

PRÁTICA NA COMUNIDADE: CONSTRUINDO VÍNCULO COM A FAMÍLIA E O TERRITÓRIO- UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ediléia Marcela Dutra¹
Evaldo Eufrásio Vasconcelos²
João Kildery Silveira Teófilo³
Leandro José Sousa Teófilo⁴

Resumo

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) se faz necessário uma abordagem que valoriza os sujeitos e o ambiente em que vivem, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Para tal é fundamental a construção de vínculos entre profissionais e usuários. Este relato de experiência foi realizado como atividade do módulo: Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família, tendo como objetivos promover estratégias para o desenvolvimento de vínculo do usuário e sua família com a ESF do seu território de atuação, sensibilizá-lo sobre a importância do acompanhamento sistemático na unidade básica de saúde da família, identificar redes de apoio que possam dar suporte à família e promover ações educativas referentes às doenças crônicas que acometem os membros da família. O estudo foi realizado no município de Marco-Ce, onde está cadastrada a família desse estudo. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação e a entrevista semi-estruturada, através da visita domiciliar. Os dados foram analisados com base na literatura sobre o tema e apresentados em categorias. Este estudo contribuiu para despertar nos profissionais de saúde a importância da construção do vínculo com o usuário favorecendo o seu exercício no cotidiano das práticas de saúde, proporcionando uma maior aproximação desses profissionais com as famílias e permitindo o levantamento de dados e informações importantes para o planejamento do cuidado a serem prestados à família.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde da família, abordagem familiar, visita domiciliar

Introdução

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um fato constatado no Brasil, atingindo atualmente uma ampla cobertura territorial, configurando-se como política de reestruturação da atenção básica, o que tem favorecido a equidade e universalidade da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde, como refere Alves (2005). Entretanto, não se

concebe, tendo-se como referência somente as estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção e nas práticas de saúde, partindo-se da concepção que na área da saúde, a integralidade vem sendo idealizada como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos, convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001).

No tangente à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e promotoras da saúde, assim como das práticas assistenciais. Desta forma, não mais se admite deixar de prestar uma assistência pelo fato do não comparecimento do usuário e, ou, família à unidade básica de saúde, haja vista que na perspectiva da integralidade e assistência familiar e domiciliar como eixo da ESF o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência, seja curativa, de promoção ou prevenção. No que se refere à ESF, a equipe de profissionais deve estar apta a executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adstrita, mediante visita domiciliar, acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) até ações educativas (ALVES, 2005).

Na ESF, a educação em saúde como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular, como coloca Silva *et al* (2006) e concebe-a como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, que deve estar preparada para prover uma assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, com identificação de situações de risco à saúde na comunidade assistida, de forma individual e coletiva, trabalhando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo ações educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos.

No campo das doenças crônicas, com ênfase no diabetes mellitus, que é foco deste estudo, corroboramos com Silva *et al* (2006), quando colocam que a abordagem do usuário com diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida, sendo, desta forma, o sucesso do controle das taxas de glicemia dependente da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

De acordo com Torres (2007), a educação em Diabetes, na perspectiva de um plano de intervenções estruturado tem como objetivo fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para o desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no

controle das crises de hipoglicemia ou hiperglicemia e para a mudança de comportamento, especialmente, dentro das áreas de nutrição e atividade física.

Um aspecto importantíssimo e que é um dos princípios da ESF no alcance de sucessos nas ações educativas é a formação de vínculo. As possibilidades de sucesso ou fracasso do tratamento para diabetes não estão somente relacionadas a um bom preparo técnico, por parte do profissional, e um ambiente favorável, faz-se necessário o vínculo profissional-usuário. Um mecanismo valioso na formação de vínculo refere-se à visita domiciliar, principalmente quando nos deparamos com situações em que não há procura pela unidade básica de saúde.

De acordo com Schimith (2004) a formação de vínculo com os usuários do serviço de saúde favorece a ampliação da eficácia das ações de saúde, favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço, objetivando-se a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, haja vista que não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) reforçam essa idéia quando coloca que o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito, assim como estimula a autonomia e a cidadania em um ambiente de negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, estimulando o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde.

