

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

UNI-RN

CURSO DE FISIOTERAPIA

AURIMAR BESERRA DA SILVA

JAMILE ELOI DA SILVA CARDOSO

**IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA ATUAÇÃO
FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

ORIENTADORA: Prof.

Msc. Valeska Fernandes da
Souza

Co-orientador: Prof. Msc.

Angelo Augusto P. do
Nascimento

NATAL-RN

2013 NATAL-RN

2013

AURIMAR BESERRA DA SILVA
JAMILE ELOI DA SILVA CARDOSO

**IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão
de Curso apresentado ao Curso
de Fisioterapia do Centro
Universitário do Rio Grande do
Norte, como requisito final para
obtenção do título de Bacharel
em Fisioterapia.

ORIENTADORA: Prof^a
Msc. Valeska Fernandes de
Souza.

Co-orientador: Prof^o Msc.
Angelo Augusto P. do
Nascimento.

NATAL-RN

2013

**UNI-RN
BIBLIOTECA**

RB: 36667

Cód de Barra: 1002007

Data: 14 / 08 / 13

M
615.8
5586i
2013
v.01

**Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos**

Silva, Aurimar Beserra da.

Importância da avaliação familiar sistematizada na atuação fisioterapêutica em atenção primária em saúde. / Aurimar Beserra da Silva ; Jamile Eloi da Silva Cardoso. – Natal, 2013.
xxf.; il.

Orientador (a): Valeska Fernandes de Souza (Msc.)

Co-Orientador (a): Angelo Augusto P. do Nascimento (Msc.)

Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Fisioterapia – Monografia. 2. Atenção Básica – Monografia. 3. Integralidade – Monografia. 4. Genograma – Monografia. 5. Ecomapa – Monografia. I. Souza, Valeska Fernandes de. II. Nascimento, Angelo Augusto P. do. III. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 615.8

AURIMAR BESERRA DA SILVA
JAMILE ELOI DA SILVA CARDOSO

**IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA ATUAÇÃO
FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro
Universitário do Rio Grande do Norte UNI-RN como requisito final para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Msc. Valeska Fernandes de Souza – UNI-RN – (Orientadora)

Profº Msc. Angelo Augusto Paula Nascimento – UNI-RN – (Co-orientador)

Profª Esp. Tatianne da Silva Alves – UNI-RN – (Avaliadora)

Natal RN

2013

Aurimar Beserra da Silva

Jamile Eloi da Silva Cardoso

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus por ter me dado forças e coragem para percorrer esse caminho.

A meus familiares que me apoiaram em todas as minhas decisões, e orientaram a importância deste momento da vida que por tantas vezes justificou a minha ausência.

A todos os meus amigos, que me corrigiram, me estimularam e me fizeram saber que, além de tudo, a vida sem eles não teria sentido algum.

A todos os professores que me acompanharam nessa jornada, alguns por um breve período e outros ao longo de todo o curso, em especial meus agradecimentos às professoras Francisca Régio, Adriana Brandão e Patrícia Rocha.

A minha orientadora a Profa Valeska Fernandes que teve muita paciência no desenvolvimento deste trabalho, e ao nosso co-orientador Angelo Augusto que foi de fundamental importância neste momento de amadurecimento acadêmico.

E por fim a pessoa que me acompanhou passo a passo em todos os dias que se seguiram nestes quatro anos e meio de vida acadêmica. Foram muitos os momentos de alegria e luta que passamos juntos para chegarmos nesta reta final, e sei que se eu não tivesse feito tudo outra vez, não teria nenhuma dúvida em escolher novamente, entre brigas e risos, encontrar o respeito e a sinceridade de uma verdadeira e eterna amizade, e então como me faltam palavras que traduzam meus sentimentos digo apenas que amo a minha nobre amiga Jamile Eloi.

Dedicamos esse trabalho aos nossos pacientes pois sem os quais a realização deste trabalho não seria possível, aos nossos familiares e amigos que nos incentivaram a continuar nossa trajetória e não desistir jamais.

Aurimar Beserra da Silva

Jamile Eloi da Silva Cardoso

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus por ter me dado forças e coragem para percorrer esse caminho.

A meus familiares que me apoiaram em todas as minhas decisões, e entenderam a importância deste momento de trabalho que por tantas vezes justificou a minha ausência.

A todos os meus amigos, que me corrigiram, me aturaram e me fizeram saber que, antes de tudo, a vida sem eles não teria sentido algum.

A todos os professores que me acompanharam nessa jornada, alguns por um breve período e outros ao longo de todo o curso, em especial meus agradecimentos as professoras Francisca Rêgo, Adriana Brandão e Patrícia Rocha.

A minha orientadora a Prof^a Valeska Fernandes que teve muita paciência no desenvolvimento deste trabalho, e ao nosso co-orientador Angelo Augusto que foi de fundamental importância neste momento de amadurecimento acadêmico.

E por fim a pessoa que me acompanhou passo a passo em todos os dias que se seguiram nestes quatro anos e meio de vida acadêmica. Foram muitos os momentos de alegria e luta que passamos juntos para chegarmos nesta reta final, e se tivesse que fazer tudo outra vez, não teria nenhuma dúvida em escolhê-la novamente, entre brigas e risos encontrei o respeito e a sinceridade de uma verdadeira e eterna amizade, e então como me faltam palavras que traduzam meus sentimentos digo apenas que amo a minha nobre amiga Jamile Eloi.

Aurimar Beserra da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por me conceder a vida, saúde e vontade de continuar sempre, mesmo nos momentos mais difíceis.

Agradeço com muito amor ao meu querido esposo Jácio Medeiros, pela paciência, pelo apoio emocional e financeiro, obrigada por abrir mão de alguns objetivos seus em virtude dos meus, deixo registrado aqui minha eterna gratidão e o meu grande amor por você.

Aos meus pais Fernando Eloi e Edite Cardoso, razão de todo meu esforço e razão da minha vida, aos meus irmãos em especial a minha irmã Jailma Eloi que sempre me incentivou e nunca me deixou faltar nada, me apoiando inclusive financeiramente.

Não poderia deixar de agradecer a minha dupla Aurimar Beserra, pela paciência comigo não só na realização deste trabalho mais sim durante esses quatro anos e meio de convivência.

Agradeço ainda a minha Orientadora Prof^a Valeska Fernandes pela colaboração e muita paciência na elaboração deste trabalho, e não sei como agradecer ao nosso Co-orientador Prof^o Angelo Augusto pela vontade em nos ajudar e que mesmo bastante atarefado disponibilizou tempo para colaborar conosco. E a todos os professores que por mim passaram obrigada pela contribuição em meu aprendizado.

Do fundo do meu coração obrigada a todos.

Jamile Eloi da Silva Cardoso

RESUMO

Primary can be characterized as a set of health actions at the individual and

Atenção Básica pode ser caracterizada como 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. A inserção do Fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado principalmente a criação da profissão rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas sequelas. Essa lógica de conceito durante muito tempo excluiu da rede básica os serviços de Fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária. O objetivo da seguinte pesquisa será de analisar a importância da avaliação familiar sistematizada na atuação fisioterapêutica com atenção primária em saúde. Como instrumentos de coleta serão utilizadas as Escala de risco familiar "escala de Coelho"; Escala de funcionalidade familiar "APGAR"; Genograma; Ecomapa; Diagrama do cuidador. A pesquisa será descritiva com levantamento de dados para análise longitudinal. A amostra será composta por famílias cadastradas na estratégia de saúde da família e atendidos no domicílio pelos alunos concluintes do curso de Fisioterapia da UNI-RN, serão excluídas as famílias que se recusarem a participar do estudo. Os resultados do estudo documentam que as variáveis analisadas devem ser consideradas, para planejamento de ações e intervenções que aumentem a qualidade de vida das famílias, e como conclusão foi verificada a eficiência das escalas de avaliação como um importante método para identificar a vulnerabilidade e funcionalidade familiar, patologias existentes e vínculos predominantes em cada núcleo familiar analisado.

Primary Care, universality, comprehensiveness, genogram, eco-map.

Palavras-chave: Atenção Básica, universalidade, integralidade, genograma, ecomapa.

Tabela 01 - Análise das patologias encontradas no instrumento de avaliação Genograma.

