município, ou seja, atuavam nas equipes de Saúde da Família do município desde a segunda metade dos anos de 1990.

No prazo de dois meses, efetivamente foram entrevistados dez cirurgiões dentista, cinco enfermeiros e cinco médicos generalistas, que atuam nos diferentes Distritos Sanitários (DS) e Unidades Básicas de Saúde da Família de Curitiba. No QUADRO 2 busca-se sintetizar o perfil dos entrevistados.

QUADRO 2 – Síntese do Perfil dos Entrevistados

	Dentistas		Médico		Enfermeiro
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Número de entrevistados	3	7	3	2	5
Média de Idade	36 anos	41 anos	53 anos	50 anos	35 anos
N° de entrevistados DSBN	1	2	0	0	2
N° de entrevistados DSBV	0	2	0	1	1
N° de entrevistados DSCJ	1	1	0	0	0
N° de entrevistados DSMZ	0	1	1	0	1
N° de entrevistados DSPN	1	0	1	0	0
N° de entrevistados DSSF	0	1	1	1	1

Observa-se que há a predominância de mulheres no grupo selecionado para entrevista, especialmente na categoria profissional dos enfermeiros e dentistas, porém, esta característica é coerente à composição do quadro profissional das equipes Saúde da Família no município. A média de idade dos entrevistados é superior a 35 anos de idade, e a maioria dos profissionais já atuava nas equipes Saúde da Família no município há vários anos. Destaca-se ainda que não foi possível entrevistar profissionais dos Distritos Sanitários: Boqueirão (DSBQ), e Portão (DSPO).

Para uma melhor compreensão dos resultados, apresenta-se num primeiro momento, a partir da seqüência de questões contidas no roteiro de entrevista, as IC e os DSC que foram reconstruídos (itens 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5. e 6.6.). Posteriormente, apresentam-se relatos individuais de experiências de uso das FSF (item 6.7).

5.1. Para que usar as Ferramentas Saúde da Família

A questão 1, "na sua opinião para que são usadas as FSF?", gerou 6 idéias centrais apresentadas a seguir:

Idéia Central 1. Melhor compreensão da estrutura e funcionalidade da família.

Discurso do Sujeito Coletivo 1

"São usadas para uma melhor compreensão da família e posterior uso do profissional. Para um melhor entendimento de toda a família no sentido de interações com as pessoas, do funcionamento dentro daquele núcleo familiar. É para a gente visualizar também toda a estrutura. Digamos assim, uma fotografia de como ela está hoje. É fazer um retrato de como está essa família, um retrato da situação. De quantas pessoas vivem naquele núcleo familiar. Como é a relação dessas pessoas. Como está se portando cada pessoa. Qual o papel de cada pessoa dentro desse núcleo. Como elas estão hoje: com saúde ou sem saúde? Quais são as doenças, as crises e até mesmo, idade, profissões de cada membro da família. Dá um conhecimento do paciente e da família que ele atende [o profissional da ESF] (....) Cada ferramenta tem um objetivo específico, mas no geral, para facilitar um melhor conhecimento da família, um melhor entendimento do processo da família."

Idéia Central 2. Ampliar a compreensão do processo saúde-doença.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"As ferramentas são utilizadas para fazer um diagnóstico da situação. Como se compõe, como se comporta, quais são os problemas dentro da família. Tanto problemas de saúde, sociais, psicológicos, enfim, dão um diagnóstico mais multicausal das situações dentro da família (....) Para ajudar a conhecer realmente o paciente, como ele está inserido na família, os problemas sociais, as questões de saúde. Todos os problemas dele, cultural, e no que é que a gente pode ajudar (....) Um auxílio no convívio com as famílias. Uma ajuda na hora de você fazer um contato, você entender o processo saúde-doença de uma família, de uma comunidade (....) Para você compreender melhor a história da família, o desenvolvimento da doença, o processo de saúde-doença, ele contribui bastante. O objetivo é esse, você ter um entendimento do processo de saúde, de doença naquela família, de

relações que estão interagindo naquela família que acabam melhorando ou piorando a saúde."

Idéia Central 3. Facilitar o acesso e a abordagem das famílias na comunidade.

Discurso do Sujeito Coletivo 3

"As ferramentas são facilitadoras do seu serviço para você estar conhecendo as famílias. São usadas para facilitar a abordagem das famílias. Facilitar também o reconhecimento das famílias, e facilitar também o entendimento das relações interpessoais dentro da família. Cada ferramenta se aplica a um objetivo específico, para você ter um acesso à família mais rápido, mais objetivo, para o dia-a-dia, facilita (....) As uso para me ajudar a ser um pouco mais objetivo no atendimento. Quando eu comecei a praticar elas até ocupavam um pouco de tempo, hoje elas facilitam a minha agenda porque me organiza o pensar. O Ciclo de Vida me diz que tipo de atividade eu tenho que fazer com o paciente e com a família do paciente, o que é uma coisa bem interessante. O Genograma me diz os riscos que eu tenho que trabalhar. O FIRO eu uso só para aquecer a relação, porque na verdade ela melhora bastante o relacionamento com a comunidade. E o PRACTICE eu uso só quando faço entrevista familiar mesmo. Na verdade eu tenho cuidado em não fazer porque quando eu comecei, eu fazia muito PRACTICE, e é uma ferramenta que consome muito tempo, a consulta fica muito longa, as outras três são mais ágeis, e a gente acaba usando mais (....) A gente aqui na unidade procura fazer o seguinte: nas nossas visitas, direcionar aquelas visitas programadas que a gente faz nas famílias. A gente já faz, a primeira coisa, o Genograma. Até porque a gente começa com uma conversa com a família, e já vai começando a ficar mais ambientado para falar com elas [as famílias] e já vai preenchendo o Genograma. Ciclo de Vida a gente também já consegue nessa hora, mas o FIRO a gente vai conseguir mesmo uma afinidade, ver quem é o dominante ou quem que é a pessoa que mais tem influência naquela família, com as outras visitas que a gente vai fazendo. Para saber com quem que a gente pode contar naquela família (....) Para a

melhoria da qualidade da comunidade. Você faz todo o levantamento dos dados com um único objetivo, de melhorar a qualidade de saúde da comunidade, para facilitar o nosso trabalho junto à comunidade mesmo."

Idéia Central 4. Padronizar um sistema de coleta de informações nas famílias visando uma melhor compreensão do território-comunidade.

Discurso do Sujeito Coletivo 4

"As FSF são bastante úteis nos contatos que a gente tem diariamente com as pessoas que procuram a unidade. Também com a família nas visitas domiciliares, no reconhecimento do território que fazemos permanentemente. Elas são muito úteis e ajudam bastante a gente trabalhar com essas pessoas e famílias. Procuram sistematizar a forma da coleta dos dados para você conhecer melhor a família, quais os problemas que ela esta passando, ver especificamente em cada um a questão do Ciclo de Vida, quais as medidas preventivas que a gente poderia estar adotando em várias situações. Serve mesmo para sistematizar, porque na realidade, até anteriormente a gente tinha um certo entendimento, fazia alguma coisa, mas não era de uma forma sistematizada. As ferramentas são utilizadas como um auxílio em que você vá fazer uma visita domiciliar, fazer um diagnóstico, um reconhecimento das necessidades básicas que aquela família esteja precisando. E aí você vai avaliar qual a ferramenta que você vai utilizar. Na verdade, a importância da ferramenta, você vai ter que ver conforme a família, conforme a situação, para você poder estar utilizando."

Idéia Central 5. Ampliar a compreensão do processo saúde-doença para determinar ações planejadas às famílias priorizadas.

Discurso do Sujeito Coletivo 5

"Para um melhor atendimento da família na determinação de ações que possam melhorar a qualidade do atendimento. Como o próprio nome diz, é um instrumento que você utiliza em determinado momento do processo de trabalho, do contato com o paciente, com as famílias que você atende, para

colaborar a princípio no diagnóstico, no esclarecimento de várias questões tanto diagnósticas quanto de decisão no planejamento do trabalho, do plano de atenção terapêutica, ou em torno do trabalho a ser desenvolvido por uma equipe de Saúde da Família que no trabalho tem que se ter esta visão mais ampliada do processo saúde-doença, educação, prevenção. As ferramentas, elas vêm com esse intuito de colaborar, de sistematizar o que a gente pretende fazer durante o tratamento. Elas ajudam em situações especiais. Cada uma delas tem uma função específica, algumas na prevenção de problemas, no prognóstico futuro. Outras para ajudar no seu convívio em família. Outras para ajudar, como o FIRO, numa intervenção oposta a uma intercorrência apresentada (....) Ajudam na solução de alguns problemas, às vezes você tem situações complicadas, por exemplo: nós temos um casal aqui que ele é diabético e ela tem um transtorno mental. Eles vivem sós, são analfabetos e precisam de uma quantidade muito grande de medicamentos, insuficiência cardíaca ele tem, e ela é a cuidadora dele. Nós tivemos que em algumas ocasiões de buscar na comunidade pessoas que se interessam em ajudar o casal, ou para tomar a medicação, para apóia-los, ou para buscar assistência médica em algumas ocasiões que eles precisavam. Esse reconhecimento da situação nos permite atender melhor esse casal. Até esse casal tem uma situação interessante porque os dois não eram casados. Uma das coisas que a equipe percebeu, foi a equipe que tomou a liderança, foi de legalizar a união deles. Porque ele tem uma pensão, se por acaso ele vier a falecer, tem uma situação clínica grave, ela poderia ser beneficiada da pensão. Esse é um exemplo bastante claro de como a gente, saindo um pouquinho da questão médica assistencial, você passa a ajudar as pessoas de forma bastante importante."

Idéia Central 6. Ampliar a compreensão da dinâmica familiar, tanto pela equipe quanto pelos próprios familiares, utilizando-as como uma estratégia para provocar mudanças de padrões comportamentais.

Discurso do Sujeito Coletivo 6

"A gente trabalhando no programa de Saúde da Família tem que ter alguns meios, alguns instrumento, para estar se interando da dinâmica familiar. A finalidade é justamente da gente estar conseguindo se interar da dinâmica e da estrutura da família. Geralmente é para ver mesmo dentro daquela família qual é a dinâmica, daí a gente utiliza as ferramentas para ter uma coisa mais acertada no papel, até para mostrar. Eu utilizo mais o Genograma e o Ciclo de Vida. O FIRO até acho mais interessante que o PRACTICE porque ele dá uma idéia dos relacionamentos da família e às vezes você compreende melhor a dinâmica dessa família. Tem algumas [ferramentas] que servem até para a família se conhecer melhor, que acaba sendo uma coisa mais visual para a família entender como é que está funcionando. Um exemplo é o Genograma, que a partir do momento que agente faz e mostra, eles mesmos vão entender o que é que está acontecendo ali. No Genograma a gente consegue mostrar muito para a própria família as questões de hereditariedade. Então é para a gente conhecer e para eles se conhecerem para poder intervir melhor. Intervir de uma forma mais objetiva."

5.2. Em que situações utilizar as Ferramentas Saúde da Família

A questão 2, "em que situações você utiliza as FSF?", gerou 5 idéias centrais apresentadas a seguir:

Idéia Central 1. Individualmente em todas as situações, integrando a prática clínica cotidiana.

Discurso do Sujeito Coletivo 1

"Tirando as pequenas situações agudas, ou na falta absoluta de tempo, eu uso em todas as situações. O paciente que chega com qualquer patologia sempre está dentro de um contexto. Como eu contextualizo todos os pacientes dentro da realidade familiar deles, acabo tendo que ver essas coisas. Há algum tempo atrás foi dito que estariam sendo implantadas algumas

ferramentas no computador e, até agora, fiquei só na vontade. O Genograma é o que eu sinto mais falta porque eu acabo tendo que fazer a cada consulta uma coisa. O Ciclo de Vida a gente já vai montando dentro da própria história do paciente. O FIRO é 'relações fundamentais interpessoais', a simples entrevista quando tu pergunta como que a pessoa vive, do que é que ela sofre, como é que estão as relações afetivas dele, as relações de trabalho, tu começas a entender a pessoa. E todo mundo gosta de falar de si. Então, quando tu perguntas - Como é que está tua vida? Como é que está o teu relacionamento com os filhos, com o esposo com a esposa, com o ambiente do trabalho? - As pessoas falam dela e normalmente isto torna a consulta mais agradável. Na verdade são três coisas fundamentais, a primeira é como me aproximar deles [os usuários] e entender o processo que estão vivendo. A ferramenta te diz de o que é esperado que aconteça naquela família, e quando ela me diz isso, isto estreita os laços clínicos do profissional com a família. Este profissional sabe o que é que a minha família está vivendo, qual é a situação que ela está vivendo. Este é o grande macete, quando tu te acostumas a usar isso e aprende a ter isso como um aliado, tu começas a ter algo de chegar rápido."

Idéia Central 2. Nos casos ou situações em que o profissional e/ou equipe considere ser grave.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"Não utilizo em todas as famílias que eu atendo. Utilizo mais nas famílias que vêm mais freqüentes no atendimento na unidade de saúde, ou algum caso que indique o uso, nos casos mais graves. Nos casos graves a gente tem que estar dando uma assistência mais em casa, onde têm pacientes acamados, onde tem aqueles casos mais delicados onde a situação econômica também deixa mais a desejar, e que a gente tem que estar monitorando. A área mais de risco, digamos assim (....) Não tem como utilizar indiscriminadamente pelo volume, a quantidade de pessoas que a gente atende. Então, em casos mais específicos, problemas de saúde que tem fator hereditário são

importantes para a gente, porque você já pode estar prevendo que aquela geração nova que está vindo (....) São várias situações, com as famílias problemáticas, que apresentam problemas genéticos, problemas de relacionamento interpessoal."

Idéia Central 3. Nas famílias priorizadas previamente para a atenção programada da equipe Saúde da Família, pela utilização de critérios de risco social e/ou biológico.

Discurso do Sujeito Coletivo 3

"Em algumas situações você deve estar aplicando, não em todas. Famílias que você está priorizando por algum motivo específico de saúde, ou de que você quer prevenir alguma questão de saúde. Por exemplo, para nós da odontologia a questão periodontal que tem um fator hereditário, de hábitos, de hábitos dietéticos das famílias que para a gente interessa. A gente utiliza em algumas famílias tanto em risco social, que tem que dar uma atenção especial, ou na odontologia, algum risco biológico que a gente esteja vendo em vários componentes da família a coisa se perpetuando. Também em algumas áreas de risco maior, onde tem alguma dificuldade de adesão ao tratamento. Tem alguns pacientes que às vezes tem alguma resistência, então é feito. A ferramenta que eu mais utilizo seria o Genograma, que é uma das ferramentas mais fáceis de você estar coletando informações dessa família, para poder estar entendendo a questão epidemiológica, a situação de saúde daquela família (....) Naqueles casos que vejo que é uma pessoa com bastantes problemas, que não estão conseguindo resolver. Eu tento que ajudar as famílias com problemas sociais (....) A gente usa mais nas visitas domiciliares, naquelas programadas, porque as eventuais geralmente são pontuais, você vai para isto. Muitas vezes você tem que resolver algum problema, não dá para conversar (....) Eu utilizo justamente quando a gente vai investigar um caso de notificação obrigatória, ou então um bebezinho que acabou de nascer e gente vai envolver o Conselho Tutelar porque a gente sabe que é uma criança de risco, que a mãe é de risco, que eles moram num local de mais risco do que de tudo que já é aqui. Daí você tenta fazer uma

abordagem com a família no sentido de tentar achar uma solução, ou tentar mostrar para a família outros caminhos para tentar resolver o problema. No caso nosso, a odontologia, mais a questão da cárie mesmo e da doença periodontal. Não necessariamente em todas [as famílias], até porque não teria objetivo. Tem famílias que não estão no nosso enfoque naquele momento então não cabe aplicar."

Idéia Central 4. Nas situações em que um ou vários membros da família são acometidos por uma doença ou agravo que rompe com o padrão de normalidade da família.

Discurso do Sujeito Coletivo 4

"Principalmente quando você se depara com situações que fogem do normal. A gente trabalha com odontologia, com a doença cárie, quando você vê que entre uma família todas as pessoas têm baixa atividade, de repente um sujeito da família tem alta atividade. Daí você vai tentar utilizar as ferramentas para tentar descobrir o que está acontecendo nessa família, com esse indivíduo, para você tentar achar um caminho para tentar baixar essa atividade, conseguir com que a família consiga resolver esse problema, que ela possa reconhecer esse indivíduo com a própria família, porque um indivíduo doente dentro da família, a família está doente. Quando a gente identifica que tem uma doença que é presente em vários elementos da família, ou é uma situação que influenciou na dinâmica dessa família. Posso citar um exemplo: eu tenho uma família que duas pessoas, duas irmãs fizeram transplante de rim. Nessa família houve questões até psicológicas por causa dessa patologia renal, e que influenciou bastante no psicológico, e conseqüentemente influência na saúde bucal. Então nessa família a gente fez um estudo mais completo. Em situações em que a gente vê que para entender melhor o processo saúde-doença você precisa fazer um estudo mais a fundo. Nas famílias em que um membro da família de repente é acometido por alguma doença grave, por exemplo, um câncer, que mude toda a rotina da família, de todo o sistema dentro da família. É uma coisa diferente, uma coisa não

comum. Nesse caso, numa intercorrência tipo um câncer, porque eu não conheço a família, então eu tenho que investigar melhor como que é toda essa família. O retrato como eu falei. Quem vive naquela casa, quais são as relações entre as pessoas, tudo isso para eu poder tentar trabalhar de alguma forma com esse problema dentro dessa família. Por exemplo, nós tivemos um caso aqui muito importante recentemente que foi uma família, que ao fazer uma viagem à Aparecida sofreu um acidente de automóvel. Morreram duas crianças, morreu o avô, a filha salvou-se, a avó salvou-se, o genro salvou-se, mas criou-se na família um conflito muito importante em relação à culpa, em relação ao acidente. A mulher que perdeu os dois filhos e queria uma gravidez. Então a medida em que você vai conhecendo esses conflitos, identificando, conhecendo as características da família nós conseguimos trabalhar melhor a solução, de apóia-los melhor, de ajudá-los bem."

Idéia Central 5. Quando é necessário ampliar a compreensão do processo saúde-doença nos indivíduos-família, numa perspectiva de ampliação do cuidado em saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo 5

"Principalmente quando existe algum ponto a ser elucidado no tratamento ou acompanhamento de um paciente em específico da família que necessite de um atendimento mais diferenciado. Em situações também em que existe uma demanda repetitiva do mesmo indivíduo, pela mesma queixa, a gente começa a pensar numa abordagem diferenciada. São aquelas situações em que você precisa estar tendo um entendimento melhor daquela família, vendo quais são os problemas. É uma forma de você estar conhecendo mais. As ferramentas do ponto de vista formal, vou aplicar a ferramenta, vou fazer um relatório, em situações mais definidas, mas elas passam a embrenhar ao médico e praticamente estão presentes na avaliação. A indicação de se fazer um estudo mais aprofundado da família seriam assim: nas doenças crônicas, ou quando tem muitas doenças agudas repetidas numa mesma família, situações que não estão bem claras, queixas mal definidas que você

desconfia, supõe que exista alguma coisa mais que a simples queixa do que o simples diagnóstico do ponto de vista clínico. Então você tem que penetrar um pouco mais na estrutura da família, na vivencia da família para chegar num diagnóstico outro que não aquele muitas vezes evidente de uma simples gripe, de uma simples hipertensão. Procuro saber as relações que existem, as relações de poder, de submissão que existe numa família, para que eu possa numa visita, num determinado caso saber para quem eu posso delegar determinadas funções ou não, a supervisão de tratamento. Hoje eu vou fazer uma visita de um paciente de tuberculose, acabei de pegar o resultado dele. Então eu quero saber qual a pessoa da família que eu posso delegar a supervisão do tratamento, se ele mesmo é capaz de tomar conta de si ou se eu preciso delegar essa função para alguém. Pode ser para conhecer num primeiro momento, e depois naqueles momentos onde a gente tem maiores dificuldades, onde você muito insucesso, quando você quer avançar um pouquinho mais naquele seu trabalho. Porque muitas vezes a gente se depara com situações que somente as perguntas da rotina clínica, da anamnese clínica não são suficientes para elucidar um quadro familiar, onde não tanto de diagnóstico, mas de acompanhamento e tratamento deste paciente. Por exemplo, a questão social, a patológica, a cultural daquela família, ou seja, envolver todas estas questões que fazem com que haja que se houver um desequilíbrio nessas vertentes: social, cultural, patológico. Deve-se tentar fazer com que esses instrumentos possam ser utilizados de uma forma que possam ajudar a mudar o quadro da situação."

5.3. Como as Ferramentas Saúde da Família são utilizadas no processo de trabalho

A questão 3, "descreva como as FSF são utilizadas no seu processo de trabalho", gerou 6 idéias centrais apresentadas a seguir:

Idéia Central 1. Em algumas equipes, a decisão de usar as FSF é tomada pela equipe após a discussão do caso.

