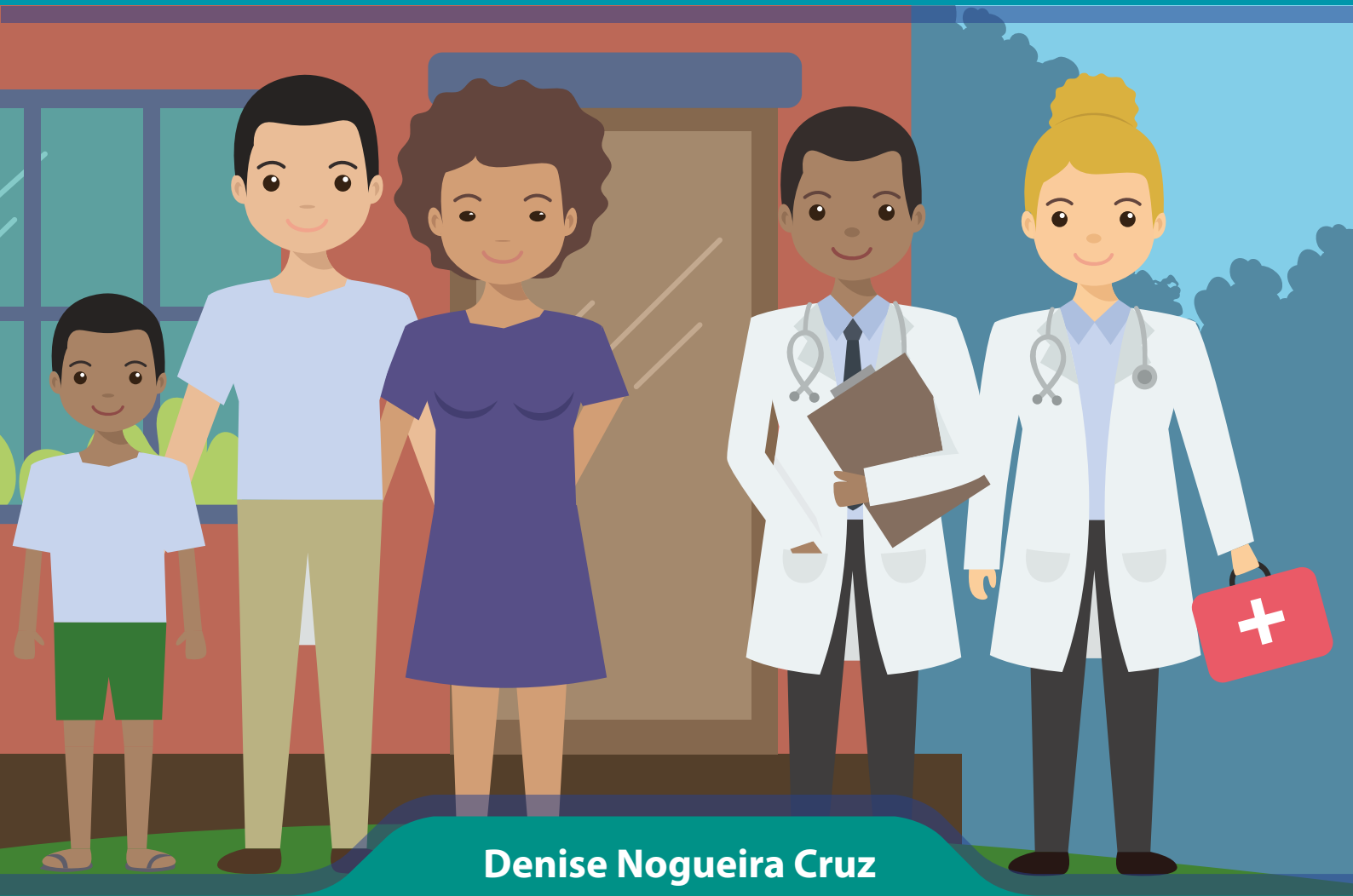




Especialização em Saúde Coletiva


Concentração em Saúde da Família



Denise Nogueira Cruz
Sandra Garrido de Barros
(Organizadoras)

Atenção à Saúde Bucal das famílias

Atenção à Saúde Bucal das Famílias

A large, stylized graphic of a leafy branch, rendered in various shades of blue and teal, occupies the left side of the cover. The leaves are layered and overlapping, creating a sense of depth and movement.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DAS FAMÍLIAS

*Denise Nogueira Cruz
Sandra Garrido de Barros
(Organizadoras)*

Atenção à Saúde Bucal das Famílias

Salvador, 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor: João Carlos Salles Pires da Silva
Vice-Reitor: Paulo César Miguez de Oliveira
Pró-Reitoria de Extensão Universitária
Pró-Reitora: Fabiana Dultra Britto
Faculdade de Odontologia
Diretor: Marcel Lautenschlager Arriaga

Superintendência de Educação a

Distância -SEAD

Superintendente
Márcia Tereza Rebouças Rangel

Coordenação de Tecnologias Educacionais

Haenz Gutierrez Quintana

Coordenação de Design Educacional

Lanara Souza

Especialização em Saúde Coletiva Atenção à Saúde Bucal das Famílias

Coordenadora:
Profa. Sônia Chaves

Produção de Material Didático

Coordenação de Tecnologias Educacionais
CTE-SEAD

Núcleo de Estudos de Linguagens &
Tecnologias - NELT/UFBA

Coordenação
Prof. Haenz Gutierrez Quintana

Projeto gráfico e diagramação

Haenz Gutierrez Quintana

Ilustração de capa:
Rafael Andrade

Equipe de Revisão:
Edivalda Araujo

Julio Neves Pereira

Márcio Matos

Simone Bueno Borges

Equipe Design

Supervisão: Alessandro Faria

Edição / Ilustração:

Ana Paula Ferreira; Marcos do Nascimento;
Moema dos Anjos; Ariana Santana; Camila
Leite; Marcone Pereira; Michele Duran de

Souza Ribeiro; Rafael Moreno Pipino de
Andrade
AVA: Jose Renato Oliveira
Design de Interfaces: Raissa Bomtempo

Equipe Audiovisual

Direção:

Haenz Gutierrez Quintana

Produção:

Ana Paula Ramos; Daiane Nascimento dos
Santos

Câmera, teleprompter e edição: Gleyson
Públio; Valdinei Matos

Edição:

Deniere Silva; Flávia Braga; Jeferson
Ferreira; Jorge Farias; Raquel Campos;
Victor dos Santos

Animação e videografismos:

Bianca Silva; Eduarda Gomes; Roberval
Lacerda.

Edição de Áudio:

Cícero Batista Filho; Greice Silva; Mateus
Aragão



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Esta obra está sob licença *Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0*: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da UFBA

A864 Atenção à saúde bucal das famílias / Denise Nogueira Cruz, Sandra Garrido de Barros (organizadoras.). - Salvador: UFBA, Faculdade de Odontologia; Superintendência de Educação a Distância, 2019.
99 p.: il.
Esta obra é um Componente Curricular do Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Concentração em Saúde da Família na modalidade EaD da UFBA/SEAD/UAB.
ISBN: 978-85-8292-230-9

1. Famílias - Saúde e higiene. 2. Saúde bucal. 3. Saúde pública. I. Cruz, Denise Nogueira. II. Barros, Sandra Garrido de. III. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia. IV. Universidade Federal da Bahia. Superintendência de Educação a Distância. V. Título.

CDU: 614

Sumário

Carta de Apresentação da Disciplina. 09

Unidade I - Abordagem Sistêmica da Família 11

1.1 A família no contexto do cuidado à saúde 11

1.1.1 Família: conceitos e tipos na atualidade 12

1.2 Abordagem sistêmica 14

1.2.1 Influências da Teoria Geral dos Sistemas 14

1.3 A Família: um sistema aberto para a educação em saúde 16

1.4 Síntese da unidade 19

Unidade II - Instrumentos de Diagnóstico Familiar 23

2.1 Família: estrutura e transformação 23

2.1.1 Estruturas e transformações 24

2.2.1 Instrumentos para avaliação e intervenção na família 25

2.2 Modelo Calgary de Avaliação Familiar 27

2.2.1 Avaliação estrutural da família (Genograma e Ecomapa) 28

2.2.2 Avaliação do desenvolvimento da família 36

2.2.3 Avaliação funcional da família 36

2.3 Síntese da unidade 38

Unidade III - A Visita Domiciliar como Prática de Atenção à Saúde
Bucal na Estratégia Saúde Família 41

3.1 A visita domiciliar no contexto do SUS 41

3.2 Como ocorreu a inserção das famílias no cenário das políticas de saúde
brasileiras? 43

3.3 Vamos operacionalizar melhor a visita domiciliar: aspectos conceituais e práticos desta ferramenta de intervenção em saúde	45
3.4 A visita domiciliar e a busca constante da integralidade nas práticas de saúde	49
3.5 Síntese da unidade	50
Unidade IV - Estudo de Caso: Utilizando o Modelo Calgary de Avaliação Familiar para o Planejamento de Intervenções	53
4.1 Introdução	53
4.2 Identificação e estrutura da família	56
4.2.1 <i>Genograma/ Familiograma</i>	56
4.3 Classificação da família, diagrama das relações familiares e ecomapa ...	57
4.4 Condições de moradia e saneamento.....	60
4.5 Identificação do(s) usuário(s) selecionados pela história do adoecer.....	61
4.6 História de Vida Familiar.....	61
4.7 História do Adoecer	63
4.8 Lista de problemas.....	64
4.9 Exames para ações diagnósticas e preventivas.....	65
4.10 Plano terapêutico e educacional	68

Sobre as autoras

Adriana Valéria da Silva Freitas

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1995). Especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Federal da Bahia (1999). Mestrado em Enfermagem na atenção à Saúde do Adulto e do Idoso pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (2002) e Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2009). Atualmente é professora adjunto na área da Saúde da Pessoa Idosa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área do Cuidar em Enfermagem atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, saúde do idoso, violência contra pessoas idosas, o cuidado a pessoa idosa em instituições de longa permanência, cuidado a pessoa idosa na família, assistência domiciliar e Programa de saúde da família.

Denise Nogueira Cruz (organizadora)

Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui graduação em Odontologia pela UFBA. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA), Mestre em Saúde Coletiva e Especialista/Sanitarista (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) pela mesma Instituição.

Jannine Baultar Costa

Cirurgiã-dentista graduada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (2009), Sanitarista pós-graduada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2011) e Mestre em Saúde Coletiva, na área de Planejamento e Gestão em Serviços de Saúde, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2018). Possui experiência acadêmica em pesquisa na área de Saúde Coletiva. Fez parte do corpo técnico da Coordenadoria de Saúde Bucal da Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Atualmente, atua como cirurgiã-dentista de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador. Tem experiência na área de Planejamento e Gestão das ações e serviços de saúde, levantamentos epidemiológicos, atuando principalmente na prevenção, promoção da saúde, educação em saúde e gestão do cuidado, com ênfase na área técnica de Saúde Bucal.

Apresentação

Samantha Coelho Torres

Enfermeira Sanitarista, graduada em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e especialista em Medicina Social com área de concentração em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Atuou como Supervisora da Atenção Básica na Gerência de Atenção à Saúde da Secretara Municipal de Saúde- Dias DÁvila/BA. Atualmente, atua como enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador.

Sandra Garrido de Barros (organizadora)

Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Possui graduação (1999) e mestrado (2005) em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia e doutorado em Saúde Coletiva (2013) pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: análise de políticas de saúde, atenção primária à saúde, saúde da família, saúde bucal.

Tatiana Frederico de Almeida

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (2001), Mestrado (2004) e Doutorado em Saúde Coletiva (2011) pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (área de concentração: Epidemiologia), pós-graduanda em Gestão em Saúde Pública. É cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA, professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e ex- professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Curso de Odontologia). Tem experiência na área de Odontologia e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva, Epidemiologia e Epidemiologia em Saúde Bucal.

Verônica Copque Silva

Enfermeira mestre em saúde coletiva, especialista em saúde coletiva, com ênfase em saúde da família. Atuação com foco nas áreas assistencial e ensino de graduação e pós-graduação. Pesquisadora nas áreas de planejamento e gestão de serviços. Atualmente atuando no Núcleo de Educação Permanente em Saúde e no ensino de pós-graduação.

Queridos alunos,

Bem-vindos à disciplina Atenção à Saúde Bucal das Famílias!

Essa disciplina é composta por 4 unidades que correspondem às 4 semanas de aula e aos 4 capítulos deste livro. Na primeira unidade abordaremos o conceito de família, buscando compreender sua estrutura, dinâmica e funcionalidade, a partir da compreensão de que esta é um sistema aberto e em constante interação com o meio. Em seguida, na segunda unidade, apresentaremos um modelo de avaliação familiar, em especial instrumentos como genograma, diagrama de relações e ecomapa, apontando estratégias para o planejamento de intervenções. Na terceira unidade, discutiremos a visita domiciliar, suas indicações e operacionalização pelo cirurgião-dentista. Por fim, na quarta unidade, veremos um estudo de caso, acompanhado em 2010 por duas residentes, uma enfermeira e uma dentista, em um campo de estágio do Curso de Especialização em Medicina Social, sob a forma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (RMSF/ISC-UFBA).

Para o desenvolvimento da disciplina teremos como material básico este ebook, organizado por nós, junto com supervisores e egressos do RMSF/ISC-UFBA, onde essa metodologia era adotada no componente curricular Clínica da Família. A principal metodologia para a compreensão da teoria abordada nesse capítulo é o estudo de caso. Tendo em vista o tempo de duração da disciplina, não será possível que vocês (no íterim da disciplina) desenvolvam um estudo de caso familiar. Assim, sugerimos que além das atividades propostas no material didático da disciplina e das tarefas a serem enviadas semanalmente, vocês possam aplicar a metodologia aqui compartilhada por quem tem desenvolvido essa técnica em situações vivenciadas na sua prática profissional.

Conhecer bem o modelo de avaliação familiar proposto trará novas possibilidades de atuação. A utilização do genograma e do ecomapa podem otimizar a compreensão da estrutura e dinâmica familiar, agregados a técnicas de entrevista e visitação domiciliar. No âmbito da Estratégia Saúde da Família, apropriar-se dessas ferramentas é fundamental para identificar novas possibilidades terapêuticas e uma verdadeira atuação interdisciplinar.

Bom trabalho a todos!

Sandra e Denise

Figura 1: Consulta em família.



UNIDADE I

Abordagem Sistêmica da Família

Adriana Valéria da Silva Freitas

Damos as boas-vindas para o início da nossa primeira unidade do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, que está inserido no Ebook Atenção à Saúde Bucal das Famílias. Os assuntos que serão abordados aqui, são de fundamental importância para o cuidado às famílias, pois contemplam conceitos e aspectos teóricos, que precisam ser compreendidos para que seja possível ofertar o cuidado com a participação dos componentes das famílias. Respeitando suas peculiaridades, sua inserção social e visão de mundo. Sem deixar de mencionar orientações que atendam às necessidades básicas de saúde a partir de uma abordagem dialógica. Então, vamos lá, estejam atentos a discussão e bons estudos!

Objetivo(s)

- Discutir sobre a família no contexto do cuidado à saúde;
- Conhecer a abordagem sistêmica no cuidado familiar à saúde.

1.1 A família no contexto do cuidado à saúde

A família é a referência para o cuidado no contexto da saúde. Isso porque ela pode transmitir práticas de cuidado e responsabilidade, ao mesmo tempo em que pode implicar em carências e vulnerabilidade. Sendo assim, vivenciando uma dualidade entre o lugar de proteção e/ou de dano a seus componentes, implica ser o principal ente que necessita de um olhar integral (PIZZI, 2012).

Nos propomos, nesta unidade, a discutir sobre a família no contexto do cuidado à saúde. Pela complexidade dessa reflexão, não os deteremos em analisar questões de gênero e/ou poder, comuns nas discussões sociológicas. Para este estudo



Figura 2: representação da família no contexto do cuidado com a saúde

estaremos nos detendo na influência que a família tem frente as orientações sugeridas por profissionais da saúde.

Dessa maneira, é importante analisarmos o conceito de saúde segundo a abordagem da Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com este órgão, saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (C.E.T.I., 2016). Essa percepção provoca discussões em relação a viabilidade de como favorecer para que todos possam alcançar essa plenitude sugerida.

Podendo ser subdivididas em única, com apenas uma família, aquela que é o núcleo familiar da pessoa responsável pela unidade doméstica (que é também a pessoa responsável pelo domicílio). Quando relacionamos a saúde com o contexto do cuidado das famílias, vamos buscar refletir desde os aspectos físicos de seus componentes, até a inserção social que ocupam e que estão correlacionados, influenciando sobremaneira na qualidade de vida dos que a ela pertencem.

Diante disso, é importante buscar o apoio de tudo que esteja no entorno das pessoas que precisam de cuidado para que haja uma integralidade das ações e ofertas sugeridas pelos profissionais da saúde. Sendo assim, o que certamente irá ajudar no alcance do cuidado à saúde estará melhor construído com a parceria da família. Para tanto, é preciso a oferta de um cuidado humanístico e dialógico, sendo esta umas das muitas possibilidades para que ocorra o entendimento entre a família e os profissionais de saúde.

1.1.1 Família: conceitos e tipos na atualidade

A família é a instituição mais antiga que existe e a primeira experiência de socialização do indivíduo. Essa afirmativa representa o que sempre ouvimos falar sobre família. Dito isso, passamos a discutir as influências para a construção de um conceito de família, em que cada um de seus componentes possuem papéis bem estabelecidos social e culturalmente.

Sobre isso Carnut e Faquim (2014) discutem duas perspectivas para conceituar família. A primeira delas refere-se à da psicologia que observa a família a partir de sua relação interpessoal, e que possui uma espécie de hierarquia entre seus membros. A outra está centrada na sociologia, que vê a família como uma “unidade primária” importante para o desenvolvimento da espécie humana.

Contudo, há também uma maneira de conceituar a família de acordo com o IBGE (2010) que considera como sendo o conjunto de pessoas que vivem juntas em uma unidade doméstica, e que possuem laço de parentesco. Neste caso, a unidade doméstica poderá ter apenas um núcleo familiar. Ou mais de um núcleo familiar vivendo juntos.