Primary can be characterized as a set of health actions at the individual and collective, which cover the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment rehabilitation and health maintenance. The insertion of the physiotherapist services in primary health care is an ongoing process, mainly associated with the creation of the physiotherapist profession labeling as rehabilitation, returning only for a small part of their object of study, which is to treat the disease and its sequelae. This logic concept for long ruled the basic network services of Physiotherapy, causing great difficulty in population access to this service and preventing professional work in primary care. The purpose of the following research is to analyze the importance of systematic family assessment in physiotherapy performance in primary health care. As data collection instruments will be used Hazard Scale familiar "rabbit scale"; Scale functionality familiar "APGAR"; Genogram; ecomap; Diagram caregiver. Research is descriptive survey data for longitudinal analysis. The sample will consist of families enrolled in the health strategy of the family and treated at home by students graduating in Physiotherapy UNI-RN, will be excluded families who refuse to participate in the study. Results of the study document that the variables should be considered for planning actions and interventions that enhance the quality of life of families, and as a conclusion was verified the effectiveness of rating scales as an important method to identify the vulnerability and functionality family ties and pathologies prevalent in each family analyzed.

Keywords: Primary Care, universality, comprehensiveness, genogram, eco-map.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Análise das patologias encontradas no instrumento de avaliação Genograma.

Tabela 02 – Análise dos sistemas organizacionais realizado com o instrumento Ecomapa.

Tabela 03 – Análise do Risco familiar

Tabela 04 – Análise da funcionalidade familiar

Tabela 05 – Avaliação do estilo de vida do cuidador

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

SUMÁRIO

AVE – Acidente Vascular Encefálico	12
DM – Diabetes Mellitus	15
ESF – Estratégia da Saúde da Família	15
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	15
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família	16
SUS – Sistema Único de Saúde	17
UBS – Unidade Básica de Saúde	18
1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO	15
2.1	15
2.2	15
3. JUSTIFICATIVA	16
4. REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1	17
4.2	18
4.3	19
4.4	20
4.5	20
5. METODOLOGIA	22
5.1	22
5.2	22
5.3	23
5.4	26
5.5	28
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÃO	35
8. REFERÊNCIAS	36
9. APÊNDICES E ANEXOS	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO.....	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivo Específico	15
3 JUSTIFICATIVA.....	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1 Atenção Básica.....	17
4.2 Estratégia da Saúde da Família.....	18
4.3 Fisioterapia na Atenção Básica.....	19
4.4 Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	20
4.5 Avaliação Familiar.....	20
5 METODOLOGIA.....	22
5.1 Caracterização da pesquisa.....	22
5.2 Universo e amostra.....	22
5.3 Instrumentos de coleta.....	23
5.4 Análise dos dados.....	28
5.5 Procedimentos.....	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
7 CONCLUSÃO.....	35
8 REFERÊNCIAS.....	36
9 APÊNDICES E ANEXOS.....	41

1. INTRODUÇÃO

A saúde é para todo cidadão brasileiro um direito da cidadania e um dever do Estado que, ao longo dos anos vem buscando alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população. Para tanto, o Estado criou, por meio da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual vem assumir e consagrar os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. A finalidade deste Sistema é, oferecer uma saúde digna ao povo brasileiro, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2012).

Para se pôr em prática o atendimento ao público pelo SUS, os serviços foram organizados em níveis de complexidade, porém oferecendo à população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade na assistência prestada. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (Atenção Básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), A Atenção Básica de saúde é o primeiro nível de atenção à saúde adotado pelo SUS, o qual torna-se o que podemos chamar de "porta de entrada" do sistema de saúde, uma vez que a população tem acesso a especialidades básicas oferecidas pelo departamento, os quais podemos citar: Clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia.

A Atenção Básica é caracterizada pelo conjunto de ações de promoção e proteção a saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e manutenção da saúde. Neste aspecto, deve-se desenvolver ações que visem o planejamento e a execução destas ações, propiciando assim uma autonomia do indivíduo e da família, sendo relevante que se tome como base o estilo de vida de cada indivíduo atendido (BRASIL, 2009).

Porém, sabe-se que a Atenção Básica em saúde, no atual modelo do SUS, concentra-se no atendimento em saúde no ambiente hospitalar, ou seja, há uma precariedade no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, onde os

promoção e prevenção em saúde. Pensando nessa dificuldade, a intervenção sistemática parece ser uma alternativa de se planejar ações em saúde tendo como núcleo a família. Alguns modelos e instrumentos são propostos nessa temática, tais como modelo Calgary de Avaliação de Famílias (Wright e Leahey, 2002), a Avaliação Global do Funcionamento Interacional (Teodoro, 2006) e o GRAFFAR (Castellano, 2008), entretanto o seu uso pelo profissional fisioterapeuta não tem sido bem documentado.

Para tanto o genograma (WRIGHT E LEAHEY, 2002), o ecomapa (AGOSTINHO, 2007), a escala de risco familiar (COELHO e SAVASSI, 2004), a escala de funcionalidade familiar (FIGUEIREDO, 2009), e o pentagrama do cuidador (NAHAS, 2001), parecem ter especial valor na identificação de fatores de risco psicossociais e fisiopatológicos, doenças correntes, dinâmica familiar e estilos de vida, permitindo a construção de matrizes de intervenção que priorizam a integralidade do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Demonstrar a importância em realizar uma avaliação familiar sistematizada para a atuação fisioterapêutica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar o grau de vulnerabilidade social das famílias;
- Verificar o grau de disfunção familiar;
- Avaliar as áreas que necessitam de maior atenção em saúde do cuidador;
- Verificar as relações de maior impacto das famílias com o meio ambiente.

3. JUSTIFICATIVA TEÓRICA

ATENÇÃO BÁSICA

As políticas públicas de saúde no Brasil, ainda na década de 1930, teve como oferta à assistência às ações de saúde voltadas para o saneamento básico e as endemias. Tais políticas foram desenvolvidas com o intuito de aplicar os conhecimentos na área de saúde e ações voltadas para a saúde-doença, sendo por meio das ações de vigilância e intervenções governamentais. Com o passar dos anos, o Estado foi se adequando a realidade da população e de suas necessidades de atendimento à saúde, onde a partir de então passou a desenvolver e implementar projetos voltados para a saúde do povo brasileiro.

Dentro desta perspectiva, O Governo criou o PSF e como parte deste programa, o serviço de atendimento familiar na atenção básica que, de acordo com Bispo Júnior (2010) é o eixo estruturante do sistema de saúde implantado, devendo inclusive os outros níveis de atenção serem planejados a partir das demandas emanadas desse primeiro nível, ou seja, pela Atenção Básica. Neste aspecto, os diversos profissionais possuem uma atuação relevante no processo, contribuindo assim para a mudança do quadro social e sanitário do país.

A Fisioterapia na Atenção Básica tem sua atuação não exclusivamente no indivíduo, com o trabalho de cura e reabilitação, mas também direcionada às coletividades humanas, buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo saúde e evitando, conseqüentemente, distúrbios do sistema locomotor (BISPO JÚNIOR, 2010).

Quando inseridos na Atenção Básica, os profissionais de Fisioterapia podem ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Para tanto é preciso que estes profissionais estejam cientes das necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas e assim poder intervir de forma eficiente para que se tenham uma melhor qualidade de vida.

Para tanto a aplicação da avaliação familiar mediante os instrumentos de avaliação torna-se relevante para o processo, Diante disso, justifica-se o estudo para que se possa, a partir do conhecimento teórico, atingir os objetivos propostos e planejar estratégias para superar as dificuldades encontradas, e com isso realizar uma promoção a saúde da família de forma qualificada e humanizada.

4. REFERENCIAL TEÓRICO DA FAMÍLIA

4.1 ATENÇÃO BÁSICA

Na década de 1990 a organização dos serviços de saúde passaram a sofrer mudanças com o processo de descentralização do setor saúde no Brasil. Isso ocorreu devido a necessidade de se ter um avanço na prestação deste serviço, com uma organização da atenção primária de saúde. Sendo assim a esfera municipal, tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Neste processo de reorganização da Saúde, houve o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o qual representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica de saúde (SCOREL, 2007).