Discurso do Sujeito Coletivo 1

"Não são todas as famílias, são algumas famílias que a gente a gente ache importante para a gente poder trabalhar, porque não necessariamente todas as famílias a gente precisa estudar mais a fundo para a assistência do dia-a-dia. Normalmente a gente tem reuniões de equipe na nossa unidade de saúde, onde a gente começa a relatar alguns casos. A partir daí a gente começa a conversar e vê que há necessidade de fazer alguma investigação mais profunda. Aí é que a gente parte para o uso de alguma ferramenta. A gente pode marcar alguma visita domiciliar ou até mesmo a gente retorna para uma consulta, retorna para uma entrevista para fazer a montagem dessa ferramenta (....) Em geral faço uma vista ou é trazida e detectada a situação, e se chega ao diagnóstico que seria bom aplicar. Geralmente tem sido em reuniões de equipe, a gente trás o caso para discussão e chega à conclusão: vamos usar uma ferramenta! A gente, mais embasado, vai para a área para ver como é que está o desenrolar da história. Geralmente eu faço um contato prévio (....) A gente teve um treinamento aqui e se dispôs a montar um grupo para discutir em todas as reuniões. Cada equipe trazia uma família e a gente estudava no coletivo, com todo o pessoal da equipe. A gente selecionava as famílias que considerava de um risco grande, ia até a casa, geralmente em dois ou três de funções diferentes na unidade, e montava o Genograma na casa. Não só o Genograma, o Ciclo de Vida a gente fazia no atendimento no domicílio. Depois a gente discutia em grupo na unidade, esse era o nosso objetivo (....) Vou descrever um trabalho que eu fiz aqui. O paciente chegou com problema periodontal. Aí eu fui descobrir conversando com ela, ela disse que não tinha problema, eu fui investigar ela era hipertensa, diabética, e estava passando por uma série de problemas em casa, tinha perdido um filho e tudo. Nessa primeira consulta foi isso. Daí conversando com os demais da equipe, a gente foi descobrir que ela estava com sérios problemas. Aí resolvemos então a investigar e fomos na casa e começamos a fazer o

Genograma. Ali a gente descobriu que o marido estava desempregado, estão passando por problemas econômicos, tinham perdido um filho por problema cardíaco, os netos todos morando com ela. E daí nós montamos o Genograma e conseguimos com todo esse programa a ajudar. Ela começou a trabalhar, a fazer trabalhos manuais, e conseguimos resolver pelo menos em parte o problema."

Idéia Central 2. Em algumas equipes, a equipe tem como rotina aplicar um roteiro de entrevista nas visitas domiciliares, que inclui as informações relevantes para a elaboração das FSF.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"Nós temos um questionário que é um instrumento para identificar problemas na comunidade. Quando você faz uma primeira visita a uma família você preenche este questionário, e nele existe um espaço para ser feito um Genograma ou Ciclo de Vida (....) A gente tem aqui na unidade, mais na parte da odonto, uma folha de rosto que a gente tem vários itens que agente verifica. Nas visitas de acamados, visitas de DN, DNs de risco que a gente vai, e preenche. O que é? A gente vê a família, faz avaliação bucal da família inteira, vê outras questões, por exemplo, de hipertensão, se tem alguém que esta no programa. A gente vai às vezes pela DN, mas tem um idoso que mora na casa, daí a gente já vê este idoso também, se ele é do programa, se toma remédio. A gente tem uma folha que a gente segue, e atrás da folha tem um local para colocar o Genograma que a gente vai fazendo."

Idéia Central 3. Para alguns profissionais, a utilização das FSF está incorporada a sua atividade clínica diária, dispensando o uso de registros específicos, onde estas informações são utilizadas individualmente, ou seja, pelo próprio profissional para elaboração dos planos de intervenção e desenvolvimento de ações.

Discurso do Sujeito Coletivo 3

"Nos conhecimentos, mas a gente aprende bonitinho lá no papel. Na verdade nós não aplicamos formalmente, mas, no fundo, nós aplicamos os princípios.

Você acaba conversando, entrevistando as pessoas, e isso geralmente se dá nas visitas domiciliares. Não é um instrumento aplicado rotineiramente. Nós não usamos isso como rotina no nosso dia-a-dia de trabalho, mas em alguns casos sem formalidade. A equipe acaba fazendo coletivamente na visita domiciliar sem formalidade (....) O Genograma eu faço antes, procuro fazer antes, quem é fulano, quem é sicrano, mas isso assim: eu abro o cadastro e olho – quem é fulano? – Ah! Ele é o pai e tal – então já vou montando na minha cabeça. O FIRO eu procuro ver na família quem é a pessoa que detém o domínio. Não o domínio financeiro, geralmente o domínio financeiro é o que prevalece, mas a mãe às vezes fica em casa e o pai quem sai, ou o contrario. Mas nem sempre este que sai, que trás o sustento é o que comanda, às vezes é o que está acamado é que domina toda a casa. Tudo gira em torno daquela pessoa. Então é isso que eu procuro identificar. O Ciclo de vida a gente acaba mais usando, normalmente a gente acaba nem pondo muito no papel, mas o entendimento do que está acontecendo fica na cabeça e a gente acaba usando sem nem notar que está usando. O PRACTICE a gente acaba usando naqueles casos em que a família está com muito conflito, problemas maiores em que você consegue reunir a família. Acaba sendo que até o entendimento dela é o que a gente menos usa. As outras a gente pode não por muito no papel, o FIRO e o Ciclo de Vida, mas está na cabeça e a gente acaba pondo em outros momentos, em observações no relatório (....) Quando a gente compartilha as informações, se o paciente se percebe influente ou que isso está afetando a vida dele [o usuário], isso eu pergunto para todos os pacientes. Então, na verdade, essas ferramentas eu uso sempre."

Idéia Central 4. Para alguns profissionais, o uso das FSF exige que se realizem diversas aproximações com a família num processo de atualização constante.

Discurso do Sujeito Coletivo 4

"O Genograma a gente vê que, no primeiro momento, eles [os usuários] não conseguem falar muito, alguns falam bastante, mas a maioria não consegue falar muito. Mas daí numa segunda visita que a gente vá, a gente já consegue

estar aumentando um pouco. O Genograma você precisa de várias visitas, de vários contatos com a família, onde cada contato é uma aproximação, é uma chance de você estar preenchendo melhor, é uma coisa que nunca vai ter fim, é uma coisa que a gente tem que estar preenchendo a lápis porque ele é passível de mudança. A gente vai completando. Agora, mais difícil mesmo é a gente ter essa disciplina de estar implementando a ferramenta que a gente já começou a usar, porque a partir do momento que a gente entra em contato com a família, que a gente começa aplicar as ferramentas, e passa a conhecer um pouco melhor aquela família, eu não sei por quê, qual o fenômeno que acontece, que a gente acaba dando uma relaxada, principalmente na parte dos registros."

Idéia Central 5. Em algumas equipes, os profissionais de nível médio e básico são incluídos na aplicação das FSF.

Discurso do Sujeito Coletivo 5

"Conversamos com o ACS porque ele conhece exatamente a família que esta ali e como a família se estruturava antes. Às vezes sabe que uma pessoa, uma tia ou algum parente veio naquela família ficou pouco tempo ali e foi o suficiente para desestruturar tudo. Só que essa pessoa não adoeceu nesse período, então eu não sei que esta pessoa estava lá. O ACS ajuda muito a montar o Genograma, o Ciclo de Vida. É claro, a equipe de enfermagem também. Não é necessariamente no domicílio, mas aqui mesmo. A visita é composta num primeiro momento por um THD ou CD e um auxiliar de enfermagem. Se não tiver pelo menos estas duas pessoas na equipe não é feito este questionário, porque existem questões de saúde bucal que nós avaliamos e questões de saúde geral que eles avaliam. A odonto sempre está junto na visita, porque a auxiliar de enfermagem nunca sai sozinha. A gente sempre sai acompanhado, e procura dividir essas visitas conforme a micro-área. A gente marca um dia, vai na casa da pessoa e aplica um questionário, procura verificar de acordo com a ferramenta. Não ficar só a cargo do médico a ação a partir da visita, geralmente eu observo que após, o vínculo

com o paciente muda. Ele [o usuário] passa a ser ver como especial para nós. Eles nos tratam de uma maneira mais íntima inclusive."

Idéia Central 6. Em algumas equipes, a aplicação das FSF é uma atividade exclusiva dos profissionais de nível superior.

Discurso do Sujeito Coletivo 6

"Sempre que a gente aplica, geralmente é numa família que já se tem um contato maior, muitas vezes tem alguns dados que você nem precisa fazer o inquérito com a família, você já tem de outras consultas, do próprio contato das visitas. Mas algumas coisas a gente esclarece o que a gente está fazendo, tomando alguns dados que para que a gente possa trabalhar melhor com aquele caso, geralmente é o médico, o dentista, o profissional de nível superior. O nível médio não tem feito. Eles até entendem, mas não aplicam, não fazem (....) Se ele [o usuário] for primeiro comigo, um dentista, então eu faço a entrevista. Não precisa estar toda a equipe par fazer uma entrevista. Fica aquele monte de gente a gente ali investigando? Não! Não é por aí."

5.4. O que fazer com as informações obtidas com as Ferramentas Saúde da Família

A questão 4, "descreva o que é feito com as informações obtidas pela utilização das FSF", deu origem a 5 idéias centrais apresentadas a seguir:

Idéia Central 1. São discutidas em equipe e utilizadas para o planejamento de ações direcionadas ao caso.

Discurso do Sujeito Coletivo 1

"A gente procura trabalhar em equipe. Para você ter um mapa daquela situação e poder trabalhar. O objetivo que a gente tem é discutir em reunião de grupo, porque cada microárea tem um grupo responsável. Se é uma situação às vezes de problema familiar, alcoolismo alguma coisa assim, daí a

gente utiliza essas informações para saber como conduzir aquele caso. Por exemplo, eu usei uma determinada ferramenta e vou na nossa próxima reunião de equipe e exponho os resultados que eu encontrei. Daí o médico, o enfermeiro ou qualquer outro membro da equipe pode ter uma visão, e alguma coisa que eu posso não ter enxergado. Isso é normal, cada um enxerga alguma coisa. E daí que é o legal! A gente discute com os profissionais, com toda a equipe como que está havendo mesmo todo o movimento dentro deste núcleo familiar. E nessa discussão surgem as idéias de como poder trabalhar de alguma forma junto com esta família. Pode ser que passe um dia comigo e outro dia também com o médico e o enfermeiro. Eles também têm uma visão, eles podem também aplicar uma ferramenta e vão ter um tipo de visão dessa família. Aí é que é o legal do uso da ferramenta, é a discussão com a equipe. Tem que ser no coletivo porque só a minha visão pode não estar certa."

Idéia Central 2. São utilizadas por parte da equipe para a organização da agenda de atividades clínicas.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"Algumas coisas a gente vai passar até para a família no sentido de orientações, esclarecimentos, sobre o curso daqueles problemas daquela família. A gente vai anotar no prontuário e muda um pouquinho a ótica que a gente trabalha com essas informações. Daí em a gente vê mais ou menos o problema que está acontecendo, vendo o que é que pode estar contribuindo, facilitando para que aquela família consiga atender os objetivos, conseguir saúde (....) Alguns desses pacientes, por exemplo, se é risco à saúde bucal, a gente já dá a carteirinha, já agenda; ou se, por exemplo, se não é tanto o risco bucal, mas tem outros riscos, a gente pode estar encaminhando. A gente encaminha para o programa de hipertenso mais próximo, já vê a parte de preventivo do câncer, se a mulher não fez, ou se a mulher nunca fez, se tiver algum outro procedimento que tem que ser avaliado pela unidade, por exemplo, uma consulta especializada. Pó exemplo, às questões bucais a gente

já dá um encaminhamento. Se tem alguma da família que está precisando, a gente já agenda, porque geralmente a gente vai fazer visita na nossa área."

Idéia Central 3. São utilizadas por parte da equipe para buscar alianças com a família com vistas ao cuidado em saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo 3

"Como a gente trabalha com microáreas, as informações acabam ficando com as pessoas que estão lidando diretamente com aquela família. Sempre está acompanhado de auxiliares, envolve os agentes comunitários, que é quem trás muitas informações para a gente. A gente utiliza com a própria família (....) Eu gosto de ter um caderno onde eu tenho de cada microárea. Minhas microáreas são três, eu transcrevo as informações deste questionário para o meu caderno. Na verdade este é o primeiro instrumento, ai depois a continuação, eu transcrevo para o caderno e tenho este acompanhamento (....) Essa informação pode gerar uma consulta, uma necessidade de uma consulta, de uma investigação, ou de um acompanhamento."

Idéia Central 4. A própria aplicação das FSF já são compreendidas pelos profissionais que as utilizam como uma nova abordagem terapêutica.

Discurso do Sujeito Coletivo 4

"Feito o diagnóstico, você vai ter que traçar um plano de conduta com a família, muitas vezes a própria aproximação com a família, o próprio trabalho de desenvolvimento da aplicação dele, já é em si terapêutico. Até porque ele está... à medida que você vai levantando os problemas, a própria família vai também amadurecendo seu problema. Isso em si já é terapêutico. Agora de acordo com o problema levantado você vai ter que estabelecer uma estratégia de tratamento, que vai poder ser pela própria equipe, pelo trabalho inteiro da equipe ou vai se de encaminhamento, de acordo com o grau de complexidade. Então esse tipo de problema se for comportamental simples, somente uma abordagem explicativa, comportamental já pode resolver. Essas informações eu coloco para o paciente que, a partir daí, nós

temos que pactuar entre nós algumas ações que precisam ser tomadas. Aí eu cito para eles que ações que eles talvez eles devessem, fossem necessárias para que ele assuma essas alterações na sua vida, na sua família. Eu não vou mudar a vida dele também, não é? Agora de repente você chega num problema que tem raízes mais profundas, de conflitos mais antigos e tal, psicológicos, que você vai ter que encaminhar para um terapeuta familiar, nesse sentido. Existe um limite que é a formação da gente, profissional. Algum profissional tem um pouco mais de experiência e vão mais além, os com menos experiência se limitam mais."

Idéia Central 5. Orientam a prática individual do profissional que utilizou as FSF.

Discurso do Sujeito Coletivo 5

"Eu tenho uma microárea de responsabilidade, então eu posso ter interesse pessoal de querer conhecer um pouco mais a historia daquela família, mas estes dados vão ficar para mim. O médico que é meu companheiro de responsabilidade sanitária não vai ter acesso a essa informação, a menos que ele tivesse interesse, me pedisse, perguntasse ou houvesse esta troca. Porque às vezes tem uma troca de informações assim, muito informalmente, que você conversa. Na verdade ela é mais para a minha prática. Eu uso elas para compartilhar com a equipe quando eu estou explicando alguma coisa, alguma situação. Eu trato a equipe de um jeito bastante aberto, tento conversar com eles a maior parte das coisas, às vezes eu levo alguns sustos, porque a gente conversa de algum caso daqui a pouco vasa para a comunidade, daí eu fecho, fico um tempo sem conversar porque a gente fica com medo, porque a questão é ética. Agora, na consulta eu uso direto, me ajuda no meu raciocínio clínico. (....) As informações ficam no meu uso. Até mesmo porque com o prontuário eletrônico a gente não disponibiliza um quadro, um organograma para colocação. Então algumas dessas informações são colocadas no prontuário como texto, mas não é possível por muitas, fica mais algum ponto de lembrança, um ponto de apoio, para posterior consulta, mais para conhecimento meu mesmo. Dependendo das

informações que eu colho, eu direciono a minha ação. Eu vou saber se eu preciso ir todos os meses na casa, se uma vez por semana, se só com a informação da agente comunitária me é suficiente, se precisa de alguma visita médica, este tipo de coisa."

5.5. Como avaliar os resultados obtidos ao usar as Ferramentas Saúde da Família

A questão 5, "como você avalia os resultados obtidos quando se usa as FSF" gerou 6 idéias centrais, conforme segue:

Idéia Central 1. Favorecem o trabalho em equipe.

Discurso do Sujeito Coletivo 1

"O que acho muito legal com o uso das ferramentas é a discussão em equipe, de não ficar todas as decisões em cima de uma pessoa. Isso vai ajudar na pessoa que está praticando a assistência, pode ser um médico, dentista, THD, qualquer pessoa de não se sobrecarregar de toda a responsabilidade. Então ela está dividindo com a equipe o seu caso, do paciente, a troca de idéias que surge entre os profissionais, de como tentar ajudar essa família. Uma das coisas mais legais que tem na Saúde da Família é o trabalho em equipe. Essas ferramentas que a gente trabalha aqui é um instrumento que ajudam nessa relação intraprofissional. Para que a gente trabalhe mesmo com toda a equipe, para que não fiquem todas as responsabilidades, decisões, somente em cima de um profissional. A maior vantagem da ferramenta, tem objetivo de mostrar, de fazer uma fotografia da família, isso é uma das funções. Porém, no resultado o mais legal é poder trabalhar em equipe. Com essas ferramentas têm discussões dentro da equipe. É muito interessante porque não fica a questão de uma equipe multidisciplinar, avança para uma questão de equipe transdisciplinar, que eu acho que dá um ganho muito grande ao manejo da equipe como um todo, e aos resultados da unidade de saúde. É bem importante!"

Idéia Central 2. Favorecem o estreitamento dos laços entre equipe e famílias.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"São muito bons porque quando a gente começa a perguntar para o paciente, para o familiar, outros detalhes, a gente se apercebe de uma situação familiar que antes não conhecia. Isso facilita o teu entendimento, a sua atuação e principalmente estabelece um vínculo com o paciente, com a família, muito maior do que uma simples anamnese. Porque não é uma coisa tão rígida. Quando a gente se mostra preocupado, interessado com determinados aspectos, e é isso que vai te dar um Genograma, a rede social e outros aspectos de envolvimento, isso amplia a tua rede de conhecimento, mas eu tenho notado que isso faz com que o paciente se sinta mais valorizado, mais reconhecido. E isso facilita muito a atuação, tanto em termos de manutenção de tratamento, de aderência de tratamento, ou mesmo de busca de familiar que precisa de mais apoio. O resultado em termos de relacionamento médico-paciente, equipe-paciente, é muito bom. O resultado em relação à queixa propriamente dita, existem muitos fatores envolvidos, e existe a necessidade do paciente também estar disposto a mexer nesses fatores que são determinantes. Então o acompanhamento a longo prazo talvez mostrasse melhor, mas a curo prazo há um demora em se conseguir as mudanças. Situações que são mais crônicas e que são imbricadas com social principalmente muito forte, aí a gente tem que ter paciência e não esperar resultado a curto prazo (....) O pessoal reconhece, a população reconhece, o vínculo fica melhor, tem uma questão de andamento na unidade de saúde mais tranqüilo, diminuindo, com certeza, as reclamações. Aumenta o entendimento do funcionamento da unidade da saúde."

Idéia Central 3. Ampliam os conhecimentos das equipes sobre as famílias.

Discurso do Sujeito Coletivo 3

"A ferramenta, como o nome fala, ela auxilia na sua conduta na prática. Quando é utilizada ela serve como um instrumento de reconhecimento da

família, para a gente, a partir daquilo, ficar reconhecendo a situação daquela família, os pontos principais de cada situação, discutir, clarear os encaminhamentos que tem que fazer. Facilita você estar sabendo os problemas da família. Está vendo o que é que está acontecendo, até aonde você vai poder estar indo. Porque tem umas famílias que às vezes você vê que a coisa não vai, não esta o tempo dela ainda. Vai ter que esperar coisa despertar. Porque também tem isso, a gente não consegue sucesso com todo mundo. Especialmente o Gonograma ele te dá uma fotografia, uma idéia imediata daquilo que muitas vezes você comentando levaria mais tempo. De uma forma de uma representação gráfica você consegue ver toda a família, você já tem ali através de símbolos a idéia imediata de como é que a família funciona, pontos de rompimento, pontos de associação, pontos de apoio, pontos de maior intimidade. E em cima disso você já faz um diagnóstico e elaborar uma estratégia, onde você vai trabalhar, onde é que esta o problema. O FIRO é uma ferramenta que a gente incorpora e aplica mesmo que não desenhe, porque esta avaliação da inclusão, do controle e da intimidade, passa a fazer parte da anamnese da gente. Aquela que mais se insere depois de algum tempo, mesmo sem ter esse ritual mesmo para escrever."

Idéia Central 4. Ampliam os planos de tratamento.

Discurso do Sujeito Coletivo 4

"O melhor ganho da ferramenta é você conhecer melhor a família. Porque a partir do momento que você esta batendo aquele papo e fazendo o Genograma, está observando como é que é a dinâmica daquela família, você consegue estar se relacionando mais na parceria mesmo. Como é que você vai fazer esta parceria com esta família? Esta família é fácil de trabalhar? Não é? E como é que ela trabalha com as informações de saúde que ela tem? A dinâmica da família, como é que é as relações familiares? Como é que esta constituída aquela família, por exemplo: uma mulher com cinco filhos, um de

cada pai. Como é que eles trabalham isto? Com é que está a relação dela com a escola? Com a creche? A gente acaba ajudando as pessoas, melhorando o entendimento delas, das situações de doença, de estresse a respeito da doença, onde há conflitos. Nós temos aqui na área uma situação muito complicada que é a violência. Freqüentemente as famílias são acometidas de mortes de jovens. Você acaba conhecendo isso e tem condições de trabalhar melhor com essas famílias, com essas crianças, os adultos. Acho que os resultado são bons. Quando você consegue obter informações, fazer um bom contato com a família, estabelecer um bom diálogo, o resultado é bom. Nós temos uma situação complicada aqui que é a miséria absoluta. Com essas famílias a dificuldade é muito grande. Você não consegue estabelecer um diagnóstico daquela relação, como é que se dá aquele grupo familiar, ele é muito frouxo, ele é muito indiferenciado, e para a gente fica difícil de trabalhar. Daí você não sabe quem é o líder, quem é que predomina quem não, e as relações ficam difíceis, você tem mais dificuldade de trabalhar. Às vezes você lida com gravidez, com próprias doenças, SIDA, tuberculose às vezes, você tem que trabalhar essas questões, e a gente acaba não conseguindo e tem insucesso mesmo. Eu já tive óbitos aqui de pacientes que tinham tuberculose, nós insistimos, insistimos, e não conseguimos fazer com que alguém da família assumisse, que estabelecesse alguma relação positiva com alguém para levar adiante o tratamento, e o sujeito acabou indo a óbito, recusando o tratamento, o serviço. Isso é muito comum em usuário de droga, alcoolismo, ai nós temos uma dificuldade. Mas nas famílias em que tem um pouquinho mais de diferenciação, até econômica, a gente consegue trabalhar bem esta questão, e ter sucesso no trabalho."