Além disso, o IBGE (2010, p.37-38) relaciona o tipo de composição familiar:

- Casal sem filho(s) - quando constituídas por pessoa responsável pela unidade doméstica com cônjuge;
- Casal sem filho(s) e com parente(s) - quando constituídas somente pela pessoa responsável pela unidade doméstica com cônjuge e com pelo menos uma pessoa na condição de parente;
- Casal com filho(s) - quando constituídas somente por pessoa responsável pela unidade doméstica com cônjuge e com pelo menos um(a) filho(a) ou enteado(a);
- Casal com filho(s) e com parente(s) - quando constituídas somente por pessoa responsável pela unidade doméstica com cônjuge, com pelo menos um(a) filho(a) ou enteado(a) e com pelo menos uma pessoa na condição de parente;
- Mulher sem cônjuge com filho(s) - quando constituídas somente por pessoa responsável pela unidade doméstica do sexo feminino com pelo menos um(a) filho(a) ou enteado(a). Também denominada monoparental feminina com filho(s);
- Mulher sem cônjuge com filho(s) e com parente(s) - quando constituídas somente por pessoa responsável pela unidade doméstica do sexo feminino com pelo menos um(a) filho(a) ou enteado(a) e com pelo menos uma pessoa na condição de parente. Também denominada monoparental feminina com filho(s) e com parente(s);
- Homem sem cônjuge com filho(s) - quando constituídas somente por pessoa responsável pela unidade doméstica do sexo masculino com pelo menos um(a) filho(a) ou enteado(a). Também denominada monoparental masculina com filho(s);
- Homem sem cônjuge com filho(s) e com parente(s) - quando constituídas somente por pessoa responsável pela unidade doméstica do sexo masculino com pelo menos um(a) filho(a) ou enteado(a) e com pelo menos uma pessoa na condição de parente. Também denominada monoparental masculina com filho(s) e com parente(s); ou

- Outro - quando constituídas de forma distinta das anteriores.

Pode-se, assim, compreender a família como um sistema complexo que comporta relações antagônicas, contraditórias e complementares com seu meio externo e interno, não devendo ser concebida independente do ambiente. No ambiente familiar que o sujeito se constrói, através do processo de socialização, da educação que recebe, da cultura que lhe é transmitida e da linguagem que incorpora. Também é através dela que os sujeitos estabelecem nexos indissolúveis com o macro contexto, sendo, por essa razão, um dos organizadores da sociedade na medida em que define estilos de vida e compõe o ambiente em que seus membros vão viver. (DITZ et al., 2013).

Diante do exposto, para o trabalho com famílias no contexto da saúde, é importante definir como elas serão descritas pelos profissionais durante o atendimento nas consultas e/ou visitas domiciliares. Assim, teremos condições de caracterizar os papéis estabelecidos pelos seus componentes e as relações pactuadas. Além das demandas referentes à idade, sexo/gênero dentre outras que poderão surgir no processo de cuidado.

Visto possíveis maneiras de conceituar uma família a partir da descrição da sua composição, passaremos agora a discutir a abordagem sistêmica. Iniciaremos trazendo aspectos gerais e depois faremos a relação deste pensamento com o cuidado à saúde da família.

1.2 A Abordagem Sistêmica

1.2.1 Influências da Teoria Geral dos Sistemas

Define-se como sistema (figura 3) um complexo de elementos em interação. As referências que tratam sobre este tema e suas propriedades datam das décadas de 1930 e 1940. Mas, somente na primeira metade do século XX, ganhou reconhecimento passando de um paradigma mecanicista para o ecológico (GOMES et al., 2014).

Nesse sentido, é primordial lembrarmos aqui as características destes dois paradigmas para melhor entendermos como os mesmos influenciaram a Teoria dos sistemas. O primeiro refere-se ao mecanicismo cartesiano fundamentado por pensadores como Galileu Galilei, Copérnico, René Descartes, Francis Bacon e Isaac Newton. Tal modelo tinha como base a ideia de que o todo é formado por partes e estas determinam o comportamento do todo.

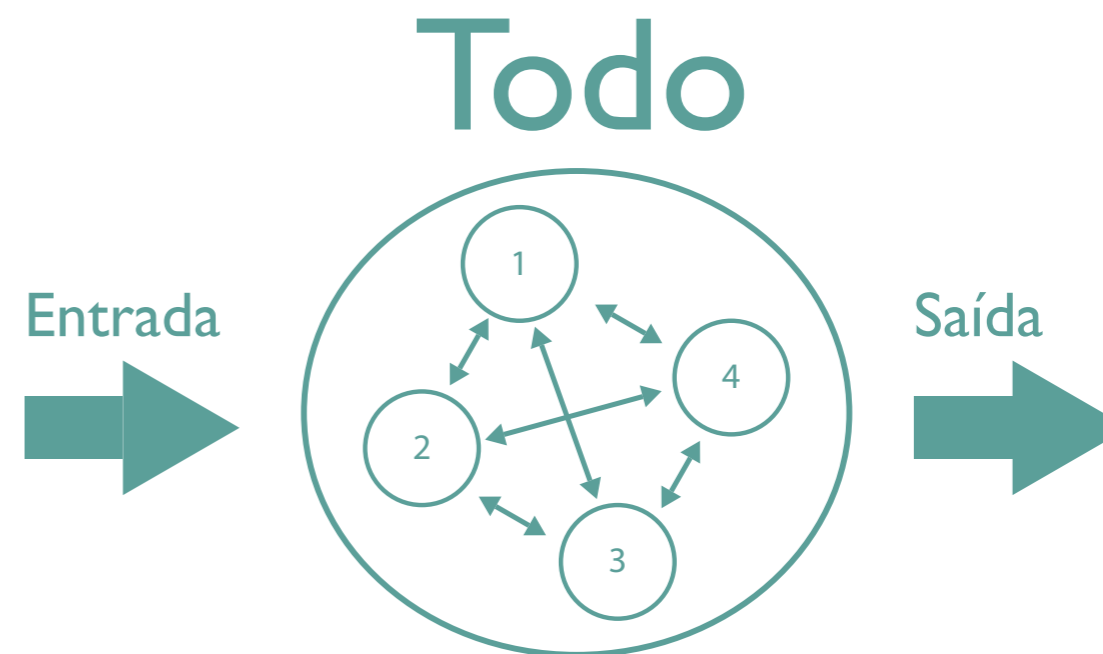


Figura 3: O todo é composto pelas partes e estas influenciam o todo.

Já o paradigma ecológico tem a compreensão dos sistemas vivos como redes. Essa maneira de pensar influenciou o biólogo Von Bertalanffy, que deu origem, em 1968, à Teoria Geral dos Sistemas cuja ideia central é que o todo é maior que a soma das partes. O referido biólogo pressupõe que existem dois tipos de sistemas: os abertos e os fechados (VASCONCELLOS, 2010).

Aqui iremos tratar dos sistemas abertos porque é neles que famílias estão inseridas. Caracterizam-se pelo intercâmbio material, energético e informativo com o que está em seu entorno, ou seja, o meio ambiente. É importante mencionarmos também que os sistemas abertos possuem três propriedades: totalidade, retroalimentação e equifinalidade (CALDAS, 1993).

Assim, é necessário fazermos uma reflexão crítica de como é possível termos a abordagem como fundamento para o cuidado à família sem cairmos no costumeiro modo de fazermos da doença o principal foco. Então, propomos aqui considerarmos um outro referencial que junto com a abordagem sistêmica pode favorecer essa contextualização do cuidado à saúde. Diante do exposto, precisaremos unir os conceitos vistos até aqui com o conceito de educação em saúde e aplicarmos em nosso dia-a-dia.

1.3 A Família: um Sistema Aberto para a Educação em Saúde

Conforme mencionamos acima, a Teoria Geral dos sistemas contribuiu para a elaboração de conceitos que fundamentam a concepção de família como um sistema (FIORINI; GUISSO, 2016).

Para Gomes e colaboradores (2014), todos os sistemas organizam-se como um todo coeso, visto que mudanças em cada uma das partes promovem mudanças no todo. Assim ocorre com as famílias. Quando acontecem mudanças em sua estrutura como a perda ou o adoecimento de um de seus componentes, por exemplo, todos os demais componentes são atingidos e algumas vezes precisam mudar de papéis dentro do sistema familiar.

Sendo assim, é preciso observar como as famílias se organizam para que possamos estabelecer possibilidades de intervenções de acordo com as demandas de seus componentes. Para tanto, é necessário criar um diálogo com a compreensão da família como um sistema, dentro de um sistema maior e fazendo uma analogia com os organismos vivos, que ao possuírem membranas que são permeáveis, sofrem influências tanto do que está dentro da própria família quanto do que está no entorno dela.

Nesse sentido, é preciso perceber a importância de utilizar o recurso da educação em saúde no cuidado às famílias. Para Camillo e colaboradores (2016), educar em saúde instiga a troca de saberes, o esclarecimento de questionamentos, a crítica e a promoção da saúde, sendo possível repensar as estratégias de atuação frente à temática no contexto da Atenção Primária em Saúde - APS.

Feijão e Galvão (2007) referem que a educação em saúde é a estratégia de promoção da saúde no contexto da APS, que implica em uma das principais atividades dos profissionais que atuam nesta área. Mas que também está inerente a todos os níveis de atenção. Os modelos de educação no que se refere a cuidado com a saúde estão centrados em dois formatos.

O primeiro deles acompanha o pensamento biomédico e curativista que prioriza um cuidado fragmentado e que destaca a doença. O segundo voltado para o olhar preventivo e de promoção da saúde, englobando os diversos contextos (sociais, culturais, ambientais etc.) em que o ser humano está inserido, fazendo-se valer a escuta e a acolhida à realidade dos educandos, predominando a dimensão subjetiva, cidadã e humanizada da prática em saúde. (CROSCATO; BUENO, 2013)

Esse segundo modelo de educação em saúde embasado na prevenção de agravos e na promoção da saúde coaduna com a abordagem sistêmica, na

medida em que este último rompe com o paradigma mecanicista e passa a ver o indivíduo em seu contexto familiar. Considerando suas relações e as influências destas para que os componentes da família possam ter qualidade de vida.

Nesse sentido, para garantir a utilização do modelo de educação na área da saúde que tenha o objetivo de promoção, temos que considerar o indivíduo e suas experiências vividas. No cuidado às famílias é preciso entender que as mesmas possuem um conhecimento prévio referente às suas necessidades humanas básicas, incluindo as demandas de saúde construídas pelos seus componentes e que precisam ser incluídas em nossas observações.

Nessa perspectiva, o Modelo (Bio)Ecológico de Urie Bronfenbrenner criado em 1979, faz referência à importância de se compreender o indivíduo diante das interações e os padrões relacionais que se estabelecem em diferentes contextos, ao longo do tempo. Isso significa analisar as influências múltiplas dos diferentes ambientes, diretos ou indiretos. Contexto este definido por uma hierarquia de sistemas interdependentes que são o micro, o meso, o exo e o macrosistemas (Figura 4) compostos pelas atividades, papéis e relações interpessoais presentes, por exemplo, nas suas famílias, nos grupos de amigos, na vizinhança, na comunidade, e nas instituições educacionais e de saúde, sociais e políticas (SENNA; DESSEN, 2012).

Para um melhor entendimento, Senna e Dessen (2012) fazem a descrição de cada uma destas camadas dos sistemas. O microsistema é a própria família, sendo este o primeiro sistema que o indivíduo em desenvolvimento interage, tendo papéis estabelecidos que se associam com a sociedade na qual faz parte.

O mesossistema consiste na inter-relação de dois ou mais ambientes, nos quais a pessoa/família em desenvolvimento participa ativamente. São exemplos as relações da família com a escola, com a vizinhança, com o ambiente de trabalho, com os grupos sociais, entre outros. Sendo que há uma interdependência desse sistema com a família e/ ou indivíduo, que por vezes podem acontecer dificuldades que interferem na dinâmica familiar.

O exossistema é composto por ambientes nos quais apenas um ou mais membros da família mantém relações face a face, interagindo diretamente. No entanto, as relações deste integrante da família têm efeito sobre a família.

O macrosistema é o sistema maior, mais amplo, que abrange os demais. É composto pelas ideologias, valores, crenças e organização social comum a uma determinada cultura ou subcultura.

Diante desta compreensão, percebemos como é importante que o profissional de saúde tenha um contato com as famílias e seus modos de inter-relações para que consiga praticar um cuidado inclusivo e condizente com as reais demandas dos indivíduos.

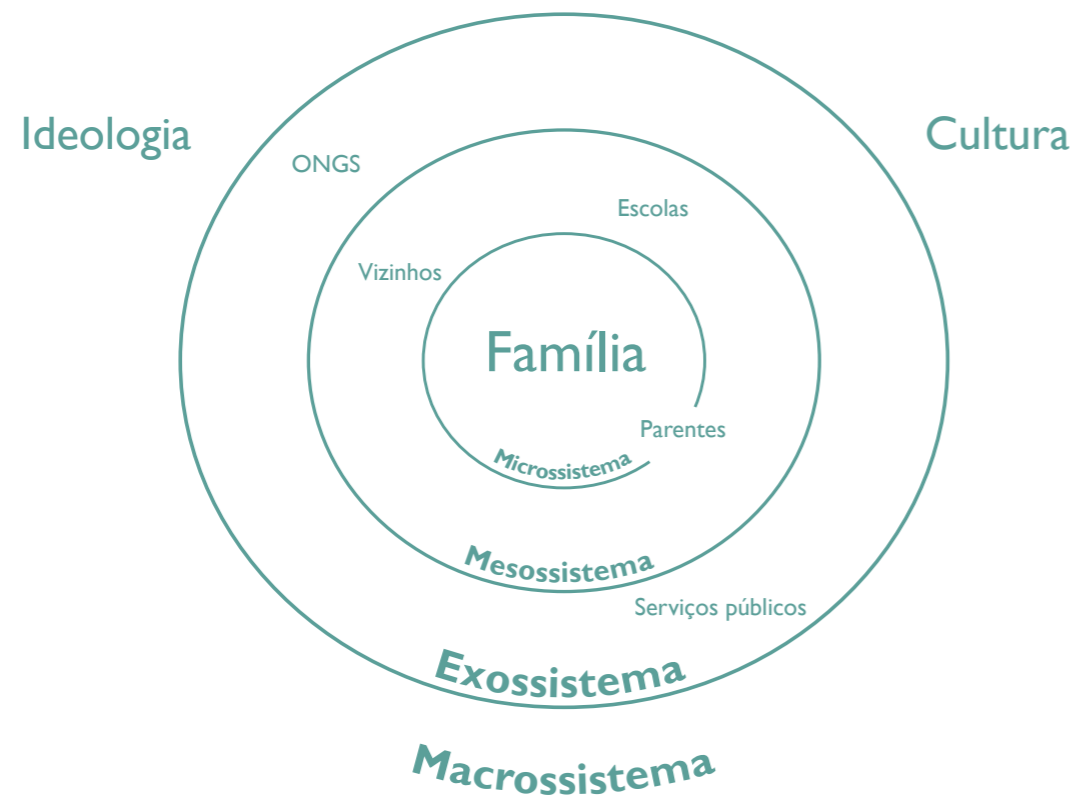


Figura 4: Baseada no diagrama de Bronfenbrenner que denominou os demais sistemas como: mesossistema, exossistema e macrosistema. Essa figura representa apenas um dos tipos de composição de família.

Atividade 1

Proponho como atividade, para consolidar o que discutimos até aqui, que você observe sua família e a partir do conceito proposto pelo IBGE (2010) faça uma descrição da sua composição familiar.

Atividade 2

Após descrever a sua composição familiar, passe a observar os componentes de sua família. Vejam os papéis que desempenham e as relações entre os sistemas (meso, exo e macrosistemas) que sua família se relaciona. Considere o modelo do diagrama de Bronfenbrenner fazendo um desenho para ilustrar.

1.4 Síntese da Unidade

Chegamos ao final de nossa unidade e com ela sabemos que é necessário revisarmos alguns conceitos que são fundamentais para nosso trabalho com as famílias. Visando manter sua saúde e qualidade de vida, respeitando suas experiências e as relações entre seus componentes e com o meio ambiente em que vivem.

Sendo assim, não podemos esquecer que existem muitas composições de famílias. E que as mesmas são consideradas sistemas, ou seja, elas são um complexo de elementos que se relacionam entre si e com aqueles que estão em seu entorno. Mas também fazem parte de um sistema maior, e por isso mesmo interferem no todo deste sistema maior.

Visando uma melhor compreensão devemos nos basear no Modelo (Bio) Ecológico de Bronfenbrenner que se refere aos diferentes tipos de sistemas: micro, meso, exo e macrosistemas. Estando a família dentro do contexto dos microsistemas.

Nesse sentido, também é importante lembrarmos que, sendo um microsistema ao interagir com os demais sistemas, a família pode adquirir habilidades ou algumas dificuldades que influenciarão a vida de todos os seus membros. Isso acontece por conta das propriedades que todo sistema aberto possui. São elas; a totalidade que se refere ao entendimento que cada uma das partes de um sistema está interligada com as demais. A retroalimentação ou feedback quando é permitida a garantia de que informações entrem e saiam dos sistemas, podendo elas serem positivas quando ocorrem transformações, ou negativas, quando o sistema se mantém estável. E por fim a terceira propriedade entende que o resultado do funcionamento de um sistema independe do ponto de partida, ou seja, o equilíbrio é determinado pelos parâmetros do sistema.

Assim, para o trabalho junto às famílias a abordagem sistêmica nos permite promover saúde e isso pode ser conseguido a partir da educação em saúde que tem como base o cuidado dialógico. Para que isso seja possível é necessário observar a organização do sistema familiar e os papéis de cada um de seus participantes, visando intervenções que respeitem seus modos de vida e que possibilite o profissional de saúde realizar um trabalho interdisciplinar e de maneira integral.

Referências

BARCELLOS, W. B. E.; MORÉ, C. L. O. O. **Profissionais trabalhando com famílias em situação de violência intrafamiliar: Como a abordagem sistêmica pode ajudar?** (Resumo expandido). *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.6, n.1, 2007.

CALDAS, J. **Terapia Familiar: psicanálise sistêmica.** Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56545/2/86428.pdf>>. Acesso em 17 dez 2017.

CÂMARA DOS ESPECIALISTAS DAS TERAPÊUTICAS INTEGRATIVAS- C.E.T.I. Disponível em: <<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acesso em 15 dez 2017.

CAMILLO, B. S.; NIETSCHE, E. A.; SALBEGO, C.; CASSENOTE, L. G.; OSTO, D. S. D.; BÖCK, A. **Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: Revisão Integrativa.** *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v.10, Supl.6, p.4894-901, dez.2016.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. **Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família.** *Journal of Management and Primary Health Care*, v.5, n.1, p.62-70, 2014.

COSTA, L. F. **A perspectiva sistêmica para a clínica da família.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.26, p.95-104, 2010.

COSCRATO, G.; BUENO, S. M. V. **Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde.** *Rev Esc. Enferm. USP*, v.47, n.3, p.714-21, 2013.