A Atenção Básica em Saúde é, segundo o Ministério da Saúde (2008) "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação".

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo assim de fundamental importância que seja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os serviços de atenção básica a saúde deve seguir princípios básicos que visem a proteção e promoção da saúde da população. Dentre os vários princípios, enfatiza-se para a prestação do serviço em saúde, o qual deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. Este princípio torna-se fundamental, uma vez que frisa a importância de uma das práticas do cuidado na assistência, o qual deve ser essencial para o processo de avaliação familiar e possíveis intervenções (BRASIL, 2012).

4.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Surgido em 1994, a implantação do SUS estava voltada para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social. Ao longo do tempo, este mecanismo passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica. Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras (BRASIL, 1997).

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (PAIM, 2002).

Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

4.3 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA (NASF)

Uma das principais dificuldades encontradas com respeito da inserção do fisioterapeuta, não apenas no PSF, mas na saúde Pública, diz respeito à formação inicial e a criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, enraizada devido a grande demanda inicial por reabilitação, inerente a história da criação do curso (RIBEIRO, 2002).

A ideia de inserir o Fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é ainda muito precoce, estando em construção, e esse processo vem sendo associado, principalmente a criação da profissão, onde rotulam o Fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas complicações secundárias. Essa maneira de conceituar, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de Fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade na acessibilidade da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (RIBEIRO, 2002).

Foi através de uma análise da mudança do perfil epidemiológico da população, que verificou-se a necessidade de uma atuação ampla da rede de atenção básica, além do campo das doenças infecciosas, mas também crônico-degenerativas e traumáticas. É importante uma redefinição nos aspectos de espaço físico e no perfil dos profissionais que irão atuar na equipe de reabilitação desta nova demanda que se apresenta (KATO, 1994).

O atendimento fisioterapêutico domiciliar, em ambos os setores tanto no privado quanto no público, tem como principal objetivo melhorar o entendimento da realidade do paciente no ambiente em que ele vive, prevenir agravos, fornecer cuidados paliativos e a reabilitação do paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde (RAGASSON et al., 2006; ALBUQUERQUE e CARVALHO, 2009).

4.4 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O Ministério da Saúde propõe a implantação do núcleos de apoio a saúde da família (NASF), sob a proposta de garantir suporte às estratégias de saúde da família (ESF), buscando qualificar a assistência e a gestão no âmbito de Atenção Básica (BRASIL, 2008).

O NASF foi criado em 24 de janeiro de 2008, através da portaria nº 154/GM, sob o discurso de priorização e ampliação da atenção básica, a partir da qualificação da assistência e da gestão. Suas equipes devem está comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico possa contribuir da resolutividade das problemáticas (BRASIL, 2008).

4.5 AVALIAÇÃO FAMILIAR

Quando falamos em cuidado com a família é sempre muito importante ressaltar a forma de abordagem de uma metodologia de avaliação e intervenção, é pertinente conhecermos que famílias são estas, quais seus conceitos e suas tipologias. A palavra família, que provém do latim *famulus* (servo), era o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor (ÁRIES, 1981).

Geralmente a família constitui-se como um contexto social importante, no qual o processo saúde-doença ocorre e na maioria das vezes é resolvido. Atua também como uma unidade de atenção básica na saúde e na responsabilidade sobre cada um de seus membros (ELSEN, 2004).

Enquanto unidade de cuidado para os profissionais da saúde, a família pode ser considerada um sistema que promove saúde para os seus membros através de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (ELSEN, 2004). Seguindo esse contexto, a participação dos profissionais de saúde nas diferentes formas de abordagem é extremamente relevante, pois sua estratégia de cuidado à família pauta-se na preocupação com o sujeito, com a sua singularidade, sua história, sua cultura e vida cotidiana e sua interface com o contexto familiar, o que

poderá articular e auxiliar na potencialização das ações desse grupo e conhecer seus variados tipos (SCHWARTZ, 2002).

Um dos instrumentos mais utilizados e conhecidos para avaliação estrutural da família é o genograma, que consiste em uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna, o genograma segue gráficos convencionais genéticos e genealógicos. É um instrumento que desencadeia informações úteis tanto para a família como para os profissionais da saúde (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Um outro instrumento bastante utilizado é o ecomapa, o qual, tem semelhanças com o genograma, porém permite uma visão geral da família, retratando relações importantes de educação ou relações conflituosas e de opressão entre a família e o mundo (PRIMIO, 2001).

A proposta de uma avaliação minuciosa em cada família tem o objetivo de educar e capacitar membros da família para os cuidados com os pacientes no domicílio, frisando que a atuação fisioterapêutica em domicílio vai além da atenção direta ao paciente, envolvendo também a família e os cuidadores (FELÍCIO, 2005).

fisioterapêutico realizado por alunos do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, durante o segundo semestre do ano de 2012.

5.2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ser assistido pela E.O. e selecionado para o atendimento domiciliar comunitário do estágio de Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

5.2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as famílias que se recusaram a participar do estudo.

5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA

5. METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se como uma coorte, propondo-se a observar intervenções diagnósticas e terapêuticas longitudinais.

5.2 UNIVERSO E AMOSTRA

5.2.1 POPULAÇÃO:

Foi formada por residentes do conjunto habitacional Soledade II da cidade de Natal – RN, assistidas pela Estratégia de saúde da família (ESF).

5.2.2 AMOSTRA:

Foi formada por 22 famílias selecionadas para o acompanhamento fisioterapêutico realizado por alunos do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, durante o segundo semestre do ano de 2012.

5.2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Ser assistido pela ESF e selecionado para o atendimento domiciliar comunitário do estágio de Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

5.2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Foram excluídas as famílias que se recusaram a participar do estudo.

5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para o registro e coleta de dados foram utilizadas as escalas de avaliação familiar: Genograma; Ecomapa; Escala de risco familiar (COELHO e SAVASSI, 2004); Escala de funcionalidade familiar e Pentagrama do cuidador.

5.3.1 Genograma

Atualmente, o Genograma tem sido difundido como um instrumento científico para coleta de dados, especificamente em pesquisas qualitativas com famílias. Sua utilização tem se mostrado adequada para a pesquisa com famílias em diferentes fases de transição, em processos psicoterapêuticos, em famílias de crianças acometidas por doenças crônicas, famílias de idosos, com transtorno mental, famílias de adultos com câncer, entre outras (FILIZOLA et al., 2004; NIEWEGLOWSKI, 2004; WENDT, 2006).

Segundo Wright e Leahey (2002) o Genograma pode ser definido como um diagrama representando a estrutura familiar interna e tem como objetivo reunir em uma representação gráfica informações dos membros de uma família e suas relações ao longo de várias gerações. Neste instrumento, há uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família, com aspecto estrutural, disposto de forma horizontal e vertical (MCDANIEL; HEPWORTH; DOHERTY, 1994).

Nesta a arquitetura familiar, as linhas verticais representam as gerações familiares, o que segundo McGoldrick (1987), deverá registrar informações sobre os membros da família por no mínimo três gerações. Sendo assim, o Genograma apresentará de três a quatro linhas verticais, conforme o histórico familiar apresentado. Por exemplo: 1ª linha poderá corresponder aos avós do paciente identificado (PI), 2ª linha poderá corresponder à geração dos genitores do PI; 3ª linha poderá corresponder à geração do PI e 4ª linha poderá corresponder aos descendentes do PI. As linhas horizontais irão representar o número de indivíduos que compõem cada geração familiar, sendo estes cada qual representado graficamente por símbolos.

Idealizado por Murray Bowen (1913 – 1990), em 1954, o Genograma sofreu algumas adaptações no decorrer dos anos. De acordo com Burd e Baptista (2004), apenas na década de 80 foi padronizado por um comitê e apresentado por McGoldrick e Gerson (1985/2005) o formato dos Genogramas, que até então eram

realizados de várias formas, com símbolos diferentes e maneiras próprias de traçar as configurações familiares, o que gerava confusão e impossibilitava a leitura do instrumento por outros profissionais.