Este estudo é produto de uma atividade desenvolvida durante o módulo: Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, onde os alunos deveriam realizar atividades junto a famílias de seu território de atuação. A família sujeita desta atividade tem entre os seus membros um homem diagnosticado há aproximadamente dois anos com diabetes mellitus e vem realizando o tratamento medicamentoso, porém sem fazer avaliações e exames periódicos e sem acompanhamento na unidade básica de saúde da família no território da ESF.

Assim, realizou-se um trabalho com os objetivos de promover estratégias para o desenvolvimento de vínculo do usuário e sua família com a ESF do seu território; sensibilizá-lo sobre a importância do acompanhamento sistemático na unidade básica de saúde da família; identificar redes de apoio que possam dar suporte à família; e promover ações educativas referentes às doenças crônicas que acometem os membros da família.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado no período de maio a junho de 2012, com uma família residente na área de atuação da Estratégia Saúde da Família de Panacuí no município de Marco-Ce. A escolha por este local se justifica por ser o território de atuação de um dos autores do estudo, possibilitando a execução das ações propostas e dando sentido a esta prática na comunidade.

Os sujeitos deste estudo compõem uma família de dois membros, um casal, dentre os quais um homem portador de diabetes mellitus, sem acompanhamento sistemático e periódico pela equipe de saúde da família do território onde reside.

Essa família mora na localidade rural de Varjota de Marco-Ce, localizada a aproximadamente 35 Km da sede do município e a aproximadamente 8 Km do distrito rural de Panacuí, onde se encontra o Centro de Saúde da Família (CSF) que tem a responsabilidade sanitária pela localidade onde reside. Além dos atendimentos diários realizados no CSF supracitado, mensalmente é feito um atendimento pelos profissionais médicos e de enfermagem em Varjota em um ponto de apoio, com a finalidade de melhorar o acesso da população às ações de saúde.

Os dados foram coletados através da abordagem à família através de visita domiciliar, utilizando-se a observação e entrevista semi-estruturada, as quais permitiram a elaboração do genograma e do ecomapa da família.

Os dados foram analisados com base na literatura sobre o tema e apresentados em duas categorias: Construindo o vínculo com a família e Desenho da família através do genograma e de suas relações através do ecomapa.

Resultados e Discussão

3.1 Construindo o vínculo com a família

Para aprofundar os conhecimentos da equipe da ESF sobre a família do estudo e subsidiar a visita domiciliar foi realizado uma análise do prontuário familiar, buscando informações referentes aos atendimentos prestados ao usuário e à sua esposa, no qual encontramos apenas um registro de atendimento do usuário, apesar de ser diagnosticado como portador de diabetes melitus e vários de sua esposa. A mesma comparece mensalmente para as avaliações, assim como recebe a medicação para o controle de hipertensão arterial, demonstrando um acompanhamento sistemático da mesma. Estas informações foram importantes para percebermos uma fragilidade do vínculo com o usuário

como também uma potencialidade que era o fato da esposa ser acompanhada sistematicamente, o que poderia favorecer a construção do vínculo entre equipe e usuário.

Posteriormente realizou-se uma roda de conversa com o agente comunitário de saúde (ACS), de onde antecipamos muitas informações sobre a família, haja vista que o ACS atua na área há muitos anos e tem uma boa relação com a família.

Na busca por aprofundar os conhecimentos sobre a família e iniciar a construção do vínculo com a mesma utilizou-se como estratégia a visita domiciliar, que possibilitou um primeiro contato da equipe com a família e iniciou-se um diálogo para coleta de dados importantes no contexto.

Na ESF a visita domiciliar constitui uma atividade comum a todos os membros da equipe de saúde da família, como forma de capacitar os profissionais para o conhecimento da realidade de vida da população, assim como o estabelecimento de vínculos com a mesma, visando identificar os fatores de risco e atender as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, preocupando-se com a infra-estrutura das comunidades e o atendimento familiar (BRASIL, 2006).