Idéia Central 5. Possibilitam perceber os limites da prática clínica contribuindo para proposição de mudanças na família.

Discurso do Sujeito Coletivo 5

"Quando usa a ferramenta a gente põe o pé-no-chão. A gente vê que não vai conseguir chegar no ideal, mas é aquilo que a gente vai conseguir naquele

momento para ir avançando aos poucos. Muda nesse sentido, de você saber aonde que o teu trabalho vai chegar. Onde a que tua conversa, tua orientação vai chegar. Porque às vezes a expectativa é fora da realidade. Na grande maioria nós conseguíamos resolver. Nós víamos diferença daquela família. Um exemplo: pessoas que estavam desempregadas, alcoolistas, e que mudou completamente a situação dentro de casa a partir do momento em que nós conseguimos encaminhar essa pessoa para participar das reuniões de saúde mental dentro da unidade de saúde. A família toda participou, houve uma mobilização da comunidade para ajudara aquela família. A organização dentro da casa, limpeza inclusive, surtiu vários efeitos, e as pessoas, muitas famílias sempre nos davam retorno – Puxa vida! Olha, a nossa vida está muito melhor. A gente esta conseguindo sobreviver, estamos nos dando bem em casa, acabou aquela briga, o espancamento, parou de beber. – Então, coisas assim, que para a gente é uma grande conquista. Na verdade é que não foram todas as famílias que nós acompanhamos que faz o mesmo efeito. Em algumas famílias é a curto prazo, e em outras a longo prazo."

Idéia Central 6. Ampliam os conhecimentos sobre o processo saúde-doença, mas pouco influencia na prática da equipe de saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo 6

"As ferramentas, eu posso falar da saúde bucal, são para você melhor compreender o processo saúde-doença, porque elas não têm muita influencia na questão do tratamento odontológico. É um instrumento para você melhor compreender e às vezes você usar assim um outro recurso. Às vezes você, por exemplo, se vocè identifica lá no Genograma que a pessoa tem uma doença que afeta a família, e que isso está influenciando nos cuidados que eles tem de higiene e tal. Aqui você até pode fazer um atendimento diferenciado, marcar um horário que você tenha mais disponibilidade ou agendar ele para outro profissional, para que o THD tenha mais tempo de trabalhar com essa família, ou pedir para o THD quando ele saia com outro profissional para

ele ir nesta casa e realizar uma orientação melhor. Isso eu acredito que se possa trabalhar, mas que assim, como você não faz de rotina, não usa muito, você tem a tendência de achar que aquilo não é importante, mas em certos casos é importante (....) Eu avalio que eu não sei usar direito porque o que eu consigo tirar usando as ferramentas é muito pequeno. De repente eu fico comparando a época em que eu não conhecia as ferramentas e trabalhava por instinto, por feeling mesmo, eu conseguia chegar mais ou menos nos resultados que eu chego hoje usando as ferramentas. Mas então, eu não sei se não sei usar as ferramentas de uma maneira adequada, ou se as ferramentas vieram mais para sistematizar aquela maneira que a gente trabalhava e que a gente achava que era por instinto, por "achismo". É mais isso, a ferramenta é uma maneira de sistematizar, de teorizar o que a gente já fazia na prática."

5.6. Alguns comentários acerca do uso das Ferramentas Saúde da Família

A questão 6, "você gostaria de tecer mais algum comentário acerca do uso das FSF?", possibilitou aos entrevistados abordar aspectos que se expressam em 5 idéias centrais, apresentadas a seguir:

Idéia Central 1. O sistema informatizado tem sido um entrave para as equipes aplicarem as FSF porque não há registros eletrônicos de base familiar.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"Quando a gente iniciou o programa Saúde da Família, a gente começou a utilizar essa formação dos canadenses, a utilizar esses outros métodos para trabalhar com a família, a gente tinha um prontuário no papel. Por incrível que pareça nos da saudade nesse particular. Primeiro que vinham todos [prontuários] num mesmo envelope, então a gente tinha uma visão do coletivo da família, e hoje quando a gente abre o prontuário, a gente tem o indivíduo. Segundo, naquele envelope a gente já desenhava o Genograma na capa, isso era nas famílias que tinham um problema, em todas elas. Pelo menos o Genograma mais simples, e nas famílias mais complexas até com

indicação dos conflitos, das situações da família. Nas famílias que tinham maiores conflitos se produzia uma folha com as ferramentas, o FIRO, o PRACTICE, e isso se perdeu com o prontuário eletrônico. Hoje algumas famílias que a gente tem mais dificuldade a gente elege para fazer em uma folha em separado. Com isso ficou dicotomizado o prontuário geral clinico, de um prontuário de família, isto trouxe algumas dificuldades. Com a vinda do computador, do prontuário eletrônico, a gente ainda não tem um espaço para preencher no prontuário, na ficha do paciente. Acredito que a gente regrediu um pouco com o uso das ferramentas por causa disso. Esse é um problema que eu vejo hoje na rede. O uso das ferramentas sistematicamente ela não tem acontecido numa maneira geral. A gente tem conversado com outras equipes, no contato, tem algumas situações que às vezes de certa forma dificultam o registro, mais no registro e armazenamento destas informações, destes dados. Vamos abrir uma pasta para cada família, mas vamos guardar onde? Porque não no prontuário eletrônico então? Se a gente tivesse dentro do sistema prontuário uma maneira mais prática de aplicar as ferramentas, a gente até aplicaria numa maior quantidade de famílias. O prontuário eletrônico deveria evoluir para gente poder colocar esses outros aspectos de uma maneira mais objetiva, senão eles ficam só referenciados. O prontuário deveria agregar as famílias, deveria listar os problemas das pessoas e os problemas da família para a gente ser mais abrangente, mais global, e não só pontual. Mas eu tenho uma esperança, que estando eletrônico ele vai ser melhor ainda (....) Só solicitar que o mais rápido possível seja feito um software para que a gente possa estar utilizando de uma maneira mais prática, sem estar juntando papel. É um dos problemas maiores, que dá preguiça da gente aplicar. São vários fatores que dão preguiça, mas um dos fatores que me dá preguiça é ficar encontrando lugar para guardar estes papéis, para ficar guardando essas anotações, esse registros."

Idéia Central 2. Os profissionais das equipes não estão preparados para aplicar as FSF e não estão inseridos num processo de educação permanente.

Discurso do Sujeito Coletivo 2

"Para nós que estamos aqui na ponta a gente tinha que ter mais domínio, mais treinamento, mais informação. Eu fiz um curso das ferramentas, ficou por aí. Daí chega aqui você não consegue aplicar. Não consegue aplicar por todos os fatores que eu falei. Daí você vai aplicando conforme vai passando, vai fazendo o seu serviço. Tem muitas ferramentas que eu não sei aplicar, precisava mais informação. Nós vamos, ganhamos uma capacitação e parece que todos aqui dentro estão sabendo a mesma coisa, e não estão. Ao invés de capacitar médico, capacitar enfermeiro, capacitar auxiliar; venham e capacitam a unidade, todos juntos, todos recebendo a mesma coisa. Talvez a forma de capacitação que foi dada não tenha facilitado para nós. Talvez, nós como equipe começarmos trabalhar nas nossas reuniões a compreensão disso. (....) Nem todas as pessoas estão habilitadas e capacitadas tendo só o contato com a ferramenta. Nós sentimos muita falta na verdade de treinamentos. O único treinamento que eu tive foi um de duas semanas, aquele introdutório ao PSF. Foi muito proveitoso. A equipe toda precisaria sempre estar se reciclando porque muitos enfim não entendem o processo do PSF, não sabem o que é PSF, acham que sempre a gente tem que dar atenção à demanda. Então uma das formas que eu vejo que seria interessante para a secretaria estar trabalhando com a equipe é isso, sempre estar tentado te tirar para curso, e estar mostrando o que é o verdadeiro PSF. Porque eu vejo assim, a partir do momento que eu não sei o que é eu não preciso ser cobrado. E a gente sabe que a demanda do PSF é muito mais que de uma unidade de saúde básica. Então para os funcionários fica cômodo a situação de não entender - Eu vou atender só a consultinha aqui, vou fazer ali a avaliação e pronto! - A educação para a saúde é fundamental no atendimento primário. As ferramentas são boas na medida em que você as domina. Eu sinto que a maioria das pessoas que trabalham hoje na Saúde da Família tem pouco tempo de inserção para dominar essa metodologia. Isso não é

ensinado rotineiramente nas nossas escolas, eu aprendi isto na pós-graduação. Você acaba tendo uma informação e acaba sendo um estorvo, porque tu fica pensando numa técnica que você não consegue usar. Elas são muito úteis quando você sabe usá-las, quando é uma coisa que se torna natural usar. E elas podem ser um estorvo se você tem que pensar nelas o tempo inteiro e não consegue poder trabalhar."

Idéia Central 3. A organização do trabalho da equipe está voltada ao atendimento da demanda que inviabiliza o trabalho com as famílias.

Discurso do Sujeito Coletivo 3

"Nós temos um dilema que deve ser um avanço que a gente tem que conquistar: que a partir desse modelo de hoje tem muita procura direta, uma preocupação muito grande com o atendimento da procura direta, para o modelo mesmo de você ser cuidador de uma comunidade, de um número determinado de pessoas. Fazer um diagnostico melhor, epidemiológico da situação. Nesse sentido os instrumentos [as FSF] seriam um grande auxilio, dariam uma visão muito boa para a gente fazer uma intervenção mais efetiva. A gente tem usado pouco, poderia até usar muito mais, mas pela maneira que a gente se organizou o trabalho, a gente está muito voltado para o atendimento da demanda. Então o trabalho de você sentar e fazer avaliação das famílias, a gente tem muito isso de uma maneira informal, não está no papel. A gente está muito mergulhado na assistência, na atenção à demanda."

Idéia Central 4. A utilização das FSF não está descrita nos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo 4

"Meu único comentário é que a gente não faz o que deveria. A gente deveria estar aplicando os instrumentos [FSF], e na verdade a gente não tem essa prática. Não é nem falta de tempo. Não dá para dizer que é falta de tempo. É falta da gente se organizar e colocar isso com um objetivo. A gente objetivar

fazer, porque é importante. Na verdade eu sinto das ferramentas é que se fosse um protocolo... Porque eu estou pensando aqui na minha unidade, mas se você for pensar em toda uma rede de atendimento... para você ter uma linguagem única. Porque senão eu faço por exemplo, eu ponho uns itens que me interessam, mas talvez na outra unidade eles não vão saber ler aquilo. Não tem uma avaliação, como essas perguntas que você me falou: vocês estão usando, como é que está sendo, a gente não tem isso!"

Idéia Central 5. As reuniões de equipe para discussão de caso não têm sido realizadas.

Discurso do Sujeito Coletivo 5

"É uma coisa que a gente não está conseguindo atuar de forma mais integrada com a equipe. Agora que a gente está procurando organizar e sistematizar, ter essas reuniões que a gente está fazendo por área. Até, para estar vendo com os outros profissionais o que poderia estar ajudando e fazendo com que a gente consiga atingir os nossos objetivos, que possa estar cuidado da família. A gente não está coordenando as coisas da forma em que deveria acontecer em relação tanto à parte médica como a parte de enfermagem. Na odontologia a gente consegue avançar um pouquinho mais, está trabalhando um pouquinho mais. Acaba sendo na maioria das vezes o CD mesmo que usa. Só que na verdade a gente não tem feito essa reunião, não tem acontecido. Há algum tempo a gente tentou e agora que a gente está retomando a reunião de equipe por equipe. Até hoje de manhã teve uma reunião que a gente vai começar a sentar para discutir os casos por micro-área. As ferramentas irão ajudar, porque até eu estava comentando, às vezes que eu estou trabalhado com aquela família fica muito claro aquela questão na família, não precisa eu por no papel, mas e um outro profissional? Às vezes é de outra área, pode estar atendendo naquele momento aquela família, e ele não vai ter um diagnóstico tão preciso. A ferramenta ajuda nisso."

5.7. Exemplos de uso das Ferramentas Saúde da Família em atividades conjuntas da equipe, incluindo a saúde bucal

A questão 7, "você tem algum exemplo do uso das Ferramentas da Saúde da Família na sua prática, em atividade conjunta com a equipe de Saúde Bucal, que gostaria de comentar?", permitiu aos entrevistados relatarem experiências individuais de uso da FSF, tomadas nesse trabalho simplesmente como exemplos com fins elucidativos, sem a pretensão de se realizar análise de conteúdo. Serão transcritos 10 exemplos a seguir:

Exemplo 1. Relato de um cirurgião dentista:

> *"Na verdade, logo no início da nossa unidade de saúde, a primeira coisa que a odontologia faz é – Vamos para a escola fazer o levantamento epidemiológico, ver com que esta a situação da saúde bucal dessa faixa etária – na época a gente ainda não tinha a clinica odontológica, nada, então vamos fazer um trabalho de ação coletiva na escola. E lá a gente achou uma criança que tinha acho que 12 anos, com todos os dentes em estado de raiz. Os dentes permanentes. Opa! Isso é uma coisa que choca. Eu nunca tinha visto uma coisa dessas. Todos os dentes! Todos os dentes permanentes. No dia seguinte a equipe da odonto (dentista, THD e uma ACD) foi fazer visita domiciliar nessa casa para ver o que é que estava acontecendo. Ah! E a professora dessa aluna falou que o irmão também tinha todos os dentes em estado de raiz. Fomos lá, e lá a gente aplicou algumas ferramentas, e viu que o problema dessa família era uma coisa da relação entre os membros da família. Que a mãe saia para trabalhar e a irmã mais velha ficava cuidando das crianças, e daí para as crianças não chorarem a irmã dava uma chupeta com açúcar desde ele eram pequenininhos, e eles usam chupeta com açúcar até hoje. Então isso a gente descobriu, se fosse na escola a gente não ia saber muito o motivo disso, Os outros irmãos estão todos os dentes sadios. Então, com o uso das ferramentas a gente soube que naquela família, tinha uma*

pessoa que dominava toda a situação. Ela falava pelas crianças, ela sempre respondia pelas crianças. Com o uso das ferramentas a gente conseguiu descobrir uma pessoa que era influente naquela família. Se a gente fosse só no ambiente escolar a gente nunca ia saber com quem que a gente poderia conversar naquela família. A gente não pode começar a trabalhar direto com essas crianças, elas têm 12, 13 anos, nunca foram num dentista nenhuma vez, não é agora de primeira que nos vamos convidar e elas vão querer ir. Então, com quem que a gente vai começar? Com essa irmã mais velha, que é a pessoa influente dentro dessa família. A gente convidou essa irmã mais velha, fizemos as restaurações, na verdade ela tinha uma cariezinha só. Fizemos restauração, tratamento, profilaxia, raspagem, essas coisas assim, daí a gente conquistou ela. Conquistando, mostrando as vantagem de tratar dos dentes, até mesmo lá na US, e daí sim, vieram os outros dois tratar. Quando a gente fez as extrações necessárias e encaminhou para fazer prótese total."

Exemplo 2. Relato de um cirurgião dentista:

"Esse até para mostrar uma certa dificuldade. Uma família bem complexa, de comportamento estranho a princípio, que eles não recebiam as pessoas. A senhora da casa bem arredia para receber a equipe. E eu tinha assumido essa microárea e resolvi ir lá ver o que é que está acontecendo e conversar. Nos primeiros contatos, ela tinha tido um neném há pouco tempo, então o contato seria em função do bebe. Muito ressabiada, muito arredia [a mãe], tinha uma coisa muito estranha naquela casa, que era uma coisa que você via que eram pessoas que não tinham um nível sócio-econômico tão crítico como eu tenho na microárea, que é extremamente crítica. Tinham uma situação um pouco melhor, mas era uma casa que era sombria, inclusive na frente da casa era toda cheia de plantas, era fechada. Você passava num portãozinho, tinham umas trepadeiras na frente, você não via a casa da rua. Aquela casa sempre fechada, suja, mas uma sujeira, uma desordem total. Era assim uma coisa muito absurda, muito anárquica. Você chegava era uma coisa assustadora. E umas crianças bonitas e tudo, e daí tinha um menino que não

saia do quarto, uma outra moça que eu também não conhecia, um que eu nunca tinha visto. Sabia que ele era funcionário, e isso me chamava muito a atenção, da gráfica da universidade federal. Então eu ficava pensando, o que é que tem nessa família que é muito estranha essa mulher. Uma mulher que não tinha vontade, sempre descabelada, os dentes... uma prótese toda quebrada. Sabe aquela pessoa que você vê, que está estampado que não tem a menor auto-estima. Que ela está realmente sem a menor vontade de se cuidar, de nada. E ai foi que a gente fazendo contato, fiz um Genograma, ela não abriu muito inicialmente porque era muito ressabiada. Começou a ir na odontologia, foi inicialmente daí desistia. Paciente bem difícil sabe. Mas ela foi cada vez mais recebendo a gente na casa. Daí outros membros da equipe, esse vínculo assim com a odontologia. Ma isso já vem de um tempo longo, não é de ontem este contato. Inclusive o que era neném, a menininha já está grandinha. Uma agressividade também nessa menina, nessa pequena. O outro menino que não saia do quarto, ela começo a contar a história do menino que ficava no quarto. Ele só fica no videogame, ele não sai do quarto fechado, parou de estudar, não vai para escola quer dizer, um menino pré-adolescente, então hoje adolescente com um processo de depressão. Daí conheci a moça, a filha, só não conheci o pai, essa pessoa que está sempre trabalhando nos horários em que agente vai lá. E ai uma vez saindo, me chamou muito à atenção que ela nunca relatou nada de bebida, mas eu olhei próximo da casa, como era muito anárquico tudo, mas eu vi um monte de garrafas vazias de cachaça, de tudo quanto é bebida alcoólica. Aquilo me chamou a atenção. Porque é estranho também porque eles não jogavam, estava tudo amontoado assim no quintal, num canto, mas era um monte de garrafa. Mas o que será que eles fazem com essas garrafas, e quem é que bebe nesta casa? Eu comecei achar que era ela que era alcoolista, porque ela não contava nada de história de alcoolismo. Começou a contar do menino, porque ela começou a ficar muito preocupada. E a gente fez o primeiro contato, foi para o psicólogo em várias situações. Como dentista a gente fez o vinculo, daí ela começou a levar o outro menino menor, a pequenina que hoje

já não é um bebe. Ela não tem uma auto-estima tão boa, mas ela deu uma melhorada. Começou a nos procurar, o menino foi para a psicóloga, eu levei o caso. Foram feitos estes vários encaminhamentos. Só que a gente esbarrou numa questão, quando eu pedi, eu peguei e contei, inclusive num momento em que o menino estava numa situação de risco, que ele ameaçava suicídio, esse menino adolescente, ele dizia que se o obrigassem que ele fosse para a escola, sair do quarto, que ele ia se matar. Ai eu falei com o médico da minha equipe, e ai se esbarra naquele problema. Nessa época acho que ele não tinha nem feito o treinamento básico, não rinha contato nenhum com as ferramentas, uma pessoa que se formou há não muito tempo. Ele até foi na casa, fez alguns encaminhamentos para o menino, importantes, mas essa habilidade de trabalhar com família, de aplicar uma ferramenta que ali caberia com certeza um FIRO, um PRACTICE, porque são relações muito complexas e ai você esbarra na dificuldade do encaminhamento disso. Tem essas dificuldades que eu vejo na questão das ferramentas, mas seria de grande valia aplicar nessas relações. Porque eu como dentista, até de repente posso... mas é assumir um papel à vezes que eu posso esbarrar numa questão ética, tenho que saber o limite que são muito tênues na equipe."

Exemplo 3. Relato de um cirurgião dentista:

"Tem vários casos, mas, por exemplo, que a gente uso a ferramenta tanto para a gente como para o paciente, foi um caso de uma menina que a gente foi para a visita de DN. E daí a gente foi fazendo o Genograma e conversando, e estava a mãe, estava junto, e elas foram começando a falar a respeito justamente do câncer de colo. Então a mãe tinha já tido NIC 1, a mãe dela tinha morrido de câncer de útero, uma prima dela também tinha NIC 1. Então a gente começou a ver e a mostrar para esta família que fazer preventivo para elas é uma coisa extremamente necessária. Porque é uma coisa que vem se trazendo de longe. E outra vez também foi com o FIRO, por exemplo, que a gente foi trabalhar com um caso de levar o paciente lá no Pequeno Cotolengo [uma unidade assistencial para pacientes com

necessidades especiais], e que a mãe queria muito, mas ao pai não aceitava. E a gente teve que trabalhar bastante a relação do pai e a mãe, para conseguir fazer com que eles levassem essa criança no Pequeno Cotolengo. E conseguimos, foi bem legal! Mas talvez se a gente não tivesse percebido como é que era a relação do pai e a mãe, porque claro, a gente foi várias vezes. Uma vez a gente encontrou só a mãe, e outra vez só o pai. Mas a gente teve que juntar os dois para fazer chegar no problema que era o filho. Porque o nosso problema era levar no Pequeno Cotolengo, mas entre eles tinham outras questões, mais entre os dois do que com o filho. Foi assim bem nítido, se a gente não conhecesse aquela família, não conhecesse como é que era a relação, a gente talvez não teria conseguido resolver o problema."