Também chamado de Genetograma trata-se de um instrumento amplamente utilizado na Terapia Familiar e, segundo Rodrigues (2007), o Genograma deverá conter informações demográficas como: idade, data de nascimento e óbitos; datas de casamentos, divórcios, separações; nível educacional quando necessário; ocupações; profissão; identificação de patologias e fatores de risco, assim como alcoolismo e uso de drogas; histórico de êxito e de fracasso familiar ou individual; identificação e padrões comportamentais, sempre respeitando a ordem cronológica dos fatos.

Para a avaliação da funcionalidade familiar mediante torna-se necessário a aplicação de testes como o Apgar Familiar que tem como objetivo avaliar a percepção que os membros da família tem acerca da funcionalidade da família. Segundo Figueiredo (2009), este instrumento pressupõe que os membros da família percebam o funcionamento familiar e sejam capazes de manifestar o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando-a como funcional ou disfuncional.

5.3.2 Ecomapa

O Ecomapa, tal como o Genograma, faz parte do conjunto de instrumentos de avaliação familiar, e os dois podem aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar. Enquanto o Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde habitam.

Este instrumento foi desenvolvido em 1975 para ajudar as Assistentes Sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema. O Ecomapa não é mais do que uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive (ambiente de trabalho, por exemplo), desenhando o seu "sistema ecológico". Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (sua rede de apoio

social, por exemplo). Pode ilustrar, assim, três diferentes dimensões para cada ligação (AGOSTINHO, 2007).

O Ecomapa é um diagrama do contato da família com os outros além da família imediata, e entre a família e o outro mundo. Como no Genograma, o valor primário do Ecomapa é o impacto visual, ou seja, fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo (WRIGHT; LEAHEY, 2002; ROSS; COBB, 1990).

Segundo Anderson e Tomlinson (1992), esse instrumento conecta as circunstâncias observada da família ao meio ambiente em que está inserida e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários, fazendo um diagrama das relações entre a família e a comunidade, ou seja, permite uma "fotografia" das principais relações que a família tem com o ambiente (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002; BOUSSO; ÂNGELO, 2001).

O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Contendo os contatos das famílias com pessoas, instituições ou grupos. Representando ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família, havendo modificação ao longo do tempo, portanto dinâmico. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita maior investimento da enfermagem em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilizações das relações (ROCHA; NASCIMENTO, 2002).

No Ecomapa os membros da família são representados no centro do círculo. Já a rede social da família aparece em círculos externos. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes, pontilhadas ligações frágeis, linhas tortuosas demonstram aspectos estressantes e as setas significam energia e fluxo de recursos (NASCIMENTO; ROCHA, 2005).

O Ecomapa é utilizado para apresentar uma visão geral da situação familiar, por meio da qual busca-se retratar as importantes relações e ainda, exprimir conflitos existentes entre o mundo e aquela família. o objetivo desta construção é representar as relações entre membros de uma família e com sistemas mais amplos (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Wright e Leahey (2002) padronizaram a forma de representação do Ecomapa, colocando-se no círculo central o Genograma da família, e este círculo central esta

ligado a outros círculos, os quais representam pessoas significativas, o trabalho, o acesso da família as instituições e, dessa forma, constituem as diferentes inserções sócias de cada um dos seus membros.

5.3.5 Pentagrama do cuidador

5.3.3 Escala de Funcionalidade Familiar

A escala de funcionalidade familiar tem como objetivo avaliar a percepção que os membros da família tem acerca da funcionalidade da família. Segundo Figueiredo (2009), este instrumento pressupõe que os membros da família percebam o funcionamento familiar e sejam capazes de manifestar o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando-a como funcional ou disfuncional.

Para a utilização deste instrumento Apgar de Família ou Family Apgar é relevante para as famílias pois podem perceber o funcionamento familiar e podem manifestar o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrônimo APGAR: A - Adaptação (Adaptation); P - Participação (Participation); G - Crescimento (Growth); A - Afeição (Affection); R - Resolução (Resolution). Este instrumento foi desenvolvido por Smilkstein em 1978 e é composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (PAVARINI, 2006).

O APGAR tem como vantagem o número reduzido de itens, facilidade de aplicação, associado à condição de que o nível cultural dos entrevistados parece não influenciar nos resultados podendo ser aplicado a partir dos 10 anos de idade (MARTINI, 2007).

5.3.4 Escala de Risco Familiar

A escala de risco familiar foi baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com a finalidade de estabelecer prioridades na visita domiciliária. A "escala de Coelho" desponha, então, como uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida

de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF. (COELHO e SAVASSI, 2004).

5.3.5 Pentagrama do cuidador

O cuidador é a pessoa que normalmente algum parente mais próximo escolhe para o cuidado do idoso, quando isto for necessário. Esta pessoa, geralmente leiga, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada (BRASIL, 2008).

O simples fato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc (BRASIL, 2008).

A responsabilidade de cuidar de alguém se soma muitas vezes às outras atividades do dia a dia, sobrecarregando, os mesmos pois muitas vezes assumem sozinhos a responsabilidade pelos cuidados, e ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida (BRASIL, 2008).

Por esses motivos é comum que o cuidador adquira patologias em consequência de cansaço físico, depressão, que implicam em abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar (BRASIL, 2008).

Como instrumento de avaliação utiliza-se o pentagrama do cuidador que corresponde a uma avaliação da saúde do cuidador que sofre com sobrecarga em suas atividades. Esse termo sobrecarga é utilizado na literatura para descrever os aspectos negativos relacionados ao ato de cuidar de um familiar que necessite dessa atenção, porém a detecção dessa condição é complexa. Os sinais e sintomas da sobrecarga no cuidador podem se manifestar através das esferas física, psicológica, social e financeira, de modo mais ou menos explícito ou, por vezes, subliminar (BURNS, 2003; MOHIDE, 1993; DUNKIN, 1998).

Segundo Nahas (2001), "o estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas".

Nahas, Barros e Francalacci (2000), inspirados no modelo do Pentágulo do Bem-Estar, criaram o questionário do perfil do estilo de vida individual (PEVI),

composto de 15 itens divididos igualmente entre cinco fatores, são eles: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do estresse. Este questionário terá respostas objetivas como: (0) nunca, (1) às vezes, (2) quase sempre e, (3) sempre. Estas respostas serão transferidas para o pentagrama através de preenchimento em cores que partem do centro para as extremidades da estrela, facilitando assim a visualização.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados eletrônico, submetidos à tabulação em planilhas do *Microsoft Excel for Windows*. Sua exposição dar-se-á por meio de tabelas, permitindo melhor visualização dos achados.

5.5 PROCEDIMENTOS

Logo no primeiro dia de estágio as famílias tiveram que responder as escalas de Risco Familiar (COELHO e SAVASSI, 2004), e a escala de Funcionalidade familiar (FIGUEIREDO, 2009), à partir do segundo contato com as famílias foram colhidas as informações para elaboração do genograma (WRIGHT E LEAHEY 2002) e ecomapa (AGOSTINHO, 2007), para as famílias que tinham a necessidade de cuidador foram realizadas a avaliação do estilo de vida do cuidador através do Pentagrama do cuidador (NAHAS, 2001). Sendo reaplicadas e reavaliadas no final do estágio. (As escalas encontram-se em anexo)

O trabalho teve ainda um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aplicado a todos os paciente selecionados, e uma autorização da instituição UNI-RN, seguindo as normas da ética em pesquisa, de acordo com a resolução 196/96. (Apêndice A)

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a importância da avaliação familiar sistematizada na atuação fisioterapêutica em atenção primária em saúde. Foram analisadas vinte e duas famílias, tendo na análise das escalas de Risco familiar e de Funcionalidade familiar uma particularidade, a exclusão de algumas famílias devido a não reavaliação das mesmas, por motivos variados como por exemplo o falecimento do paciente e a mudança de endereço de algumas famílias no período da pesquisa.

Tabela 1: Análise das patologias encontradas no instrumento de avaliação Genograma.

PATOLOGIA	FREQUÊNCIA	%
HAS	55	86,3
AVE	22	63,6
DM	13	50,0
CARDIOPATIA	17	40,9
CÂNCER	13	27,2
DOENÇAS REUMÁTICAS	09	22,7
PARKINSON	02	9,0
ALZHEIMER	05	18,1
DISTROFIA MUSCULAR	03	4,5
ATROFIA MUSCULAR	02	4,5
DISTÚRBIOS MENTAIS	02	9,0

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; AVE: Acidente Vascular Encefálico; DM: Diabetes Mellitus.