DESSEN, M. A. **Estudando a família em desenvolvimento: Desafios conceituais e teóricos.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.30, núm. esp., p.202-219, 2010.

DITZ, A. S.; MELO, R. R.; BORGES, C. M.; CAMPOS, A. C. V. **A percepção dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família sobre o conceito de família.** *Rev. Enfermagem Revista*, v. 16, n.2, p.111-122, maio/ago. 2013.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. **Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas.** *Rev Rene*, v.8, n.2, p.41-9, 2007.

FIORINI, M. C.; GUISSO, L. **Teoria familiar sistêmica: retrospectiva história e perspectivas atuais, 2016.** Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?teoria-familiar-sistemica-retrospectiva-historia-e-perspectivas-atuais&codigo=A1009>. Acesso em 17 dez 2017.

GOMES, L. B.; BOLZE, S. D. A.; BUENO, R. K.; CREPALDI, M. A. **As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo.** *Pensando Famílias*, v.18, n.2, p.3-16, 2014. INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: famílias e**

domicílios. Rio de Janeiro, 2010. p.203. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em 17 dez 2017

KREPPNER, K. **The child and the family: Interdependence in developmental pathways.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.16, p.11-22, 2000.

OSORIO, L. C. Teoria sistêmica e da comunicação humana. In: OSORIO, L. C.; DO VALLE, M. E. (Eds.). *Terapia de famílias: Novas tendências.* Porto Alegre: Artmed, 2002.

PIZZI, M. L. G. **Conceituação de família e seus diferentes arranjos.** *Ensino de Sociologia em Debate - Revista Eletrônica: LENPES-PIBID de Ciência 29 Sociais - UEL*, Londrina, n.1, v.1, p.1-9, jan./jun. 2012.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. **Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência.** *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 28, n.1, p.101-108, jan-mar. 2012.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento Sistêmico.** O novo paradigma da ciência. 9. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2010

UNIDADE II

Instrumentos de Diagnóstico Familiar

Sandra Garrido de Barros e Denise Nogueira Cruz

Como vimos na Unidade 1, para o trabalho em saúde na perspectiva familiar, é necessário compreender como cada uma dessas famílias está estruturada, como se organizam e se inter-relacionam seus membros, em que ambiente vivem, quais as relações que estabelecem com o meio em que vivem (estabelecimentos de saúde, ensino, comerciais, associações, organizações religiosas, movimentos sociais, entre outros). Também é preciso compreender o ciclo de vida das famílias (diferentes etapas que as famílias passam) e como os eventos de cada etapa exigem uma reorganização das mesmas; podendo resultar na manutenção de sua funcionalidade ou em algum grau de disfunção. Nesse sentido, apresentaremos um modelo de avaliação familiar, pautado no uso de dois instrumentos: o genograma e o ecomapa, os quais nos apropriaremos nessa Unidade. Tais ferramentas contribuem para a compreensão da dinâmica familiar e no planejamento de intervenções, auxiliando no desenvolvimento da prática clínica. Vamos lá!

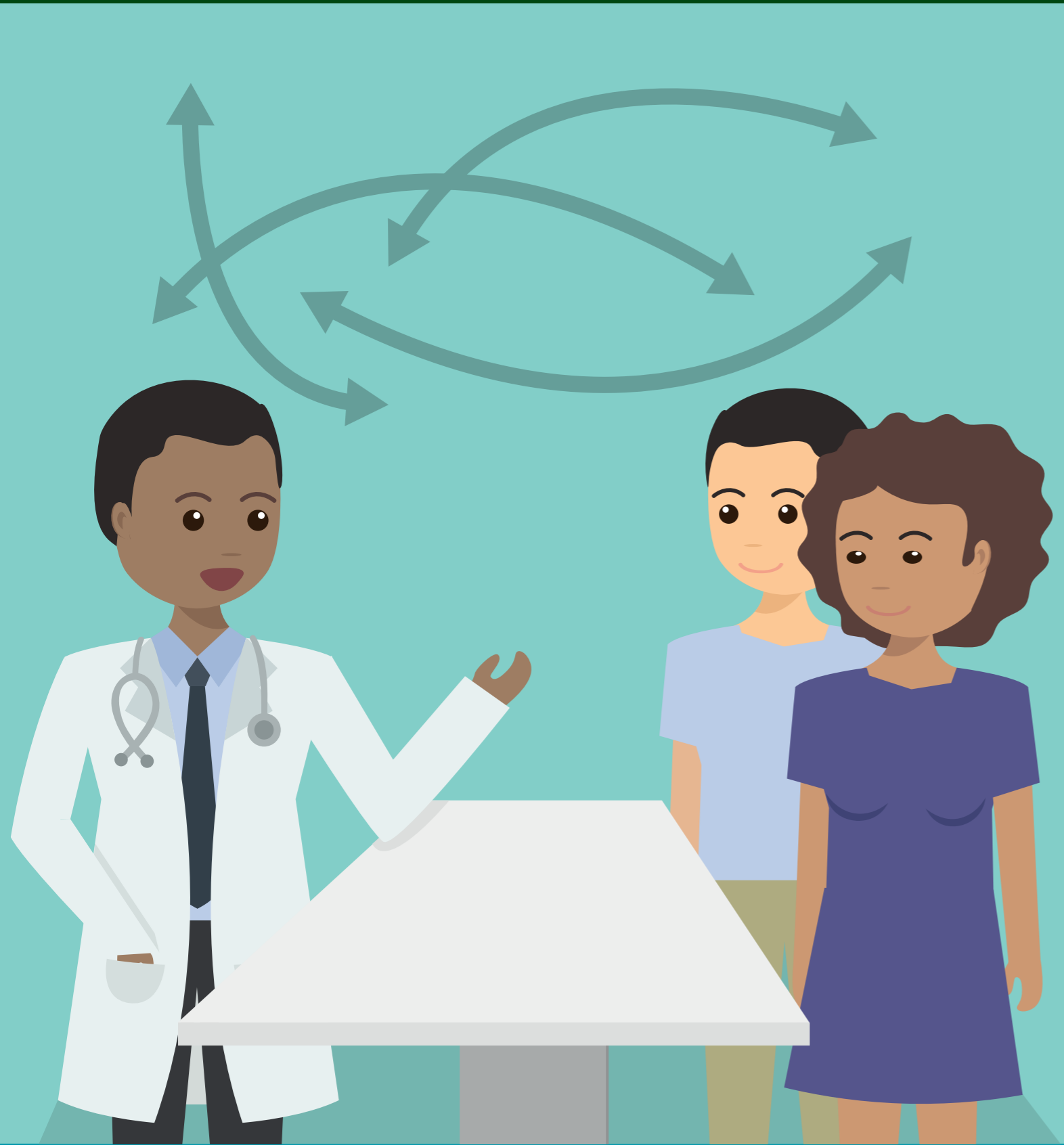
Objetivo(s)

- Conhecer um modelo de avaliação familiar capaz de auxiliar na definição de estratégias de intervenção na abordagem familiar;
- Desenvolver habilidades para utilização do genograma e do ecomapa na prática clínica.

2.1 Família: estrutura e transformação

O profissional de saúde inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sob seu cuidado famílias que residem na área adscrita da equipe multiprofissional da qual faz parte. Nesse sentido, é preciso reforçar que as Equipes de Saúde da

Figura 5: representação de uma consulta médica.



Família (EqSF) atuam em locus privilegiado para o desenvolvimento de ações que visem, garantir a integralidade da atenção. Portanto, o planejamento das intervenções, por parte daqueles que atuam na EqSF, deve ser pautado no modelo de vigilância da saúde, de modo a enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998), sem perder de vista que seus usuários são indivíduos inseridos em uma família e em uma comunidade.

Entende-se que para cada situação será necessário um grau específico de envolvimento do profissional de saúde com as respectivas famílias. Ou seja, há situações em que as necessidades e os problemas apresentados vão requerer um menor envolvimento limitando-se a troca de informações e o aconselhamento não sendo necessário um maior envolvimento como nas situações em que o profissional necessita do conhecimento, por exemplo, de sistema familiar para garantir uma abordagem sistêmica. (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004)

Como discutido na Unidade anterior, o entendimento de que a família é um sistema complexo e composto por subsistemas exige a adoção de uma abordagem sistêmica por parte dos profissionais de saúde (KREPPNER, 2000). É possível que, durante a sua graduação, você não tenha estudado a abordagem sistêmica das famílias tão pouco tenha utilizado os métodos e técnicas para esse propósito. Há que se registrar, inclusive, que a utilização dessa abordagem é mais comumente relatada entre os profissionais de enfermagem. Entretanto, entendemos como relevante a compreensão dessa abordagem por parte de todos os profissionais que atuam em equipes multiprofissionais.

Desse modo, ao cuidarmos dos indivíduos e suas famílias, necessitamos de métodos e técnicas que subsidiem nossa abordagem de modo a configurá-la como uma abordagem sistêmica. Contudo, antes de estudarmos os instrumentos de avaliação, discutiremos um pouco sobre o ciclo vital e as diferentes estruturas familiares.

2.1.1 Estruturas e Transformações

Pensar em abordagem sistêmica das famílias, invariavelmente, nos remete à pergunta: como definimos família?

Você encontrará muitas definições e identificará que tais definições são diferentes a depender, por exemplo, da sociedade que se está estudando ou do período (tempo) em que foi formulada.

Observando nossa sociedade contemporânea, você perceberá que há diferentes conformações de famílias. Estar atento às diferentes composições familiares e às classificações propostas irá ajudá-lo no momento de aplicação dos instrumentos para avaliação estrutural e funcional da família que apresentaremos adiante.

Ao longo da vida a família também passa etapas que resultam em transformações, processo que Falceto, Fernandes e Wartchow (2004) descrevem como o ciclo vital da família. Para esses autores “as etapas, também chamadas de crises evolutivas, exigem mudanças na organização da família, requerem múltiplos ajustes de seus membros ao longo do tempo e podem ser precipitantes de transtornos físicos e psíquicos” (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, p.115).

Determinados períodos do ciclo vital das famílias podem apresentar características mais ou menos comuns, a exemplo do momento do casamento quando dois indivíduos se juntam no estabelecimento da independência de suas famílias de origem apresentam dificuldades de ordem afetiva ou financeira que vão se manifestar como sintomas clínicos como nos descrevem Falceto; Fernandes; Wartchow (2004). Esses autores apontam ainda que, no momento do nascimento do primeiro filho, os pais assumem novos papéis, e por estarem atrelados às necessidades específicas do bebê (amamentação, cólicas, etc.), podem desencadear um desequilíbrio da família configurando num momento de risco para a depressão ou o abuso de álcool.

Identificam-se especificidades relatadas para outras situações como das famílias com filhos pequenos, famílias com filho adolescente ou mesmo para as famílias que vivem o momento em que os filhos começam a sair de casa (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004) Esse último desencadeia em alguns casos a “síndrome do ninho vazio” onde são apresentadas muitas queixas (cefaleia, transtorno do sono, etc.) que refletem a dificuldade de adaptação da família à nova etapa.

2.1.2 Instrumentos para avaliação e intervenção na família

Para realizar a abordagem sistêmica das famílias você ainda deverá levar em consideração a dinâmica familiar. A relação conjugal em uma família pode ser do tipo vital, desvitalizada ou conflituada. (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004) Nas relações desvitalizadas, ao contrário das vitais, não se percebe interesse e intimidade entre os cônjuges; enquanto nas relações conflituadas é comum o enfrentamento e agressão (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004).

É preciso perceber que eventos, que ocorram com um dos membros da família pode alterar toda a dinâmica familiar como o uso de drogas (SILVA; MACHADO; DA SILVA, 2011), o diagnóstico de uma doença crônica degenerativa ou mesmo o envelhecimento que passa a exigir o desempenho de novas tarefas (VERA et al., 2014). Nas famílias funcionais, a ocorrência de problemas/ eventos inesperados fazem com que seus membros desempenhem novas tarefas na tentativa de garantir o seu adequado desenvolvimento; o que não ocorre com as famílias disfuncionais.

Com o objetivo de compreender a dinâmica de uma família, você deverá observar algumas características como: divisão do poder, padrão de comunicação familiar, expressão e manejo de sentimentos, capacidade de lidar com perdas e mudanças, capacidade de autonomia e intimidade, aparecimento e manutenção de sintomas (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004).

A literatura aponta diferentes instrumentos para avaliação e intervenção familiar. É importante registrar que não temos o propósito de estudar, nesta Unidade, todos os instrumentos, mas discutiremos, ao final e em maior profundidade, aqueles mais utilizados.

Considerando a diversidade de instrumentos Sousa, Figueiredo e Erdmann (2010) desenvolveram um levantamento bibliográfico de estudos relacionados com o uso de instrumentos para avaliação e intervenção nas famílias. Os treze instrumentos identificados pelas autoras podem ser sumarizados da seguinte forma (SOUZA; FIGUEIREDO; ERDMANN, 2010, p.60-63):

- APGAR de família: instrumento de fácil aplicação que permite avaliar o cumprimento de parâmetros básicos da função familiar. Este instrumento será mais detalhado no próximo tópico desta Unidade;
- Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF): modelo estruturado para avaliação e intervenção familiar. A avaliação consiste em três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional. Este modelo será estudado no próximo tópico desta Unidade;
- Genograma: diagrama que representa a estrutura familiar e construído com informações de pelo menos 3 gerações;
- Ecomapa: diagrama que representa a relação da família com os outros sistemas;
- Abuse Assessment Screen (AAS): instrumento composto por perguntas que tem por objetivo rastrear violência durante a gestação;
- Conflict Tactics Scales (CTS): instrumento para identificação de violência entre o casal. Composto por questões que buscam identificar como o casal lida com conflitos, captando, indiretamente, situações de violência familiar;
- Conflict Tactic Scale: Parent-Child Version (CTSPC): instrumento que busca identificar violência entre pais e filhos; incluindo formas não violentas de disciplina até a violência física;
- Family Adaptability and Cohesion Evolution Scale (FACES): instrumento de autoavaliação que permite identificar a coesão, a comunicação e a adaptação familiar;
- Teste Aperceptivo do Sistema Familiar (FAST): instrumento que utiliza um tabuleiro para avaliar a coesão e hierarquia no sistema familiar. Contudo, sua aplicação não é recomendada para famílias com muitos membros;

- Family Environment Scale (FES – Forma R): instrumento respondido por cada membro e que permite identificar a presença de problemas na família a partir de respostas que apontam o clima social e interpessoal da família;
- Avaliação Global do Funcionamento Interacional (GARF): instrumento que avalia as relações familiares por meio de escores que revelam relações com poucos conflitos até relações com pouca comunicação e muito conflito;
- GRAFFAR: instrumento que utilize determinados critérios para classificar o nível socioeconômico da família;
- Teste Aperceptivo Familiar/ Family Aperception Test (FAT): instrumento aplicado com indivíduos de 6 a 15 anos. Procura avaliar o funcionamento e estrutura da família com base na narração das crianças e adolescentes a partir das imagens que lhes são apresentadas;
- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): instrumento aplicado com adolescentes e adultos contendo perguntas sobre a infância que tem por objetivo investigar: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional.

Cabe esclarecer que optaremos por discutir em profundidade o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) porque esta proposta considera a família um sistema aberto que estabelece relações com outros sistemas. Além disso, o Modelo Calgary articula três dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionalidade) na avaliação da família com o uso do genograma e ecomapa. Por fim, essa proposição estabelece ainda um modelo de intervenção familiar.

2.2 Modelo Calgary de Avaliação Familiar

O MCAF foi reconhecido pelo International Council of Nurses como um dos quatro principais modelos de avaliação do mundo em 2001. Ele foi desenvolvido em 1984 a partir da estrutura de avaliação familiar proposto por Tomm e Sanders em 1983 e revisado nas edições seguintes de 1994, 2000 e 2008. (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

O MCAF propõe avaliar a família a partir de três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, cada uma dessas categorias possui subcategorias, que podem ou não ser consideradas na avaliação familiar, a depender da necessidade de cada caso. Além disso, essas informações podem ser obtidas em diferentes tempos, ou seja, a avaliação é realizada a partir de diversos encontros com a família, seja no domicílio, seja em consultas à unidade de saúde. (WRIGHT; LEAHEY, 2008)

A avaliação familiar não deve ser considerada verdade absoluta, é influenciada pela trajetória social e profissional dos trabalhadores de saúde envolvidos no caso em questão, portanto é um dos pontos de vista possíveis em um dado momento. (WRIGHT; LEAHEY, 2008)

Aqui apresentaremos o MCAF como uma estrutura organizada para avaliação familiar com objetivo de planejar intervenções voltadas para necessidades de saúde de um determinado núcleo familiar. O MCAF é bastante utilizado pela enfermagem, contudo, na perspectiva do trabalho interdisciplinar, é fundamental que o cirurgião-dentista seja capaz de se apropriar dessa ferramenta e participar do processo de avaliação, diagnóstico e proposta de intervenção colaborativa com a família.

É importante ressaltar que as famílias que precisam de avaliação serão identificadas pelas equipes de saúde ou um de seus membros a partir de demandas acerca do estado de saúde de pelo menos um de seus membros. A seguir, discutiremos cada um dos componentes do MCAF.

2.2.1 Avaliação estrutural da família (genograma e ecomapa)

A avaliação estrutural tem como objetivo conhecer como a família está estruturada: quem são seus membros, as relações estabelecidas entre eles e com indivíduos externos, bem como o contexto familiar. A avaliação estrutural envolve, portanto, sua estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. (WRIGHT; LEAHEY, 2008). A partir da avaliação estrutural vamos perceber qual conceito de família aquele grupo familiar adota, bem como seus princípios de organização (qual o papel de cada membro). (BOUSSO; ANGELO, 2001)

A estrutura interna diz respeito à composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas (subgrupos estabelecidos ao interior da família) e limites. A estrutura externa refere-se à família extensa (é importante avaliar quantidade e tipo de contato, que refletirão sobre quantidade e qualidade do apoio a ser oferecido) e a sistemas mais amplos (como instituições e equipamentos sociais ou mesmo outros indivíduos com quem a família estabelece vínculos significativos). O contexto, por sua vez, relaciona-se à situação em que a família está inserida, como etnia, raça, classe social, espiritualidade ou religião, ambiente (WRIGHT; LEAHEY, 2008), aspectos que vão influenciar seus gostos e disposições, sua forma de se comportar e agir (BOURDIEU, 2008), como irão enfrentar as dificuldades da vida e, também, os problemas de saúde.