Exemplo 4. Relato de um cirurgião dentista:

"Tem alguns casos sim. Não me lembro bem o nome, mas no caso de família com histórico de câncer. Ela estava com uma lesão, tinha prótese total há muito tempo, daí você começa ver que a família inteira tinha. Daí você vê que a mãe teve problema de câncer de boca, o pai teve câncer de próstata, não sei quem teve... a tia teve de mama, todos tabagistas, associados à questão da infestação. Todos com fatores de risco e você vendo a doença se manifestando em vários locais, mas no final das contas, uma doença só, mas se manifestando em vários locais. O que me chamou a esta casa foi a questão da boca, mas quando a gente começou a ver, a gente viu que a coisa era muito maior."

Exemplo 5. Relato de um cirurgião dentista:

"Na verdade este é um caso de um paciente que eu estou acompanhando agora, porque ele é um caso de outra área. Nós fizemos um Genograma bem completo porque é um caso de câncer de boca, paciente fumante e tem todo um histórico dele, da família, de alcoolismo dele e da família, de tabagismo. Neste caso é importante para a gente conhecer. A gente está fazendo um estudo bem amplo. É importante a gente conhecer o histórico. Ele trabalhou

num curtume, lidava com produtos químicos fortíssimos. Os pais têm história de tabagismo, de alcoolismo, tem história de câncer na família. Então a gente acha interessante para entender o processo saúde-doença."

Exemplo 6. Relato de um cirurgião dentista:

"Eu falei este caso da senhora RR e usamos num outro caso, na senhora AM. Ela com sérios problemas dentários e questões também econômicas bem sérias. Ela e o marido envolvido com drogas. Ela vinha um dia no PA, na triagem, mas não estava conseguindo fazer o tratamento. Nós fomos até a casa, montamos o Genograma, fomos descobrindo que ela foi abandonada pela família. Ela já cresceu assim, coitadinha, meio com problemas. Teve um acidente, ficou toda machucada, ficou cega de um olho, e aí caso com esse rapaz. O rapaz usa drogas. Ela teve três filhos, nesse meio tempo ela engravidou do quarto, enquanto nós estávamos fazendo o Genograma. E daí conseguimos trazê-la para a unidade de saúde, fizemos o tratamento dentário dos filhos, o acompanhamento dela, o pré-natal, aqui o tratamento clínico. Os alunos [estagiários da UFPR] ajudaram também em casa, fizemos um mutirão, conseguimos mantimentos, então levantamos o ânimo dela, o astral, mas conhecendo o problema, a causa: o marido envolvido com drogas. E conseguimos! Esse caso valeu a pena. Até semana passada ela esteve aqui também, está fazendo a manutenção com a gente."

Exemplo 7. Relato de um enfermeiro:

"Tem o caso aqui do nosso paciente A.B. Ele tem uma deficiência mental, e ele estava muito agressivo, muito agressivo e ele não consegue falar. Ele não fala, mas a mãe entende muito, só de olhar a mãe sabe o que o menino está sentido, sabe assim, ela deduz o que é que o menino tem. E a médica foi [na casa], fez palpação, fez exame físico tal, e estava o pessoal da odonto junto – Será que ele não está com dor de dente? - Tem que estar junto porque eu não ia me lembrar da boca dele, não ia me lembrar mesmo sabe. Puxa vida o que é que ele tem? Os exames estão normais e ele continua agressivo. Está

tomando medicamento? E a menina da odonto – Mas será que o dente dele não está incomodando? – aí surgiu, – como é que a gente vai tratar ele? Vai ter que anestesiar – É muito importante estar um componente da odonto. Muitas vezes a gente esquece que o paciente tem a boca. Na verdade a gente não pode fragmentar, mas se tiver assim os diversos da equipe junto, estar ali atuando mesmo, na dinâmica mesmo."

Exemplo 7. Relato de um enfermeiro:

"Tivemos uma experiência, inclusive com alunos da odonto, uma família que nós tínhamos de catadores de papel. E nós não entendíamos por que aquela família sempre estava na unidade. A senhora que era hipertensa, o marido também hipertenso, tinham quatro filhos, uma escadinha, e daí convencemos com muito custo para convencer o senhor, a fazer a vasectomia. Ele tinha muito medo. Isso foi um trabalho de formiguinha com essa família. E como eram catadores de papéis, a casa era repleta de entulhos, era muito bagunçada, era uma situação bem difícil. Aí o que é que aconteceu? Esses estudantes da odonto saíam com a gente para a visita, e nós íamos direto naquela família porque era praticamente todo os dias na unidade. E a gente sabe que quando o usuário vai direto na unidade é porque o PSF na rua, a gente não esta fazendo direito. Ai a gente começou a se dedicar mais àquela família. E nós fomos descobrir por que é que eles iam na parte médica e não iam na odonto. Por que a dona Maria não levava os filhos na odonto e ela mesma não ia tratar dos dentes? E em algumas das conversas ela acabou conversando com um acadêmico de odonto que na verdade ela não tratava dos dentes porque era um ganho na rua. A aparência dela e dos filhos com problemas nos dentes ajudava a eles pedirem esmolas, a pedir dinheiro, e as pessoas ajudavam mais. Ai qual foi o trabalho com essa família? A gente foi trabalhando com eles que isso era uma questão de saúde, que se eles não se cuidassem eles iriam ficar doentes. E que a gente ia, na medida do possível, tentar solicitar ou envolver algum órgão que se pudesse encaminhar para

que eles tivessem um recurso, uma ajuda de custo em casa. Depois veio a questão da Bolsa Alimentação, a Bolsa Escola, não era ainda. O que é que acabou acontecendo? A dona Maria começou a freqüentar, levar os filhos na odontologia. Mudou completamente a saúde bucal em toda a família. Ela conseguiu entender da importância dos dentes, que a aparência dela poderia ser uma forma rentável, mas que também estava prejudicando. Porque eles não entendiam que a saúde bucal fazia parte da saúde física também."

Exemplo 8. Relato de um médico:

"Olha nós atendemos casos coletivamente, às vezes eu demando eles demandam o atendimento de alguns pacientes conjuntamente. Eu me lembro de uma senhora, uma senhora de trinta e poucos anos, acamada, teve uma queda e tal, e nós conjuntamente, junto com a filha que é cuidadora e com a saúde bucal, tentamos também resolver o problema de saúde bucal dessa paciente. Ela tinha uma dificuldade de mastigação, a partir de uma constatação ali [na casa], que ela precisaria também de cuidado. E a equipe da odonto foi lá teve que trocar a dentadura, ela tinha prótese total, e acabamos atendendo aquela paciente conjuntamente. Então esse é um caso que eu lembro muito claramente que houve uma intervenção conjunta com o pessoal da odonto conosco. Teve um outro caso também, um paciente que teve uma seqüela de AVC, estava em casa, nós o vimos em casa, e também a gente com a odonto fomos lá. A filha era quem cuidava, a gente foi, detectamos necessidade de tratamento oral dele, e também foi feito o atendimento oral, a partir de uma detecção que teve da necessidade que fosse atendida integralmente."

Exemplo 9. Relato de um médico:

"Eu poderia relatar muitos casos nas varias unidades que eu trabalhei, mas assim, o caso que logo me veio à mente foi o caso da "J". A "J" é uma criança, paralítica cerebral que nós começamos atender, que tinha muitas convulsões, condição de higiene também muito precária, condição social

limítrofe da miséria, a mãe sozinha sem a presença do pai sustentando essa criança, e chamava atenção, a precariedade da saúde bucal dessa criança. Ao lado da hipertrofia gengival própria do uso de anticonvulsivante, especialmente a fenitoina, ela apresentava uma gengivite e placas bacterianas de uma intensidade muito grande, apresentando sangramento gengival, e inclusive secreção purulenta nas gengivas. Então ao lado do trabalho que a gente tentou desenvolver no sentido de compensar o quadro convulsivo dessa criança, de melhorar as condições de higiene, de orientar as condições de dieta dessa criança, onde melhorou, digamos assim a aceitação geral da família com a saúde geral da criança, seria muito importante e chamou a atenção, a melhoria da situação da saúde bucal dessa criança. Me parece que foi um trabalho específico da equipe de saúde bucal, da odontologia, que ademais sempre concorre aquele tratamento inespecífico, de agravos gerais da saúde, das condições sociais também, nesse caso ficou bem marcado a especificidade do trabalho, o resultado. Essa criança não deambula então teria dificuldade de você levar na unidade. Esse trabalho todo foi feito no domicílio. Isso criou também uma relação dessa criança, embora seja uma criança com um nível intelectual muito baixo de compreensão das coisas, a gente sentia a gratidão dela quando chegava, especialmente quando chegava o pessoal da odonto. O sorriso estava estampado, e agora um sorriso até já de uma qualidade bem melhor de saúde, de saúde bucal. É um caso para mim emblemático, você veja entre tantos outros com a importância da participação da odonto. Mas este como a situação, o antes era muito complicado e chamava muito à atenção, era muito exuberante a dificuldade de saúde dessa criança e da família, então esse resultado foi assim muito marcante."

Exemplo 10. Relato de um médico:

"Tem mais de um caso, mas são casos que nós pegamos por equipe. Eu lembro o caso de uma família que nós resolvemos incluir no radar [conceito de coordenação do acesso aos demais níveis de complexidade do sistema

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

trabalhado dentro do marco referencial dos Sistemas Integrados de Saúde proposto por MENDES], e a partir daí toda a equipe ficou de tomar alguma atitude. E foi a equipe médica e de enfermagem. Nós pedimos a assistente social. Fomos com a equipe de odontologia também, junto. Cada um fez uma abordagem em separado, não foi o grupo todo junto. E aquela família que era uma família que não tinha muitas noções de cidadania, ela foi ter documentos. Lembro de um caso em especial que um senhor com DPOC, que tinha na casa uma criança portadora do vírus HIV, que a companheira dele criava, e mais três netinhos dela, que ela criava porque os eles morreram, os filhos, e os outros, os pais abandonaram. Era um casal de idosos com quatro crianças, e eles não eram casados, e numa situação social muito difícil. Lembro daquele paciente porque era um paciente que tinha uma renda até razoável, e no momento em que ele faltasse, a família ia ficar numa situação muito difícil. E com abordagens sucessivas nós fomos conseguindo ajudar o relacionamento do casal para que se preparassem para a perda dele, que não era muito distante. Esse caso foi um caso que realmente evoluiu a óbito, mas ele casou-se legalmente, ele deixou reconhecimento dos netos como tutor e responsável legal e as crianças estão recebendo o que por direito elas têm. Foi interessante que este paciente era bastante esquivo e no final ele não pedia para mim ir dar um remédio para ele. Eu estava muito atarefada na unidade e não podia ir sempre, e ele mandou um recado para a gente comunitária que ele queria que eu fosse lá porque ele queria se despedir de mim. Ele tinha criado um vínculo que ia além de esperar que eu fizesse alguma coisa em torno da saúde dele. Ele passou a nos ver como amigos, e ficou muito grato pelo interesse, pela preocupação com a família dele."

5.8. Síntese das Idéias Centrais

No quadro a seguir apresenta-se um sumário das idéias centrais, de modo a se obter uma visão do conjunto, conforme cada questão proposta aos entrevistados, e agrupando cada subconjunto de idéias centrais.

QUADRO 3. Questões e Idéias Centrais emergentes de discursos de profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR, em 2005.

1. Na sua opinião para que são usadas as Ferramentas Saúde da Família?	
IC1	Melhor compreensão da estrutura e funcionalidade da família.
IC2	Ampliar a compreensão do processo saúde-doença na família.
IC3	Facilitar o acesso e a abordagem das famílias na comunidade.
IC4	Padronizar um sistema de coleta de informações nas famílias visando uma melhor compreensão do território-comunidade.
IC5	Ampliar a compreensão do processo saúde-doença para determinar ações planejadas às famílias priorizadas.
IC6	Ampliar a compreensão da dinâmica familiar, tanto pela equipe quanto pelos próprios familiares, utilizando-as como instrumentos para provocar mudanças de padrões comportamentais.
2. Em que situações você utiliza as Ferramentas Saúde da Família?	
IC1	Individualmente em todas as situações, integrando a prática clínica cotidiana.
IC2	Nas situações em que o profissional e/ou equipe considera grave.
IC3	Nas famílias priorizadas previamente para a atenção programada da equipe Saúde da Família, pela utilização de critérios de risco social e/ou biológico.
IC4	Nas situações em que um ou vários membros da família são acometidos por uma doença ou agravo que rompe com o padrão de normalidade da família.
IC5	Quando é necessário ampliar a compreensão do processo saúde-doença nos indivíduos-família, numa perspectiva de ampliação do cuidado em saúde.
3. Descreva como as Ferramentas Saúde da Família são utilizadas no seu processo de trabalho	
IC1	Em algumas equipes a decisão de usar as FSF é discutida no conjunto da equipe.
IC2	Em algumas equipes a equipe tem como rotina, um roteiro de entrevista aplicado nas visitas domiciliares que inclui as informações relevantes para a elaboração das FSF.

IC3	Para alguns profissionais, o uso das FSF está incorporado a sua atividade clínica diária, dispensando o uso de registros específicos, onde estas informações são utilizadas individualmente pelo próprio profissional para elaboração dos planos de intervenção e desenvolvimento de ações.
IC4	Para alguns profissionais, para o uso das FSF são necessárias várias aproximações e uma atualização constante.
IC5	Em algumas equipes os profissionais de nível médio e básico são incluídos na elaboração das FSF.
IC6	Em algumas equipes a elaboração das FSF é uma atividade exclusiva dos os profissionais de nível superior.
4. O que é feito com as informações obtidas com o uso das Ferramentas Saúde da Família?	
IC1	São discutidas em equipe e utilizadas para o planejamento de ações direcionadas ao caso.
IC2	São utilizadas por parte da equipe para a organização da agenda de atividades clínicas.
IC3	São utilizadas por parte da equipe para buscar alianças com a família com vistas ao cuidado em saúde.
IC4	A própria aplicação das FSF já são compreendidas pelos profissionais que a utilizam como uma nova abordagem terapêutica.
IC5	Orientam a prática individual do profissional que utilizou as FSF.
5. Como você avalia os resultados obtidos com o uso das Ferramentas Saúde da Família?	
IC1	Favorecem o trabalho em equipe.
IC2	Favorecem o estreitamento dos laços entre equipe e famílias.
IC3	Ampliam os conhecimentos das equipes sobre as famílias.
IC4	Ampliam os planos de tratamento.
IC5	Possibilitam perceber os limites da prática clínica contribuindo para proposição de mudanças na família.
IC6	Ampliam os conhecimentos sobre o processo saúde-doença, mas influenciam

	pouco na prática da equipe de saúde.
6. Você gostaria de tecer mais algum comentário acerca do uso das Ferramentas Saúde da Família?	
IC1	O sistema informatizado tem sido um entrave para as equipes aplicarem as FSF porque não há registros eletrônicos de base familiar.
IC2	Os profissionais das equipes não estão preparados para aplicar as FSF e não estando inseridos num processo de educação permanente.
IC3	A organização do trabalho da equipe está voltada ao atendimento da demanda que inviabiliza o trabalho com as famílias.
IC4	A utilização das FSF não está descrita nos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.
IC5	As reuniões de equipe para discussão de caso não têm sido realizadas.

7. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos elucidam aspectos que vão ao encontro dos objetivos deste estudo. Primeiro buscou-se conhecer o entendimento predominante acerca do uso das FSF pelos profissionais das equipes de Saúde da Família de Curitiba. Seis idéias centrais (IC) foram extraídas dos discursos: (1) melhor compreensão da estrutura e funcionalidade da família; (2) melhor compreensão do processo saúde-doença na família; (3) facilitar o acesso e a abordagem das famílias na comunidade; (4) padronizar um sistema de coleta de informações nas famílias visando uma melhor compreensão do território-comunidade; (5) ampliar a compreensão do processo saúde-doença para determinar ações planejadas às famílias priorizadas; (6) ampliar a compreensão da dinâmica familiar, tanto pela equipe quanto pelos próprios familiares, utilizando-as como estratégia para provocar mudanças de padrões comportamentais.

Todas as IC demonstram que o uso das FSF tem potencialidades para colaborar no trabalho das equipes de Saúde da Família no desenvolvimento de novas atitudes e práticas frente aos indivíduos-família assistidos, buscando atribuir novo significado nas relações entre trabalhadores e usuários, característica das tecnologias leves em saúde (MERHY 2002b).

Salienta-se que, a partir dessas IC, há diferenças marcantes sobre o uso das FSF expressas nos DSC na perspectiva de uma abordagem que vise à produção do cuidado em saúde.

Algumas IC referem uma mudança de "olhar" no acesso às informações sobre uma determinada situação, como: no processo saúde-doença, na família e no território-comunidade, mas que não necessariamente se traduzirão em mudanças de atitude na prática clínica dessas equipes. Estas são as IC1, IC2, IC3 e IC4, como se pode observar nos trechos dos DSC obtidos:

DSC 1

"São usadas para uma melhor compreensão da família e posterior uso do profissional. Para um melhor entendimento de toda a família no sentido de interações com as pessoas, do funcionamento dentro daquele núcleo familiar. É para a gente visualizar também toda a estrutura. Digamos assim, uma fotografia de como ela está hoje (....)"

DSC 2

"As ferramentas são utilizadas para fazer um diagnóstico da situação. Como se compõe, como se comporta, quais são os problemas dentro da família. Tanto problemas de saúde, sociais, psicológicos, enfim, dão um diagnóstico mais multicausal das situações dentro da família (....) Para ajudar a conhecer realmente o paciente, como ele está inserido na família, os problemas sociais, as questões de saúde. Todos os problemas dele, cultural, e no que é que a gente pode ajudar (....)"

DSC 3

"As ferramentas são facilitadoras do seu serviço para você estar conhecendo as famílias. São usadas para facilitar a abordagem das famílias. Facilitar também o reconhecimento das famílias, e facilitar também o entendimento das relações interpessoais dentro da família."

DSC 4

"As FSF são bastante úteis nos contatos que a gente tem diariamente com as pessoas que procuram a unidade. Também com a família nas visitas domiciliares, no reconhecimento do território que fazemos permanentemente. Elas são muito úteis e ajudam bastante a gente trabalhar com essas pessoas e famílias. Procuram sistematizar a forma da coleta dos dados para você conhecer melhor a família, quais os problemas que ela esta passando, ver especificamente em cada um a questão do Ciclo de Vida, quais as medidas preventivas que a gente poderia estar adotando em várias situações. Serve

mesmo para sistematizar, porque na realidade, até anteriormente a gente tinha um certo entendimento, fazia alguma coisa, mas não era de uma forma sistematizada. As ferramentas são utilizadas como um auxílio em que você vá fazer uma visita domiciliar, fazer um diagnóstico, um reconhecimento das necessidades básicas que aquela família esteja precisando."

Nesses discursos, observa-se que se atribui ao uso das FSF fundamentalmente uma mudança de atitude dos profissionais, frente à explicação dos vários determinantes do processo saúde-doença. Os discursos sugerem que a adoção das FSF como uma tecnologia em saúde, limita-se ao plano da diagnose, ou seja, seria mais um elemento a serviço do sistema de diagnose ao qual se fundamenta a atividade clínica dentro do modelo biomédico (FOUCALT 2002).

Ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença dos indivíduos-famílias-comunidades do território, com uma visão de "aprofundamento diagnóstico" e continuar ofertando o elenco de ações restritas às terapias características do modelo biomédico (medicamentosa e cirúrgica), destitui do uso das FSF, seu potencial indutor de novas ações e práticas clínicas em saúde, de propor novas terapêuticas voltadas ao cuidado longitudinal e ao controle dos determinantes sociais do processo saúde-doença nas famílias.

O uso dessas ferramentas não se limita a qualificar a anamnese, ampliando-a para situações familiares e comunitárias que interferem no processo saúde-doença, mas deve efetivamente ter como finalidade, a elaboração de uma nova abordagem terapêutica ao problema de saúde-doença em questão, que será preferencialmente construída e efetivada em equipe multidisciplinar (CRISTIEE 1984), numa perspectiva de co-responsabilização entre equipe de saúde, família e comunidade na gestão do cuidado (CAMPOS 1991, 2000).

Por sua vez as IC5 e IC6 trazem concepções de uso mais elaboradas, que já carregam em si claramente como finalidade, a mudança de atitude dos profissionais de saúde no enfretamento dos problemas de saúde-doença dos indivíduos-família da comunidade. O que expressa uma diferença fundamental na consolidação do uso das FSF como uma prática em saúde com potencialidade de contribuir para as mudanças

do modelo assistencial propostas pelo Ministério da Saúde (1996, 2000, 2001, 2002 a), como se observa nos trechos seguintes:

DSC 5

"Para um melhor atendimento da família na determinação de ações que possam melhorar a qualidade do atendimento. Como o próprio nome diz, é um instrumento que você utiliza em determinado momento do processo de trabalho, do contato com o paciente, com as famílias que você atende, para colaborar a princípio no diagnóstico, no esclarecimento de várias questões tanto diagnósticas quanto de decisão no planejamento do trabalho, do plano de atenção terapêutica, ou em torno do trabalho a ser desenvolvido por uma equipe de Saúde da Família que no trabalho tem que se ter esta visão mais ampliada do processo saúde-doença, educação, prevenção. As ferramentas, elas vêm com esse intuito de colaborar, de sistematizar o que a gente pretende fazer durante o tratamento."