De acordo com os resultados da tabela 1 a HAS apresenta-se como patologia de maior prevalência com 55 casos o que representa mais de um caso de hipertensão em algumas famílias. Seguido de 22 casos de AVE e 13 casos de DM. Esses resultados assemelham-se com os encontrados na literatura onde revelam que dentre as doenças cardiovasculares a mais comum é a HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2011).

Segundo Oliveira (2003) a HAS configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo destacando-se como fatores de risco o sedentarismo e a hereditariedade.

Estima-se que cerca de 30% dos brasileiros sofrem de HAS, e que junto com o DM formam o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares como por exemplo o AVE, sendo responsáveis por 80% dos casos se tornando motivo de preocupação e um problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2011).

Por ser fator de risco para uma das principais causas de morte no Brasil, o AVE, alguns autores consultados apontam que a melhor forma de prevenção de agravos é criar ações e intervenções para ampliar o conhecimento dos portadores HAS, tendo assim maiores chances de reduzir a morbidade e mortalidade causada pela patologia de início (JARDIM, 2006).

Ainda na análise do Genograma foram encontradas patologias variadas com menor frequência de incidência, porém com grande impacto na qualidade de vida do indivíduo e do seu núcleo familiar.

A Fisioterapia tem importante papel nesse contexto sendo responsável pela prevenção e tratamentos específicos para cada membro da família nos quais são previamente identificados utilizando as potências para viabilizar a resolução da problemática existente (RIBEIRO, 2002).

Tabela 2: Análise dos sistemas organizacionais realizado com o instrumento Ecomapa.

SISTEMAS	RELAÇÃO		
	FRACA	CONFLITUOSA	FORTE
UBS	10	0	3
LAZER	6	1	9
VIZINHOS	8	1	7
FAMILIARES	1	0	12
IGREJA	2	1	10
TRABALHO	1	0	2
ESCOLA	1	0	2
ETILISMO	0	0	1

UBS: Unidade Básica de Saúde.

O Ecomapa apresentou-se eficiente na identificação dos sistemas organizacionais e para possíveis intervenções dos avaliadores, como relata o autor Agostinho (2007) quando diz que o Ecomapa é uma ferramenta para identificar os padrões organizacionais das famílias e a natureza de suas relações com o meio.

De acordo com os resultados descritos na tabela 2 identificamos que a relação entre os núcleos familiares e a Unidade Básica de Saúde classifica-se como uma relação fraca onde 10 famílias relataram insatisfação com a UBS devido a falta de recursos como por exemplo falta de material para realização de alguns procedimentos considerados básicos e até a falta de profissionais inviabilizando os atendimentos. De contra partida as famílias apresentaram uma relação muito forte com a Igreja 10 famílias para ser mais preciso relataram que essa era a única forma de se sentir um pouco amparado. Isso se justifica pela busca de um amparo psicossocial na ausência de ações oriundas do estado como reflexo da política de saúde pública nacional.

Em um estudo realizado por Facchini (2006), sobre as condições da saúde pública do Brasil através da visão dos profissionais da saúde, os mesmos relataram compreender a insatisfação da população mais a falta de estímulos financeiros, técnico e político por parte dos governantes não deixam outra alternativa a não ser a busca melhores estruturas de trabalho causando o afastamento dos profissionais de seus postos de trabalho.

Para esses profissionais a adequação mesmo que mínima dos principais problemas sem dúvida gerariam um impacto significativo e positivo na saúde da população (FACCHINI, 2006).

Tabela 3: Análise do Risco Familiar.

CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
RISCO MENOR	4	28,5
RISCO MÉDIO	2	14,2
RISCO MÁXIMO	8	57,1

Segundo Costa (2009), a Escala de Risco Familiar oferece uma visão ampliada da família, vislumbrando ações no sentido de minimizar os agravos detectados pela Escala.

Seis famílias foram excluídas dessa análise por não terem sido reavaliadas e a reavaliação não foi possível em razão de mudanças de endereço e falecimento do paciente durante o período de pesquisa.

Conforme a avaliação da tabela 3 foi observado um índice maior de risco Máximo nas famílias, 8 famílias classificaram-se com risco máximo, representando 57,1% das famílias avaliadas, vale salientar que a escala de Risco familiar apresenta sentinelas não modificáveis não alterando ou pouco alterando os escores da reavaliação. Realizando uma análise dos eventos sentinelas propostos pela escala dentro da amostra estudada, observou-se que o registro das pontuações dizem respeito a situações que constituem-se como elementos de contínua vigilância desses domicílios, como presença de acamados, idosos e deficiências físicas. Para verificar uma alteração dos níveis de risco desse instrumento, seria necessário um maior tempo de acompanhamento dessas famílias.

O Ministério da Saúde sugere que a equipe da ESF, ao tomar conhecimento dos resultados da escala de risco familiar tenham como principal objetivo priorizar as famílias que se enquadrem em maior risco, sem subestimar aquelas que apresentaram menor risco. Sendo o mais importante para a ESF aumentar a frequência das visitas as famílias mais necessitadas para só assim elaborar intervenções específicas para cada problemática existente no domicílio (BRASIL, 2011).

Seguindo esse contexto a Fisioterapia domiciliar atua como agente multiplicador de saúde elaborando atividades que visam melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos. O atendimento domiciliar é imprescindível ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois é quando nos deparamos com a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes à cada caso (RAGASSON, 2006).

Tabela 4: Análise da Funcionalidade Familiar.

CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
ALTAMENTE FUNCIONAL	11	91,6
MODERADA DISFUNÇÃO	0	0
DISFUNÇÃO ACENTUADA	1	8,4

O APGAR familiar é um instrumento de avaliação da funcionalidade familiar. Para esta avaliação foram excluídas seis famílias devido a não terem sido reavaliadas, e a reavaliação não foi possível em razão de mudanças de endereço e falecimento do paciente durante o período pesquisado.

A observação de sua aplicação na tabela 4, permitiu verificar que existe boa coesão entre escores baixos e presença de problemas de relação na família. Os resultados obtidos demonstraram alta funcionalidade familiar em 91% das famílias analisadas.

Segundo Guerra (2007), para uma família ser considerada funcional é preciso que os membros nela existentes sejam capazes de realizar suas atividades físicas e mentais, ou uma família que apresente um indivíduo fragilizado que o mesmo seja capaz de realizar ao menos uma das atividades como: Tomar banho, vestir-se sem ajuda, e caminhar pequenas distâncias.

As melhores ações e orientações para se manter uma família altamente funcional é exatamente estimular a funcionalidade dessas famílias, evitando principalmente o imobilismo do indivíduo que encontra-se fragilizado que vem a ser o principal fator de risco para a incapacidade funcional (GUERRA, 2007).

Tobias (2005) sugere que as ações de intervenções englobem esse público realizando preferencialmente ações educativas e preventivas em busca de minimizar suas principais deficiências orientando para a importância de acompanhamento nutricional, de realização de atividades físicas regularmente e busca de períodos de descanso durante sua atividade laboral.

Tabela 5: Avaliação do estilo de vida do cuidador.

COMPONENTES	FREQUÊNCIA
NUTRIÇÃO	9
ATIVIDADE FÍSICA	15
COMPORTAMENTO PREVENTIVO	4
RELAÇÃO SOCIAL	6
CONTROLE DO ESTRESSE	11

Para essa análise não foram incluídas todas as famílias pois alguns pacientes índice não necessitavam de cuidadores por serem independentes em suas atividades, dessa forma justifica-se a redução dos números apresentados na tabela 5, totalizando apenas 15 famílias.

O estilo de vida corresponde ao conjunto de ações que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influencia na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos (SOUSA, 2010).

De acordo com os dados apontados na tabela 5, 9 cuidadores apresentaram deficiência no componente nutrição, 15 cuidadores no componente atividade física e 11 cuidadores no componente controle do estresse, a maioria justificou-se alegando a falta de tempo para os cuidados pessoais, devido se dedicar integral e exclusivamente aos cuidados do paciente índice.