Na busca por evidências que justificassem a situação, ou seja o fato do usuário não procurar a unidade básica de saúde para o acompanhamento do diabetes mellitus, foi percebido na fala do usuário que o mesmo não procura o atendimento porque não gosta de esperar para ser atendido, porque o CSF era distante de eu domicílio, que preferia comprar a medicação para o controle da diabetes e que quando necessita de atendimento médico procura o hospital municipal. Diante das afirmativas iniciou-se um processo de educação em saúde esclarecendo o funcionamento da ESF, como também informando-o sobre a oferta dos serviços realizados pela ESF, inclusive com a dispensação gratuita da medicação que utilizava para o controle da glicemia. Na oportunidade o usuário foi questionado se gostaria de a partir de então ser acompanhado pela ESF e o mesmo concordou.

Assim coletou-se que o usuário descobriu que era diabético a aproximadamente 2 anos, quando fez uma consulta com um médico no hospital municipal, sendo prescrito hipoglicemiantes orais, os quais vinham sendo tomados desde então, na mesma dosagem. Quanto à prática de exercícios físicos afirmou que são realizados diariamente no trabalho rural, não havendo um momento exclusivo para esta atividade e que mantinha um certo controle da dieta, mas não de forma rigorosa, pautada principalmente na substituição do açúcar pelo adoçante.

Durante a visita domiciliar foi realizada uma avaliação clínica inicial do usuário com verificação da pressão arterial, glicemia capilar, peso e estatura. Indagado sobre os conhecimentos sobre a doença o mesmo referiu saber pouco sobre diabetes e sobre o tratamento, afirmando que era um problema de açúcar no sangue e que os ferimentos demoravam a cicatrizar, desconhecendo a

necessidade de realizar avaliações sistemáticas e periódicas. A partir destas informações desenvolveu-se uma atividade educativa, através de uma roda de conversa no domicílio, envolvendo o casal, com enfoque para diabetes mellitus e hipertensão arterial, procurando fazer correlações entre os conhecimentos já trazidos pelos mesmos e seus comportamentos diários, com o saber científico, sempre na perspectiva do fortalecimento do vínculo e garantia de uma abordagem integral.

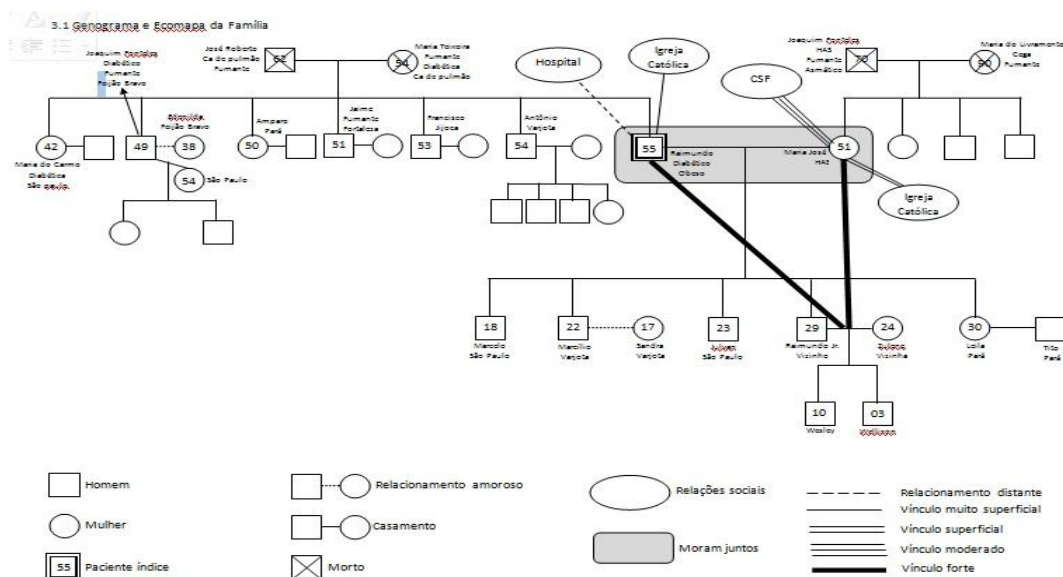
Além dos elementos citados foram coletados dados sobre a estrutura familiar e sua relação com a comunidade, ou seja, das redes sociais existentes que dão suporte a família. Em posse das informações colhidas, arquitetamos o genograma e o ecomapa da família que serão discutidos posteriormente.