Nesse sentido, a avaliação estrutural deve envolver perguntas como:

- Quem faz parte dessa família? Qual a orientação sexual de cada um? Quantos filhos você tem? Quem nasceu primeiro? Ocorreu algum aborto? Como os membros relacionam-se entre si? Como é a relação dos membros da família com o meio em que vivem (igrejas, associações, unidade de saúde, escola, vizinhança, etc.)? (WRIGHT; LEAHEY, 2008; BOUSSO; ANGELO, 2001)

Vale destacar aqui o conceito de família, visto na unidade anterior, que nos ajuda a compreender que para além da família tradicional, na atualidade temos diferentes arranjos familiares e, portanto, poderemos nos deparar para além da família biológica tradicional, com outros arranjos familiares: família de um só genitor, família adotiva, famílias comunitárias (onde pode ou não haver laços sanguíneos entre os indivíduos, mas são estabelecidos vínculos afetivos, onde há senso de pertencimento e cuidado), além das famílias de casais homoafetivos, bissexuais, transexuais, bem como casais que moram em casas separadas. Nesse sentido, Wright e Leahey (2008) orientam considerar que “a família é quem seus membros dizem que são”.

Outros conceitos importantes são aqueles de núcleo familiar (que engloba os indivíduos que habitam um mesmo domicílio ou mesmo não habitando em um mesmo domicílio compartilham vínculos afetivos, senso de pertencimento e cuidado) e família extensa (ou de origem, que considera outras gerações acima e/ou abaixo àquele núcleo familiar em estudo).

Ferramentas como o genograma e o ecomapa são importantes auxiliares na avaliação estrutural familiar. Ambos são representações gráficas que sintetizam uma diversidade de informações, como os membros de uma família e suas características (sexo, idade, agravos de saúde, ocupação, religião, casamentos e separações, posição na fratria), núcleo familiar e família extensa, relações internas e externas, óbitos, nascimentos.

Genograma

O genograma é uma árvore familiar com informações sobre estado de saúde, ocupação, relacionamentos, entre outras, podendo ser denominado também de familiograma. Deve-se incluir pelo menos três gerações. Os membros de cada geração familiar são representados em uma mesma linha. Os filhos são representados com linhas verticais em relação aos pais, em ordem de nascimento, do mais velho para o mais novo, da esquerda para a direita (Figura 6). Para a elaboração de genogramas, são utilizados símbolos. Há um grande consenso sobre a grande maioria desses símbolos, mas há algumas diferenças entre autores. Para padronizarmos os genogramas e ecomapas realizados no âmbito dessa disciplina, utilizaremos os símbolos relacionados na Figura 7.

Para elaboração de genogramas, vocês podem utilizar ferramentas de desenho de softwares livres como Open Office, BrOffice ou softwares pagos como Microsoft PowerPoint ou CorelDraw, mas também utilizar programas especializados como Geno Pro, Genogram Analytics, entre outros.

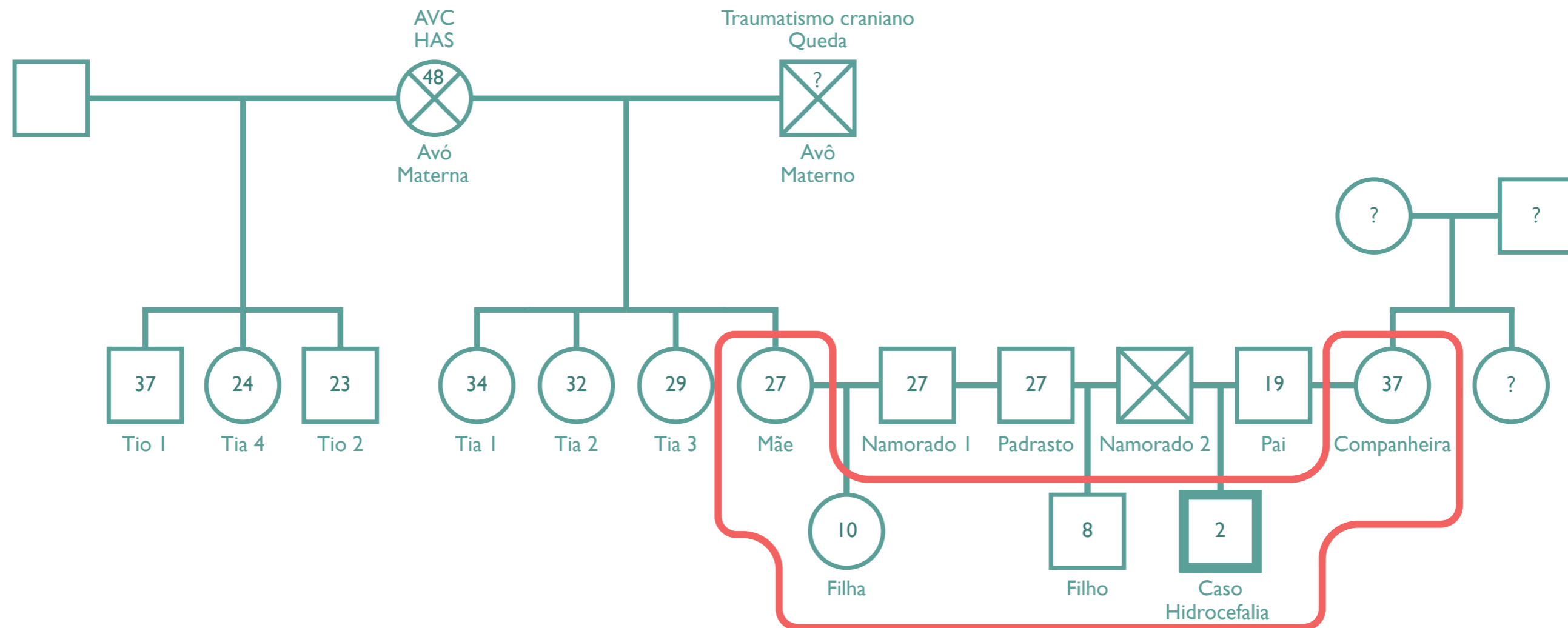


Figura 6 – Exemplo de genograma do estudo de caso apresentado na Unidade 4.

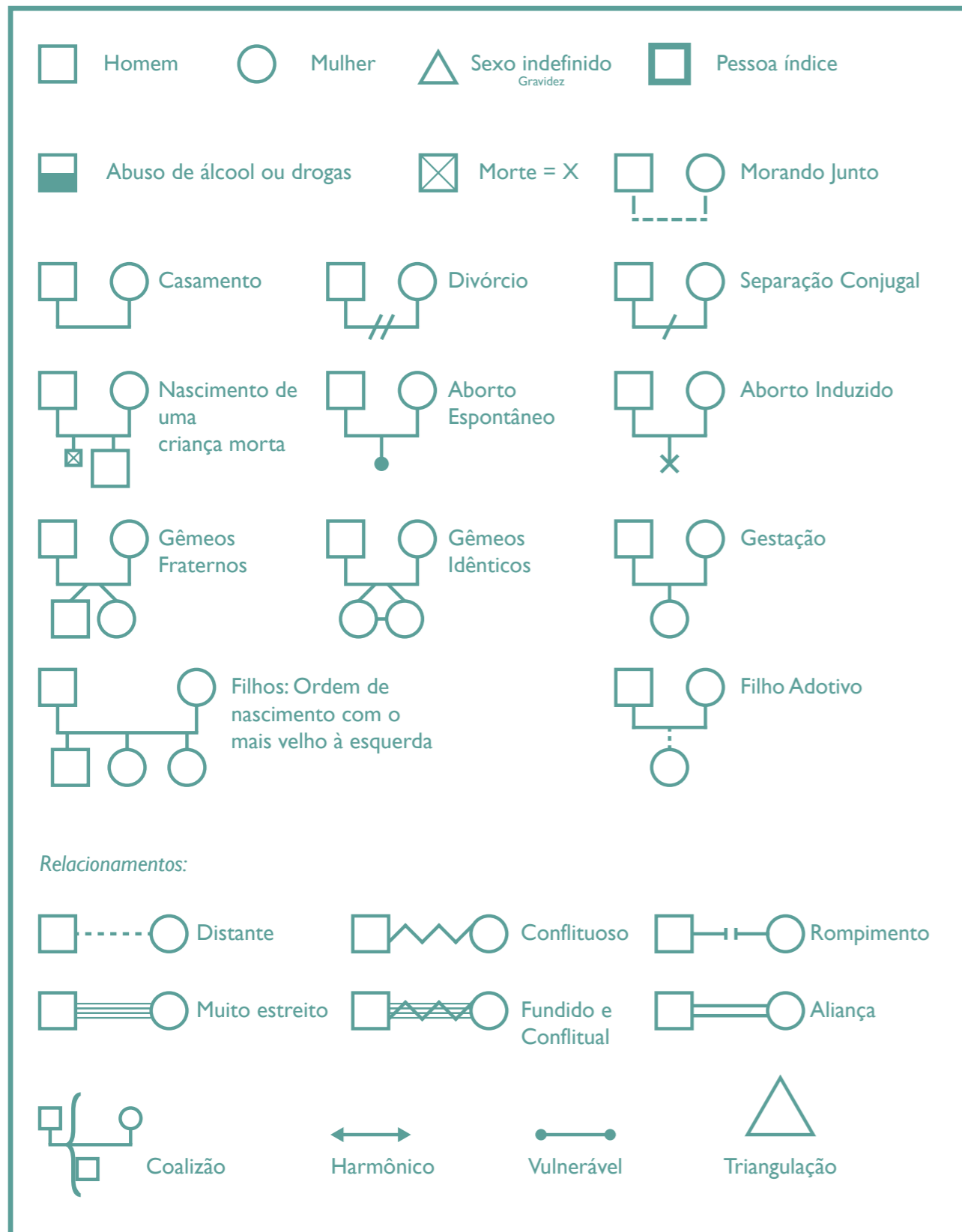


Figura 7 – Símbolos mais frequentes utilizados na elaboração de genogramas e ecomapas. (Fonte: página do UNASUS/UNIFESP. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade11/p_07.htm>. Acesso em dez 2017.)

Ecomapa

O ecomapa, assim como o genograma, é uma representação gráfica e sintética de diversas informações. Seu objetivo é apresentar as relações dos membros da família com os sistemas mais amplos, como instituições e equipamentos sociais, estabelecimentos comerciais, unidades de saúde, escolas e mesmo a vizinhança.

O genograma do núcleo familiar em estudo é colocado no centro do ecomapa, no interior de um círculo central, em volta do qual são desenhados outros círculos que representam as instituições, organizações ou pessoas que participam do contexto familiar. Os tipos de vínculos entre a família (diagrama de relações) e cada um dos círculos são representados através de linhas. Linhas espessas representam vínculos fortes, linhas interrompidas, vínculos fracos como já visto na Figura 7 e agora apresentados em um ecomapa na Figura 8.

2.2.2 Avaliação do desenvolvimento da família

A avaliação do desenvolvimento para WRIGHT; LEAHEY (2008) difere do ciclo vital da família, anteriormente discutido, visto que trata da situação particular de eventos previsíveis ou não que acontecem especificamente com uma determinada família. Enquanto o ciclo vital da família trata de fatos típicos e regulares que ocorrem com a maioria das famílias, ou seja, refere-se principalmente a entrada e saída de pessoas. (WRIGHT; LEAHEY, 2008) A avaliação do desenvolvimento familiar se dá, entretanto, tendo como base esses diferentes estágios do ciclo vital familiar, tendo por base também os vínculos estabelecidos pelos seus membros, utilizando-se para tanto, o diagrama de relações. O que chamamos de diagrama de relações é exatamente a representação gráfica dos tipos de vínculos entre os membros da família. Portanto, é o que está representado na parte interna do círculo central do ecomapa (Figura 8).

A avaliação do desenvolvimento visa reconhecer o estágio do ciclo vital familiar que a família em estudo se encontra e a partir do que se conhece sobre cada estágio, propor estratégias de superação das dificuldades encontradas por cada família, a partir de suas experiências pregressas. (BOUSSO; ANGELO, 2001)

2.2.3 Avaliação funcional da família

O MCAF propõe a avaliação do funcionamento da família, através de nove categorias: comunicação emocional (variação e tipo de emoções expressos ou demonstrados), comunicação verbal, comunicação não-verbal (postura corporal, contato visual, toque, gestos, movimentos faciais, proximidade ou distância),

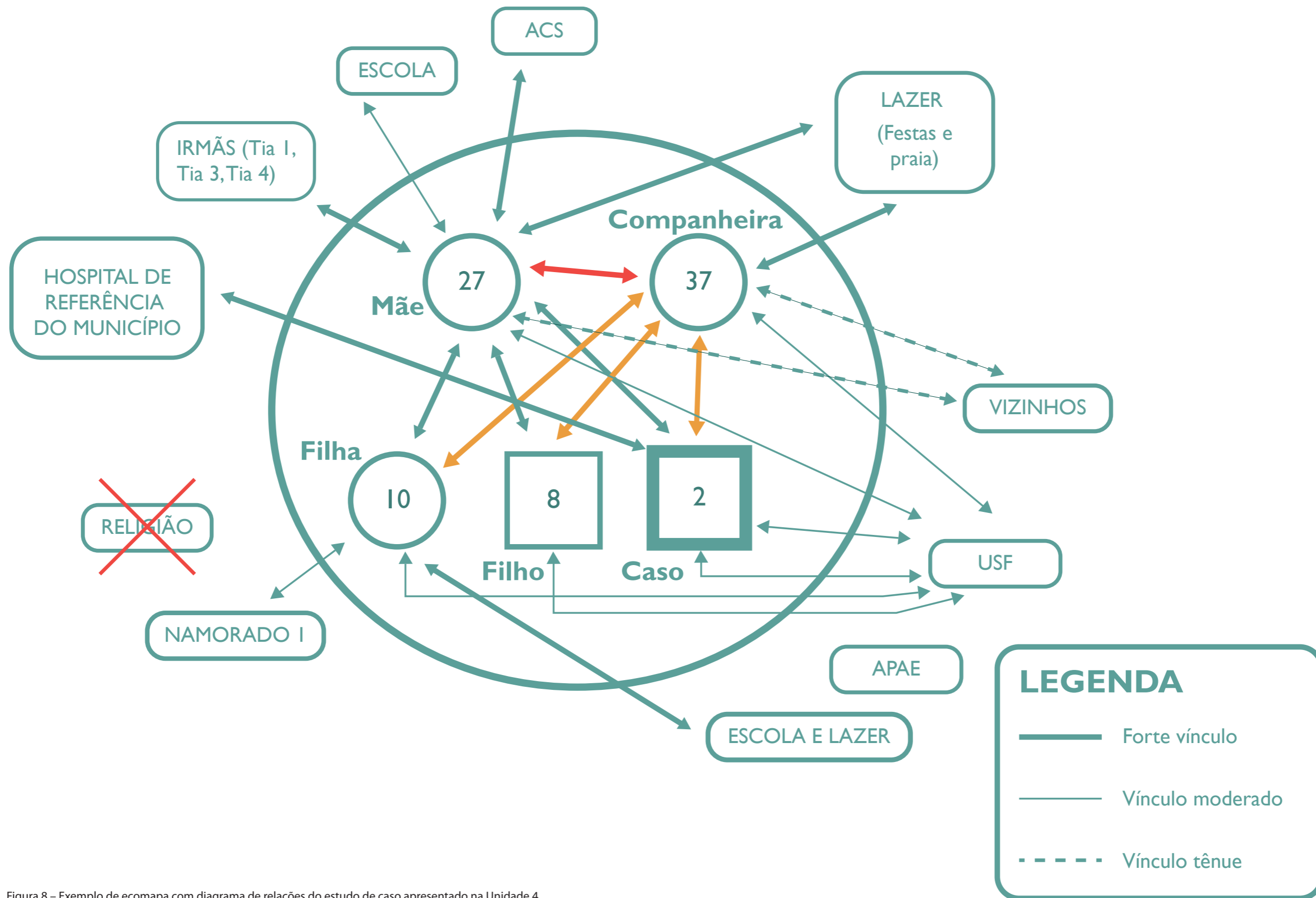


Figura 8 – Exemplo de ecomapa com diagrama de relações do estudo de caso apresentado na Unidade 4.

comunicação circular (comunicação recíproca entre as pessoas), capacidade de solucionar problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões. (WRIGHT; LEAHEY, 2008) Entretanto, para Wright e Leahey (2008), o mais importante é o julgamento da própria família sobre o seu funcionamento.

Na nossa vivência na RMSF-ISC/UFBA, temos utilizado o APGAR de família para a avaliação funcional das famílias nos estudos de caso. Por tratar-se de um teste rápido para avaliação da funcionalidade familiar, facilita e orienta esta avaliação por profissionais de saúde de diferentes formações (médicos, enfermeiros, dentistas, entre outros).

APGAR de família

O APGAR de família é um instrumento utilizado para avaliação do funcionamento da família no cuidado de pessoas dependentes possibilitando que os profissionais de saúde estabeleçam um adequado projeto de intervenção (BRASIL, 2006) Trata-se de um questionário elaborado por Smilkstein, em 1978, que é formado pelas seguintes dimensões:

Adaptation – adaptação

Partnership – companherismo

Growth – desenvolvimento

Affection – afetividade

Resolve – capacidade resolutiva

A aplicação do questionário resulta na atribuição de pontos que vão permitir classificar a funcionalidade da família em três níveis (BRASIL, 2006; VERA et al., 2014):

- Elevada disfuncionalidade = 0 a 4 pontos
- Moderada disfuncionalidade = 5 a 6 pontos
- Boa funcionalidade = 7 a 10 pontos

SAIBA MAIS

O Ministério da Saúde, em 2006, publicou o Caderno de Atenção Básica n.19 que apresenta o APGAR de família com suas dimensões e perguntas a serem realizadas. Vale a pena conferir!

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.168-170.

2.3 Síntese da Unidade

Chegamos ao final da nossa Unidade 2. Vimos até aqui que a atenção integral prestada às famílias sob o cuidado das Equipes de Saúde da Família requer um olhar diferenciado sobre a estrutura e dinâmica familiar. Passamos a compreender que eventos de natureza diferente, a exemplo do nascimento do primeiro filho, separação do casal ou diagnóstico de doença crônica, resultam em mudanças na dinâmica familiar e que poderão alterar a funcionalidade da mesma.

Também discutimos a importância de observar as diferentes conformações de família e compreender que, ao longo da vida, a família sofre transformações: seu ciclo vital. A família, compreendida como um sistema aberto e complexo, composto de vários subsistemas, “reage” às transformações podendo ter implicações no estado de saúde dos seus membros.

Portanto, o adequado acompanhamento das famílias permite que o profissional possa observar as transformações e propor ações que visem minimizar os problemas e proporcionar uma melhor qualidade de vida. Tal acompanhamento exige a apropriação dos instrumentos de avaliação e intervenção familiar. Apresentamos aqui alguns destes instrumentos, especialmente o Modelo Calgary, que utiliza o genograma e o ecomapa.