DSC 6

"A gente trabalhando no programa de Saúde da Família tem que ter alguns meios, alguns instrumento, para estar se interando da dinâmica familiar. A finalidade é justamente da gente estar conseguindo se interar da dinâmica e da estrutura da família. Geralmente é para ver mesmo dentro daquela família qual é a dinâmica, daí a gente utiliza as ferramentas para ter uma coisa mais acertada no papel, até para mostrar."

"(....) Tem algumas [ferramentas] que servem até para a família se conhecer melhor, que acaba sendo uma coisa mais visual para a família entender como é que está funcionando. Um exemplo é o Genograma, que a partir do momento que agente faz e mostra, eles mesmos vão entender o que é que está acontecendo ali."

Estes discursos aproximam-se mais claramente dos propósitos apresentados pelos autores na adoção das FSF. Neles, a finalidade de se produzir uma nova atitude da equipe no enfrentamento da situação explicada com o uso das FSF é claramente percebida. É como se a produção de uma atitude pró-ativa de planejamento de ação da equipe, a partir da ampliação do conhecimento do processo saúde-doença, estivesse implícita na escolha do uso dessa tecnologia.

Vê-se, portanto, que entre a finalidade no uso das FSF apontada pelos autores e os discursos obtidos não há dissonância. Porém, há profissionais que têm maior clareza quanto à necessidade de rever seus processos de trabalho, suas práticas de saúde, e que de certa maneira, internalizaram o planejamento de ações elaboradas a partir dos estudos de caso como uma nova maneira de traçar ações de enfrentamento aos problemas de saúde-doença dos indivíduos-família. O que pode significar, por si só, uma nova forma terapêutica, como expressa no DSC construído a partir da IC6.

Na segunda questão da entrevista se buscou perceber em que situações as FSF são utilizadas, onde está implícita como análise investigativa conhecer o processo decisório sobre a utilização das FSF. Foram extraídas cinco IC: (1) individualmente em todas as situações, integrando a prática clínica cotidiana; (2) nas situações em que o profissional e/ou equipe considera grave; (3) nas famílias priorizadas previamente para a atenção programada da equipe Saúde da Família, pela utilização de critérios de risco social e/ou biológico; (4) nas situações em que um ou vários membros da família são acometidos por uma doença ou agravo que rompe com o padrão de normalidade da família; e, (5) quando é necessário ampliar a compreensão do processo saúde-doença nos indivíduos-família, numa perspectiva de ampliação do cuidado em saúde.

O DSC 1 construído a partir da IC1, a princípio pode sugerir que há uma absoluta apropriação e mudança de prática, já internalizada nos profissionais que o expressam, especialmente porque se associa o uso das FSF à praticamente toda as situações apresentadas na clínica, como se vê no trecho a seguir:

DSC 1

"Tirando as pequenas situações agudas, ou na falta absoluta de tempo, eu uso em todas as situações. O paciente que chega com qualquer patologia sempre está dentro de um contexto. Como eu contextualizo todos os pacientes dentro da realidade familiar deles, acabo tendo que ver essas coisas."

Com efeito, os autores revisados (CRISTIEE 1994, TALBOT 1999, MOYSÉS et al 1999, 2000a, 2000b, WAGNER et al 1999a, 1999b, OLIVEIRA 1999, WILSON 2000) não indicam o uso ininterrupto das FSF na prática clínica individualizada, e também não as descrevem com aplicabilidade a toda e qualquer situação de doença que se apresente na clínica. Pelo contrário, sugerem um elenco de doenças e situações que seriam prioritárias ao uso das FSF, inclusive indicando usos mais adequados a cada uma delas. Tampouco estes autores reportam que o uso das FSF tenha a finalidade de ser uma medida de "contextualização da doença do indivíduo numa realidade familiar". Esta idéia sugere um enquadramento do uso das FSF ao sistema de diagnose típico do modelo biomédico (CAMARGO JÚNIOR 1997).

Os mesmos autores (CRISTIEE 1994, TALBOT 1999, MOYSÉS et al 1999, 2000a, 2000b, WAGNER et al 1999a, 1999b, OLIVEIRA 1999, WILSON 2000), em nenhum momento, sequer sinalizam com a possibilidade de que o uso das FSF possa ter como finalidade tornar a "consulta agradável", como se observa noutro trecho do mesmo discurso:

DSC 1

"(....) a simples entrevista quando tu pergunta como que a pessoa vive, do que é que ela sofre, como é que estão as relações afetivas dele, as relações de trabalho, tu começas a entender a pessoa. E todo mundo gosta de falar de si. Então, quando tu perguntas - Como é que está tua vida? Como é que está o teu relacionamento com os filhos, com o esposo com a esposa, com o ambiente do trabalho? - As pessoas falam dela e normalmente isto torna a consulta mais agradável."

Vê-se nesses trechos, portanto, reforçada a análise da distorção traduzida no DSC 1 quanto ao uso das ferramentas quando individualiza e restringe sua aplicabilidade à atividade da "consulta médica individual", e novamente, sugere uma associação direta à ação da anamnese, típica e fundamental no método de diagnose do modelo biomédico (CAMARGO JÚNIOR 1997).

Por fim, estes autores também não atribuem ao uso das FSF a capacidade de estreitar laços clínicos individualizados entre determinado profissional de saúde e o indivíduo-família estudado, para que se "chegue rápido" a uma medida de intervenção, como se expressa noutro trecho do mesmo discurso:

DSC 1

"Na verdade são três coisas fundamentais, a primeira é como me aproximar deles [os usuários] e entender o processo que estão vivendo. A ferramenta te diz de o que é esperado que aconteça naquela família, e quando ela me diz isso, isto estreita os laços clínicos do profissional com a família. Este profissional sabe o que é que a minha família está vivendo, qual é a situação que ela está vivendo. Este é o grande macete, quando tu te acostumas a usar isso e aprende a ter isso como um aliado, tu começas a ter algo de chegar rápido."

A objetividade no planejamento de uma abordagem ampliada do problema de saúde trazida com o uso das FSF não se traduz necessariamente em agilidade, rapidez na formulação de intervenções, pelo contrário, o planejamento de ações de saúde que visa à continuidade do cuidado é apontado pelos autores como uma das qualidades no uso das FSF.

O DSC 1 construído a partir da IC1 reflete, portanto, distorções dos propósitos no uso das FSF quando: (1) descreve aplicabilidade a toda e qualquer situação apresentada na clínica; (2) relata uma atitude profissional individualista; (3) simplifica a construção de vínculo entre profissional e usuário com o fato de "tornar a consulta agradável"; (4) sugere limitar seu uso a uma forma de "anamnese ampliada" enquadrando-a e limitando-a num sistema de diagnose; e, (5) visa buscar formas de intervenção "rápida" sobre a situação problema. Estas são idéias que

refletem distorções e apropriação inadequada desta tecnologia, que demonstram estarem impregnadas da racionalidade típica dos padrões estabelecidos pela formação biomédica (CAMARGO JÚNIOR 1997).

Com exceção da IC1, portanto, as outras IC extraídas da segunda questão vão ao encontro do propósito da efetivação do trabalho em equipe multidisciplinar que fundamenta a estratégia Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996, 2000, 2001, 2002 a), porém, entre elas se expressam marcantes diferenças quanto à potencialidade do uso das FSF na produção de uma nova abordagem da atenção à saúde.

Dentre as indicações de uso apresentadas pelos autores, as IC2, IC3, IC4 e IC5 mostram-se adequadas.

No caso da IC2 onde o uso das FSF se dá nos casos ou situações em que o profissional e/ou equipe considere ser grave, apesar da "gravidade do caso", ser uma indicação coerente ao marco teórico proposto, no DSC obtido, esta indicação de uso vem sempre acompanhada de uma relativa "justificativa" de não uso indiscriminado (uso em todos os casos) como se observa nos trechos a seguir:

DSC 2

"(....) Não tem como utilizar indiscriminadamente pelo volume, a quantidade de pessoas que a gente atende. Então, em casos mais específicos, problemas de saúde que tem fator hereditário são importantes para a gente, porque você já pode estar prevendo que aquela geração nova que está vindo."

A justificativa de não se aplicar mais pela "quantidade de pessoas que a gente atende" sugere que, se fosse possível, o uso seria indiscriminado a todos os casos, o que parece estar intimamente próximo ao entendimento construído a partir da IC1 desta questão, e cuja inadequação pela influência do modelo biomédico já foi discutida anteriormente.

Salienta-se ainda que a "gravidade do caso" é uma unidade de medida relativa, e na forma como o DSC 2 foi reconstruído sugere ser empírica, determinada apenas pelo "olhar" do profissional de saúde, como se observa noutros trechos do mesmo discurso:

DSC 2

"Não utilizo em todas as famílias que eu atendo. Utilizo mais nas famílias que vêm mais freqüentes no atendimento na unidade de saúde, ou algum caso que indique o uso, nos casos mais graves. Nos casos graves a gente tem que estar dando uma assistência mais em casa, onde têm pacientes acamados, onde tem aqueles casos mais delicados onde a situação econômica também deixa mais a desejar, e que a gente tem que estar monitorando."

Esta indefinição prévia de parâmetros de gravidade entre os diferentes profissionais da equipe pode gerar confusão na priorização dos casos em que a equipe deve utilizar as FSF. Para que sua utilização esteja bem fundamentada, exige-se uma grande maturidade da equipe no uso desta tecnologia.

Já no discurso extraído a partir da IC3 "nas famílias priorizadas previamente para a atenção programada da equipe Saúde da Família, pela utilização de critérios de risco social e/ou biológico", ou seja, a equipe introduziu o uso das FSF como parte da organização do seu trabalho, incorporando no planejamento das ações de saúde para a atenção programática. Fato que sugere haver permeabilidade e conhecimento da tecnologia pelos diferentes profissionais da equipe e que, desta maneira, confere uma certa sustentação à sua utilização.

DSC 3

"Em algumas situações você deve estar aplicando, não em todas. Famílias assim, que você está priorizando por algum motivo específico de saúde, ou de que você quer prevenir alguma questão de saúde. Por exemplo, para nós da odontologia a questão periodontal que tem um fator hereditário, de hábitos, de hábitos dietéticos das famílias que para a gente interessa (....)"

"(....) A gente usa mais nas visitas domiciliares, naquelas programadas, porque as eventuais geralmente são pontuais, você vai para isto. Muitas vezes você tem que resolver algum problema, não dá para conversar (....)"

"(....) Não necessariamente em todas, até porque não teria objetivo. Tem famílias que não estão no nosso enfoque naquele momento então não cabe aplicar."

Nestes trechos observa-se que há diferentes situações priorizadas para o uso das ferramentas dependendo da equipe que se está investigando, porém, em todas elas, está implícito um objetivo comum à equipe de saúde, que se define anterior ao uso das FSF, e que se traduz como um "objetivo comum" um "enfoque prioritário".

A institucionalização do uso das FSF sugere ser fortalecida quando a equipe estabelece este consenso de uso, ressalta-se, porém, a importância de que esta indicação não seja rígida e restritiva. Sempre haverá casos em que o uso das FSF será indicado, para além daqueles previamente selecionados, aos quais a equipe deve estar atenta.

O DSC 4 extraído a partir da IC4, "nas situações em que um ou vários membros da família são acometidos por uma doença ou agravo que rompe com o padrão de normalidade da família", onde a situação de agravo e/ou doença que acomete um indivíduo é vivenciada por todos os membros familiares, é uma das indicações mais valorizadas pelos autores. Isto porque os determinantes, as causas e as conseqüências do processo saúde-doença em si, repercutem nos familiares seja: (1) no plano das relações afetivas, como na redistribuição de papéis e de poder; (2) no plano concreto da sobrevivência, como no provimento financeiro, no acesso a alimentação e moradia, entre outros.

Como as FSF fundamentam-se numa visão sistêmica, esse sistema familiar numa situação de ruptura da normalidade se desequilibra e, como todos os sistemas, buscam por meio da homeostase, desenvolver mecanismos de superação para novamente re-estabelecerem o equilíbrio. Neste movimento natural do sistema familiar, na visão destes autores pode-se: potencializar o agravamento da situação e/ou da doença em si, desenvolver novas doenças em outros familiares, e agravar outras doenças pré-existentes nos demais membros da família. É visando contribuir no re-estabelecimento do equilíbrio do processo saúde-doença que o uso das FSF pode auxiliar a equipe, dentro de uma organização fundamentada no cuidado em

saúde. É justamente aí que reside o potencial para a mudança assistencial com o uso das FSF, na produção de ações pela equipe de saúde, que de maneira programada avancem para além das terapêuticas medicamentosa e cirúrgica, e que se sustentam numa rede de cuidados disponível na própria equipe, na família ou na comunidade, e que abranjam ações de cunho social, psicológico, de promoção da saúde, e também da assistência ao doente e à família. Ações que vão ao encontro da integralidade do cuidado em saúde.

DSC **4**

"Principalmente quando você se depara com situações que fogem do normal. A gente trabalha com odontologia, com a doença cárie, quando você vê que entre uma família todas as pessoas têm baixa atividade, de repente um sujeito da família tem alta atividade. Daí você vai tentar utilizar as ferramentas para tentar descobrir o que é que está acontecendo nessa família com esse indivíduo (....)"

"Quando a gente identifica que tem uma doença que é presente em vários elementos da família, ou é uma situação que influenciou na dinâmica dessa família".

"Em situações em que a gente vê que para entender melhor o processo saúde-doença você precisa fazer um estudo mais a fundo. Nas famílias em que um membro da família de repente é acometido por alguma doença grave, por exemplo, um câncer, que mude toda a rotina da família, de todo o sistema dentro da família. É uma coisa diferente, uma coisa não comum. Nesse caso, numa intercorrência tipo um câncer, porque eu não conheço a família, então eu tenho que investigar melhor como que é toda essa família. O retrato como eu falei".

Estes trechos DSC 4 além de refletirem o que foi comentado trazem outro elemento importante para o estabelecimento do cuidado em saúde, a necessidade do

acompanhamento ao longo do tempo, a dimensão da longitudinalidade, diferença fundamental entre a atenção básica convencional e a atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família, que pretende ser vinculada a uma comunidade adstrita, co-responsabilizando equipes e usuários pelos processos saúde-doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996, 2000, 2001, 2002 a).

A IC5 "quando é necessário ampliar a compreensão do processo saúde-doença nos indivíduos-família, numa perspectiva de ampliação do cuidado em saúde" é a idéia mais elaborada e coerente com os autores quanto à finalidade de uso das FSF, pois expressa elementos inerentes a uma forma de praticar ações de saúde pautadas no cuidado, como:

(1) voltar-se especificidades e necessidades diferenciadas de cada um dos pacientes:

Trecho do DSC 5

"Principalmente quando existe algum ponto a ser elucidado no tratamento ou acompanhamento de um paciente em específico da família que necessite de um atendimento mais diferenciado (....)"

(2) perceber as necessidades do usuário e organizar as ações de saúde para atender estas necessidades, ou seja, a prática de saúde centrada no usuário (CAMPOS 1991, 2003):

Trecho do DSC 5

"(....) Em situações também em que existe uma demanda repetitiva do mesmo indivíduo, pela mesma queixa, a gente começa a pensar numa abordagem diferenciada da questão (....) São aquelas situações em que você precisa estar tendo um entendimento melhor daquela família, vendo quais são os problemas (....)"

(3) diferenciar no atendimento cotidiano, ou mesmo no acompanhamento das situações prioritárias da atenção à saúde (as ações programáticas como hipertensão,

diabetes e outras), quais os casos que necessitam de uma abordagem mais próxima da equipe de saúde:

Trecho do DSC 5

"A indicação de se fazer um estudo mais aprofundado da família seriam assim: nas doenças crônicas, ou quando tem muitas doenças agudas repetidas numa mesma família, situações que não estão bem claras, queixas mal definidas que você desconfia, supõe que exista alguma coisa mais que a simples queixa do que o simples diagnóstico do ponto de vista clínico. Então você tem que penetrar um pouco mais na estrutura da família, na vivencia da família para chegar num diagnóstico outro que não aquele muitas vezes evidente de uma simples gripe, de uma simples hipertensão".

(4) conhecer a estrutura familiar e sua rede de relações, de distribuição de poder, visando identificar elementos favoráveis ou desfavoráveis ao estabelecimento do cuidado familiar:

Trecho do DSC 5

"Procuro saber as relações que existem, as relações de poder, de submissão que existe numa família, para que eu possa numa visita, num determinado caso saber para quem eu posso delegar determinadas funções ou não, a supervisão de tratamento."

(5) aproximar a equipe da família melhorando a escuta, a comunicação, numa perspectiva de estabelecer confiança visando à consolidação do vínculo:

Trecho do DSC 5

"(....) é uma forma, a partir do momento que o paciente entende, que a família entende, porquê você está usando aquilo, é uma forma de você estar conhecendo a opinião deles sobre algumas coisas. Pode ser para conhecer num primeiro momento, e depois naqueles momentos onde a gente tem maiores dificuldades, onde você tem muito insucesso, quando você quer avançar um pouquinho mais naquele seu trabalho."

(6) ampliar conhecimentos dos determinantes do processo saúde-doença, propondo ações de cunho social, psicológico, de promoção da saúde, e também da assistência ao doente e à família que vão ao encontro da integralidade do cuidado em saúde.

Trecho do DSC 5

"Porque muitas vezes a gente se depara com situações que somente as perguntas da rotina clínica, da anamnese clínica não são suficientes para elucidar um quadro familiar, onde não tanto de diagnóstico, mas de acompanhamento e tratamento deste paciente. Por exemplo, a questão social, a patológica, a cultural daquela família, ou seja, envolver todas estas questões que fazem com que haja que se houver um desequilíbrio nessas vertentes: social, cultural, patológico. Deve-se tentar fazer com que esses instrumentos possam ser utilizados de uma forma que possam ajudar a mudar o quadro da situação."

Este discurso expressa uma nova forma de pensar e agir em saúde muito próxima das idéias apresentadas nos marcos teóricos da humanização, do acolhimento e da defesa da vida (CAMPOS 1991, 2000, 2003), e que pode contribuir para a discussão da mudança de modelo assistencial e da integralidade do cuidado (MATTOS 2001, PINHEIRO 2001 a, 2001 b, 2004), e especialmente dos autores revisados no uso das FSF (CRISTIEE 1994, TALBOT 1999, MOYSÉS et al 1999, 2000a, 2000b, WAGNER et al 1999a, 1999b, OLIVEIRA 1999, WILSON 2000).

Observa-se que, entre os entrevistados, circulam diferentes concepções quanto às situações em que devem ser utilizadas as FSF. Esta variação expressa claramente a correlação de forças entre a prática biomédica (IC1 e IC2) e a consolidação de uma nova racionalidade para a prática clínica (IC3, IC4 e IC5).

A terceira questão investigativa buscou conhecer as IC acerca dos processos de execução das FSF. Foram extraídas seis IC que discorrem sobre este tema, porém, nem sempre se referem à mesma etapa do processo de trabalho. São elas: (1) em algumas equipes a decisão de usar as FSF é discutida no conjunto da equipe; (2) em algumas equipes a equipe tem como rotina, um roteiro de entrevista aplicado nas

visitas domiciliares que inclui as informações relevantes para a elaboração das FSF; (3) para alguns profissionais, o uso das FSF está incorporado a sua atividade clínica diária, dispensando o uso de registros específicos, onde estas informações são utilizadas individualmente pelo próprio profissional para elaboração dos planos de intervenção e desenvolvimento de ações; (4) para alguns profissionais o uso das FSF requer várias aproximações e uma atualização constante; (5) em algumas equipes os profissionais de nível médio e básico são incluídos na elaboração das FSF; e, (6) em algumas equipes a elaboração das FSF é uma atividade exclusiva dos profissionais de nível superior.

Um primeiro tema referente ao processo de utilização das FSF se refere à decisão da sua aplicação. Neste sentido foram extraídas três idéias centrais a IC1, IC2 e IC3.

A IC1 refere que a decisão do uso é tomada pelo conjunto de profissionais da equipe a partir de reuniões para discussão de caso que fazem parte da rotina da unidade de saúde, como se pode observar no trecho extraído do DSC 1:

> *"Normalmente a gente tem reuniões de equipe na nossa unidade de saúde, onde a gente começa a relatar alguns casos. A partir daí a gente começa a conversar e vê que há necessidade de fazer alguma investigação mais profunda. Aí é que a gente parte para o uso de alguma ferramenta. A gente pode marcar alguma visita domiciliar ou até mesmo a gente retorna para uma consulta, retorna para uma entrevista para fazer a montagem dessa ferramenta (....) Em geral faço uma vista ou é trazida e detectada a situação, e se chega ao diagnóstico que seria bom aplicar. Geralmente tem sido em reuniões de equipe, a gente trás o caso para discussão e chega à conclusão: vamos usar uma ferramenta!"*

Esta maneira de organizar o processo de decisão do uso das FSF é coerente aos propósitos apresentados pelos autores, posto que entre suas finalidades de utilização, encontra-se a discussão do caso em equipe que possibilite a ampliação da sua explicação no coletivo, para que então, se estabeleça o planejamento de ações entre os diferentes profissionais da equipe no propósito de efetivar o cuidado. Desta

maneira, as FSF servem tanto a ampliação dos vínculos entre os profissionais da equipe Saúde da Família quanto se caracterizam como importantes aliadas na construção de uma nova abordagem clínica aos problemas de saúde que podem ir além das terapias medicamentosa e cirúrgica, que avancem nos determinantes do processo saúde-doença em questão, seja no âmbito de ação da própria equipe, da família, ou da comunidade.