Ao término da visita domiciliar garantiu-se um agendamento para uma avaliação médica e de enfermagem no CSF, para o acompanhamento dos usuários e contínuo processo de fortalecimento do vínculo.

3. 2 Desenho da família através do genograma e de suas relações através do ecomapa

A partir dos dados coletados durante a visita domiciliar iniciou-se a construção do genograma e ecomapa da família do estudo. Mello et al (2005) consideram que o genograma e o ecomapa são instrumentos de abordagem familiar importantes para a obtenção de informações sobre a família. Para estes autores enquanto o genograma permite visualizar e compreender com mais facilidade a estrutura, funcionamento e dinâmica familiar, enquanto o ecomapa fornece dados sobre as conexões da família com o meio ambiente através da identificação das redes de apoio formais e informais, além de mostrar os vínculos entre os membros da família e os recursos comunitários.

Traremos em seguida do genograma e do ecomapa referentes à família em estudo, possibilitando uma visão ampliada e rápida das características da estrutura familiar:



Observando a figura 1 tem-se uma visão ampliada da família através do desenho da estrutura e das relações da família com a comunidade, com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas. Como fator protetor do casal observa-se o forte vínculo com os filhos e netos.

Nesta perspectiva, a construção do genograma e do ecomapa contribuiu para uma melhor compreensão da equipe de ESF sobre o processo de adoecimento da família, como também para conhecer a situação dos seus membros e suas relações não apenas dentro da família, mas também com a comunidade com quem convivem e estabelecem suas redes de apoio, permitindo à equipe de saúde acompanhar a família e seus membros ao longo de suas vidas, propiciando a definição de ações capazes de promover a saúde.

Conclusão

A responsabilização da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) pela saúde da população existente no território é um dos seus princípios fundamentais. Para isto é importante que os profissionais da equipe de saúde se sintam implicados no processo de cuidar da comunidade.

As forças direcionadas para a formação de vínculo e para a implementação de atividades educativas foram profícuas contribuindo para uma atuação da equipe de ESF com responsabilização sobre o território e voltada para formação do vínculo entre profissionais e usuários.

Neste contexto, este estudo contribuiu para despertar na ESF de Panacuí, em Marco-Ce e dos autores a importância da construção do vínculo favorecendo o seu exercício no cotidiano das práticas de saúde, quando se concebe sua atuação junto às famílias residentes nos territórios, proporcionando uma maior aproximação desses profissionais com a(s) família(s), permitindo o levantamento de dados e informações importantes para o planejamento do cuidado a serem prestados à família.

Referências Bibliográficas

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em 21 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção

Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 17**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MELLO, D. F. de. *et al.* **Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família**. Estudo de Caso. In: Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum. 2005;15(1):79-89. Disponível em <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2012.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. de F. A. S. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, Jun 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015. Acesso em 20 de junho de 2012.

SILVA, T. R. *et al.* **Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde**. Saude soc., São Paulo, v. 15, n. 3, Dez. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000300015&script=sci_arttext. Acesso em 20 de junho de 2012.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext. Acesso em 23 de junho de 2012.

TORRES, H. C. **Oficinas de Educação em Saúde: Uma Estratégia Educativa no Controle do Diabetes Mellitus Tipo II no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/ Brasil**. Rev. Diabetes Clínica, Minas Gerais, 177-81, fevereiro de 2007. Disponível em <<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/artigoheleisa2.pdf>> Acesso em 20 de junho de 2012.

¹ Discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: edileia.dutra@saude.ce.gov.br;

² Discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: evaldo.vasconcelos@saude.ce.gov.br;

³ Discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: jkildery@yahoo.com.br

⁴ Discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: leandrojst@hotmail.com