Entendemos que o estudo dos instrumentos de avaliação e intervenção permitirão a construção de projetos terapêuticos mais apropriados para famílias acompanhadas pelas equipes multiprofissionais da atenção primária.

Referências

- BRASIL. **Constituição** (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.
- BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo, Porto Alegre: Edusp, Zouk, 2008. 560p.
- BOUSSO, R.S.; ANGELO, M. **A enfermagem e o cuidado na saúde da família**. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, p.18-22, 2001.
- DIÓGENES, M. A. R.; VARELA, Z. M. V. Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação em Família de gestante portadora de papiloma vírus humano. R. Enferm. UERJ, n.12, p.199-204, 2004.
- FALCETO, O.; FERNANDES, C. L.; WARTCHOW, E. S. **O médico, o paciente e sua família**. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.65-72.
- KREPPNER, K. **The child and the family: Interdependence in developmental pathways**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.16, p.11-22, 2000.
- PEREIRA, A. T. S. et al. **O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.s123-s133, 2008.
- RADOVANOVIC, C. A. T.; CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. S. **Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.34, n.1, p.45-54, mar. 2013.
- SILVA, A. V.; MACHADO, W. D.; DA SILVA, M.A.M. **Avaliação da família de uma gestante usuária de crack: estudo de caso à luz do Modelo Calgary**. SANARE, Sobral, v.10, n.1, p.13-19, jan/jun. 2011.
- SOUZA, F. G. M.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; ERDMANN, A. L. **Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo**. Rev. Pesq. Saúde, v.11, n.1, p.60-63, jan-abr. 2010.
- SOUZA, I. P. de et al. **Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem**. Texto Contexto Enferm., v.25, n.4, p.1-10, 2016.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, **modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6082/1/Paim%20JS.%20Artigo%202.%201998.pdf>> Acesso em: 26 jul. 2017.

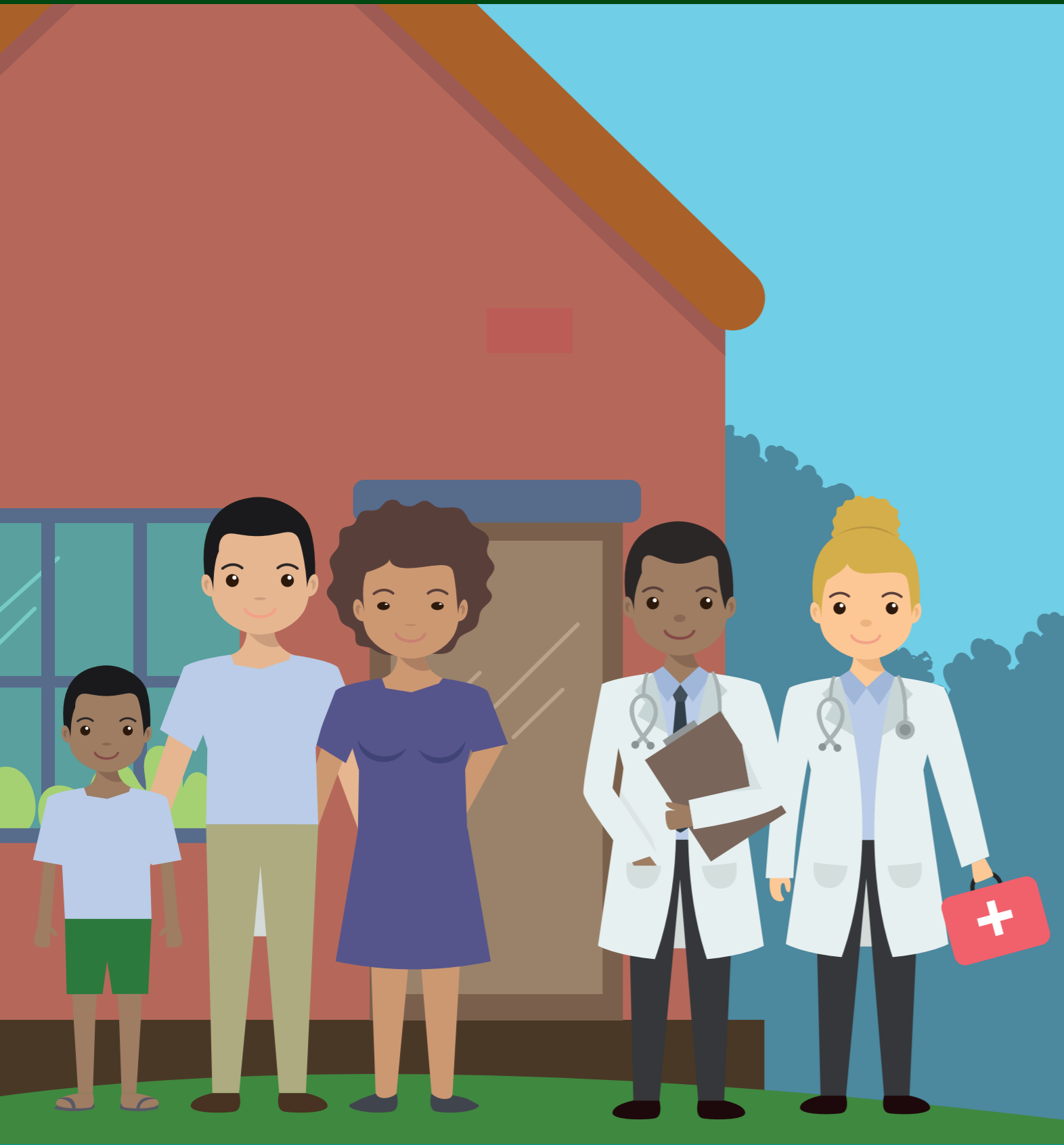
VERA, I.; LUCHESES, R.; MUNARI, D. B.; NAKATANI, A. Y. K. **Índex APGAR de família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa**. Rev. Eletr. Enf., v.16, n.1, p.199-210, jan/mar. 2014.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Modelo Calgary de Avaliação da Família**. In: WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4. ed. São Paulo: Rocca, 2008.p.45-123.

UNIDADE III

A Visita Domiciliar como Prática de Atenção à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Figura 9: Representação de uma família se consultando com um médico.



Tatiana Frederico de Almeida

Chegamos à nossa 3ª unidade. Vamos refletir agora mais especificamente sobre a visita domiciliar. Qual a sua indicação? Quem deve fazer? Qual seu objetivo? Quando e como deve ser feita? Essas são dúvidas frequentes que vamos tentar esclarecer nessa unidade. É na visita domiciliar que vamos conseguir colher as principais informações para o estudo de caso, seja elas relacionadas à estrutura familiar, a sua dinâmica ou funcionalidade. Entrar no domicílio é, literalmente, abrir uma porta para um novo olhar sobre o processo saúde-doença. É entender que o que acontece entre quatro paredes pode nos dizer mais que mil palavras. Visitar é criar vínculo, é conhecer o outro, suas condições de vida, seu cotidiano familiar. Mas não se trata de uma visita entre amigos, é uma visita com finalidade de diagnóstico e intervenção em saúde. Então, vamos conhecer um pouco mais sobre a visita domiciliar!

3.1 A Visita domiciliar no contexto do SUS

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal reordenadora do cuidado integral à saúde, adotando os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) para gerar mudanças no modelo assistencial brasileiro, ainda caracterizado pelo curativismo, individualismo e alto custo.

Entretanto, é necessário que saibamos que as transformações nesse modelo dependem de modificações nos processos de trabalho, de gestão, de formação, de participação popular e de reconhecimento da realidade social da população. (De CARLI et al., 2015)

Quanto ao trabalho em saúde propriamente dito, reconhecemos que atualmente é muito frequente a cobrança da polivalência e atuação mais generalista dos trabalhadores: maior capacidade de diagnóstico, de solução

de problemas e autonomia, de intervir no processo de trabalho e trabalhar em equipe. Trabalhamos na maior parte do tempo em condições adversas e não rotineiras, diagnosticamos e indicamos soluções para problemas com a participação da comunidade e recursos organizacionais de outros setores além da saúde. Como profissionais da atenção básica, enfrentamos problemas na nossa rotina de trabalho que dificultam a concretização da ESF, estes se relacionam com o sistema de saúde em seu nível macro organizacional, com a instituição com a qual estamos vinculados profissionalmente, com a própria equipe e com aspectos subjetivos dos outros colegas profissionais.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) recomenda que a atenção domiciliar seja realizada por equipes de saúde que assistem indivíduos e famílias que tenham dificuldades para acessar os serviços de saúde. A atenção domiciliar promove o acesso às políticas públicas e representa um dos instrumentos que garantem a integralidade e equidade da atenção, princípios doutrinários do SUS. No âmbito da saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) estabelece que as visitas domiciliares devam ser realizadas pelos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (EqSB), com o intuito de aumentar o acesso aos usuários e às famílias impossibilitadas de se deslocarem até as unidades de saúde, por exemplo.

Ainda são escassos os estudos que apresentam e analisam as práticas de visitas domiciliares e cuidados com a saúde bucal no âmbito do domicílio, na rotina das unidades básicas de saúde, sejam elas tradicionais (UBS) ou de saúde da família (USF). Quando essas práticas são realizadas pelas EqSB, os profissionais tendem a reproduzir a prática clínica odontológica, centrada nos equipamentos e procedimentos curativistas, com mínimo foco nas ações promocionais e preventivas dos agravos bucais. (De CARLI et al., 2015)

Com o intuito de contribuir para transformações nos processos de trabalho das equipes de saúde da ESF, especialmente da equipe de saúde bucal, este capítulo apresenta a visita domiciliar enquanto um instrumento fundamental para a apreensão do modo de vida familiar e para a realização de ações de saúde bucal que reproduzem o modelo da Vigilância da Saúde, capazes de controlar causas, ricos e danos à saúde da população sob nossa responsabilidade na realidade dos serviços públicos de saúde.

Glossário

No contexto das políticas brasileiras de saúde, os termos Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde são utilizados como sinônimos. Vale salientar aqui a origem de suas definições.

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, a Portaria 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, assim define Atenção Básica à Saúde: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (BRASIL, 2006) Nossa Política da Atenção Básica afirma ainda que: “a operacionalização da Atenção Básica deve acontecer por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais essa equipe deve assumir a responsabilidade sanitária, considerando a vida dinâmica existente nesse território em que vivem essas populações”, deve ser o contato preferencial dos usuários do sistema. Sendo, portanto, a porta de entrada do sistema.

3.2 Como ocorreu a inserção das famílias no cenário das políticas de saúde brasileiras?

Antes de aprofundarmos os aspectos operacionais da visita domiciliar é importante informarmos que esta não representa uma prática recente nos serviços de saúde. A historicidade desta intervenção foi resgatada por Ribeiro (2004). Ele nos lembra que o cenário político, sanitário e econômico favoreceu a inclusão da família como foco de atenção nas políticas públicas.

O Programa Saúde da Família (PSF) colocou a família na agenda das políticas sociais brasileiras em 1994, favorecendo os interesses da economia neoliberal (interessada na redução de custos dos serviços de saúde e preocupada com a minimização de conflitos sociais) instalada no Brasil e também de forças sociais solidárias, a exemplo de profissionais da saúde e pesquisadores, que enxergavam no PSF a possibilidade de reorientação da APS. Do ponto de vista prático, a inclusão das famílias na centralidade dos serviços de saúde da atenção básica gerou multiplicidade de abordagens, como: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família.

No dia a dia do trabalho em saúde, verificamos no interior das unidades ausência de consenso entre estas abordagens da família, principal objeto

das ações de saúde, o que produz dificuldades de entendimento, de planejamento, no cuidado, na orientação para a formação profissional, além de frustrações nos profissionais pelas expectativas não atendidas.

SAIBA MAIS

É interessante conhecermos os aspectos históricos da inserção das famílias nas políticas públicas de saúde. Leia mais sobre isso no artigo indicado.

Ribeiro, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/ Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev. Latino Americana de enfermagem*. v.12, n.4, p.658-664, 2004.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400012>

Desse modo, é válido lembrarmos que a saúde é socialmente determinada, os processos de viver, adoecer ou morrer são motivados pelas condições de vida e relacionamentos nas famílias e comunidades. Um espaço primordial de determinação da saúde é definido na “família” e dentro do domicílio, onde ocorrem as relações de convivência, de saberes, de experiências e de trocas, de lutas, de poder e de cultura que, aliados às condições de habitação, saneamento, educação e lazer são as bases dos processos de saúde e de doença. (MOYSES; SILVEIRA FILHO, 1999)

O Programa Saúde da Família, atualmente reconhecido como Estratégia Saúde da Família, pela sua potencialidade em reordenar o cuidado à saúde a partir da atenção básica no Brasil, elegeu a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, com enfoque na promoção da saúde e na atuação intersetorial. Atuar na família significa entender o indivíduo em sua integralidade, no contexto global de vida que lhe é indissolúvel. Não se estabelece nenhum contrato de mudanças com a família; se elas ocorrerem, surgirão por potencialidade interna da família, obviamente que com o suporte da equipe, pois escolhas familiares serão facilitadas pela mesma. (MOYSES; SILVEIRA FILHO, 1999)

As práticas de saúde bucal na ESF envolvem ações voltadas para todos os moradores da área adscrita, através da demanda organizada, com busca ativa e programação da equipe. São ações realizadas na clínica odontológica da USF, nos domicílios ou sedes comunitárias. (MANFREDINI, 2006) Tais ações possuem objetivos preventivos, como: reduzir a incidência das doenças bucais mais prevalentes; diminuir o risco biológico da cárie e doença periodontal entre os familiares (com orientação de higiene bucal, orientação da dieta, uso do flúor); reduzir a incidência do câncer bucal e lesões orais mediante diagnóstico precoce. As visitas domiciliares com a participação das EqSB têm um caráter preventivo-promocional. (ZANETTI, 2000)

Nesse momento vale esclarecer o conceito de Atenção Domiciliar, que engloba procedimentos que não se limitam à visita; é um termo que considera ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, todas realizadas no domicílio; abrange, assim, o atendimento, a internação e a visita domiciliar. Ela permite ao paciente e sua família participação ativa no planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários, possibilitando práticas mais próximas do conceito de integralidade. (BRITO et al., 2013; LACERDA et al., 2006)

3.3 Vamos operacionalizar melhor a visita domiciliar: aspectos conceituais e práticos desta ferramenta de intervenção em saúde

Bem, como comentamos inicialmente, a visita domiciliar é um instrumento dentre outras técnicas, procedimentos e saberes da Saúde Coletiva, utilizado para a intervenção no processo saúde-doença familiar realizada no local de moradia, e não de trabalho ou estudo. Ela é capaz de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade. A sua execução deve obedecer a uma sistematização prévia. (LACERDA et al., 2006; EGRY; FONSECA, 2000; TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2000)

A visita domiciliar permite que a equipe de saúde conheça o contexto de vida do usuário; identifique as relações familiares; planeje melhor a assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe e estabeleça vínculo. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2000)

Três formas de abordagens podem ser empregadas durante as visitas: entrevista; observação sistematizada e a intervenção orientada/participativa. (EGRY; FONSECA, 2000)

A entrevista geralmente deve acontecer por meio de uma conversa guiada por um roteiro com questões orientadoras sobre aspectos mais objetivos do modo de vida familiar, como por exemplo: número de habitantes no domicílio, renda familiar e escolaridade dos residentes, etc., assim como atitudes, valores, sentimentos e opiniões dos indivíduos. A equipe de saúde também pode fazer uso da observação do contexto familiar durante as visitas, tendo sempre o cuidado de registrar os acontecimentos e percepções vivenciados durante este momento. Intervenções específicas preventivas, de promoção da saúde e curativas também



Figura 10. Visita domiciliar na área de abrangência da USF Candeal, Salvador-BA. Entrevista realizada por estudantes de Odontologia com famílias com crianças na faixa etária pré-escolar. Arquivo das professoras do DOSP, FOUFBA.

podem ser planejadas, com envolvimento da equipe e da família, e executadas durante as visitas domiciliares. Assim, no que tange à saúde bucal na visita domiciliar podem ser desenvolvidas ações de orientação, educação em saúde em geral, inquéritos epidemiológicos, escovação supervisionada, uso do flúor, orientação de higiene bucal, dieta e amamentação, realização de procedimentos cirúrgico-restauradores, como tratamento restaurador atraumático (ART), raspagem supragengival e cirurgias simples para adequação do meio bucal.

ATENÇÃO

Toda visita domiciliar deve ter objetivos definidos previamente e as abordagens adotadas durante a visita devem estar em consonância com estes objetivos.



Figura 11. Visita domiciliar realizada pela equipe de saúde bucal acompanhada por Agente Comunitário de Saúde, na área de abrangência da USF Candeal, Salvador-BA. Arquivo das professoras do DOSP, FOUFBA.



Figura 12. Visita domiciliar com realização de exame bucal em idosa, na área de abrangência da USF Alto das Pombas, Salvador-BA. Foto gentilmente cedida pelo CD Ednaldo de Jesus Filho.



Figura 13. Visita domiciliar com realização de raspagem supragengival em idosa, na área de abrangência da USF Alto das Pombas, Salvador-BA. Foto gentilmente cedida pelo CD Ednaldo de Jesus Filho.

A operacionalização da visita domiciliar engloba quatro etapas principais: planejamento; execução; registro dos dados e avaliação. (EGRY; FONSECA, 2000)

O planejamento da visita domiciliar quando bem realizado facilita o alcance dos objetivos, clareza e segurança; isto inclui desde a seleção de famílias a serem visitadas, a programação do tempo, definição de objetivos e informações já coletadas até o agendamento com o usuário (quando possível).

A execução implica na identificação do profissional e descrição dos objetivos da visita; ser cordial no relacionamento e execução da entrevista/observação/intervenção. Ao final, fazer uma síntese do que foi realizado para a família.

O registro da visita pode ser elaborado como um relatório, o qual deverá ser anexado ao prontuário, para compartilhamento de informações com outros profissionais. Ele deve ser claro, objetivo, sintético, contendo as informações coletadas, observações e intervenções.

A avaliação da visita domiciliar é fundamental para que a equipe dê continuidade à assistência da família e para a auto avaliação do profissional quanto ao cumprimento dos objetivos, do planejamento, do tempo estimado, etc.

3.4 A visita domiciliar e a busca constante da integralidade nas práticas de saúde

A compreensão da integralidade da atenção à saúde, um dos princípios doutrinários do SUS, ultrapassa a perspectiva organizacional desse sistema, uma vez que a integralidade revela o arcabouço ideológico da Reforma Sanitária Brasileira, representando o ideal a ser atingido nas práticas de saúde e no delineamento do novo modelo assistencial.

São múltiplos os sentidos da integralidade. Esta pressupõe a busca das necessidades dos usuários por meio de um olhar integral e ampliado nos diferentes pontos do sistema (sentido vertical); evidencia-se que as respostas às necessidades dos usuários são obtidas por meio de vários serviços e tempos de acompanhamento (sentido horizontal); também é necessária a intersetorialidade para a configuração das respostas do sistema aos problemas de saúde (caráter transversal da integralidade). Por último, as práticas de saúde precisam de um olhar integral dos trabalhadores que atuam na ponta dos serviços, nas unidades de saúde, afinal são estas pessoas que identificam, por meio de ferramentas, procedimentos diagnósticos e muitas vezes a partir de subjetividades (intuição e percepções desenvolvidas com as experiências acumuladas ao longo da atuação no serviço) as demandas e necessidades dos usuários. A visita domiciliar, enquanto ferramenta de trabalho que possibilita a aproximação do trabalhador da saúde do contexto de vida do usuário, pode contribuir muito com o cuidado integral. (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005; BRITO et al., 2013)

Em algumas oportunidades, nós trabalhadores da saúde, observamos certas ambiguidades na organização do nosso trabalho, como conflitos entre as cobranças para a realização de atividades assistenciais, burocráticas e de gerenciamento no interior das unidades, para alcance de metas e produtividade e a realização das ações fundamentais da ESF, a exemplo das visitas. Algumas vezes, questões operacionais ligadas à escassez/falta de recursos materiais e humanos também podem impossibilitar a atenção domiciliar. Outra dificuldade para a realização da visita domiciliar é que muitas vezes nem todos os membros da família estão no domicílio no momento da intervenção, o que acaba atrasando e desestimulando os profissionais envolvidos. Além disso, é fundamental a capacitação de outros profissionais, especialmente dos agentes de saúde para tratar também de temas de saúde bucal no contexto familiar, afinal, na maioria das vezes, a EqSAB é a maior responsável para tratar desta temática em ações educativas e preventivas. (De CARLI et al., 2015; TURRIONI et al., 2012)

Nós sabemos que a realização de visitas fortalece o vínculo entre o profissional e o usuário, produz novos saberes, permite o acesso à saúde àqueles impossibilitados de se deslocarem até às unidades e o reconhecimento da realidade da vida da comunidade, proporcionando a construção de planos terapêuticos mais efetivos.

É importante salientar que a visão das famílias a respeito das visitas tende a ser positiva no que tange à aproximação com a equipe de saúde, favorecendo o acesso aos serviços das unidades; as visitas tendem a humanizar a relação das famílias com os profissionais, ao facilitar a construção de vínculos entre eles. (CRUZ; BOURGET,2010; MANDÚ et al., 2008)

Uma estratégia utilizada por vários cursos de Odontologia em atividades extramurais é a realização de visitas domiciliares visando simular a atuação da equipe de saúde bucal na ESF e, com isso, contribuir para a formação de um profissional de saúde mais humano e responsável pela busca de soluções para os problemas da comunidade. De acordo com um estudo realizado por Noro e Torquato (2015), os alunos de Odontologia que participaram de visitas domiciliares durante seu processo formativo consideraram que estas contribuíram para uma maior aproximação da realidade social e com uma prática mais humanizada em saúde bucal.

SAIBA MAIS

Mandú e colaboradores (2008) realizaram uma avaliação das percepções dos usuários de unidades de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Os resultados foram bem interessantes. Vale a pena a leitura!

MANDÚ, E.N.T., GAÍVA, M.A.M., SILVA, M.A., SILVA, A.M.N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.17, n.1, p.131-140, mar. 2008.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100015>

3.5 Síntese da Unidade

A atenção domiciliar, possibilitada por exemplo pela visita domiciliar, contribui para a ampliação da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, expandindo a assistência prestada nas unidades de saúde para além destas, isto é, incluindo o domicílio familiar.

Na ESF, a visita domiciliar representa uma ferramenta estratégica da APS, pois permite aos profissionais de saúde o reconhecimento do contexto de vida dos usuários, contribuindo para que o cuidado integral seja exequível e condizente com realidade. Esta ferramenta também é reconhecida como um espaço de exercício de autonomia e de concretização de atividades junto à comunidade.

As EqSB inseridas na ESF ainda precisam consolidar a visita domiciliar como um instrumento no cotidiano do seu processo de trabalho de forma mais sistematizada, com objetivos definidos e com abordagens que extrapolem os procedimentos clínico-odontológicos, a exemplo de realização de exodontias simples e raspagens supragengivais de usuários acamados. Dentre os membros das equipes de saúde da família, o cirurgião-dentista é um dos profissionais que menos realiza esta intervenção. O processo de formação em Odontologia, com ênfase no paradigma biomédico e nos procedimentos individualizados e a super valorização das tecnologias duras podem ajudar a compreender este cenário.

O modo de vida familiar é revelador de condições materiais de vida e de subjetividades que influenciam fortemente a manifestação de agravos bucais nos membros da família. A visita domiciliar, quando bem planejada e executada, possibilita o contato e a aproximação da equipe desta realidade social de forma humanizada, com criação de vínculo, conduzindo a uma prática de saúde verdadeiramente integral, com produção de autonomia e corresponsabilização das famílias no cuidado à saúde.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRITO, M.J.M., ANDRADE, A.M., CAÇADOR, B.S., FREITAS, L.F.C., PENNA, C.M.M. **Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde:** trilhando os caminhos da integralidade. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.603-610, dez. 2013.

CRUZ, M.M., BOURGET, M.M.M. **A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família:** conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc., São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, set. 2010.

DE-CARLI, A.D., SANTOS, M.L.M., SOUZA, A.S., KODJAOGLANIAN, V.L., BATISTON, A.P. **Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica:** um olhar sobre a saúde bucal. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.441-450, jun. 2015.

EGRY, E.Y., FONSECA, R.M.G.S. **A família, a visita domiciliária e a enfermagem:** revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev da Escola de enfermagem da USP, v.34, n.3, p.233-9, set. 2000.

KLOCK, A.D., HECK, R.M., CASARIM, S.T. **Cuidado domiciliar:** uma experiência de residência multiprofissional em saúde da família / UFPEL-MS / BID. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v.14, n.2, p.237-245, jun. 2005.

LACERDA, M.R., GIACOMOZZI, C.M., OLINISKI, S.R., TRUPPEL, T.C. **Atenção à saúde no domicílio:** modalidades que fundamentam sua prática. Saude Soc., São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, ago. 2006.

MANDÚ, E.N.T., GAÍVA, M.A.M., SILVA, M.A., SILVA, A.M.N. **Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.17, n.1, p.131-140, mar. 2008.

MANFREDINI, M.A. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil.** In: DIAS, A.A. e cols. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Santos, 2006, p.43-74.

MOYSES, S. J., SILVEIRA FILHO, A. D. S. **Saúde bucal da Família:** quando o corpo ganha uma boca. In: Os dizeres da boca. Curitiba. Org.: SILVEIRA FILHO, A. D. S. et al. Rio de Janeiro: Ed. CEBES, 1999, 193p.

UNIDADE IV

Estudo de Caso: Utilizando o Modelo Calgary de Avaliação Familiar para o Planejamento de Intervenções

Jannine Baultar Costa, Samantha Coelho Torres, Sandra Garrido de Barros, Verônica Copque Silva, Denise Nogueira Cruz

Nesta última Unidade, vamos ter a oportunidade de conhecer o passo-a-passo da realização de um estudo de caso por duas residentes em colaboração com uma ESF. O relato começa com o processo de identificação do caso, mostra como foram planejadas as visitas, consultas, que fatores interferiram no andamento das ações planejadas e como estas dificuldades foram superadas ou inviabilizaram a realização das ações planejadas. Os importantes avanços alcançados, mesmo em um curto período. A ideia é que mesmo sem fazer um primeiro estudo de caso, vocês possam compreender a finalidade dessa ferramenta e conhecer o processo de acompanhamento e intervenção realizado no caso em questão. Provavelmente, vocês irão se deparar com questões que também ocorrem nas unidades em que trabalham, com situações semelhantes e ver como foram encaminhadas as soluções. É importante destacar que o caminho seguido nesse caso não é o único possível, mas aquele que em um universo de possibilidades melhor se adequou ao ponto de vista dos profissionais envolvidos no processo. Boa leitura!

4.1 Introdução

A realização deste estudo de caso ocorreu entre agosto e novembro de 2010 em um dos campos de prática do Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ISC/UFBA, sob orientação dos supervisores do componente curricular Clínica da Família. Seu objetivo foi o de aperfeiçoar o desenvolvimento de um olhar diferenciado sobre a família, não focado apenas nas necessidades provenientes do surgimento de uma doença. Trata-se, portanto de um estudo de caso baseado em fatos reais; contudo, visando à proteção da identidade

dos envolvidos, foram adotados na identificação dos indivíduos substantivos como “caso”, “pai”, “mãe”, “companheira”, “filho”, “filha”, “avó” (materna e paterna), “avô” (materno e paterno), etc. Da mesma forma, a identificação do local de residência, unidade de saúde da família e seus profissionais será omitida.

Como já vimos nas unidades anteriores, a família é um grupo de pessoas que podem necessitar de intervenção, seja por dificuldades de relacionamento, por estarem sofrendo ou até mesmo por algum membro apresentar uma doença. Dessa forma, o trabalho foi desenvolvido na perspectiva da vigilância da saúde, buscando contribuir para o enfrentamento da doença pela família, criando uma nova significação em relação ao agravo e aprendendo a lidar com o novo contexto familiar, bem como reforçar os laços familiares.

A escolha da família para estudo se deu após discussão com a equipe de saúde da família, que indicou o caso devido à sua peculiaridade, importância e necessidade de definição de estratégias de intervenção para ajudar a solucionar os principais problemas desta família. O estudo de caso foi desenvolvido pelas residentes, com apoio dos diversos membros da equipe de saúde da família. Todas as discussões e estratégias planejadas envolveram a equipe de saúde na sua totalidade, o que motivou a continuidade do trabalho para uma assistência integral a esta família. Outra motivação foi a participação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na condução desse estudo, o que contribuiu para o enriquecimento das discussões e para uma abordagem interdisciplinar dos principais problemas desta família, e para uma boa resolutividade do caso.

Trata-se de uma família com cinco pessoas no núcleo familiar, onde o “caso” era uma criança de 02 anos que nasceu com hidrocefalia e apresentava retardo do crescimento e desenvolvimento, fato que mobilizava toda a família.

Para o desenvolvimento do estudo, foram realizados seis encontros com a família (Quadro 1), sendo três visitas domiciliares, uma consulta de enfermagem para uma das crianças, uma consulta inicial de odontologia para duas das crianças da família (consideradas aqui como um encontro), uma visita ao Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências (CRPD) de um Hospital do município de residência para acompanhar um atendimento do “caso”.

A primeira visita domiciliar teve o propósito de apresentação das residentes à família e conhecimento inicial do caso. Essa visita teve a participação da médica e da dentista da ESF. Foram obtidos dados da patologia e da história do adoecer do “caso”.

Na segunda visita, que contou com a presença das residentes e do agente comunitário de saúde (ACS), o diálogo com a família foi aprofundado, conhecendo

Encontros realizados para avaliação e acompanhamento da família		
Encontro	Data	Evento
Encontro	31/08/10	Visita Domiciliar
Encontro	15/09/10	Consulta de Enfermagem
Encontro	21/09/10	Visita Domiciliar
Encontro	24/09/10	Avaliação Odontológica
Encontro	23/11/10	Visita Domiciliar
Encontro	26/11/10	Visita ao CRPD

Quadro 1 – Encontros realizados para avaliação e acompanhamento da família.

um pouco mais sobre a história de vida dos membros. Nessa oportunidade foram construídos o genograma e o ecomapa/ diagrama das relações.

Ambas as visitas proporcionaram uma aproximação com a família de forma que puderam ser obtidos dados sobre a sua dinâmica. No entanto, ainda havia muito que avançar para o conhecimento das histórias de vida.

A terceira visita domiciliar ocorreu próximo à saída das residentes do campo de prática, quando foi ratificado esse fato e a importância da manutenção do vínculo com os profissionais da USF. Nesse dia também foi aplicado o APGAR Familiar.

No mês de outubro/2010, foram implementadas algumas ações propostas no plano terapêutico, essas ações buscavam garantir o encaminhamento de “Caso” para atendimento e acompanhamento especializado. No entanto, problemas de violência na área e paralisação dos ACS levaram a um período de suspensão da realização de visitas domiciliares na área, levando a um afastamento da família. Durante esse período as notícias se davam através de encontros esporádicos pela passagem dos membros da família na unidade de saúde. Ainda no mês de outubro e no início de novembro/2010 tanto a “mãe” quanto as crianças compareceram a unidade para as consultas odontológicas que haviam sido agendadas, porém, devido a problemas estruturais, tanto dos equipamentos quanto dos insumos necessários, não foi possível realizar tais consultas. Em algumas ocasiões a

dentista residente fez prescrição de medicamentos como medida de urgência para a “mãe”, frente a um quadro recorrente de fortes dores de dente, e agendou nova data para o tratamento.

No dia 26/11/10, as duas residentes acompanharam a “mãe” na consulta do “Caso” no CRPD. Na oportunidade, as residentes puderam conversar sobre a condição clínica de “Caso” com a fisioterapeuta, a fonoaudióloga e a dentista do CRPD.

4.2 Identificação e Estrutura da Família

As informações sobre a identificação da família (área, equipe, microárea, ACS, número da família e endereço) foram omitidas por questões éticas. Essas informações, contudo, são de fundamental importância quando está se realizando um estudo de caso.

4.2.1 Genograma/ Familiograma

O genograma/ familiograma agrega informações sobre os membros da família e seus relacionamentos nas três últimas gerações (Figura 14). Neste sentido, na Figura 1, temos o familiograma da família de “Caso”. “Caso” tem 02 anos de idade e nasceu com hidrocefalia, é filho de “Mãe” (27 anos) e “Pai” (19 anos), que não mantêm mais relação entre si. “Pai” é ausente e nunca participou da vida da criança, viu o filho duas vezes na vida: uma ainda quando a criança estava internada e outra mais recente, e não contribui financeiramente com nada.

“Mãe” tem mais dois filhos, ambos de pais diferentes, “Filha” de 10 anos, de uma relação conturbada com “Namorado 1” (27 anos), o qual também não ajuda financeiramente, mas tem um contato mais frequente com a menina. E “Filho”, de 08 anos, da relação com “Namorado 2” que faleceu cinco meses antes do início deste estudo de caso, vítima de homicídio.

Naquele momento “Mãe” morava e mantinha relação conjugal com “Companheira” há aproximadamente 02 anos.

“Mãe” é filha de “Avó Materna” e “Avô Materno”, ambos já falecidos. “Avó Materna” morreu aos 48 anos vítima de um AVC devido a hipertensão arterial descontrolada. “Avô Materno” faleceu de traumatismo craniano, vítima de uma queda no ambiente de trabalho. O mesmo era pintor. Do casamento de ambos nasceram quatro filhas, “Tia 1” (34 anos), “Tia 2” (32 anos), “Tia 3” (29 anos) e “Mãe” (27 anos). Destas, apenas Tia 1 apresentava hipertensão arterial.

Frutos de outra relação de “Avó Materna”, “Mãe” tem mais três irmãos: “Tio 1” (37 anos), “Tia 4” (24 anos) e “Tio 2” (23 anos). Com “Tio 1”, “Mãe” não tinha nenhum contato, com “Tia 4” tinha contato frequente, pois a mesma morava próximo a sua casa. Com “Tio 2” mantinha contato superficial porque ele morava no interior, sabia-se também que ele era alcoolista.

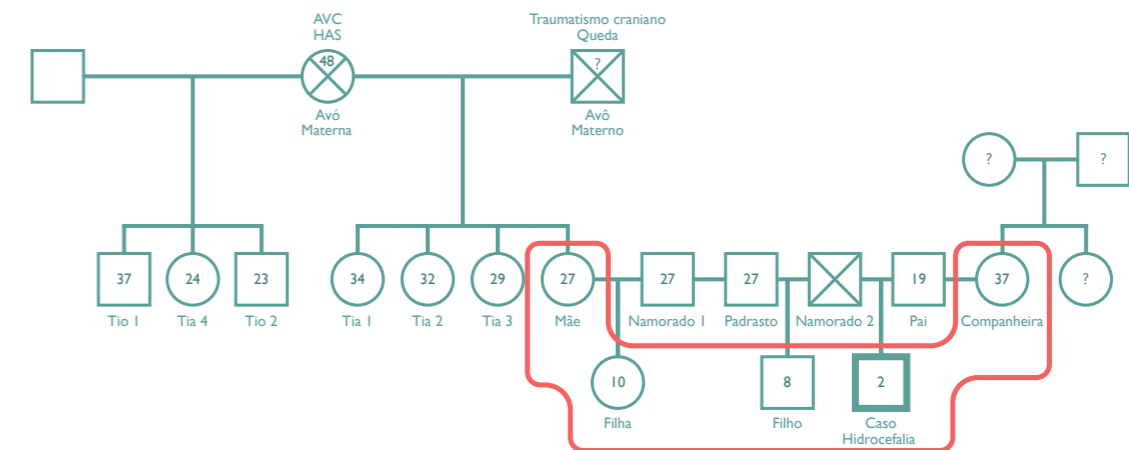


Figura 14 – Genograma da família em estudo.

4.3 Classificação da Família, Diagrama das Relações Familiares e Ecomapa

A família de “Caso” pode ser classificada como funcional com fatores de risco. Funcional porque consegue desempenhar bem as principais funções a ela inerentes e suprir as necessidades físicas e psicológicas de seus membros. Contudo, apresentava fatores de risco que são situações que afetam um ou mais membros da família, alterando a dinâmica familiar e constituindo-se uma ameaça a sua funcionalidade.

Nesta família os principais fatores de risco eram: a doença crônica de “Caso” (Hidrocefalia) que mobilizava todos os membros da família e a condição familiar de vulnerabilidade financeira.

Após uma aproximação maior com a família, foi aplicado o APGAR familiar com “Mãe” e “Companheira”, instrumento que mede o grau de funcionalidade ou com “Mãe” e “Companheira”, instrumento que mede o grau de funcionalidade ou disfuncionalidade familiar. O valor numérico do APGAR de “Mãe” deu 09 e o de “Companheira” deu 08, revelando que se trata de uma família com boa funcionalidade. Ou seja, mesmo com os fatores de risco identificados, a família ainda apresenta uma boa relação e consegue enfrentar os principais problemas.

Diagrama das Relações e Ecomapa

A família em estudo, apesar dos problemas provenientes da patologia de “Caso”, apresenta um bom relacionamento intrafamiliar, relatado pelos membros e também percebido pelos profissionais durante as visitas.

“Mãe” sempre demonstra muito amor e dedicação por “Caso”. Ela deixou de trabalhar para passar todo o dia dedicando cuidado e atenção ao filho. Em uma de suas falas, relata que não teria coragem de deixar ele aos cuidados de nenhuma outra pessoa, pois ninguém o trataria tão bem como ela, porque reconhecia que ele demandava muita atenção e dava bastante trabalho.

Com os outros dois filhos podemos perceber que também há bastante cuidado, atenção e amor. Apesar de a maioria do tempo ser dedicado a “Caso”, os sentimentos são muito parecidos por todos os filhos.

“Mãe” aparenta ter uma boa relação com “Companheira”, que, segundo relato da mesma, sempre está ao seu lado, a apoiando e ajudando nos momentos mais difíceis. Em suas falas, “mãe” relata muita gratidão pela companheira, mas queixa-se do ciúme excessivo e da possessividade da mesma.

“Companheira” referiu ter excelente relação com os filhos de “Mãe”, tratando-os muito bem e cuidando como se fossem seus filhos. Para “Caso” também dedica uma atenção especial. Em relação a seu relacionamento com “mãe” a mesma demonstra dedicação e cumplicidade.

“Filha” e “Filho” se dão bem, apesar das brigas próprias da idade, e dedicam muito amor e carinho ao irmão “Caso”. “Mãe” relata que “Filha” é mais apegada a “Caso”, que conversa com ele, canta para ele, conta histórias, beija e abraça, além de se preocupar e chorar quando ele não está bem. Já “Filho” é mais tímido, fala com o irmão, mas não se aproxima muito. Ambas as crianças demonstram gostar muito de “Companheira”, e se referem a ela como tia.

No ecomapa representamos as relações da família com os suprasistemas (pessoas significativas, instituições, etc.), ou seja, com o mundo externo (Figura 15). “Mãe” tinha um forte vínculo com as irmãs que moravam próximas a ela (“Tia 4”, “Tia 1” e “Tia 3”) e a ajudavam quando ela necessitava. Possuía também um vínculo forte com o ACS da sua área, que a ajudava muito nas questões referentes a “Caso”, e também com o lazer (festas e praia), o qual gostava de praticar com “Companheira”. Sempre que podiam iam juntas, enquanto suas irmãs cuidavam das crianças. Além disso, “Mãe” tinha um forte vínculo com o Hospital de referência do município, pois gostava do atendimento de lá e também porque era mais próximo de sua residência. Ela gostaria que “Caso” passasse a ser acompanhado neste Hospital, por acreditar que seria melhor

para ele e para toda a família. Ela tinha um vínculo moderado com a USF e com a escola que frequentava à noite para concluir o segundo grau. O vínculo moderado com a unidade era devido ao seu pouco tempo de funcionamento (menos de 01 ano) e, também, a necessidade de atendimento mais especializado para “Caso”. Por fim, apresentava um vínculo tênue com os vizinhos, não tinha briga, também não havia muita amizade, referia preferir ficar em casa, mas também relatava que quando mais precisou de ajuda com “Caso” foram os vizinhos que ajudaram, inclusive até a comer. Relata não ter nenhuma religião.

“Companheira” também apresentava vínculo moderado com a USF, na qual referia ir esporadicamente. Com o lazer ela mantém um forte vínculo, assim como “Mãe”. Ela também não tem religião.

Já “Filha” e “Filho” apresentavam forte vínculo com a escola e com o lazer, ambos frequentavam assiduamente as aulas e gostavam de passear todo final de semana, indo ao shopping, praia e praças. Adoravam também brincar com os vizinhos, mas a mãe reforçava que era só aos finais de semana. Eles apresentavam um vínculo moderado com a unidade, pois quando necessário iam às consultas de atendimento à saúde da criança. “Filha”, nos nossos primeiros encontros com a família, demonstrava um forte vínculo com o pai (“Namorado 1”) que morava próximo a sua casa, mas na última visita soubemos que este vínculo passou a ser moderado, pois a menina tinha se chateado bastante com o descaso do pai, que não lhe dava nenhuma assistência.

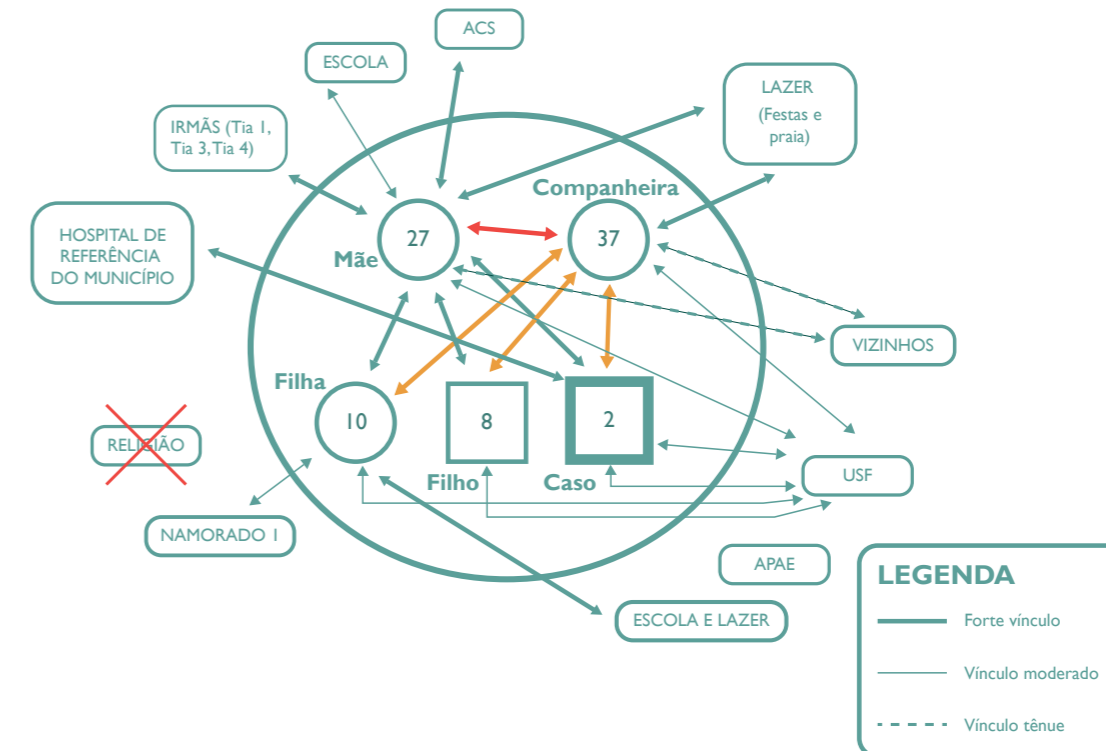


Figura 15 – Exemplo de ecomapa com diagrama de relações do estudo de caso apresentado na Unidade 4.

“Caso” mantinha vínculo forte com a APAE, onde era acompanhado bimestralmente pela neuropediatra. E passou a ter um forte vínculo com o Hospital de referência do município, onde passou a ser acompanhado semanalmente no CRPD.

4.4 Condições de Moradia e Saneamento

O imóvel da residência da família era emprestado por uma amiga de “Mãe”, pois a casa própria estava em reforma e, naquele momento, não havia condição financeira para terminar a obra. O prédio possui dois andares, é de bloco revestido, tem 05 cômodos, sendo: 02 quartos, 01 sala, 01 banheiro e 01 cozinha. Possuía abastecimento de água, luz elétrica e esgotamento sanitário e era coberta por telhas Eternit.

A coleta de lixo era regular. A residência apresentava boas condições de moradia e higiene, sendo bem arejada e iluminada, só apresentava um pouco de calor no andar de cima devido às telhas.

Possuía também televisão, rádio, geladeira e fogão.

4.5 Identificação dos Usuários Selecionados pela História do adoecer

Identificação dos membros da família							
Nome	Idade	Sexo	Naturalidade	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Religião
“Caso”	2a	M	XXXXX	XXXX	XXXXX	Aposentado	-
“Mãe”	27a	F	XXXXX	2º grau (em curso)	Solteira	Desempregada	Não tinha
“Filha”	10a	F	XXXXX	4ª série (em curso)	Solteira	Estudante	-
“Filho”	8a	M	XXXXX	3ª série (em curso)	Solteiro	Estudante	-
“Companheira”	37a	F	XXXXX	Desconhecido	Solteira	Desempregada	Não tinha

Quadro 2 – Identificação dos membros da família.

4.6 História de Vida Familiar

“Mãe” nasceu no dia 13/10/1982, morou durante toda sua vida no mesmo bairro na periferia da sua cidade natal, mais especificamente na área da USF. Relatava que não aconteceu nada marcante na sua infância, mas sua adolescência foi bastante conturbada no que se refere a sua vida amorosa e sexual. Aos quinze anos teve seu primeiro namorado com o qual permaneceu durante dois anos e teve sua primeira relação sexual (coitarca). Após traição dele, manteve o namoro, mas o traiu também com “Namorado 1”, colega do bairro, com o qual mantinha encontros esporádicos e sexuais (“só ficava”, s.i.c.) e foi quando engravidou da primeira filha, aos 17 anos.

Ainda no primeiro mês de gravidez de “Filha” ela começou um relacionamento com “Padrasto”, com o qual manteve um relacionamento de cinco anos. Quando “Filha” nasceu, “Mãe” contou a “Padrasto” que ela não era sua filha, mas o mesmo resolveu assumi-la e registrá-la mesmo sabendo que era filha de outro. No entanto, o pai biológico, “Namorado 1”, também sabia que a filha era dele.

A relação de “Mãe” com “Padastro” foi marcada por muitas brigas e traições. Em uma dessas brigas, quando “Filha” tinha 05 meses, “Mãe” começou a se envolver com “Namorado 2”, e manteve relação com os dois durante um bom tempo.

Quando “Filha” tinha dois anos, “Mãe” engravidou novamente, só que desta vez o filho era de “Namorado 2”. Nasceu então “Filho”. Após um período, ela passou a se relacionar apenas com “Namorado 2”, mas a relação também foi marcada por muitas brigas e traições.

Já com 25 anos “Mãe”, ainda se relacionando com “Namorado 2”, o traiu e se envolveu com “Pai”, com o qual teve o terceiro filho, “Caso”. Durante a gravidez de “Caso” ela ficou mais ligada a “Pai”, mas quando, aos cinco meses de gestação, o mesmo descobriu que o filho tinha hidrocefalia resolveu abandoná-la.

Quando “Caso” nasceu, ficou internado durante um ano na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) da Maternidade de referência do município e “Pai” nunca foi visitá-lo nem deu assistência. “Mãe” chegou a denunciá-lo ao Conselho Tutelar para ter alguma ajuda financeira, mas depois de diversas intimações sem comparecimento do mesmo, desistiu e preferiu não ter mais nenhum contato com ele.

Nesse período, “Mãe” começou a frequentar umas serestas e conheceu “Companheira”, que desde o início deu muito apoio a “Mãe” e se mostrou muito solícita e prestativa frente ao problema de “Caso”. Após alguns encontros “Mãe”

resolveu relacionar-se com “Companheira” e elas passaram a morar juntas, inclusive “Companheira” passou a ser a provedora da casa e a única fonte de renda da família. Em dezembro/2010 elas completavam dois anos morando juntas.

Naquele momento, “Filha” sabia que seu pai biológico era “Namorado 1” e tinha contato frequente com ele, e segundo “Mãe” ela tinha um amor louco e doentio pelo pai, que também amava a menina. No entanto, ele alegava que só iria ajudar financeiramente se “Mãe” resolvesse mudar o registro da menina, passando ele a ser o pai na certidão de nascimento. Por “Padrasto”, que a registrou, “Filha” tinha um carinho como se fosse de tio e, às vezes, o via, mas não com tanta frequência. “Filha” tinha tido uma série de decepções com o pai relacionadas ao seu descaso e a relação entre eles tem se enfraquecido.

Já “Filho” tinha contato frequente também com o pai “Namorado 2”, apesar dele também não ajudar financeiramente, mas ele havia falecido recentemente (cerca de 07 meses) vítima de homicídio, pois estava envolvido com tráfico de drogas. O menino sentia muito a falta do pai.

Sobre a situação da relação entre “Mãe” e “Companheira”, “Mãe” afirmava que na verdade nunca gostou de mulheres e que se envolveu com “Companheira” por uma situação de fraqueza que estava enfrentando e porque a mesma sempre deu a atenção que nenhum homem nunca havia dado a ela. E que durante estes quase dois anos que estavam juntas ela nunca traiu “Companheira”, no entanto, afirmava que caso elas terminassem a relação não voltaria a se envolver novamente com mulheres, pois no fundo continuava sentindo atração por homens.

Há um ano “Companheira” perdeu o emprego, e foi justamente quando elas conseguiram aposentar “Caso” pelo problema de saúde, logo a única fonte de renda da família, que sustentava os cinco membros, era a aposentadoria do menino.

4.7 História do Adoecer

“Caso”

“Mãe” refere que a gestação de “Caso” foi indesejada e no começo tomou chás abortivos, mas não conseguiu abortar e manteve a gestação. Ao chegar no 3º mês deu início ao pré-natal e realizou todos os exames. No 5º mês, ao fazer uma ultrassonografia, descobriu que o bebê tinha hidrocefalia. Afirma não ter tido

sífilis, nem outra DST. Acredita que o problema foi devido a alguma patologia que não se manifestou nela, mas manifestou na criança.

“Caso” nasceu em 18/03/2008 com hidrocefalia e permaneceu 01 ano internado na Maternidade de referência do município na UCI. De início o perímetro cefálico se apresentou levemente alterado, mas com o passar do tempo foi aumentando bastante. Durante o período longo de internação, ele foi acompanhado por uma neuropediatra e passou por cinco procedimentos cirúrgicos, por meio dos quais tentaram implantar várias válvulas para drenagem do líquido da cabeça, mas em nenhum dos procedimentos obteve-se sucesso, pois as válvulas entupiam. Ainda nesse período, contraiu meningite bacteriana, tendo sido curado, e aos 03 meses de vida realizou gastrostomia para alimentação, uma vez que não conseguiu desenvolver o reflexo da deglutição, mesmo “Mãe” tendo tentado amamentar.

Quando “Caso” completou 01 ano e 02 dias recebeu alta hospitalar. Saiu da maternidade sem nenhuma referência de onde continuar o acompanhamento. A genitora refere que perambulou durante quase 04 meses em busca de um serviço que os amparasse. Nesse período, “Caso” apresentou vários episódios de problemas respiratórios, tendo ficado internado por 15 dias em um hospital do município devido a uma infecção respiratória aguda. Outras vezes, ao apresentar o mesmo quadro, foi avaliado, medicado e liberado.

Quando estava com cerca de um ano e meio, “Caso” começou a ser acompanhado na APAE, onde frequentava a neuropediatra a cada 02 meses. Era também acompanhado pela fisioterapeuta toda semana, mas a genitora não estava tendo condições físicas e financeiras de levá-lo, logo, nos primeiros contatos com a família ele estava sem acompanhamento desta profissional, o que era de suma importância, pois “Caso” não conseguiu se desenvolver: ele não falava, não andava, não deglutia, passava 24 horas em cima de uma cama.

“Mãe” gostaria que ele fosse acompanhado no Hospital de referência do município, pois além de ter um bom atendimento era mais perto para o deslocamento dos mesmos.

Após o início das intervenções, “Caso” passou a ser acompanhado por uma equipe multiprofissional no hospital de referência do município.

4.8 Lista de Problemas

- Situação de desemprego das provedoras do lar e vulnerabilidade financeira.
- Hidrocefalia de “Caso”
- Relação conflituosa de “Mãe” com os pais das crianças
- Crescimento e desenvolvimento inadequado na criança
- Ingestão alimentar alterada
- Risco para dispneia na criança
- Dormitório das crianças com aeração insatisfatória
- Integridade da pele comprometida na criança
- Condição insatisfatória de saúde bucal de todos os membros da família
- Fimose e higiene inadequada da genitália
- Problema de dicção na criança

4.9 Exames para Ações Diagnósticas e Preventivas

Avaliação de “Caso”

- Primeira avaliação (31/08/10)

A criança possuía gastrostomia há cerca de 01 ano, pois não conseguiu desenvolver o reflexo de deglutição. Realizava 05 refeições/dia e bebia bastante água (130 mL/h).

Desenvolvimento Motor: criança permanecia 24h deitada, não tendo sustentação da cabeça, não sentava, não falava e não deglutia.

Exame físico: criança apresentava hipertonia em todos os músculos do corpo; dermatite, edema e paraparesia em MMSS e MMII. Mantinha-se calma por efeito da medicação, caso não fizesse uso apresentava quadros de agitação.

Medicações em uso: Fenobarbital 37gts/ 12/12h; Dexametasona e Óxido de zinco.

Impressão diagnóstica (da médica): Déficit Proteico/ Hipoalbuminemia (?)

Exames Solicitados: proteína total e frações (albumina e globulina); colesterol total e frações; triglicerídeos; sumário de urina; parasitológico de fezes; ureia e creatinina; Hemograma; Glicemia e Gama Gt.

Não foi possível realizar o exame intrabucal da criança, pois a mesma estava dormindo e apresentava dificuldade respiratória.

- Segunda Avaliação (23/11/10)

A criança foi avaliada pela médica da equipe e pela enfermeira residente. Foi constatada uma melhora significativa.

A gastrostomia foi trocada por uma de tamanho adequado para sua idade e a pele da região ao redor encontrava-se em bom estado e íntegra.

Ao exame físico foi constatado que a hipertonia muscular reduziu significativamente e “Caso” passou a ter respostas e reflexos aos nossos estímulos. A dermatite também foi solucionada, a pele estava íntegra, apenas um pouco ressecada. O estado em MMSS e MMII permanecia ainda, mas em proporção bem menor. O padrão respiratório estava normal, bem como a ausculta cardiorrespiratória (ACR). O perímetro cefálico estava em 58 cm.

Os exames foram todos avaliados pela médica da EqSF que afirmou estarem todos normais, exceto o parasitológico de fezes que indicou a presença de *Ascaris Lumbricoides* e o Gama Gt que apresentou uma leve alteração.

Foi prescrita medicação para verminose e novos exames para avaliar a função hepática da criança.

- Avaliação de “Mãe”

“Mãe” foi avaliada no dia 23/11/10 pela médica da EqSF.