A IC2 descreve que na rotina da equipe se tem previamente estabelecido um roteiro de perguntas que já se referem à elaboração das FSF, a ser aplicado no momento das visitas domiciliares que se destinam a um determinado grupo de doenças tidas como prioritárias para a equipe Saúde da Família, como pode ser confirmado pelos trechos extraídos do DSC 2:

> *"Nós temos um questionário que é um instrumento para identificar problemas na comunidade. Quando você faz uma primeira visita a uma família você preenche este questionário, e nele existe um espaço para ser feito um Genograma ou Ciclo de Vida (....) A gente tem aqui na unidade, mais na parte da odonto, uma folha de rosto que a gente tem vários itens que agente verifica."*

Se por um lado, a padronização de um roteiro destinado à qualificação da visita domiciliar que já inclui minimamente a realização do Genograma e a identificação da fase em que se encontra a família no Ciclo de Vida Familiar pode servir à institucionalização do uso das FSF na equipe, atribuindo-lhe um caráter formal, de uso contínuo; por outro, reacende a preocupação de que haja uma banalização do seu potencial, e que mediante o uso indiscriminado desta tecnologia, mesmo a um grupo de doenças tidas como prioritárias ao acompanhamento da equipe, passe simplesmente a compor o rol de tecnologias que servem meramente ao sistema de diagnose oriundo do modelo biomédico, ou seja, que se torne apenas maneira de qualificar a anamnese, ampliando-a aos determinantes sócio-familiares.

A IC3 refere à utilização das FSF alguns profissionais como parte da sua atividade clínica diária, que dispensa registros e cujas informações são utilizadas individualmente na elaboração dos planos de intervenção e ações sobre o problema

de saúde-doença em questão. Esta IC3 comunga das mesmas considerações feitas ao DSC 1 construído a partir da IC1 da segunda questão, que reflete distorções dos propósitos no uso das FSF quando relata uma atitude profissional individualista que enquadra seu uso num sistema de diagnose impregnada da racionalidade biomédica (CAMARGO JÚNIOR 1997).

Uma outra consideração extraída do DSC 3 que merece reflexão se expressa num trecho deste discurso, ao referir que o uso das FSF dispensa registros, sugerindo que a existência de registros específicos é compreendida como uma "formalidade" dispensável ao processo de uso, como se pode perceber no trecho destacado do DSC 3:

> *"Nos conhecimentos, mas a gente aprende bonitinho lá no papel. Na verdade nós não aplicamos formalmente, mas, no fundo, nós aplicamos os princípios. Você acaba conversando, entrevistando as pessoas, e isso geralmente se dá nas visitas domiciliares. Não é um instrumento aplicado rotineiramente. Nós não usamos isso como rotina no nosso dia-a-dia de trabalho, mas em alguns casos sem formalidade. A equipe acaba fazendo coletivamente na visita domiciliar sem formalidade (....)"*

Há incorporação individual de "princípios" que vão ao encontro de uma abordagem ampliada dos problemas de saúde-doença e humanização da atenção, que são fundamentais para qualquer mudança proposta no modelo assistencial vigente. Porém, o uso das ferramentas não se limita à utilização de métodos que visam à ampliação e a qualificação do acesso dos usuários ao sistema de saúde. Estes são princípios básicos do acolhimento (CAMPOS 1991, 2000, 2003), cuja base de formulação refere-se a uma mudança de atitude dos profissionais e dos fluxos organizativos dos serviços de saúde, numa perspectiva de humanização da atenção, de revisão dos processos de organização internos às instituições, que deve voltar-se para estruturarem-se na lógica do usuário, serem "centradas nos usuários".

Esta proposição, porém, desconsidera que a Saúde da Família tem como uma premissa organizativa fundamental o reconhecimento, a apropriação e a formulação de estratégias de enfrentamento a partir do reconhecimento dos problemas de saúde-

doença dos indivíduos-famílias-comunidades, numa atitude pró-ativa da equipe de Saúde da Família para com as comunidades adstritas.

Significa dizer que, para além de uma revisão das atitudes profissionais e dos fluxos organizativos internos aos serviços, a equipe de Saúde da Família nesta "mudança de modelo assistencial" deve, além de humanizar sua práticas e acolher os usuários numa re-significação de suas práticas (dentro da sua unidade básica de saúde), abandonar a atitude passiva características dos serviços de saúde tradicionais que somente reconhecem as pessoas da comunidade como usuárias do sistema no momento em que elas tomam a atitude de buscar estes serviços.

O diferencial da humanização praticada na Saúde da Família é justamente a sua pró-atividade em sair do seu local de trabalho (da sua unidade básica de saúde) para buscar nas comunidades os problemas de saúde-doença que muitas vezes não se apresentam nos serviços de saúde. Esta é uma mudança de lógica fundamental à mudança do modelo assistencial proposto pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996, 2000, 2001, 2002 a), pois os serviços de atenção básica tradicional estão organizados na lógica da atenção às situações agudas (MENDES 2001 a, 2001 b, 2002), onde o usuário deve, quando considerar necessário (geralmente com uma queixa clínica aguda), buscar o serviço de saúde que deverá acolhê-lo de forma humanizada segundo suas necessidades (CAMPOS 1991, 2000, 2002).

A saída dos profissionais das equipes Saúde da Família com vistas ao reconhecimento e vinculação com as famílias da comunidade pretende mudar o modelo assistencial, justamente na transformação do "olhar sobre a realidade" para o "agir junto à realidade", ou seja, não apenas reconhecendo as pessoas e famílias em seu próprio *lócus* de vida, seus domicílios, mas auxiliando-as na construção de modos de vida mais saudáveis numa atitude de co-responsabilização, trazendo para o acompanhamento próximo e contínuo àquelas situações mais graves ou com maiores possibilidades de se agravarem com o passar do tempo. Situações que, muitas vezes, não chega à porta de entrada dos serviços de saúde (por não descreverem sintomas agudos) mesmo que esta "porta de entrada" estivesse praticando o acolhimento dentro dos princípios da humanização (CAMPOS 1991, 2000, 2002). Aqui reside uma das mudanças fundamentais nos serviços de atenção básica para contribuírem

com a mudança do modelo assistencial: trata-se de mudar sua organização pautando-se nas condições crônicas de saúde (MENDES 2001 a, 2001 b, 2002), àquelas em que é fundamental o acompanhamento contínuo ao longo do tempo.

É também esta ação, para fora do serviço de saúde, esta saída da equipe de seu *lócus* institucional, que confere à equipe Saúde da Família uma pró-atividade no enfrentamento dos processos de saúde-doença na comunidade, que aproxima a elaboração da proposta da Saúde da Família com a formulação do modelo de promoção da saúde. Isto porque para ambos trabalha-se com o conceito ampliado de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001 a), onde o processo saúde doença é compreendido também como socialmente determinado.

A Saúde da Família elege então, a família como foco prioritário da atenção, justamente para que, dentro do conceito ampliado da saúde, se possa também interferir positivamente na construção social, favorecendo ao estabelecimento e manutenção da saúde nos indivíduos-famílias-comunidades, pois busca prevenir e antever, dentro das famílias, possíveis doenças e condições de saúde que possam se agravar (DALMASO et al 2001, PAIM 2000, TEIXEIRA 2001, 2004), fato que difere a estratégia Saúde da Família do modelo tradicional de oferta de ações de saúde, e que pretende ir além do proposto pelo marco conceitual da humanização e acolhimento (CAMPOS 1991, 2000, 2003) que se ocupa da reorganização interna aos serviços de saúde, das suas práticas e relações humanas ligadas ao ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, próprio da prática clínica convencional.

Esta aproximação da prática clínica dos profissionais da Saúde da Família com o conceito ampliado de saúde, ou seja, quando a própria clínica se ocupa também dos determinantes sociais do processo saúde-doença com o foco na família e comunidade, numa perspectiva de construção de novos modos de vida saudáveis, e não apenas da diagnose e a oferta de tratamento por meio das terapias medicamentosa e cirúrgica (práticas biomédicas), é que se possibilita atribuir à estratégia Saúde da Família um papel "transformador" do modelo assistencial.

É a possibilidade de aplicação do conceito ampliado de saúde também para dentro da atividade clinica dos profissionais de saúde, acreditando-se que a saúde é determinada também socialmente e que, quando se propõe interferir no processo

saúde-doença com a prática clínica, ela deve também avançar na construção de novos modos de vida, de novos ambientes que favoreçam o restabelecimento e a manutenção da saúde nos indivíduos-famílias-comunidades. Esta é uma diferença fundamental na formulação conceitual revisada na organização da atenção básica à saúde (MENDES 2002, MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996, 2000, 2001 b, 2002 a, STARFIELD 1998, 2002, TALBOT 1999, TEIXEIRA 2000, 2004, WAGNER 1999), pois ao adotar a estratégia da visita domiciliária como uma ação preponderante em sua prática de saúde, busca o reconhecimento dos problemas dos indivíduos-familias-comunidades planejando ações de saúde específicas às necessidades percebidas, seja de cunho individual ou coletivo, seja de prevenção, promoção, recuperação ou manutenção da saúde, visando à consolidação do cuidado em saúde.

Neste sentido, o uso das FSF pode ser um aliado no reconhecimento das especificidades necessárias ao sucesso do cuidado a cada um dos indivíduos-família estudados. Porém, esta idéia é contrária ao que se observa no trecho do DSC 3, que descaracteriza que, no processo de uso das FSF sejam necessários registros, conferindo a esta etapa um caráter de "formalidade" dispensável. Nesta IC3, a finalidade de se usar as FSF para contribuir tanto com o trabalho de equipe quanto na mudança da lógica de planejamento das ações de saúde fica inviável. Isto porque restringe o processo que seria próprio do coletivo da equipe, a uma mudança de atitude individual, restrita ao profissional que a utiliza.

O segundo enfoque para análise, extraído dos discursos elaborados a partir da investigação do processo de uso das FSF, a IC4 que diz respeito à necessidade de atualização contínua das informações coletadas, como se pode observar nos trechos do DSC 4:

> *"O Genograma a gente vê que, no primeiro momento, eles [os usuários] não conseguem falar muito, alguns falam bastante, mas a maioria não consegue falar muito. Mas daí numa segunda visita que a gente vá, a gente já consegue estar aumentando um pouco. O Genograma você precisa de várias visitas, de vários contatos com a família, onde cada contato é uma aproximação, é uma*

chance de você estar preenchendo melhor, é uma coisa que nunca vai ter fim (....)"

Esta é uma idéia coerente ao marco referencial adotado a partir dos autores revisados no uso das FSF (CRISTIEE 1994, TALBOT 1999, MOYSÉS et al 1999, 2000a, 2000b, WAGNER et al 1999a, 1999b, OLIVEIRA 1999, WILSON 2000). Isto porque é recorrente a idéia de que a FSF possibilita, numa imagem figurativa, a construção de "um retrato momentâneo da realidade daquela família", obtido a partir do indivíduo-família doente em estudo.

Destaca-se que a própria formulação e a utilização das FSF fundamentam-se no conceito de família a partir da teoria sistêmica e da teoria do desenvolvimento familiar, ou seja: famílias constituem-se em sistemas que estão em constante transformação, que pode ser harmônica ou desarmônica. É justamente por admitir a capacidade de as equipes Saúde da Família interferirem positivamente no desenvolvimento harmônico das famílias, onde busquem a consolidação de um ambiente familiar que favoreça o equilíbrio dos processos saúde-doença, que propicie a constituição de novas atitudes individuais e familiares voltadas ao cuidado, e que facilitem a construção de sujeitos capazes de autogerirem suas vidas, é que o uso das FSF se apresenta como uma tecnologia em saúde. Considerando que a transformação contínua da família é um atributo inerente ao próprio conceito de família utilizado na fundamentação das FSF, a continuidade no aprimoramento das informações por elas trabalhadas, mediante sucessivas aproximações, é característica própria da sua natureza ideológica.

O terceiro enfoque para análise, extraído dos discursos elaborados a partir da investigação do processo de uso das FSF, dizem respeito à definição dos profissionais de saúde das equipes que são envolvidos no processo de aplicação das FSF. Foram extraídas duas idéias centrais com este enfoque: a IC5, onde "os profissionais de nível médio e básico são incluídos na elaboração das FSF"; e a IC6, onde "a elaboração das FSF é uma atividade exclusiva dos profissionais de nível superior".

Neste sentido, não há indicação conclusiva expressa pelos autores revisados (CRISTIEE 1994, TALBOT 1999, MOYSÉS et al 1999, 2000a, 2000b, WAGNER et al 1999a, 1999b, OLIVEIRA 1999, WILSON 2000). Destaca-se, porém, que uma das finalidades de uso das ferramentas é propiciar, com o conjunto de profissionais da equipe, a discussão ampliada do caso em estudo, independentemente da formação profissional, ou seja, diz-se que é importante envolver toda a equipe no processo de planejamento e na abordagem de cuidado ao indivíduo-família em estudo. Desta forma, a IC 5 extraída do DSC 5 sugere ser mais coerente ao referencial, como pode-se perceber no trecho deste discurso:

DSC 5

"Conversamos com o ACS porque ele conhece exatamente a família que esta ali e como a família se estruturava antes. Às vezes sabe que uma pessoa, uma tia ou algum parente veio naquela família ficou pouco tempo ali e foi o suficiente para desestruturar tudo. Só que essa pessoa não adoeceu nesse período, então eu não sei que esta pessoa estava lá. O ACS ajuda muito a montar o Genograma, o Ciclo de Vida. É claro, a equipe de enfermagem também. Não é necessariamente no domicílio, mas aqui mesmo."

A IC6 extraída do DSC 6 restringe o processo de aplicação das FSF aos profissionais de nível superior, significando que são estes profissionais que vão entrevistar os familiares, para que se ampliem as informações a respeito do caso em estudo. Aos profissionais de nível superior cabe o papel de efetivamente aplicar as ferramentas, de preencher os registros necessários, como se percebe no trecho do DSC 6:

DSC 6

"(....) geralmente é o médico, o dentista, o profissional de nível superior. O nível médio não tem feito. Eles até entendem, mas não aplicam, não fazem (....) Se ele [o usuário] for primeiro comigo, um dentista, então eu faço a entrevista. Não precisa estar toda a equipe par fazer uma entrevista. Fica aquele monte de gente a gente ali investigando? Não! Não é por aí."

Não significa, porém, que a partir desta primeira parte do processo, os demais profissionais de nível médio e/ou básico não sejam envolvidos. Não foi possível obter esta resposta a partir do material disponível para análise.

A quarta questão investigativa procurou aprofundar conhecimentos acerca do processo de trabalho das equipes no uso das FSF, questionando o que é feito com as informações obtidas com seu uso. Foram extraídas cinco IC a partir dos DSC elaborados: IC1, onde as informações são discutidas em equipe e utilizadas para o planejamento de ações direcionadas ao caso; IC2, onde as informações são utilizadas por parte da equipe para a organização da agenda de atividades clínicas; IC 3, onde as informações são utilizadas por parte da equipe para buscar alianças com a família com vistas ao cuidado em saúde; IC4, onde a própria aplicação das FSF são compreendidas pelos profissionais que a utilizam como uma nova abordagem terapêutica; e, IC5, onde as informações orientam a prática individual do profissional que as utilizou.

As IC1, IC2, IC3 e IC4 guardam coerência com o referencial teórico revisado no uso das FSF (CRISTIEE 1994, TALBOT 1999, MOYSÉS et al 1999, 2000a, 2000b, WAGNER et al 1999a, 1999b, OLIVEIRA 1999, WILSON 2000), na medida em que, por parte da equipe de saúde, todas estas informações passam a integrar o planejamento de ações direcionadas ao caso em estudo. A diferença entre elas está no enfoque e na forma em que as equipes se organizam para viabilizar este planejamento.

Na IC1 extraída do DSC 1, as informações são utilizadas para o planejamento de ações direcionadas ao caso.

Trecho do DSC 1:

"A gente procura trabalhar em equipe. Para você ter um mapa daquela situação e poder trabalhar. O objetivo que a gente tem é discutir em reunião de grupo, porque cada microárea tem um grupo responsável. Se é uma situação às vezes de problema familiar, alcoolismo alguma coisa assim, daí a gente utiliza essas informações para saber como conduzir aquele caso".

"(....) A gente discute com os profissionais, com toda a equipe como que está havendo mesmo todo o movimento dentro deste núcleo familiar. E nessa discussão surgem as idéias de como poder trabalhar de alguma forma junto com esta família."

Esta idéia que se associa a IC2, cujas informações são utilizadas para a organização da agenda de atividades clínicas, como se percebe no trecho extraído do DSC 2:

"(....) Daí em a gente vê mais ou menos o problema que está acontecendo, vendo o que é que pode estar contribuindo, facilitando para que aquela família consiga atender os objetivos, conseguir saúde (....)"

Estas duas idéias estão ligadas à primeira etapa do planejamento das ações em equipe direcionadas ao cuidado do caso. A IC1 de discussão e a IC2 na priorização da atenção à saúde.

A IC3, onde as informações são utilizadas para buscar alianças com a família com vistas ao cuidado em saúde, e a IC4, onde a própria aplicação das FSF é compreendida pelos profissionais como uma nova abordagem terapêutica, são idéias associadas ao ato de "usar" os instrumentos próprios das FSF. Esta IC3, extraída a partir do DSC 3 reconhece o potencial que as informações obtidas têm na formulação e estreitamento de alianças com a família que propiciam avançar na abordagem do cuidado do caso.

Trecho do DSC 3:

(....) Essas informações a gente, particularmente na parte da odontologia, a gente tem usado... eu uso mais para conseguir parceiros dentro de casa para poder estar ajudando a gente nos cuidados com crianças principalmente. Então eu consigo identificar, quem é o controle daquela casa, a quem que aquelas crianças escutam mais, se é o pai, a mãe, o avô ou a avó, eu consigo perceber este tipo de coisa. A gente utiliza mais para isso mesmo, mais para conseguir parceiros para estar trabalhando junto com a gente para melhorar a saúde bucal principalmente das crianças (....) "

Na IC4, onde a própria aplicação das FSF são compreendidas pelos profissionais que a utilizam como uma nova abordagem terapêutica, as informações são reconhecidas em seu potencial transformador, cujo fato dos usuários falarem a respeito da situação problema em estudo e de se sistematizar estas informações, mediante o uso das FSF, em si, já se constitui num novo modo de praticar saúde. Uma abordagem terapêutica pautada na escuta ativa, no compartilhamento de "visões de mundo", em cujo confronto entre a cultura técnica e a familiar, busca-se constituir um novo modo de operar no processo saúde-doença da família em estudo.

Trecho do DSC 4:

"Veja bem, feito o diagnóstico, você vai ter que traçar um plano de conduta com a família, muitas vezes, vamos dizer assim, a própria aproximação com a família, o próprio trabalho de desenvolvimento da aplicação dele, já é em si terapêutico. Até porque ele está... à medida que você vai levantando os problemas, a própria família vai também amadurecendo seu problema. Isso em si já é terapêutico (....)"

As IC4 e IC5 podem ser compreendidas como idéias de elaboração avançada posto que reconhecem na melhoria da comunicação com o uso das FSF um potencial transformador operando nas relações entre indivíduos-família e equipe de saúde, e entre os próprios familiares dos doentes, ou seja, no núcleo social familiar. São idéias que contribuem para uma nova abordagem de cuidado pela equipe de saúde.

A IC5, porém, onde as informações orientam a prática individual do profissional que as utilizou, caracteriza-se numa distorção do uso das FSF, que aparece associada as: IC1 da segunda questão, que se refere à decisão de uso das FSF e que diz ser um processo de decisão individual e de aplicação em todas as situações, integrando-se a prática clínica cotidiana; e da IC3 da terceira questão, que refere que para alguns profissionais, o uso das FSF está incorporado a sua atividade clínica diária, dispensando o uso de registros específicos, onde estas informações são utilizadas individualmente pelo próprio profissional para elaboração dos planos de intervenção e desenvolvimento de ações. A IC5 comunga das mesmas considerações

feitas aos discursos que sustentam a IC1 da segunda questão e a IC3 da terceira questão, que refletem distorções dos propósitos no uso das FSF, pois relata atitude profissional individualista que enquadra o uso das FSF a um sistema de diagnose impregnada da racionalidade biomédica (CAMARGO JÚNIOR 1997).

Trechos do DSC 5:

"Eu tenho uma microárea de responsabilidade, são de 800 famílias. Que a microárea é mais ou menos isso. Então eu posso ter interesse pessoal de querer conhecer um pouco mais a historia daquela família e tal, mas estes dados vão ficar para mim, entendeu? O médico que é meu companheiro de responsabilidade sanitária não vai ter acesso a essa informação, a menos que ele tivesse interesse, me pedisse, perguntasse ou houvesse esta troca (....)"

"(....) Na verdade ela é mais para a minha prática. Eu uso elas para compartilhar com a equipe quando eu estou explicando alguma coisa, alguma situação. Na verdade eu trato a equipe de um jeito bastante aberto, tento conversar com eles a maior parte das coisas (....)

Estes trechos elucidam a atitude individualista típica da racionalidade biomédica na organização das práticas de saúde, que em nada contribui para a mudança do modelo assistencial em saúde proposto para a Saúde da Família.