É exatamente esse fator agravante que Tobias (2005), esclarece quando relata a situação do cuidador no Brasil, o cuidador na maioria das vezes tem um grau de parentesco com o paciente e é sempre o que tem mais afinidades com o mesmo. Por esse motivo a família deixa a atividade do cuidar focada em um único indivíduo, sobrecarregando-o com tanto responsabilidade.

Tobias (2005) sugere que as ações de intervenções englobem esse público realizando preferencialmente ações educativas e preventivas em busca de minimizar suas principais deficiências orientando para a importância de acompanhamento nutricional, da realização de atividades físicas regularmente e busca de períodos de descanso durante sua atividade laboral.

7. CONCLUSÃO

Ao final das pesquisas este estudo demonstrou a importância das visitas domiciliares para possibilitar o conhecimento e confirmar as potencialidades e as problemáticas de cada família, bem como qual o tipo de família encontrada e em qual contexto social vive as famílias analisadas. Demonstrou ainda que a avaliação realizada com as escalas Genograma, Ecomapa, Escala de Risco Familiar, Escala de Funcionalidade Familiar e Pentagrama do cuidador através dos seus resultados foram capazes de classificar as famílias quanto a sua vulnerabilidade, funcionalidade, patologias existentes em cada geração, vínculos predominantes e o estilo de vida. Sendo necessárias como ferramentas para nortear intervenções que buscam especificar os atendimentos.

O estudo demonstra ainda que torna-se evidente a necessidade do profissional Fisioterapeuta para que se possa efetivar um sistema de saúde universal, equitativo, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação continuada e a participação popular.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 18-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°154, 24 de janeiro de 2008c. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Extraído de <http://abr2001.saude.gov.br/bras/PORTARIAS/porta2008/154.htm>. Acesso em 14/09/2012.

BRASIL. Caderno de atenção básica em saúde. 2009. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>

BRASIL. Entendendo o SUS. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf

Sistema Único de Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtx=24572

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

8. REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. **Ecomapa**. Dossier Família. 2007.

ANDERSON KH, TOMLINSON PS. **The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing**. Image J Nurs Sch 1992; 24(1): p.57-63.

ÁRIES P. **Historia social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: Desafios e novas responsabilidades profissionais. **Cincia & Saúde Coletiva**, vol 15, 2010

BOUSSO RS, ÂNGELO M. **A enfermagem e o cuidado na saúde da família**. In: Brasil, Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 18-22.

BRASIL. Ministério de saúde. **Portaria Nº154, 24 de janeiro de 2008c. Cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF**. Extraído de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/porte2008/GM/GM-154.htm>, Acesso em 14/09/2012.

BRASIL. **Caderno de atenção básica em saúde**. 2008
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>

BRASIL. Entendendo o SUS.
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf

Sistema Único de Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

BURNS R, NICHOLS LO, MARTINDALE-ADAMS J, GRANEY MJ, LUMMUS A. **Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study.** *Gerontologist*. 2003;43(4):547-55.

BURD, M., & BAPTISTA, C. (2004). **Anamnese da família: Genograma e linha do tempo.** In J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Família e doença* (pp. 93-110). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Caderno de Saúde Pública.** v. 23, n. 02, 2007.

COELHO FLG. Visita domiciliar [palestra]. In: **I Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: Qualidade e Transformação;** 2003; Belo Horizonte

CORRÊA, A. D. ; SIQUEIRA, B. R.; QUINTAS, L. E. M.; PICCININI, A. B. **Hipertensão Arterial: Epidemiologia, fisiopatologia e complicações.** *ARS CVRANDI, Clínica médica.* São Paulo, v. 28, n. 6, 1995.

ELSEN I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual.** In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.* Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.

SCOREL, L. S. G.; MENDONÇA M. H. M.; SENNA M. C. M.; O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007

FIGUEIREDO, H. **Enfermagem da família: um contexto ao cuidar.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutorado.

FILIZOLA, C. L. A., Dupas, G., Ferreira, N. M. L. A., & Pavarini, S. C. I. (2004). **Genograma e Ecomapa: Instrumentos para pesquisa com famílias.** In I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa [CD]. Taubaté, SP: Núcleo de Pesquisa da Família.

- MARTINI AM, SOUSA FGM, GONÇALVES APF, LOPES MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. 2007; 9(2):329-43.
- MCDANIEL, S. H., HEPWORTH, J., & DOHERTY, W. (1994). **Terapia familiar mdica: Um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde** (D. Batista, Trad.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas
- MCGOLDRICK, M., & GERSON, R. (2005). **Genogramas en la evaluacion familiar** (5. ed.). Barcelona, España: Gedisa. (Original publicado em 1985)
- NASCIMENTO LC, ROCHA SMM, HAYES VE. **Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica**. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(2): 280-6.
- NIWEGLOWSKI, V. H. (2004). **Unidade de terapia intensiva pediátrica: Vozes e vivências da família**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- OLIVEIRA, T.C. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de Hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.10 no.4* Ribeirão Preto, 2002.
- PAIM JS. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos"**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).
- PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, São Paulo, v. 8, n. 3, p.326-335, 2006.

- PRIMIO AOD. **Vínculos apoiadores das famílias de crianças com diagnóstico de câncer.** [Monografia]. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia-UFPel;2006.
- RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. S.; COMPARIN, K. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional.** Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Região 5, Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: <http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2009.
- RIBEIRO, K. S. Q. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde.** Fisioterapia Brasil, v.3, n.5, p.311-318, 2002.
- ROCHA S.M.M., NASCIMENTO LC, LIMA RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino Americana de Enfermagem** 2002; 10(4): p. 709-14.
- RODRIGUES, A. C. et al. **Genograma: representação gráfica da vida familiar.** 2007.
- ROSS B, COBB KL. Eco-map construction. In: Family Nursing. New York: Addison Wesley, 1990; cap 7, p. 177- 181.
- SANTOS GERSON DE SOUZA **O que voc precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** Ebah, 2011? <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA5nwAF/que-voce-precisa-saber-sobreo-sistema-unico-saude?part=7>
- SCHWARTZ E. **A singularidade do viver das famílias rurais do extremo sul do Brasil.** In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p.79-93.
- TOBIAS MA, LEMOS NFD. **A percepção do envelhecimento do cuidador idoso diante do cuidado.** O Mundo da Saúde 2005 dezembro-outubro; 29(4): 653-61.

WENDT, N. C. (2006). **Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

WRIGHT LM, LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª. ed. São Paulo: Roca; 2002.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

"IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa "IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE", realizada no "Conjunto habitacional Boledade II, na cidade de Natal". O objetivo da pesquisa é "Demonstrar a importância em realizar uma avaliação familiar sistematizada para a atuação fisioterapêutica". A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: será realizada uma coleta de dados utilizando as escalas de avaliação: Escala de Risco Familiar, APGAR Familiar, Genograma, Ecomapa, Pentagrama do cuidador, os dados serão armazenados em banco de dados eletrônico. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

APÊNDICE

Os benefícios esperados são demonstrar a importância da visita domiciliar, demonstrar a eficiência no uso das escalas em uma avaliação familiar. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e documentadas, especificamente de sua participação na pesquisa. Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (Aurimar Bezerra da Silva, Av. Lima e Silva, Nº 1472, (84) 9111-4705, aurimarbezerra@yahoo.com.br, ou Jamily Heloi da Silva Cardoso, R: Elet. Elias Ferreira, Nº 2600, (84) 9189-3408, jamilyheloi@yahoo.com.br).

Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo da pesquisa:

“IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FAMILIAR SISTEMATIZADA NA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”**, realizada no **“Conjunto habitacional Soledade II, na cidade de Natal”**. O objetivo da pesquisa é **“Demonstrar a importância em realizar uma avaliação familiar sistematizada para a atuação fisioteraputica”**. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma será realizada uma coleta de dados utilizando as escalas de avaliação: Escala de Risco Familiar; APGAR Familiar, Genograma, Ecomapa, Pentagrama do cuidador, os dados serão armazenados em banco de dados eletrônico. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são demonstrar a importância da visita domiciliar, demonstrar a eficiência no uso das escalas em uma avaliação familiar. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (**Aurimar Beserra da Silva, Av. Lima e Silva, Nº 1472, (84) 9111-4705, aurimarbeserra@yahoo.com.br, ou Jamile Eloi da Silva Cardoso, R: Elet. Elias Ferreira, Nº 2600, (84) 9189-3408, jamile_heloi@yahoo.com.br**).