Ela queixou-se de cefaleias intensas e com frequência, náuseas, sensação de cansaço e PA = 160x100 mmHg.

A médica solicitou uma série de exames laboratoriais e a medição frequente da pressão arterial para avaliação de hipertensão já que “Mãe” tinha histórico familiar de problemas circulatórios.

Exame intrabucal

A paciente apresentava condição de saúde bucal insatisfatória e com as estruturas de tecido mole dentro dos padrões de normalidade.

Na arcada superior todas as unidades dentárias estavam presentes, apresentando restos radiculares na unidades 1.5, 1.4, 2.4 e lesão de cárie nas unidades 1.7, 2.7. Na arcada inferior, também possuía todas as unidades dentárias, exceto a 4.7. Apresentava resto radicular na unidade 3.6, lesão de cárie nas unidades: 4.8 e 3.7 e presença de cálculo supragengival no sextante V.

- Avaliação de “Filho”

Avaliação de enfermagem em 15/09/10.

Criança apresentava bom desenvolvimento físico e motor e problemas de dicção.

Ao exame: mucosas normocrômicas, cavidade oral apresentando cárie em algumas unidades, ACR normal, abdome plano e indolor, MMSS e MMII sem alterações, genitália apresentando fimose.

Conduas: Solicitação de exames de rotina (hemograma, sumário de urina e parasitológico de fezes); encaminhamento para fonoaudióloga; encaminhamento para cirurgião-pediátrico para avaliação da fimose.

Avaliação odontológica

Arco superior

- Unidades presentes: 1.6, 5.5, 5.4, 5.3, 5.2, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 2.6
- Todas as unidades livres de cárie

Arco inferior

- Unidades presentes: 4.6, 8.5, 8.4, 8.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 7.3, 7.4, 7.5, 3.6
- Lesão de cárie nas unidades: 8.5, 8.4, 7.5

- Avaliação de “Filha”

Avaliação odontológica

Arco superior

- Unidades presentes: 1.6, 5.5, 5.4, 5.3, 5.2, 1.1, 2.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 2.6
- Lesão de cárie nas unidades: 1.6, 5.5, 2.6

Arco inferior

- Unidades presentes: 4.6, 8.5, 8.4, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 7.3, 7.4, 7.5, 3.6
- Lesão de cárie nas unidades: 4.6, 8.5, 8.4, 7.5, 3.6

- Avaliação de “Companheira”

A paciente apresentava condição de saúde bucal insatisfatória e com as estruturas de tecido mole dentro dos padrões de normalidade.

Arco superior

- Todas as unidades presentes
- Restos Radiculares: 1.5, 1.4, 1.3, 2.4, 2.5, 2.6
- Lesão de cárie nas unidades: 2.6, 2.7
- Unidades com restauração: 1.6, 2.2

Arco Inferior

- Unidades ausentes: 4.8, 4.6, 3.6
- Lesão de cárie nas unidades: 4.7, 3.7, 3.8
- Unidades com restauração: 4.5, 3.4, 3.5

4.10 Plano Terapêutico e Educacional

O plano terapêutico e educacional tem por objetivo listar os problemas identificados e selecionados, tanto aqueles que envolvem a totalidade ou a maioria dos membros da família, como aqueles que afetam um único indivíduo, para planejar as ações a serem desenvolvidas. A realização deste planejamento segue a lógica do PPLS, visto na disciplina Planejamento, Gestão e Programação em Saúde. As ações devem ser pensadas buscando a integralidade da atenção à saúde, envolvendo ações de promoção, proteção, cura e reabilitação, em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com definição de responsabilidades, estabelecendo prazos para início e término das ações, bem como critérios de avaliação.

A seguir apresentamos o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações priorizadas.

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – DADOS SELECIONADOS QUE ENVOLVEM TODOS OU A MAIORIA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA.				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Relação conflituosa de “Mãe” com os pais das crianças	Contribuir para melhoria da relação entre “Mãe” e os pais das crianças	1. Conhecer a família e suas relações; 2. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; 3. Incentivar o restabelecimento de vínculo afetivo para o bem das crianças; 4. Identificar redes de apoio familiar e comunitária; 5. Informar sobre os dispositivos legais.		21/09/10 24/09/10 24/09/10 24/09/10 19/10/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Residentes, ESF e ACS 2. Residentes e ESF 3. Residentes e Companhia 4. Assistente Social (AS) NASF 5. Assistente Social (AS) NASF e Residentes	Relato dos familiares Relato do número de visitas dos pais	Mensal	Não avançamos nessa questão. Os conflitos permanecem e “Mãe” está irredutível em procurar ajuda dos pais das crianças	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – DADOS SELECIONADOS QUE ENVOLVEM TODOS OU A MAIORIA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA.				
Dados selecionados que envolvem todos ou a maioria dos membros da família	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Situação de desemprego das provedoras do lar e vulnerabilidade financeira	Contribuir para melhoria das condições financeiras da família através da orientação de formas alternativas para geração de renda	1. Estabelecer relação de confiança com a família;		21/09/10
		2. Orientar quanto à obtenção de outros benefícios (bolsa-família);		24/09/10
		3. Orientar formas alternativas de geração de renda (geladinho, picolé, pipoca, etc.);		19/10/10
		4. Identificar redes de apoio social.		24/09/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultado alcançados	Término da ação
1. Residentes, ESF e ACS 2. Residentes 3. Residentes e ACS 4. Residentes e ESF	Obtenção de novas fontes de renda pelo relato da família	Mensal	As provedoras do lar estavam trabalhando como garçonetes em um bar Apenas na última visita (23/11/10) sabemos que estavam novamente desempregadas A assistente social do Hospital de referência do município está conseguindo cesta básica para ajudar a família	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – DADOS SELECIONADOS QUE ENVOLVEM TODOS OU A MAIORIA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA.				
Dados selecionados que envolvem todos ou a maioria dos membros da família	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Hidrocefalia de “Caso” que modifica dinâmica familiar	Promover informação sobre a patologia; estimular o acompanhamento profissional para reestabelecer a dinâmica familiar	1. Estabelecer relação de confiança com a família e escuta ativa; 2. Realizar uma ação educativa com a família para disponibilizar informações sobre a patologia através de recursos didáticos e de fácil compreensão; 3. Estimular autocuidado da família para que eles tenham a iniciativa de buscar acompanhamento profissional; 4. Programar monitoramento domiciliar.		21/09/10 19/10/10 21/09/10 31/08/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultado alcançados	Término da ação
1. Residentes, ESF e ACS 2. Residentes 3. Residentes, ESF e ACS 4. Residentes e Enfermeira	Formulário de avaliação da ação educativa Relato dos familiares	Mensal	Não realizada a ação educativa devido a impossibilidade de realização da visita domiciliar Conseguimos estimular na família o autocuidado de forma que eles têm buscado cada vez mais o acompanhamento profissional	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Caso”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Crescimento e desenvolvimento inadequado na criança	Auxiliar a promover um crescimento e desenvolvimento adequado à patologia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conversar e demonstrar carinho à criança durante os cuidados; 2. Esclarecer a mãe/cuidadores sobre o processo de CD de acordo com a idade e patologia; 3. Encaminhar e tentar garantir atendimento com fisioterapeuta; 4. Encaminhar e tentar garantir acompanhamento com otorrinolaringologista; 5. Encaminhar e tentar garantir acompanhamento com dentista; 6. Incentivar acompanhamento com neuropediatra na APAE; 7. Orientar para acompanhamento de puericultura mensalmente. 		31/08/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10 21/09/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Familiares, Residentes e ESF 2. Residente de enfermagem e Técnica de enfermagem 3. AS NASF e Residentes 4. AS NASF e Residentes 5. Dentista, AS NASF e Residentes 6. Residentes e ESF 7. Residente de enfermagem e enfermeira 	Presença nas consultas mensais de puericultura Relatório de acompanhamento com profissionais solicitados Melhora do tônus muscular Presença de reflexo de deglutição	Mensal	A criança está tendo um acompanhamento multiprofissional (fisioterapeuta, fonoaudióloga e dentista) no centro especializado de atenção a pessoas com deficiências Passou também pela avaliação de um neuropediatra Houve melhora do tônus muscular a tem esboçado pequenos reflexos de deglutição	---

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Caso”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Ingestão alimentar alterada	Orientar a ingesta alimentar adequada	1. Orientar a adaptação da dieta a patologia do paciente; 2. Orientar a importância da dieta fracionada, várias vezes ao dia em pequenas quantidades; 3. Orientar troca da gastrostomia que está “vencida”; 4. Orientar cuidados com gastrostomia.		19/10/10 31/08/10 31/08/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Nutricionista do NASF e Residentes 2. Residente de Enfermagem e ACS 3. Técnica de enfermagem 4. Técnica de enfermagem	IMC Gastrectomia nova	Mensal	A criança está tendo acompanhamento com uma nutricionista mensalmente Já houve adequação da dieta Houve troca da gastrostomia para uma adequada a idade da criança Orientamos os cuidados com higiene	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Caso”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Risco para dispneia na criança	Manter a criança com condição respiratória satisfatória	1. Avaliar hidratação; 2. Investigar condições de moradia; 3. Investigar histórico de doenças respiratórias; 4. Orientar manutenção das janelas da casa abertas; 5. Orientar ingestão hídrica; 6. Orientar manutenção das vias aéreas limpas.		31/08/10 24/09/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Técnica de enfermagem e Residente de enfermagem 2. Residentes 3. ACS e Residente de enfermagem 4. ACS e Residentes 5. ACS e Residente de enfermagem 6. Técnica de enfermagem e Residente de enfermagem	Ausência de sintomas de dispneia Desobstrução nasal Diminuição do número de internações por dispneia (relato)	Mensal	Conseguimos dar todas as orientações e percebemos durante a visita um ambiente mais aerado A pele está mais hidratada O padrão respiratório normalizou	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Caso”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Risco para dispneia na criança	Manter a criança com condição respiratória satisfatória	1. Avaliar hidratação; 2. Investigar condições de moradia; 3. Investigar histórico de doenças respiratórias; 4. Orientar manutenção das janelas da casa abertas; 5. Orientar ingestão hídrica; 6. Orientar manutenção das vias aéreas limpas.		31/08/10 24/09/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10 31/08/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Técnica de enfermagem e Residente de enfermagem 2. Residentes 3. ACS e Residente de enfermagem 4. ACS e Residentes 5. ACS e Residente de enfermagem 6. Técnica de enfermagem e Residente de enfermagem	Ausência de sintomas de dispneia Desobstrução nasal Diminuição do número de internações por dispneia (relato)	Mensal	Conseguimos dar todas as orientações e percebemos durante a visita um ambiente mais aerado A pele está mais hidratada O padrão respiratório normalizou	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Caso”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
1. Ausência do reflexo da deglutição; 2. Limitação da abertura de boca; 3. Ausência do estímulo a sucção; 4. Retardo na erupção dentária.		1. Estudo aprofundado da patologia e da condição fisiológica da criança; 2. Busca de orientações da fisioterapeuta e do neuropediatra, quanto a melhor conduta a ser adotada.		Outubro de 2010
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Residentes 2. Residentes, Dentista e ASB			A criança já está apresentando poucos reflexos de deglutição A abertura de boca já tem aumentado	Novembro de 2010.

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Filho”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Presença de fimose e higiene das genitálias alterada	Manter condições de higiene favoráveis e solucionar o problema da fimose	1. Realizar consulta de enfermagem para acompanhamento do CD e examinar genitália; 2. Orientar higiene das genitálias; 3. Encaminhar para cirurgião pediátrico para cirurgia de fimose; 4. Orientar para retorno às consultas de acompanhamento do CD.		15/09/10 15/09/10 15/09/10 15/09/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Residente de enfermagem 2. Residente de enfermagem e Familiares 3. Residente de Enfermagem e Enfermeira 4. Residente de enfermagem, Enfermeira e ACS	Realização da Cirurgia Inspeção da genitália nas consultas	Semestralmente	Consulta de enfermagem realizada em 15/09/10 Cirurgia agendada aguardando resultado de exames laboratoriais Consulta agendada com a enfermeira	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Filho”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Higiene bucal insatisfatória	Incentivar o paciente a desenvolver o autocuidado com a saúde bucal	1. Agendamento da consulta odontológica; 2. Revelação de placa; 3. Demonstração de técnicas de escovação e orientações sobre a forma mais adaptada de escovar os dentes.		21/09/10 24/09/10 24/09/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Residente de Odontologia 2. Residente de Odontologia 3. Residente de Odontologia, Dentista e ASB	Índice de IHO-S	Semanal	Consulta odontológica em 24/09/10 com escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Filho”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Dicção alterada	Contribuir para melhoria da dicção	1. Realizar consulta de enfermagem para acompanhamento do CD; 2. Encorajar verbalização do problema; 3. Encaminhar para avaliação com fonoaudióloga; 4. Orientar retorno às consultas de acompanhamento do CD.		15/09/10 15/09/10 15/09/10 15/09/10
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
1. Residente de enfermagem e Enfermeira 2. Residente de enfermagem e familiares 3. Residente de enfermagem e Enfermeira 4. Residente de enfermagem, Enfermeira e ACS	Realização da consulta Relato de melhora e observação da dicção	Semestralmente	Consulta realizada em 15/09/10 Encaminhamento para fonoaudióloga já realizado. Aguardando vaga no Hospital de referência do município Desempenho escolar normal. Série adequada para idade	----

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Filho”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Presença de cárie nas unidades 8.5, 8.4, 7.5	Controlar a progressão da doença	1- Controle da progressão da cárie nas unidades deciduas com a escovação e aplicação tópica de flúor.		Outubro de 2010
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
Residente de Odontologia e Dentista	CPO	Início e término do tratamento	O tratamento não pode ser iniciado devido a problemas estruturais na unidade	Novembro de 2010

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Filha”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
1. Higiene bucal insatisfatória; 2. Presença de cárie nas unidades 1.6, 5.5, 2.6, 4.6, 8.5, 8.4, 7.5, 3.6.	1. Incentivar o paciente a desenvolver o autocuidado com a saúde bucal; 2. Controlar a progressão da doença e devolver a morfologia das unidades cariadas.	1. Agendamento da consulta odontológica; 2. Revelação de placa; 3. Demonstração de técnicas de escovação e orientações sobre a forma mais adaptada de escovar; 4. Restauração de amálgama das unidades permanentes; 5. Controle da progressão da cárie nas unidades decíduas com a escovação e aplicação tópica de flúor.		21/09/10 24/09/10 24/09/10 Outubro de 2010
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
Residente de Odontologia, Dentista e ASB	1. Índice de IHO-S 2. CPO	1. Semanal 2. Início e término do tratamento	Consulta odontológica em 24/09/10 com escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor Restaurações não foram realizadas devido a problemas estruturais na unidade	Novembro de 2010

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Filho”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
Presença de cárie nas unidades 8.5, 8.4, 7.5	Controlar a progressão da doença	1- Controle da progressão da cárie nas unidades decíduas com a escovação e aplicação tópica de flúor.		Outubro de 2010
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
Residente de Odontologia e Dentista	CPO	Início e término do tratamento	O tratamento não pode ser iniciado devido a problemas estruturais na unidade	Novembro de 2010

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Mãe”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
1. Higiene bucal insatisfatória; 2. Presença de cárie nas unidades 1.5, 1.4, 2.4, 4.8, 3.7; 3. Extrações indicadas nas unidades: 1.7, 2.7, 3.6.	1. Incentivar o paciente a desenvolver o autocuidado com a saúde bucal; 2. Controlar a progressão da doença e devolver a morfologia das unidades cariadas; 3. Promover a adequação do meio bucal, removendo os focos de infecções.	1. Agendamento da consulta odontológica; 2. Revelação de placa; 3. Demonstração de técnicas de escovação e orientações sobre a forma mais adaptada de escovar; 4. Restauração de amálgama das unidades permanentes; 5. Exodontia dos restos radiculares.		Outubro de 2010
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
Residente de Odontologia, Dentista e ASB	1. Índice de IHO-S 2. CPO	1. Semanal 2. Início e término do tratamento	Consulta odontológica com escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor As restaurações e exodontias não foram realizadas devido a problemas estruturais na unidade Medicada para urgência odontológica	Novembro de 2010

PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – PROBLEMAS INDIVIDUAIS. MEMBRO FAMILIAR: “Companheira”				
Dados selecionados	Objetivos	Ações propostas		Início das ações
1. Higiene bucal insatisfatória; 2. Presença de cárie nas unidades 2.6, 2.7, 4.7, 3.7, 3.8; 3. Extrações indicadas nas unidades: 1.5, 1.4, 1.3, 2.4, 2.5, 2.6.	1. Incentivar o paciente a desenvolver o autocuidado com a saúde bucal; 2. Controlar a progressão da doença e devolver a morfologia das unidades cariadas; 3. Promover a adequação do meio bucal, removendo os focos de infecções.	1. Agendamento da consulta odontológica; 2. Revelação de placa; 3. Demonstração de técnicas de escovação e orientações sobre a forma mais adaptada de escovar; 4. Restauração de amálgama das unidades permanentes; 5. Exodontia dos restos radiculares.		Outubro de 2010
Profissionais/ colaboradores	Indicadores para avaliação	Periodicidade da avaliação	Resultados alcançados	Término da ação
Residente de Odontologia, Dentista e ASB	1. Índice de IHO-S 2. CPO	1. Semanal 2. Início e término do tratamento	Consulta odontológica com escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor As restaurações e exodontias não foram realizadas devido a problemas estruturais na unidade Medicada para urgência odontológica	Novembro de 2010

Atenção à Saúde Bucal das famílias

Essa disciplina é composta por 4 unidades que correspondem às 4 semanas de aula e aos 4 capítulos deste livro. Na primeira unidade abordaremos o conceito de família, buscando compreender sua estrutura, dinâmica e funcionalidade, a partir da compreensão de que esta é um sistema aberto e em constante interação com o meio. Em seguida, na segunda unidade, apresentaremos um modelo de avaliação familiar, em especial instrumentos como genograma, diagrama de relações e ecomapa, apontando estratégias para o planejamento de intervenções. Na terceira unidade, discutiremos a visita domiciliária, suas indicações e operacionalização pelo cirurgião- dentista. Por fim, na quarta unidade, veremos um estudo de caso, acompanhado em 2010 por duas residentes, uma enfermeira e uma dentista, em um campo de estágio do Curso de Especialização em Medicina Social, sob a forma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (RMSF/ ISC-UFBA).



PROEXT
PRO-REITORIA DE EXTENSÃO



Faculdade de Odontologia
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



SEAD
Superintendência de
Educação a Distância | UFBA