A outra questão buscou avaliar a percepção sobre os resultados do uso das FSF. Todos os discursos construídos avaliam positivamente seu uso, dizendo que os resultados: (IC1) favorecem o trabalho em equipe; (IC2) favorecem o estreitamento dos laços entre equipe e famílias; (IC3) ampliam os conhecimentos das equipes sobre as famílias; (IC4) ampliam os planos de tratamento; (IC5) possibilitam perceber os limites da prática clínica contribuindo para proposição de mudanças na família; e, (IC6) ampliam os conhecimentos sobre o processo saúde-doença, mas influenciam pouco na prática da equipe de saúde. Esta última IC6 demonstra haver dificuldades em associar mudanças na prática clínica com o uso das FSF, como se pode perceber no trecho do DSC 6:

(....) Eu avalio, eu acho que eu não sei usar direito, porque o que eu consigo tirar usando as ferramentas é muito pequeno. De repente eu fico comparando a época em que eu não conhecia as ferramentas e trabalhava por instinto, por feeling mesmo, eu conseguia chegar mais ou menos nos resultados que eu chego hoje usando as ferramentas. Mas então, eu não sei se não sei usar as ferramentas de uma maneira adequada, ou se as ferramentas vieram mais para sistematizar aquela maneira que a gente trabalhava e que a gente achava que era por instinto, por "achismo". Eu acho que é mais isso, acho que a ferramenta, ela é uma maneira de sistematizar, de teorizar o que a gente já fazia na prática, eu acho."

Este trecho do DSC 6 demonstra não estar clara a finalidade de uso das FSF, associando-o apenas à melhoria da qualidade da coleta de informações para ampliar a rede explicativa sobre os determinantes do processo saúde-doença em estudo. Apesar de reconhecer sua validade como método de organização de informações sobre o caso em estudo, onde sua maior contribuição seria propiciar aos profissionais um trânsito entre uma atitude empírica, citada como "achismo", e uma forma de melhor sistematização de informações. Percebe-se novamente uma associação a anamnese, enquadrando o uso das FSF ao sistema de diagnose típico do modelo biomédico e, desta maneira, destituindo-o do potencial transformador das práticas de saúde.

A última questão visou possibilitar aos entrevistados que salientassem algum aspecto sobre o uso das FSF que considerassem importantes, seja para se dar ênfase ou para abordar algum aspecto ainda não comentado. A pergunta referia ao entrevistado se ele gostaria de comentar mais alguma coisa acerca do uso das FSF.

Foi possível extrair cinco IC, todas que se referindo a problemas na utilização das FSF: (IC1) o sistema informatizado tem sido um entrave para as equipes aplicarem as FSF porque não há registros eletrônicos de base familiar; (IC2) os profissionais das equipes não estão preparados para aplicar as FSF e não estando inseridos num processo de educação permanente; (IC3) a organização do trabalho da equipe está voltada ao atendimento da demanda que inviabiliza o trabalho com as famílias; (IC4) a utilização das FSF não está descrita nos protocolos da Secretaria

Municipal de Saúde; e, (IC5) as reuniões de equipe para discussão de caso não têm sido realizadas.

A IC1, tamanha a sua freqüência nas entrevistas, praticamente repetindo-se em todos os participantes, apresenta-se como um problema de consenso entre os usuários desta tecnologia.

O sistema informatizado do município de Curitiba segue a lógica proposta pelo Cartão Nacional de Saúde avançando em diversos aspectos e constituindo-se num prontuário eletrônico, cuja informação está acessível em todas as unidades municipais de saúde, tornando-se uma poderosa ferramenta de captação e consolidação de informações para o SUS-Curitiba. Possibilita a geração de uma ampla gama de informações epidemiológicas pertinentes ao planejamento, seja para as próprias equipes, seja para os níveis regionais e municipais. Porém, a lógica de produção e gerenciamento destas informações é totalmente individualizada sendo praticamente impossível na rotina do atendimento clínico identificar graus de parentesco entre os usuários.

Trechos do DSC 1:

"(....) Eu queria fazer um comentário. Eu acho que as ferramentas, o Genograma, o Ciclo de Vida, eu acho que são instrumentos importantes que deveriam fazer parte da rotina da gente. Mas os prontuários são voltados para o indivíduo, infelizmente! Não temos nenhum lugar aqui (apontando para o computador) para construir um Genograma e tal, mas eu acho, na minha opinião eles deviam fazer parte da nossa prática diária."

"(....) A gente tem agora um pouco de dificuldade no uso das ferramentas porque no inicio a gente fazia... preenchia as ferramentas no papel. E hoje, com a vinda do computador, do prontuário eletrônico a gente tem um pouco de dificuldade. A gente ainda não tem um espaço para preencher no prontuário, na ficha do paciente (....)"

Além do mais, há uma total substituição dos prontuários em papel que anteriormente eram armazenados em envelopes por família, pelo prontuário eletrônico de armazenamento de dados individualizado.

Trecho do DSC 1:

"(....) assim, quando a gente iniciou o programa Saúde da Família, a gente começou a utilizar essa formação dos canadenses, começou a utilizar esses outros métodos para trabalhar com a família, a gente tinha um prontuário no papel. Por incrível que pareça nos da saudade nesse particular, porque ele permitia... até a gente utilizava na unidade que eu estava naquele momento, a gente utilizava, por exemplo, a capa da família. Primeiro que vêm todas... num mesmo envelope vinham todos os membros de uma mesma família, então a gente tinha uma visão do coletivo da família, e hoje quando a gente abre o prontuário à gente tem o indivíduo (....)"

É também norma da Secretaria Municipal de Saúde a eliminação dos registros em papel a partir da implantação do prontuário eletrônico, para que não haja duplicidade de coleta de informação. Os "pombais" (armários usados anteriormente para o armazenamento dos envelopes familiares) são retirados das recepções dos serviços de saúde e substituídos por terminais de computador.

Trecho do DSC 1:

"(....) Ai essa criança volta a adoecer e nos não temos escrito em lugar nenhum, isso que eu fico pensando. De repente vamos abrir uma pasta para cada família, mas vamos guardar onde? Porque não no prontuário eletrônico então? De repente montar um Genograma no prontuário eletrônico é uma idéia (....)"

Outro elemento importante é que tanto para sua evolução como um sistema de informações e quanto para sua implantação nos serviços, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba optou pela modulação por áreas programáticas, cuja premissa rege que o sistema deve organizar-se prioritariamente para dar respostas às etapas individuais de desenvolvimento humano ou a grupos patológicos e agravos

específicos de saúde: saúde da criança, do adolescente, hipertensão, diabetes, gestação entre outros. Trata-se, portanto, de abordar doenças a partir dos doentes individualmente, ou seja, organizando-se na mesma lógica das áreas programáticas da atenção, oriundas da racionalidade biomédica. Favorecendo, desta maneira, uma prática clínica individualizada, centrada nas informações de base epidemiológica sobre agravos e doenças, cuja centralidade parte das necessidades organizacionais do serviço de saúde, e não do usuário em suas necessidades de cuidado.

Com isto, percebe-se que os investimentos no sentido de se ampliar a clínica para uma nova abordagem dos problemas de saúde, saindo de sua abordagem individualizada, ampliando-a ao meio social em que as pessoas vivem, especialmente a família, numa perspectiva de construírem-se novas ações de saúde se enfraqueceram, quando uma tecnologia de informática para todas as equipes de saúde, praticamente imprime uma única e inflexível forma de atender os indivíduos, independentemente das equipes estarem organizadas no modelo convencional de atenção básica à saúde ou de atuarem com a Saúde da Família.

Trecho do DSC 1:

"(....) O prontuário deveria agregar as famílias, deveria listar os problemas das pessoas e os problemas da família para a gente ser mais abrangente, mais global, e não só pontual. Mesmo não sendo um foco, na verdade é uma coisa que é do grupo, e ela tem uma história, com esse prontuário um pouco se perde, porque é muito trabalhoso voltar aos pontos. Eu acho que é uma dificuldade, mas eu tenho uma esperança, que estando eletrônico ele vai ser melhor ainda (....)"

Percebe-se que, ou há, por parte dos responsáveis pela evolução do sistema de informação, desentendimentos do que vem a ser o modelo de atenção à saúde, proposto para a Saúde da Família de Curitiba, ou há uma intencionalidade de se reproduzir o modelo convencional de organização das práticas de saúde. Fato que resulta numa acirrada competição entre a forma em que os profissionais da Saúde da Família de Curitiba gostariam de estar praticando as ações de saúde, e a imposta pelo

sistema de informação, e que vem gerando descontentamento por parte dos profissionais.

Trechos do DSC 1:

"(....) Eu acho que deveria ter uma forma de melhorar, na verdade, todo o sistema de informação para a Saúde da Família. Porque ele foi desenvolvido... o prontuário não foi pensado até hoje nas especificidades da Saúde da Família. Eu acho que isso é uma visão, senão de todos, da grande maioria dos profissionais de Saúde da Família. Pelo menos dos profissionais que estão a mais tempo, enxergam isto e infelizmente isto não tem acontecido (....)"

"(....) De repente só solicitar que o mais rápido possível seja feito um software para que a gente possa estar utilizando de uma maneira mais prática, sem estar juntando papel. Que eu acho que é um dos problemas maiores, que dá preguiça da gente aplicar. São vários fatores que dão preguiça, mas um dos fatores que me dá preguiça é ficar encontrando lugar para guardar estes papéis, para ficar guardando essas anotações, esse registros."

Outro elemento importante extraído do DSC 1 é que o uso das FSF poderia estar sendo estimulado se houvesse, no sistema de informação, uma maneira de indução da sua utilização em situações determinadas por protocolos de atenção à saúde.

Trecho do DSC 1:

"(....) Mas a gente conhece através das visitas todas essas que poderia até estar aplicando as ferramentas, mas não está fazendo isso formalmente, no papel. Até porque não tem um programa que você possa estar utilizando, então você acaba que... cada unidade acaba fazendo da maneira que acha melhor. Não tem um protocolo, um padrão para você estar usando as ferramentas (....)"

Mediante estas considerações, a repetição desta IC1 nas entrevistas, a força de indução de prioridades e de formatos de atenção nas lógicas operacionais implícitas aos sistemas de informação, situa-se o sistema informatizado em implantação no SUS-Curitiba como o principal problema a ser enfrentado, que se posiciona contrário ao uso das FSF e à construção de um novo modelo de atenção em saúde centrado no indivíduo-família.

A segunda IC2 extraída dos discursos refere à necessidade de institucionalização de um processo de educação permanente a todos os profissionais das equipes Saúde da Família. Isto porque se trata, antes de tudo, de um conteúdo novo, ainda de domínio relativo dos profissionais de saúde que foram capacitados, e que é completamente desconhecido pelos novos profissionais que ao longo do tempo foram se incorporando às equipes Saúde da Família. Isto requer um contínuo investimento institucional seja no entendimento desta tecnologia, no fortalecimento do trabalho em equipe, seja na qualificação do trabalho na Saúde da Família com vistas a melhorar a resolubilidade da atenção básica à saúde.

Trechos do DSC 2:

"As FSF e acho que para nós que estamos aqui na ponta a gente tinha que ter mais domínio, mais treinamento, mais informação. Nós fizemos, eu, no meu caso eu fiz um curso das ferramentas, ficou por aí. Daí chega aqui você não consegue aplicar. Não consegue aplicar por todos os fatores que eu falei. Daí você vai aplicando conforme vai passando, vai fazendo o seu serviço. Eu mesmo, tem muitas ferramentas que eu não sei aplicar. Então eu acho que precisava mais informação (....)"

"(....) Na questão dos médicos, por exemplo, nos temos profissionais novos que entraram na rede há não muito tempo. Os dois até acho que passaram pelo curso básico, tiveram este primeiro contato com estas ferramentas, mas eu acho que também as pessoas, elas não compram uma idéia assim sabe, tão facilmente, logo de cara assim. Eu acho que para aplicar, usarem mesmo, elas têm que acreditar que isso funciona (....)"

A necessidade de um processo de educação permanente refere também um fortalecimento do conhecimento entre os profissionais da mesma equipe de saúde, buscando ampliar o conhecimento coletivo multiprofissional, como se pode perceber no trecho do DSC 2:

> *"(....) Mas talvez, nós como equipe começarmos trabalhar nas nossas reuniões a compreensão disso. Nós vamos, nós ganhamos uma capacitação e parece que nós todos aqui dentro estão sabendo a mesma coisa, e não estão. Talvez, ao invés de chamar, capacita médico; chama, capacita enfermeiro; chama, capacita auxiliar; vem e capacitam a unidade, todos juntos, todos recebendo a mesma coisa. Talvez a forma de capacitação que foi dada não tenha facilitado para nós (....)"*

A institucionalização de processos de educação permanente é um grande desafio no SUS, especialmente no que se refere à atenção básica Saúde da Família. Isto porque está se tratando de uma nova forma de construção e de exercício de práticas sanitárias, cujas abordagens e limites assistenciais não estão claramente definidos, posto que o SUS é herdeiro de um sistema originalmente construído na atenção à saúde para o enfrentamento das situações agudas, voltado à atenção em urgência e emergência, com a centralização da assistência nos hospitais, segundo a lógica da biomedicina. Lógica que também predomina nos cursos de formação das diversas profissões em saúde.

Trecho do DSC 2:

> *"(....) Eu acho que a equipe toda, como um todo precisaria sempre estar se reciclando porque muitos enfim não entendem o processo do PSF, não sabem o que é PSF, acham que sempre a gente tem que dar atenção à demanda. Então uma das formas que eu vejo que seria interessante para a secretaria estar trabalhando com a equipe é isso, sempre estar tentado te tirar para curso, e estar mostrando o que é o verdadeiro PSF (....)"*

A carência de processos de educação permanente pode também ser destacado de um trecho de um exemplo de uso das FSF de um profissional cirurgião dentista:

"Ai eu falei com o medico da minha equipe, mas ai esbarra naquele problema, nessa época eu acho que ele não tinha nem feito o treinamento, o básico, não rinha contato nenhum com as ferramentas, uma pessoa que se formou há não muito tempo. Ele até foi na casa, fez alguns encaminhamentos para o menino, importantes, mas essa habilidade de trabalhar com família, de aplicar uma ferramenta que ali caberia com certeza um FIRO, um PRACTICE, porque são relações muito complexas e ai você esbarra na dificuldade do encaminhamento disso. Tem essas dificuldades que eu vejo na questão das ferramentas, mas eu acho que seria... nossa, de grande valia aplicar nessas relações. Só que volto a te... teria que ter... porque eu como dentista, até de repente posso... mas é assumir um papel à vezes que eu posso esbarrar até numa questão ética, tenho que saber o limite que são muito tênues na equipe."

Neste exemplo, pode-se perceber que a ausência de processos de educação permanente gera descompassos de conhecimento de uso das ferramentas e da própria estratégia Saúde da Família que são complexos para que as próprias equipes se mobilizem para superá-los.

A IC3 refere que a organização do trabalho da equipe está voltada ao atendimento da demanda, inviabilizando a priorização do trabalho com as famílias, e remete a outro dilema na construção de um novo modelo de atenção à saúde: favorecer o equilíbrio no acesso aos serviços de saúde, seja às situações agudas, seja às condições crônicas que necessitam de acompanhamento longitudinal.

A Saúde da Família propõe uma abordagem pró-ativa, indo para dentro da comunidade, conhecendo as famílias, seus modos de viver, de relação, de inserção comunitária, ou seja, efetivando princípios da humanização e acolhimento para além dos espaços do próprio serviço de saúde dentro do marco do marco teórico da produção social da saúde-doença. Investe numa atitude de abandono da passividade dos profissionais de saúde, formados dentro da racionalidade biomédica, em que simplesmente caberia à equipe de saúde, esperar que os usuários os procurassem, para então acolhê-los, e apresentassem respostas às suas necessidades sentidas

(geralmente em fase aguda). Isto seria suficiente. A Saúde da Família, como formulação político-estratégica, pretende interferir nesse processo de organização das ações de saúde dos serviços que se dá nesta única direção, usuário à procura dos profissionais nos serviços de saúde, e que estão mobilizados geralmente pela consulta médica dirigida a uma queixa específica.

A Saúde da Família como forma de organização do primeiro nível de atenção do SUS pretende, por meio dos seus princípios organizacionais, inverter esta organização pautada pela demanda espontânea para uma organização pautada pelas necessidades dos usuários-família. Visa organizar especialmente a atenção aos usuários para o enfrentamento das situações crônicas, que têm maiores probabilidades de agravarem e se tornarem agudas. Para isto, inverter a lógica do acesso às ações de saúde é ainda um grande desafio, e o uso das FSF pode ser um aliado, como se pode perceber no trecho do DSC 3:

> *"Eu acho que nós temos um dilema que deve ser um avanço que a gente tem que conquistar: que a partir desse modelo de hoje tem muita procura direta, uma preocupação muito grande com o atendimento da procura direta, para o modelo mesmo de você ser cuidador de uma comunidade, de um número determinado de pessoas. Fazer um diagnostico melhor, epidemiológico da situação. Eu acho que esse é um desafio, sabe. Nesse sentido os instrumentos seriam um grande auxilio, dariam uma visão muito boa para a gente fazer uma intervenção mais efetiva (....)"*

Isto porque o uso das FSF propicia uma mudança no olhar sobre a situação do problema em estudo.

Trecho do DSC 3:

> *"(....) Com o estágio da Federal que a gente faz, então eles têm que trabalhar com uma família, a gente tem aplicado as ferramentas. E ali a gente vê como facilita num olhar assim, você já tem o diagnóstico daquela família (....)"*

Porém, a pressão que exerce a demanda espontânea sobre os serviços de saúde é enorme. Quase inviabiliza qualquer iniciativa de invertê-la.

Trecho do DSC 3:

"(....) só para você ter uma idéia, eu estou há pouco tempo aqui e a gente entrou numa unidade que tem quatro equipes, mas que estava com dois médicos. Entrou um terceiro e uma das equipes está sem médico, e a gente está muito mergulhado na assistência, na atenção a demanda."

Por isto, a aposta na construção de um novo modelo de atenção à saúde deve ser um movimento institucional, cujos enfrentamentos se fazem nas diferentes interfaces do SUS como: (1) com os próprios usuários e trabalhadores de saúde aculturados dentro da racionalidade biomédica; (2) com os prestadores de serviço, em especial os hospitais, habituados com o financiamento por meio de pagamento por produção que imprimem distorções no sistema, pois, em algumas situações, é mais vantajoso (lucrativo) atender casos menos complexos, que poderiam praticamente ser resolvidas pela atenção básica Saúde da Família, do que se ocuparem dos casos graves cuja assistência hospitalar é fundamental à recuperação da saúde, onde os gastos são maiores; (3) com os fabricantes de equipamentos e medicamentos que, com fins lucrativos, pressionam a incorporação de novas tecnologias duras; (4) com a academia, que ainda se organiza para formar profissionais na lógica do mercado privado. Enfim, com o complexo médico-hospitalar e médico-financeiro da saúde (VIANNA 2002), e também com o complexo da produção do conhecimento em saúde (pesquisa, formação e educação permanente).

Portanto, para a consolidação de um novo modo de organização das ações de saúde, todas as iniciativas institucionais devem estar voltadas ao enfrentamento destes desafios. Neste sentido a IC4, refere que a utilização das FSF não está descrita nos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde, sendo um indicador de que, na disputa entre as lógicas organizacionais da atenção à saúde, uma fundamentada na racionalidade biomédica e outra na orientação centrada nos indivíduos-família e suas necessidades de vida, a primeira ainda prevalece.

Se o sistema de saúde de Curitiba pretende se configurar estruturado numa rede de atenção básica heterogênea, híbrida na orientação das práticas de saúde, onde parte das unidades de saúde pratica a atenção básica à saúde convencional e outra a atenção básica Saúde da Família, quando se organiza um protocolo de atenção clínica, cuja racionalidade pauta-se na prestação da assistência a um agravo ou doença a um determinado grupo de pessoas (a lógica da biomedicina), este protocolo deveria restringir-se à prática das equipes que trabalham dentro do modelo de atenção básica convencional. Uma outra saída ao problema seria que, minimamente, estes protocolos previssem e propusessem outras e diferentes abordagens sobre os problemas de saúde para a prática das equipes Saúde da Família. Os protocolos, portanto, deveriam prever duas formas de abordagem, uma orientada pela lógica da cura para equipes de atenção básica convencionais, e outra construída na lógica do cuidado, voltados ao trabalho das equipes Saúde da Família. Se as diferenças entre os modelos de atenção existem, ou deveriam existir como expresso na proposta de construção de um novo modelo de atenção, trata-se de duas formas de organização das práticas de saúde, onde estas diferentes abordagens devem estar expressas nos protocolos clínicos de atenção.

Idealmente as equipes de Saúde da Família deveriam trabalhar com protocolos clínicos construídos numa outra lógica organizacional, pautada nas necessidades integrais dos indivíduos-família, e não por grupos patológicos. Bem como os processos de capacitação e educação permanente deveriam prever o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos por competências necessárias à abordagem integral que se propõe para o trabalho em Saúde da Família, e não serem organizados na lógica das áreas programáticas. O indicado seria a construção de protocolos assistenciais integrais, com base na racionalidade aplicada à Saúde da Família de Curitiba, por exemplo, utilizando-se da ferramenta Ciclo de Vida Familiar para guiar as condutas e abordagens em equipe. Isto porque se propõe uma abordagem familiar aos problemas de saúde que não se individualizam, não se restringem aos indivíduos doentes (portadores de agentes etiológicos ou disfunções basais), mas que se refletem e ecoam em seu sistema social, sua família e comunidade. Este protocolo deveria prever novas formas de agir em saúde

possibilitando construir novas prática em saúde, como reforçar o uso das FSF, e propor um elenco de ações que vão além das terapias medicamentosa e cirúrgica. Tais medidas variariam caso a caso, respeitando as diferentes realidades da vida dos indivíduos-família que apresentam problemas de saúde ou doenças.

Esta deficiência dos protocolos traduz-se numa sensação, aos profissionais Saúde da Família de Curitiba, de não estarem agindo de acordo com os princípios organizacionais da estratégia.