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“Importância da avaliação familiar sistematizada na atuação fisioteraputica em atenção primária em saúde”**.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadores Responsáveis:

Prof. ^a Msc. Valeska Fernandes de Souza.

Assinatura: _____

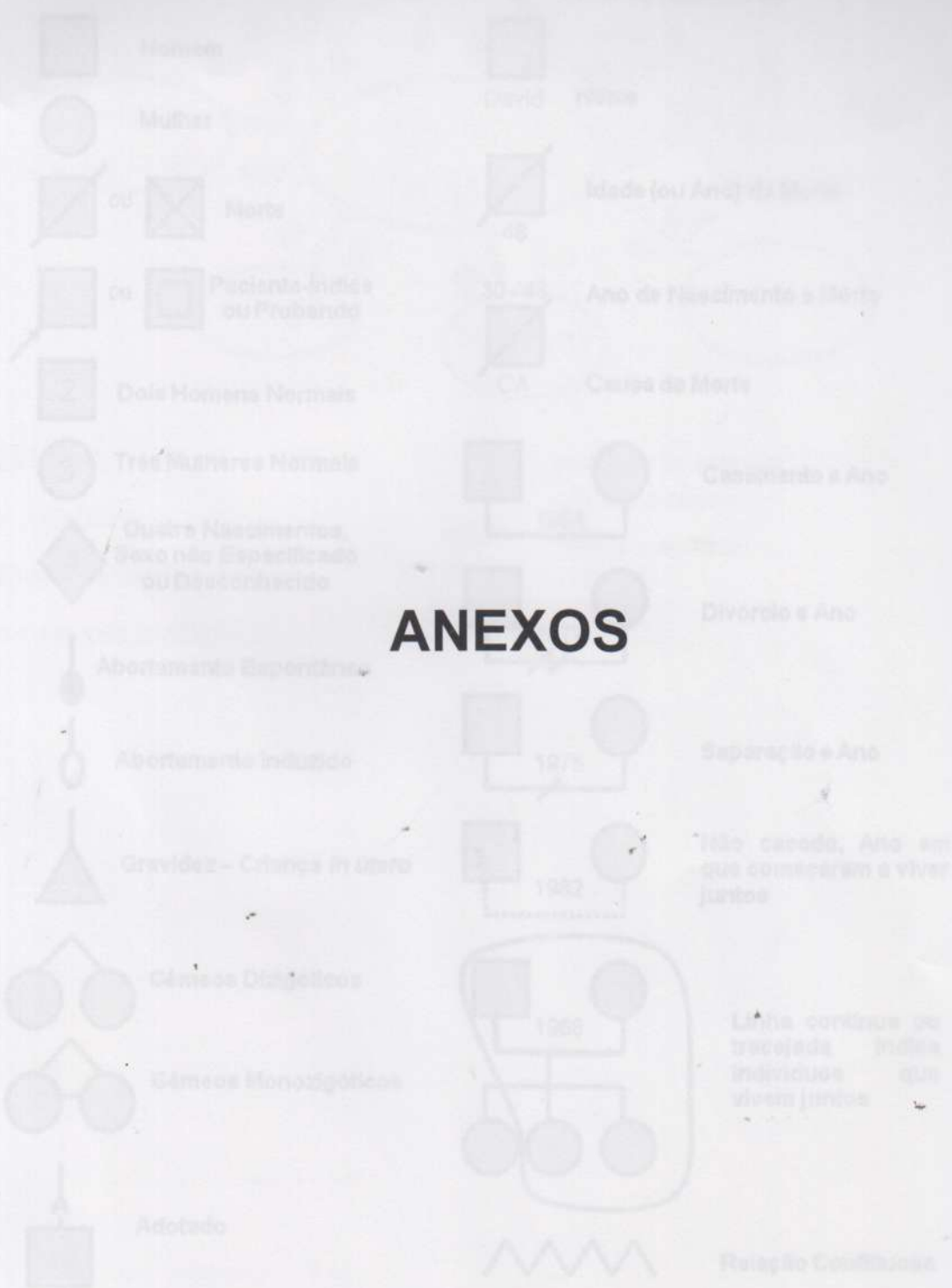
Aurimar Beserra da Silva

Assinatura: _____

Jamile Eloi da Silva Cardoso

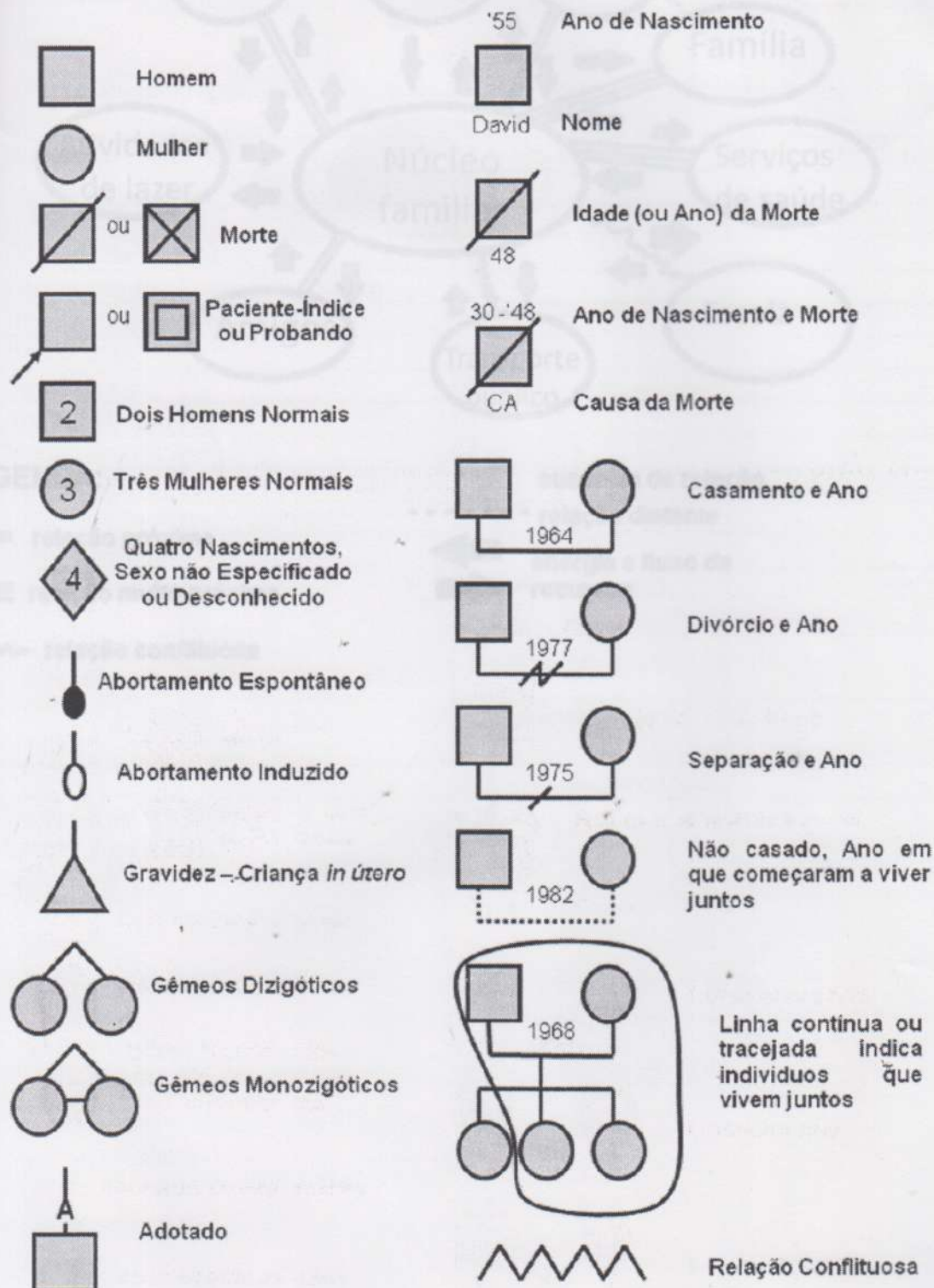
Assinatura: _____

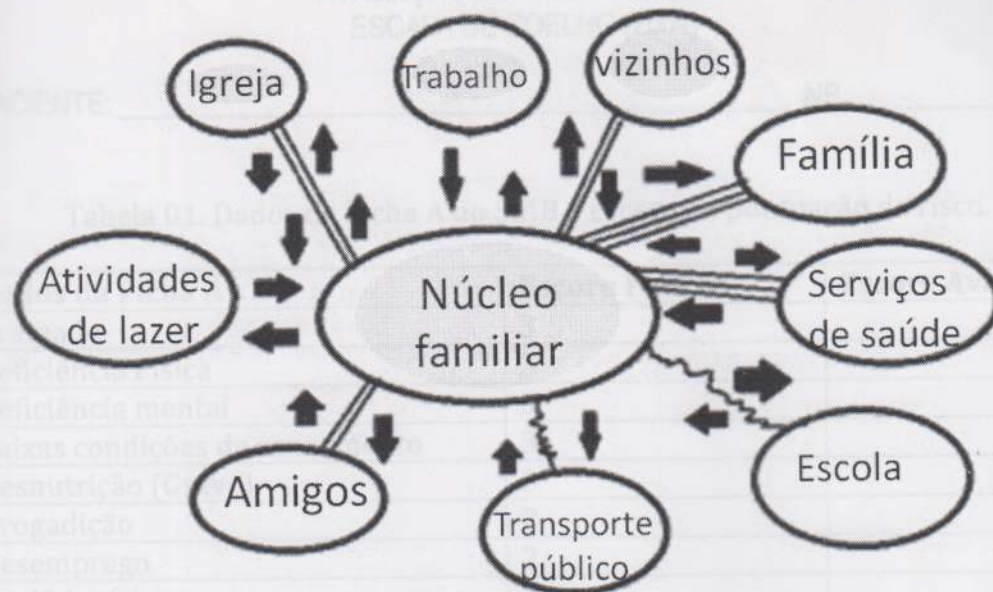
SÍMBOLOS PARA O DIAGRAMA



ANEXOS

SÍMBOLOS-PADRÃO DO GENOGRAMA





LEGENDA:

- ==== relação próxima
- ===== relação muito próxima
- ~~~~~ relação conflituosa
- ausência de relação
- relação distante
- ← energia e fluxo de recursos
- energia e fluxo de recursos

Escore 5 ou 6 = (R1)
 Escore 7 ou 8 = (R2)
 Maior que 9 = (R3)

AVALIAÇÃO DO RISCO FAMILIAR
ESCALA DE COELHO (2004)

PACIENTE: _____ NP _____

Tabela 01. Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.

Dados da Ficha A	Escore Padrão	Escore Avaliado
Acamado	3	
Deficiência Física	3	
Deficiência mental	3	
Baixas condições de saneamento	3	
Desnutrição (Grave)	3	
Drogadição	2	
Desemprego	2	
Analfabetismo	1	
Menor de seis meses	1	
Maior de 70 anos	1	
Hipertensão Arterial Sistêmica	1	
Diabetes Mellitus	1	
Relação Morador/cômodo	Se maior que 1: 3	
	Se igual a 1: 2	
	Se menor que 1: 0	
Escore total		
Escore 5 ou 6 = (R1) Escore 7 ou 8 = (R2) Maior que 9 = (R3)		

Quase sempre -2 pontos; Algumas vezes -1 ponto; Quase nunca -0 pontos.

7 a 10 pontos - família altamente funcional

4 a 6 pontos - família moderada disfunção

0 a 3 - família com disfunção acentuada

APGAR FAMILIAR
AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR
SMILKSTEIN (1978)

PACIENTE: _____ NP _____

Dimensão	Apgar familiar	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase nunca
Adaptação	1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa			
Participação	2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			
Ganhos	3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida			
Afeto	4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			
Recursos	5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha Família			
Escore Final				

Quase sempre -2 pontos; Algumas vezes -1 ponto; Quase nunca -0 pontos;

7 a 10 pontos – família altamente funcional;

4 a 6 pontos – família moderada disfunção;

0 a 3 – família com disfunção acentuada.

Questionário para avaliação do cuidador

Componente: Nutrição

- ☐ a) Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.
- ☐ b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.
- ☐ c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.

Componente Atividade Física

- ☐ d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias da semana.
- ☐ e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.
- ☐ f) No seu dia-a-dia você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa escadas ao invés do elevador.

Componente: Comportamento Preventivo

- ☐ g) Você conhece a Pressão Arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.
- ☐ h) Você não fuma e não bebe mais que uma dose por dia.
- ☐ i) Você respeita as normas de trânsito (pedestre, ciclista ou motorista); se dirigir usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool.

Componente: Relacionamentos

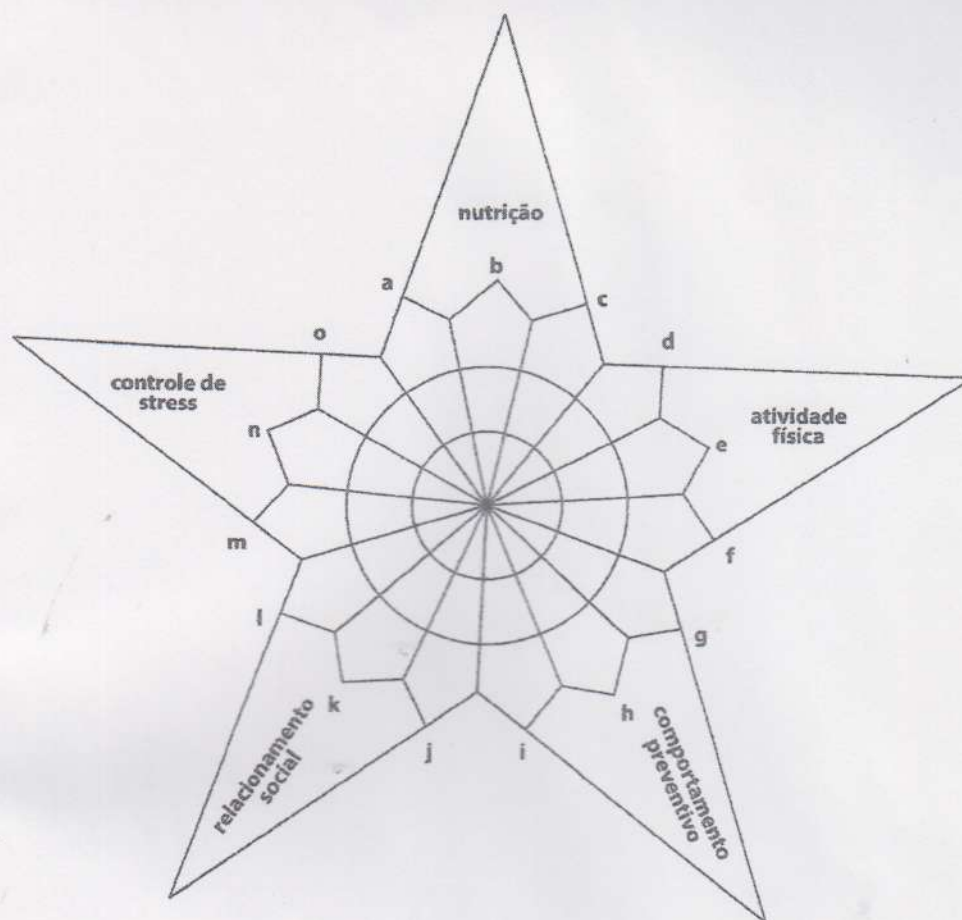
- ☐ j) Você procura amigos e está satisfeito com seus relacionamentos.
- ☐ k) Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.
- ☐ l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

Componente: Controle do Estresse

- ☐ m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.
- ☐ n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.
- ☐ o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

Considerando suas respostas aos 15 itens acima, procure colorir o pentágulo, construindo uma representação visual do seu estilo de vida atual.

Deixe em branco se você marcou zero para o item.



- 0 – Absolutamente não faz parte do seu estilo de vida.
- 1 – Às vezes corresponde ao seu comportamento.
- 2 – Quase sempre verdadeiro no seu comportamento.
- 3 – A afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.