Trecho do DSC 4:

"Meu único comentário é que eu acho que a gente não faz o que deveria. A gente deveria estar aplicando os instrumentos, e na verdade a gente não tem essa prática. Não é nem falta de tempo. Não dá para dizer que é falta de tempo. É falta da gente se organizar e colocar isso com um objetivo. A gente objetivar fazer, porque é importante. É só isso! E mais a gente colocar em prática. Eu acho que a gente não faz o que deveria (...) Na verdade eu acho que teria que ter... o que eu sinto assim das ferramentas é que... é como se fosse um protocolo mesmo. Porque eu estou pensando aqui na minha unidade, mas se você for pensar numa, em toda uma rede de atendimento para você ter uma linguagem única (....)"

Tendo em vista os processos de educação, formular protocolos de conduta pautados nas doenças e agravos a grupos populacionais (crianças, hipertensos, e outros), equivale a continuar a produzir capacitações a partir dos agravos e doenças, reforçando a fragmentação do conhecimento produzida pela biomedicina.

Por fim, a IC5 afirma que as reuniões de equipe para discussão de caso não têm sido realizadas, aparecendo como um grave problema gerencial que se interpõe não somente ao uso das FSF, mas ao próprio desenvolvimento das ações e práticas das equipes Saúde da Família, visto que dificulta a integração da equipe, única maneira de se viabilizar o trabalho multidisciplinar, como se pode destacar nos trechos da DSC 5:

"É uma coisa que a gente não está conseguindo atuar de forma mais integrada com a equipe. Agora que a gente está procurando organizar e

sistematizar, ter essas reuniões que a gente está fazendo por área. Até, para estar vendo com os outros profissionais, o que poderia estar ajudando e fazendo com que a gente consiga atingir os nossos objetivos, que possa estar cuidado da família (....) A gente não está coordenando as coisas da forma em que deveria acontecer em relação tanto à parte médica como a parte de enfermagem. Na odontologia a gente consegue avançar um pouquinho mais, está trabalhando um pouquinho mais (....)"

"(....) Só que na verdade a gente não tem feito essa reunião, não tem acontecido. Até hoje de manhã teve uma reunião que a gente vai começar a sentar e vai começar a discutir os casos por micro-área (....)"

O sistema de informação, desenvolvido numa lógica de atendimento individual, a falta de processos de educação permanente adequados ao desenvolvimento de competências para além da prática biomédica, a pressão da demanda, a padronização de protocolos que não distinguem a prática das equipes de atenção básica e de atenção básica Saúde da Família, que se refletem numa mudança de postura gerencial que impossibilita reuniões de equipe para discussão de casos, são problemas não apenas para o uso adequado das FSF, mas também para a própria construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Pode-se admitir levando em conta os elementos expressos nas idéias centrais extraídas dos discursos dos profissionais da Saúde da Família de Curitiba que a própria estratégia Saúde da Família está sob risco de não se efetivar plenamente.

A análise de discurso empreendida neste trabalho indica fortemente que, na disputa entre os modelos, o convencional pautado pela biomedicina e o proposto pela Saúde da Família pautado no modelo de promoção da saúde, o primeiro tem predominado nos processos gerenciais da Secretaria Municipal de Curitiba.

8. CONCLUSÃO

As FSF demonstram ser uma tecnologia leve adequável aos propósitos de consolidação de novas práticas em Saúde da Família que contribuem para consolidação do cuidado em saúde, apesar do estudo possuir limitações quanto ao seu objeto e método, posto que se trata de um retrato (estático) de uma realidade sempre dinâmica.

A maior potencialidade no uso das FSF reside na ampliação do diagnóstico em saúde avançando nos conhecimentos acerca dos determinantes sócio-culturais dos processos saúde-doença dos indivíduos-família possibilitando ampliação dos planos de tratamento, a partir dos estudos de caso dirigidos a casos específicos na atividade clínica das equipes Saúde da Família. Ressalta-se, porém, que a seleção de apenas profissionais de nível superior para obtenção dos DSC podem ter condicionado o padrão dos discursos obtidos.

O pressuposto motivador do estudo pode ser parcialmente percebido, pois o uso das FSF demonstrou se constituir numa tecnologia leve em saúde que integra as atividades da clínica dos diferentes profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Curitiba (inclusive da saúde bucal). Seu emprego possibilita, por meio de abordagem ampliada dos processos saúde-doença nas famílias, a elaboração e execução de projetos terapêuticos que incluem ações para além das terapias medicamentosa e cirúrgica, e desta maneira, contribuem para a consolidação do cuidado em saúde dos indivíduos-família. Porém, não há uniformidade, tampouco consenso, acerca: (1) do entendimento predominante sobre seu uso; (2) do processo de utilização; e, (3) das percepções dos profissionais sobre o resultado do uso das FSF.

Apesar dos profissionais reconhecerem potencial transformador do uso das FSF, eles têm diferentes compreensões acerca de seu uso, e descrevem diferentes processos de utilização e de percepção sobre os resultados. Alguns destes processos de uso são contraditórios aos referenciais teóricos, o que demonstra que a tecnologia ainda não é do amplo domínio dos que a utilizam, exigindo da instituição investimentos nesta área.

Percebe-se, porém, que o paradigma da biomedicina exerce fortíssima influência nas instituições do SUS, na cultura da população, nas disputas do complexo médico-industrial, médico-financeiro e na produção do conhecimento em saúde. Assim, mesmo municípios com uma longa história de inovações na organização da atenção básica à saúde no SUS, como é o caso de Curitiba, encontram enormes dificuldades para operar uma mudança paradigmática e orientar sua atuação à construção de um novo modelo de atenção.

A análise do material indica que está instaurada na gestão municipal da saúde de Curitiba a disputa entre um ideário e uma cultura. Neste cenário, o ideário da Saúde da Família enfrenta dificuldades relevantes quanto ao sistema de informação, a educação permanente, a organização da demanda, a elaboração de protocolos de atenção e as reuniões de equipe. Processos gerenciais criticados pelos entrevistados. Tais críticas, ao trabalho em saúde e à cultura institucional, expressam o conflito entre os processos gerenciais adotados e a falta de tempo para uma reflexão mais profunda sobre o processo de trabalho. Sugerem que, na instituição, predomina a cultura do modelo biomédico, e que esta cultura permeia as escolhas gerenciais em relações ao setor saúde no município. Constitui-se, portanto, uma cultura institucional que colide com o ideário da Saúde da Família, seus princípios organizacionais, sua prática generalista e em equipe. Superar os problemas e transformar essa cultura predominante exige que os gestores desenvolvam uma atenção continuada acerca dos processos de trabalho, das decisões gerencias e dos processos de gestão e, sobretudo, da formulação de ações coerentes com os propósitos do modelo de promoção da saúde em que se insere a estratégia Saúde da Família. Desta forma, torna-se imprescindível uma atitude vigilante da gestão, com investimentos constantes no desenvolvimento das tecnologias e saberes que auxiliem nestas mudanças.

Conclui-se que o uso das FSF pode contribuir para a consolidação do cuidado em saúde, dentro do modelo de promoção pautado no conceito ampliado de saúde que fundamenta a proposta da Saúde da Família. O uso das FSF demonstra ser um dispositivo com potencialidade para contribuir com a mudança do modelo assistencial, porém, não se muda uma cultura institucional apenas com o emprego de

tecnologias, mas sim, com ação política que interfira profundamente nos processos macro-estruturantes do sistema. Desta forma, concretizar a prática do cuidado como uma nova perspectiva para o SUS em Curitiba é ainda um desafio institucional que requer investimentos, atitude vigilante, e de cuidado por parte da gestão da saúde no município.

9. REFERÊNCIAS[7]

1. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva** 2002; 75(4): 709-712.

2. Boff L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

3. Botazzo C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo a saúde.** 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 17-27.

4. Camargo Júnior KR de. A Biomedicina. **Physis** 1997; 7(1): 45-68.

5. Camargo Júnior KR de. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003. p. 35-44.

6. Camargo Júnior KR de. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, IMS, UERJ, Abrasco; 2004. p.157-170.

7. Campos GE de S. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec; 1991.

[7] Utilizou-se o sistema de citação autor e ano, segundo as regras apresentadas no Guia de Apresentação de Teses da Universidade de São Paulo.

8. Campos GE de S, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS).**Cadernos de Saúde Pública** 1997; 13(1): 141-4.

9. Campos GE de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec; 2000.

10. Campos GE de S. **Saúde paidéia.** São Paulo: Hucitec; 2003.

11. Cecílio LC de O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** 1997; 13(3): 469-78.

12. Contandriopoulus A-P, Champagne F, Potvin L, Denis J-L, Boyle P. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento.** São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1994.

13. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociologia e Política** 2002; 18: 49-71.

14. Cristiee SJ. **Working whith families in primary care**. Oxford: Kellog's Foundation; 1984.

15. Dalmaso ASW, Nemes FA. Promoção à saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília: IDS – USP; 2001. p. 07-09.

16. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG e Moysés SJ, organizadores. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: Cebes; 2001.

17. Foucault M. **O nascimento da clínica.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.

18. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-line.** Tribuna livre [on line] Campinas; 1999. Disponível em <URL:http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm> [2003 jun 14].

19. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. **O Trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano.** 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003. 55-124.

20. Lefèvre F, Lefèvre AMC. **Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem.** São Paulo: EDUSP; 1999.

21. Lefèvre F, Lefèvre AMC. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

22. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva** 2001; 6(2): 269-328.

23. Luz MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004. p. 9-20.

24. Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde.** 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 50-63.

25. Mattos RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001. p. 39-64.

26. Mattos RA de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003. p. 45-59.

27. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

28. Mendes EV. **Os grande dilemas do SUS – Tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

29. Mendes EV. **Os grande dilemas do SUS – Tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

30. Mendes EV. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

31. Merhy EE, Onocko R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

32. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-112.

33. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.197-228.

34. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MA de A, Foschiera MM, Panizzi M, organizadores. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança de modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.21-45.

35. Minayo MC de S, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 9ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes. Coleção Temas Sociais; 1998.

36. Minayo MC de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

37. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília (DF); 1996. (mimeo)

38. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - informes técnicos institucionais. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(3): 316-9.

39. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da saúde: declaração de Alma-Ata, carta de Otawa, declaração de Adelaide, declaração de Sindsvall, declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede dos Megapaíses, declaração do México.** Brasília (DF); 2001.

40. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa Saúde da Família.** Brasília (DF); 2001.

41. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde – relatório de gestão 2000-2002.** Brasília (DF); 2002.

42. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização como equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS 01/02.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2ªEd. Brasília (DF); 2002.

43. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 - condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília (DF); 2004.

44. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal** [online]. Brasília (DF) 2004. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> [2004 nov 12]

45. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério.** Brasília (DF); 2004. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578> [2004 nov 12]

46. Moysés SJ. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Kriger L, organizador. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, ABOPREV; 1997. p.371-407.

47. Moysés SJ, Talbot Y et al. Ferramentas de descrição das famílias e seus padrões de relacionamento – Genograma – uso em Saúde da Família. **Rev. Médica do Paraná** 1999; 57(nº 1/2): 28-33.

48. Moysés SJ, Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, organizadores. **A saúde bucal em Curitiba: Boqueirão, boca maldita, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Cebes; 2002.

49. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde da Família: quando um corpo ganha uma boca In: Moysés SJ, organizador. **A saúde bucal em Curitiba: Boqueirão, boca maldita, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 133-61.

50. Narvai PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002.

51. Narvai PC. Há metas em saúde bucal para 2010? **Jornal do site odonto** [periódico on line] 2002; IV(52). Disponível em <URL:http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/indice_capel.htm> [2004 nov 12]

52. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2001; 6(2): 445-450.

53. Oliveira E, Talbot Y et al. Ferramenta de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em Saúde da Família – Ciclo de Vida Familiar. **Rev. Médica do Paraná** 1999; 57(nº 1/2): 22-27.

54. Osório LC. **Família hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

55. Paim JS, Almeida Filho N de, **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

56. Papp P, Silverstein O, Carter E. Family sculpting in preventive work with well families. **Family Process** 1973; 12: 197-212. (mimeo)

57. Pedotti MA, Moysés SM. A história dos 20 anos de atenção primária em Curitiba e as outras "estórias". **Divulgação em Debate** 2000; 19: 6-13.

58. Petersen PE. The world oral helth report 2003: melhoria continua da saúde bucal no século 21 – abordagem do programa global de saúde bucal da OMS. **Comunity Dent Oral Epidemiol** 2003; 31(supl 1): 3-24.

59. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001. p. 65-112.

60. Pinheiro R, Mattos RA de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001.

61. Pinheiro R, Mattos RA de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003.

62. Pinheiro R, Mattos RA de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, UERJ, IMS, Abrasco; 2004.

63. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, UERJ, IMS, Abrasco; 2004. p. 21-36.

64. Ribeiro EM, Chomatas ER da V, Caputo Neto M. Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: a experiência do município de Curitiba-PR. In: OPAS, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Série técnica: projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília (DF); 2004. 8(2): 37-61.

65. Sampaio LFR. **Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica – PPI/AB 2001/2002.** Salvador; 2002. [Tese de Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde _ Instituto de Saúde Coletiva UFBA].

66. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **10 Anos de PSF em Curitiba: a história contada por quem faz história.** Prefeitura Municipal de Curitiba 2002; (n° esp.).

67. Sheiham A. Mudança necessária na política de saúde bucal brasileira: "o pulo do gato" **Jornal do site odonto** [periódico on line] 2001; III (45). Disponível em <URL:http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/aubrey/artaubrey46.htm> [2004 nov 20]

68. Silva M da. Saúde bucal: uma prioridade sanitária. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2000 nov 3; Folha Opinião. Disponível em <URL:http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz03112000010. htm> [2004 nov 13].

69. Silveira ML. **Família: conceitos sócio-antropológicos.** Curitiba; 1998 (mimeo) [texto elaborado no Departamento de Saúde Comunitária NESF/UFPR].

70. Silveira Filho AD, Oliveira CA de, Ribeiro EM, Lopes MGD. Programa Saúde da Família em Curitiba – estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: Ducci L et al., organizadores. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: Cebes; 2001. p.239-251.

71. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

72. Starfield B. **Qualidade de atenção primária: uma visão clínica.** La Plata; 1998 (mimeo) [texto da apresentação realizada em março de 1998 em La Plata, Argentina, revisado em 13 de abril de 1998].

73. Takahashi RF, Oliveira MA de C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: IDS, USP, Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem: programa Saúde da Família.** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (DF); 2001. p.43-46.

74. Talbot Y, Wagner HL et al. Bases conceituais do trabalho em Saúde da Família **Rev. Médica do Paraná** 1999; 57(nº 1/2): 16-21.

75. Tanaka YO, Melo C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: EDUSP; 2001.

76. Teixeira CF. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde** (mimeo) Brasília; 2000. [Texto elaborado como contribuição aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde].

77. Teixeira CF. Prevenção, promoção e vigilância da saúde. In: Teixeira CF. **O futuro da prevenção.** Salvador: Casa da Qualidade; 2001. p.65-76.

78. Teixeira CF. Saúde da Família, promoção e vigilância: construído a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Rev. Brasileira de Saúde da Família** 2004; 7(Ed.Esp.): 10-23.

79. The College of Family Phisicians of Canada. **Four principles of family medicine.** Toronto; 1996. Disponível em <URL:http//www.cfpc.ca/four.htm> [2003 ago 12]

80. Vianna CM de M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **PHYSIS** 2002; 12(2): 375-390.

81. Victora CG, Kanuth DR, Hassen M de NA. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

82. Wagner HL, Wagner ABP, Malafaia O. et al. Bases conceituais de trabalho em Saúde da Família. **Rev. Médica do Paraná** 1999; 57(n° 1/2): 16-22.

83. Wagner ABP, Wagner HL. et al. Trabalhando com famílias em Saúde da Família **Rev. Médica do Paraná** 1999; 57(n° 1/2): 40-46.

84. Wilson MDL. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Trad. de Wagner HL. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; 2000.

ANEXOS

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dimensão 1 - CONHECER O ENTENDIMENTO PREDOMINANTE ACERCA DA UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

1. Na sua opinião, para que são usadas as Ferramentas da Saúde da Família?
2. Em que situações você utiliza as FSF? Por quê?

Dimensão 2 - CONHECER O PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

3. Descreva como as FSF são utilizadas no seu processo de trabalho.
4. Descreva o que é feito com as informações obtidas pela utilização das FSF.

Dimensão 3 - CONHECER A PERCEPÇÃO DO RESULTADO DO USO DAS FERRAMENTAS SF.

5. Como você avalia os resultados obtidos quando se usa as Ferramentas da Saúde da Família? (Comunidade e Equipe)

Questões acrescentadas ao Roteiro de Entrevista original

6. Você gostaria de tecer mais algum comentário acerca do uso das FSF?
7. Você tem algum exemplo do uso das Ferramentas da Saúde da Família na sua prática, em atividade conjunta com a equipe de Saúde Bucal, que gostaria de comentar?

Anexo 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Saúde Pública

AV. DR. ARNALDO, 715 - SÃO PAULO, SP - CEP

01246-904

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

A pesquisa "O Uso das Ferramentas Saúde da Família na Construção do Cuidado em Saúde" está sendo desenvolvida no município de Curitiba, por mim Antonio Dercy Silveira Filho, cirurgião dentista, como parte do meu curso de mestrado que realizo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai.

O objetivo da pesquisa é avaliar o entendimento predominante, o processo de utilização, e a percepção dos resultados obtidos com a utilização das Ferramentas Saúde da Família, a partir de relatos dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

A metodologia da pesquisa prevê a realização de uma entrevista com cada participante que será gravada e, posteriormente, transcrita para a análise, não havendo nenhum risco ou desconforto, nem exposição do participante a situações desagradáveis (vexatórias ou constrangedoras).

Sua participação no estudo é voluntária e contribuirá para o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família. Nós asseguramos que todas as informações obtidas na entrevista serão mantidas em total sigilo e sua privacidade preservada. Sua identidade não será revelada de nenhuma forma e os dados obtidos serão utilizados apenas nesta pesquisa e nos trabalhos científicos nela baseados.

Se além dessas informações e esclarecimentos você considerar necessária alguma informação adicional sobre a pesquisa, procure o Prof. Paulo C. Narvai por meio do telefone (11) 3066-7782 ou do endereço eletrônico <pcnarvai@usp.br>

Obrigado pela colaboração!

ANTONIO DERCY SILVEIRA FILHO

Cirurgião Dentista
Mestrando em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo
R. Nunes Machado 1.169 ap.503 Curitiba, PR.
CEP. 80.350-100 Fone: (41) 333.1426

Anexo 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Saúde Pública

AV. DR. ARNALDO, 715 - SÃO PAULO, SP - CEP

01246-904

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA CIENTÍFICA

O Uso das Ferramentas Saúde da Família na Construção do Cuidado em Saúde

Antes da leitura deste Termo de Consentimento fui informado(a) que posso interromper a leitura e fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas para o meu melhor esclarecimento do assunto.

Eu_____

com_____ anos de idade, profissional _____ da Equipe de Saúde da Família da US _____ do município de Curitiba, PR. fui procurado pelo pesquisador Antonio Dercy Silveira Filho, cirurgião dentista, quando fui convidado para participar e informado(a) sobre o objetivo da pesquisa com o título acima.

O objetivo da pesquisa é avaliar em que medida o uso das Ferramentas Saúde da Família a partir de problemas de saúde bucal, tem contribuído para a construção do cuidado integral em saúde nas equipes de Saúde da Família de Curitiba, bem como conhecer o entendimento predominante, o processo de utilização, e a percepção sobre os resultados obtidos pela utilização dessas Ferramentas.

O Sr. Antonio Dercy Silveira Filho também leu este documento e esclareceu seus termos, deixando claro que, se desejar, eu tenho o direito de saber o resultado

desta pesquisa. Ficou claro também que caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de sanção ou constrangimento.

Na apresentação o pesquisador me informou que todas as informações a serem prestadas sobre a minha pessoa serão mantidas em sigilo, e não poderei ser identificado(a) como participante da pesquisa.

Assim considero-me satisfeito com as explicações do pesquisador e concordo em participar como voluntário(a) deste estudo.

Curitiba,_____ de_____ de 2005.

Entrevistado

Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunhas

1. Nome: _____

Assinatura: _____

2. Nome: _____

Assinatura: _____

Antonio Dercy Silveira Filho

Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa que vai participar da pesquisa.

Anexo 4

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
SECRETARIA DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador **ANTONIO DERCY SILVEIRA FILHO**, protocolou sob o número 02/2005, sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto Intitulado: **"O Uso das Ferramentas Saúde da Família na Construção do Cuidado em Saúde"**, em 14 de janeiro de 2005.

O tema proposto no projeto, é de interesse desta Secretaria, sendo que, tão logo esteja aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino, a execução do mesmo será autorizada, no período solicitado.

Por ser verdade firmamos o presente,

Curitiba 14 de janeiro de 2005

Rosângela Scucato
Vice-Presidente do Comite de Ética
em Pesquisa /SMS Curitiba

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA – COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066- 7779/7742 – 0 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/34/05

16 de fevereiro de 2005

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou** e **aprovou,** em sua 1.ª/05 Sessão Ordinária, realizada em 15.02.05, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 1248, intitulado: "O USO DAS FERRAMENTAS SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.", apresentado pelo pesquisador Antonio Dercy Silveira Filho.

Atenciosamente,

Eunice Aparecida Bianchi Galati
Professora Doutora
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP