



PONTIFÍCIA **U**NIVERSIDADE **C**ATÓLICA

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

RAFAEL GOMES DITTERICH

**O TRABALHO COM FAMÍLIAS REALIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CURITIBA-PR**

CURITIBA
2005

RAFAEL GOMES DITTERICH

**O TRABALHO COM FAMÍLIAS REALIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CURITIBA-PR**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Latu Sensu* em Odontologia em Saúde Coletiva – ênfase em Saúde da Família do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

CURITIBA
2005

TERMO DE APROVAÇÃO

**O TRABALHO COM FAMÍLIAS REALIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CURITIBA-PR**

Por

RAFAEL GOMES DITTERICH

MONOGRAFIA APROVADA COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO GRAU DE ESPECIALISTA EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA – ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, PELA COMISSÃO FORMADA PELOS PROFESSORES.

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Orientador

Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés

Prof. Ms. Léo Kriger

Curitiba, 23 de setembro de 2005.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela educação que me proporcionaram, lições de vida e de vitórias.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés, pelo exemplo de dedicação e professor a ser seguido, por aceitar e apoiar a realização desta pesquisa e pela paciência que teve em me orientar, já que eu não dispunha de muito tempo.

Aos professores Simone Tetu Moysés e Léo Kriger por todos os ensinamentos durante a especialização e pelo exemplo de profissionalismo.

Aos funcionários do Centro de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, pela atenção e prontidão em resolver os problemas durante a pesquisa.

As autoridades locais das Unidades de Saúde, pela atenção recebida e disponibilidade em prontamente agendar as entrevistas com os profissionais da Unidade de Saúde.

Aos cirurgiões-dentistas da prefeitura de Curitiba, que fizeram parte deste estudo, pelo tempo e atenção que dispuseram durante a realização da pesquisa.

A minha grande amiga, Andréia pelo companheirismo desde a graduação e pela amizade que fortalecemos ainda mais durante esta especialização.

Aos grandes amigos que encontrei durante este curso: Sandra, Glauce, Adriana L., Adriana M., Marina, Lilian, Fumi, Maria de Fátima, Fernanda, Viviane, Fábio, Aníbal, Marianna, Cláudio e Wanderley.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para saber o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”.
“... Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta mas, a de quem a ele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História”.*

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo qualitativo explora o trabalho do cirurgião-dentista que está inserido do PSF de Curitiba e o impacto deste modelo de atenção na sua vida profissional, destacando como ele utiliza as ferramentas do PSF (genograma, ciclo de vida, FIRO e PRACTICE) para o trabalho na sua prática com famílias. Avaliou-se também a questão do perfil do profissional inserido no PSF e a organização da agenda na atenção à saúde bucal oferecida pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Unidades de Saúde (US) participantes da pesquisa. Foram realizadas entrevistas gravadas e foram aplicados questionários em 17 cirurgiões-dentistas, vinculados a 17 US de Curitiba. Foi realizada a análise qualitativa dos discursos dos profissionais entrevistados pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Em relação ao questionário foi realizada análise descritiva dos dados. O perfil do cirurgião-dentista avaliado foi de um profissional generalista e preocupado com a área da saúde pública. Sobre a organização da atenção bucal, verificou-se autonomia na organização da agenda dentro de cada US, uma maior frequência de atendimento da demanda espontânea em relação aos programados, e presença de horários bem definidos de atendimento clínico e atividades de campo (visitas domiciliares, atividades de promoção de saúde nos equipamentos sociais e com os grupos priorizados). De forma unânime, os profissionais relataram que o PSF mudou a forma de abordagem e compreensão do paciente em sua prática. As ferramentas mais utilizadas são o genograma e o ciclo de vida. A principal indicação para o uso de ferramentas é quando a família é considerada de risco, no qual se percebe que o problema bucal é apenas reflexo de uma desarmonia maior e requer uma investigação mais profunda do caso. Concluiu-se que o PSF modificou a forma de atuação dos cirurgiões-dentistas, uma vez que, sua percepção do processo de adoecer foi ampliada, valorizando-se o contexto familiar e social do indivíduo, bem como, apresentando um maior envolvimento no trabalho com a equipe multiprofissional e com a comunidade. Os cirurgiões-dentistas estão perfeitamente aptos a utilizarem as ferramentas, identificando as famílias que necessitam de intervenção e sabendo quando utilizar cada uma delas na abordagem familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Cuidados Primários da Saúde; Programa Saúde da Família; Serviços de Saúde Bucal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CIC	Cidade Industrial de Curitiba
DS	Distrito Sanitário
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FIRO	<i>Fundamental Interpersonal Relations Orientations</i> (Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PA	Pronto-atendimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PRACTICE	Acróstico das seguintes palavras do original em inglês (<i>problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment / ecology</i>).
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita domiciliar
IC	Intervalo de confiança
%	porcentagem

SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	13
2.1	A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PSF.....	15
2.2	INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PSF.....	17
2.3	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CURITIBA-PR.....	21
3	A FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO EM SAÚDE	25
3.1	A VISITA DOMICILIAR.....	27
3.2	O TRABALHAR COM FAMÍLIAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DO PSF.....	29
3.3	AS FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	35
3.3.1	Genograma ou heredograma familiar.....	35
3.3.2	Ciclo de vida.....	37
3.3.3	O Modelo FIRO de avaliação de família.....	40
3.2.3.1	Protocolo sugerido de intervenção.....	41
3.3.4	Modelo PRACTICE de avaliação de família.....	42
4	PROPOSIÇÃO	45
5	MATERIAIS E MÉTODOS	46
6	RESULTADOS	49
6.1	PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA INSERIDO NO PSF DE CURITIBA-PR.....	49
6.2	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	51
6.3	A INFLUÊNCIA DO TRABALHO NO PSF NA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	56
6.4	UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	58

6.5	APLICABILIDADE DAS FERRAMENTAS.....	59
7	CONCLUSÕES.....	62
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
	APÊNDICE B - Ficha de avaliação do perfil do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família.....	70
	APÊNDICE C - Quadro: organização da atenção à saúde bucal realizado pela ESB.....	72
	ANEXO A - Mapa dos 9 distritos sanitários de Curitiba-PR.....	74
	ANEXO B - Genograma direcionado à saúde bucal.....	76
	ANEXO C - Ofício de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR.....	78

1 INTRODUÇÃO

O Estado é responsável por promover o bem estar comum e isto inclui a atenção à saúde que desde a Constituição de 1988 foi consagrada como um direito de todos e um dever do Estado.

Para atingir esta finalidade, o Estado deve-se valer de políticas sociais e econômicas capazes de reduzir o risco de doença e outros agravos e que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A forma organizacional pela qual o governo presta assistência à saúde está baseada no Sistema Único de Saúde (SUS) o qual é formado pelos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado ou conveniado. Ele foi criado para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático (OLIVEIRA e SOUZA, 1997).

Embora os avanços do sistema de saúde no Brasil sejam inegáveis, tais avanços estão longe de consolidar o SUS. A constatação deste fato vem suscitando a emergência de novas propostas, que visam operar as transformações ainda necessárias, aprimorando o sistema de atenção em saúde no Brasil, suas práticas e conseqüentemente o processo de trabalho em saúde (BADUY e CORDONI JÚNIOR, 1999).

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (WAGNER, H. L. *et al.*, 1999; BRASIL, 2000).

Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que as unidades básicas de saúde funcionando adequadamente de forma resolutiva, oportuna e humanizada; são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar (BRASIL, 2000).

Neste contexto, surge o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, tendo como propósito colaborar na organização do SUS, implementando seus princípios

fundamentais de participação, descentralização, universalização, equidade e integralidade (BADUY e CORDONI JÚNIOR, 1999).

A estratégia da Saúde da Família, segundo Levcovitz e Garrido (1996), se insere no sistema de saúde de forma orgânica e não isolada. Isto significa se responsabilizar por todos os nós do sistema, sendo parte crítica de sua organização.

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltado como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde (PUPULIN *et al.*, 2003; RIBEIRO, 2004).

A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção. O Programa Saúde da Família promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes (BRASIL, 2000).

O modelo de atenção preconizado pelo Programa Saúde da Família já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, como por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos – o percentual restante destina-se a unidades mais complexas (BRASIL, 2000).

No ano 2000, ocorreu a inclusão dos profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário) ao PSF, pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção (BRASIL, 2001a).

Atualmente no Brasil depois de passados dez anos de implantação da Estratégia de Saúde da Família, são mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas por quase 19.200 equipes, na maior parte dos municípios brasileiros (BRASIL, 2004b).

O município de Curitiba-PR implantou no ano de 1992, o Programa Saúde da Família, que desde a sua origem trabalha com a visão multiprofissional na atenção à saúde da população, com a incorporação da Odontologia desde seu início. Está

composição de equipe multidisciplinar passou a ordenar as ações e constituem, até hoje, o eixo da prática no PSF no município (CURITIBA, 1995). Em 2005, após 13 anos de PSF, Curitiba apresenta 44 unidades de saúde da família, todas elas com ESB implantadas e distribuídas pelos nove distritos sanitários: Matriz, Boa Vista, Santa Felicidade, Portão, Pinheirinho, CIC, Bairro Novo, Boqueirão e Cajuru (ANEXO A).

Esta pesquisa teve como objetivo verificar o trabalho do cirurgião-dentista inserido no PSF de Curitiba e o impacto deste modelo de atenção na sua vida profissional, destacando como ele utiliza as ferramentas do PSF (genograma, ciclo de vida, FIRO e PRACTICE) no trabalho com famílias, identificando as possíveis adaptações das ferramentas de abordagem familiar no contexto curitibano de atenção à saúde bucal. Avaliou-se também a questão do perfil deste profissional inserido no PSF e a organização da agenda de atenção à saúde bucal oferecida pelas ESB nas unidades de saúde no município.

2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em janeiro de 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar (RONCALLI, 2003).

O Programa Saúde da Família representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem da questão da saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Esta concepção não é mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Deste modo, há uma sintonia entre as formulações do Programa Saúde da Família com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000).

A atenção está centrada na família, percebida e entendida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO e MEHRY, 1999).

Assim, o PSF (Programa de Saúde da Família) é um reflexo de todos os pensamentos desenvolvidos sobre um novo conceito de promoção de saúde e pretende tornar-se um paradigma includente, de acolhimento responsável, de cuidado continuado e de responsabilidade epidemiológica sobre aqueles que tradicionalmente constituem os excluídos de nossa sociedade (MOYSÉS, S. J. *et al.*, 1999).

A atenção diferenciada às famílias que vivem em situações especiais de risco não é uma estratégia sanitária apropriada apenas para regiões carentes e que ainda

não conseguiram desenvolver serviços médicos especiais. É, porém, uma estratégia de aprofundamento da qualidade de serviços diante da complexidade das situações de exclusão social tão fortemente presentes até mesmo nas regiões mais industrializadas e modernas da sociedade capitalista contemporânea (SZYMANSKI, 1994).

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2000).

A base operacional desse novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF), que tem como princípios (BRASIL, 2000):

1. *Caráter substitutivo*: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;
2. *Integralidade e hierarquização*: A USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta a atenção integral aos indivíduos e famílias e que seja assegurado à referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
3. *Territorialização e adscrição da clientela*: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4500 pessoas.

O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Nesse sentido, racionalizar o uso é democratizar o acesso (BRASIL, 2000).

2.1 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PSF

O PSF, para alcançar todos os seus objetivos e efetivamente ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial, necessita de profissionais radicalmente novos, no sentido de assumirem posturas e práticas distintas das hoje vigentes, especialmente no campo de atenção básica (CAPISTRANO FILHO, 2000).

Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária à presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades – todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência (BRASIL, 2000).

As equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde – outros profissionais, tais como psicólogos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, por exemplo, poderão ser incorporados de acordo com as características e demandas dos serviços locais de saúde.

A equipe multiprofissional possibilita organizar o trabalho com um nível de complementaridade, e ao mesmo tempo de especificidade que melhor atendem os níveis distintos de demanda por atenção da população (MOYSÉS, S. J. *et al.*, 1999). Segundo Papp (1991), a visão de vários profissionais sobre uma situação única permite uma melhor percepção da situação em estudo, garantindo um resultado mais próximo das aspirações da comunidade. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (PARANÁ, 2001).

Um dos caracteres de diferenciação desse processo é que os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em

regime de dedicação integral. Por sua vez, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde (ACS) também devem residir nas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 2000).

As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são (BRASIL, 2000):

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Segundo o modelo canadense, o profissional de saúde da família deve-se nortear por 4 princípios, Estes princípios também vem sendo aplicado como referencial pelo município de Curitiba, que são (THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 1996; WAGNER, H. L. *et al.*, 1999; ROMANÓ JÚNIOR, 1999):

- *1º princípio* – o profissional da saúde da família é hábil, o que deve ser centrado na atenção do paciente, comprometimento com este e sua família; trabalhando centrado nas evidências que suportam as suas condutas. Deve ser capaz de analisar as condições comuns da comunidade como também enfrentar situações de risco que surjam na sua clientela.
- *2º princípio* – o profissional da saúde da família atua como fonte de recursos para uma população definida; trata toda a sua população como se fosse de risco – investindo em educação e promoção para a saúde. O profissional deve avaliar as novas informações de forma crítica, estudando-as à luz de evidências científicas e aplicabilidade local, transferindo este conhecimento à comunidade e, em parceria, obter o melhor resultado. Manter os registros adequados das suas

atividades para melhorar o trabalho da equipe. É importante que o profissional também advogue em prol do seu usuário quanto as políticas públicas de saúde.

- *3º princípio* – considera-se a epidemiologia da área para o enfoque a ser desenvolvido. A diversidade das patologias não costuma ser grande, o que permite ao profissional desenvolver sua capacidade de enfrentamento, através do reconhecimento e estudo destes problemas com maior facilidade. O paciente deve ser acompanhado em vários contextos, nas unidades de saúde, nos hospitais, em suas casas e em seus ambientes de trabalho, devendo saber encaminhar o paciente quando o problema estiver fora da sua competência.
- *4º princípio* – a relação equipe de saúde com o paciente e sua família se torna central. Sendo o paciente o foco de interesse, ele deve ser tratado com respeito e cordialidade, para se estabelecer uma parceria ao longo tempo. O vínculo estabelecido através desta parceria permitirá uma ação mais eficiente, aumentando a satisfação da comunidade com o serviço ofertado e do profissional com o resultado obtido.

Wagner, H. L. *et al.* (1999) afirma que aplicar os conceitos dos princípios de trabalho em saúde da família é a chave para a busca das habilidades necessárias para a boa prática em atenção básica.

2.2 INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PSF

Em meados de julho de 2000, ocorreu a divulgação da pesquisa sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, causando repercussão na sociedade brasileira. Segundo o estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 1998, cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou seja, 19,5% da população, nunca foram ao dentista. Nas áreas rurais esse índice chegou a 32%. Constatou-se ainda que, entre a população que ganha até um salário mínimo, 36,5%, ou cerca de 5,5 milhões de brasileiros, nunca receberam atendimento odontológico. Um percentual nove vezes maior do que 4,07% registrados entre os que ganham acima de 20 salários mínimos (PINTO e FRAGA, 2000).

O Ministério da Saúde preocupado com esta realidade promoveu, a partir de dezembro de 2000, a inclusão do cirurgião-dentista no PSF. Com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto

de atividades desenvolvidas pelo PSF respeitando os seus princípios organizados e operacionais, foi publicada a Portaria nº 267/2001, que dispõe sobre as normas e diretrizes do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em março de 2001 (BRASIL, 2001b).

Dentre as estratégias previstas, prevê-se que cada equipe de saúde bucal deverá atender, em média, 6900 habitantes. Em municípios com mais de 6900 habitantes, deverá ser implantada uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada duas equipes de PSF implantadas ou em implantação. Nos municípios com menos de 6900 habitantes, poderá haver uma relação de 1:1. São previstas duas modalidades de equipe: modalidade I, com um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD), e modalidade II, que, além do CD e do ACD, possui também um técnico em higiene dental (THD). É prevista a adscrição de clientela, sendo que esses profissionais devem ter responsabilidade sanitária em relação a uma população delimitada, desenvolvendo sistemas de atendimento que interrompam a livre progressão da doença nos grupos populacionais, que detectem lesões e sinais iniciais reversíveis mediante diagnóstico precoce e que reabilitem por meio de procedimentos cirúrgico-restauradores (BRASIL, 2001a; 2001b).

Também a Portaria nº 267/2001 estabelece atribuições específicas para os profissionais de saúde bucal no PSF (BRASIL, 2001b):

1. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
2. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
3. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
4. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
5. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
6. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.
7. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
8. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

Assim como, atribuições específicas para os cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2001b):

1. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.

2. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).
3. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.
4. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.
5. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.
6. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.
7. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.
8. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.
9. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.
10. Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal.
11. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.
12. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.
13. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.
14. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) todos os procedimentos realizados.

No ano de 2003, foi publicada a Portaria nº 673/2003 (BRASIL, 2003) em que se atualizou e reviu o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, na parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB e estabeleceu que poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica.

Quando a questão sobre a inclusão da odontologia na equipe de saúde da família, Moysés, S. J. *et al.* (1999) e Moysés e Silveira Filho (2002) defendem que os cirurgiões-dentistas apresentam os pressupostos básicos para o trabalho no PSF, que são:

- formação generalista, já que os graduados em odontologia saem da faculdade com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos; atendem emergências e urgências ambulatoriais e cirúrgicas; realizam atividades extra-clínicas e de promoção / educação em saúde com a comunidade.
- o profissional da odontologia é um especialista em eventos de saúde-doença mais comuns, como por exemplo, controle e tratamento de doenças relacionadas ao biofilme dental (cárie e doença periodontal), que correspondem quase à

totalidade da demanda do serviço, o que representa grande resposta resolutive no nível da atenção básica.

- formação de vínculo entre o profissional da saúde e paciente, o que é de fundamental importância para qualquer área da saúde, não só na medicina.
- a percepção do paciente em seu contexto familiar e comunitário, abordando fatores de risco comuns a doenças, que também podem estar relacionadas com a qualidade da saúde bucal.
- ações individuais e coletivas centradas na promoção de saúde e embasadas pela epidemiologia clínica e social, são instrumentos típicos da odontologia em saúde coletiva.
- a responsabilidade por uma área ou população de abrangência, exigência que é compatível com as novas tarefas do profissional da odontologia.
- a intersectorialidade, o cirurgião-dentista atuando no papel de advogado da saúde, reconhecendo os determinantes sócio-ambientais nas doenças bucais.
- o controle social e a participação comunitária em saúde bucal coletiva representam um dos avanços da odontologia pública.

Com a inclusão das ESB no PSF, Capistrano Filho (2000) afirma que existe a necessidade de uma nova odontologia, no sentido de superar o caráter ainda profundamente tecnicista da prática dominante de consultório realizado pelo cirurgião-dentista no serviço público, para o surgimento de um profissional ativo que atue nas ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e desenvolvimento na sua região e município como um todo, fazendo visitas domiciliares sempre que for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida. Superar este paradigma é se conscientizar da importância de agregar novos profissionais como o Técnico em Higiene Bucal (THD) e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal. Trabalhando no modelo de módulos odontológicos de três a quatro cadeiras odontológicas, operando com um número menor de cirurgiões-dentistas, pois o trabalho será compartilhado com os THDs.

2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CURITIBA-PR ¹

A prática de saúde da família nasceu em Curitiba num contexto de profundas mudanças da lógica de organização de serviços públicos de saúde, em sintonia com a regulamentação do SUS no Brasil (Lei 8080 e 8142 de 1990) e com a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, em 1991. Há duas constatações seminais a serem feitas a respeito desta prática sanitária na Cidade:

A participação da comunidade na implantação da proposta foi decisiva para o processo de adesão às atividades do Centro de Saúde *Pompéia*, que reiniciou suas atividades em dezembro de 1991.

Embora, os referenciais internacionais e nacionais utilizados fossem focados no trabalho no médico de família, a rigor o trabalho em Curitiba já nasceu sob a égide da equipe multiprofissional, com a *sui generis* incorporação da cirurgiã-dentista Maria Inês Prado Lopes à equipe que iria atuar no *Pompéia*. Houve um acordo tácito de equipe quanto à legitimidade desta singular experiência, compartilhada entre o secretário municipal, sua equipe de assessoria e o então Chefe da Divisão de Odontologia Social.

Esta composição de equipe multidisciplinar passou a ordenar as ações e constituem, até hoje, o eixo da prática no PSF em Curitiba, o que diferencia este município das experiências de outros no Brasil, como Porto Alegre, e de outros países como a Inglaterra, Canadá e Cuba ².

Os profissionais de saúde da Unidade de Saúde (US) *Pompéia* foram a Porto Alegre conhecer a realidade e os referenciais teóricos-metodológicos da equipe do Hospital Conceição. Após este contato, inicia-se em 1993, a capacitação da equipe de saúde voltada à prática de Medicina Comunitária, com a colaboração de um médico do Hospital Conceição, que esteve na Secretaria Municipal de Saúde durante um ano ².

Antes da Inauguração, em maio de 1993, da Unidade de Saúde *São José*, foi realizado um diagnóstico da área que funcionava quase como uma mini-localidade e que apresentava característica muito especial de condições de urbanização e geográficas. Era o local ideal e rapidamente mostraria resultados.

¹ Texto resumido de: "10 anos de PSF em Curitiba: a história contada por quem faz a história" publicação comemorativa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba de novembro de 2002.

² Texto extraído de: Silveira Filho *et al.* Programa Saúde da Família em Curitiba – Estratégia de Implementação da Vigilância à Saúde *In: DUCCI et al.* Curitiba: a saúde de braços abertos. 2001.

A odontologia havia percorrido um longo caminho na atenção primária do Município, desde 1993, consolidando agora sua participação na US São José, quando as ações passaram a ser organizadas em torno do núcleo comunitário e familiar. Mônica Moreira, primeira cirurgiã-dentista a integrar a equipe da US São José. Lembra que foram desenvolvidos instrumentos de coleta de dados para o inquérito epidemiológico domiciliar, busca ativa, avaliação da satisfação do usuário, procurando conhecer mais e melhor a comunidade e trazendo-a para junto do serviço como sujeito das ações desenvolvidas e avaliadas.

Para escolher as novas unidades do PSF e suas respectivas equipes, foram utilizados os critérios de sensibilidade dos profissionais atuantes para o trabalho de natureza social e as condições geográficas e sociais que favorecessem a implantação do programa nas comunidades. Assim foram escolhidas as US: *Dom Bosco, Moradias da Ordem e Palmeiras*, consolidando o projeto já implantado nas US Pompéia e São José.

A implantação concomitante do Projeto de Saúde Bucal da Família, não mais como experiência piloto isolada, mas como prática institucional ampliada, aconteceu em julho de 1995, com a realização do primeiro processo seletivo para a equipe de saúde bucal no PSF. Mônica Moreira lembra que “as equipes buscavam reconhecer a diferença da prática de saúde bucal nas unidades básicas e no PSF. Havia consenso do avanço da política de saúde bucal na vigilância a saúde e na prática dos princípios de atenção básica”.

Em 1995, quando Curitiba já possuía 5 unidades de saúde PSF, realizou-se um acordo de consultoria internacional com a Universidade de Toronto, por meio de seu departamento de Medicina Familiar e Comunitária, para a realização de um curso de capacitação denominado “Programa de 5 finais de semana sobre Medicina da Família”. Em princípio, o projeto previa a participação exclusiva de médicos fluentes em inglês, mas para surpresa dos canadenses, 17 profissionais foram escolhidos, sendo 11 médicos, 2 enfermeiras e 4 cirurgiões-dentistas, tornando-se esta à primeira experiência multiprofissional dos canadenses. Neste curso, as equipes foram capacitadas a realizarem o trabalho com famílias e tiveram contato com as ferramentas utilizadas para o estudo e diagnóstico das famílias, com base metodológica da Universidade McGill do Canadá (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2001; CURITIBA, 2002). Este curso atualmente é ministrado por agentes locais, e vem sendo reproduzido na capacitação dos profissionais ingressantes no PSF.

Em 1996, Curitiba aderiu ao Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde. Com repasse regular de recursos, houve a possibilidade de implantar, de uma só vez, 18 novas equipes multiprofissionais no PSF em todos os Distritos Sanitários da cidade, respectivamente nas Unidades de Saúde: *Barigui, Cachoeira, Capanema, Jardim Paranaense, Nossa Senhora Aparecida, Sabará, Santos Andrade, São Domingos, Taís Viviane Machado, Tarumã, Trindade, Vila Verde, Waldemar Monastier, Bom Pastor, Caximba, Jardim Gabinete, João Candido e Xapinhal.*

Em 1998, foram implantadas mais duas unidades de saúde da família (USF): *Vila Osternack e Cândido Portinari*, totalizando 25 unidades em Curitiba. Em 1999, foram implantadas quatro novas USF: *Irmã Tereza Araújo, Lotiguaçu, São Paulo e Moradias Santa Rita.*

O dia 30 de junho de 2000 ficou marcado por esta celebração: o Distrito Sanitário Bairro Novo constitui-se numa das primeiras experiências do Brasil, de um Distrito Sanitário operando integralmente sob a lógica do PSF.

Em 2000 foram implantadas ainda as unidades: *Bairro Novo, Parigot de Souza, Salvador Allende, São João Del Rey, Parolin, Butiatuvinha, Vila Esperança e Augusta.* Em 2001, foram transformadas em USF, as unidades de saúde: *Estrela, Maria Angélica, Moradias Belém, Pinheiros e Solitude.*

Em 2002, comemorando os 10 anos de PSF em Curitiba houve um avanço significativo chegando a 42 USF, compostas por 116 equipes de saúde da família, incluindo 106 equipes de saúde bucal. Curitiba é hoje a única capital brasileira que tem uma proporção de 91,3% de ESB para o total de Equipe Saúde da Família. A cobertura populacional em 1998 era de aproximadamente 10% e em 2002 atingiu 32%.

Todos os cirurgiões-dentistas do PSF que trabalham pela Prefeitura de Curitiba são servidores públicos e exercem a sua função pelo período de 40 horas semanais. Em média cada Unidade de Saúde da Família no município consta com 3 equipes de saúde bucal.

No ano de 2004 é implementado o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal, que orienta as ESB quanto aos roteiros: da atividade clínica, das ações coletivas, do trabalho com famílias e da organização da prática nos diferentes pontos da rede, constituindo um momento importante para a redefinição do modelo de atenção (CURITIBA, 2004).

Atualmente, em 2005, o município de Curitiba apresenta 44 unidades de saúde da família, todas elas com equipes de saúde bucal implantadas e distribuídas pelos nove distritos sanitários: Matriz, Boa Vista, Santa Felicidade, Portão, Pinheirinho, CIC, Bairro Novo, Boqueirão e Cajuru. No total existem 110 equipes de saúde bucal, 30 na modalidade I e 80 na modalidade II atuando na rede de saúde da família em Curitiba. A criação do distrito sanitário do CIC no ano de 2005 veio a consolidar as ações regionalizadas na atenção à saúde da população prestada pelo município.

3 A FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

A família vem se mantendo ao longo da história da humanidade como instituição social permanente, o que pode ser explicado por sua capacidade de mudança / adaptação, resistência e por receber valorização positiva da sociedade e daqueles que a integram (RIBEIRO, 2004).

Segundo Angelo e Bousso (2001) podem-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

Já Cianciarullo (2002) afirma que diferentes significados para o termo família têm sido identificados em estudos realizados no Brasil. Um primeiro significado para família, designa descendência. A palavra, nesta comunidade, é utilizada para designar a existência de ter filhos, netos e bisnetos. Não há referência aos ascendentes ou aos membros colaterais como tios e primos. Compartilhar o mesmo teto parece dar outro significado. Assim, avós que criam netos, tias que abrigam sobrinhos, ou viúvos que compartilham a casa com filhos e filhas e pessoas que não têm nenhum parentesco, podem ser consideradas como integrantes de uma mesma família, caso morem numa mesma casa. Morar junto implica em ter responsabilidade material e afetiva entre si, esta situação é um dos indicadores de “ser da família”.

Frente às adversidades, como forma de proteção, a família não se entende somente a partir dos laços de sangue, mas sim como uma rede de solidariedade que favorece a sobrevivência. Assim, família são aqueles com quem se pode contar. E os grupos se estabelecem a partir de laços, afetivos e morais, de parentesco e vizinhança, que possibilitam a solidariedade, a troca de favores e a manutenção dos hábitos, linguagem e valores culturais (SENNÁ e ANTUNES, 2002).

Entretanto, nas regiões urbanas brasileiras, observa-se que o núcleo familiar tende a ser composto por várias gerações como forma de enfrentar dificuldades financeiras. Os filhos que formam um novo ramo familiar continuam a habitar o núcleo original, com a finalidade de somar rendimentos, barateando os custos habitacionais e garantindo os cuidados às crianças e a outros dependentes, que são aqueles que não estão inseridos ativamente no mercado de trabalho, como os adolescentes, os idosos e os desempregados (SENNÁ e ANTUNES, 2002).

A problemática familiar é complexa e necessita uma compreensão que leve em conta sua inserção no contexto sócio-econômico e o momento do ciclo vivido. Investigar a situação evolutiva de uma família pode esclarecer situações de conflito que possam estar afetando as condições de saúde (SENNÁ e ANTUNES, 2002).

É imprescindível a compreensão de saúde da família como entidade distinta da saúde dos indivíduos ou da soma da saúde dos indivíduos que compõem a família. Saúde da família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no ambiente. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença além de indivíduo e coletivo. Algumas definições de saúde da família incluem a saúde individual dos membros da família e o bom funcionamento da família na sociedade, que envolve muito mais do que saúde física. É por isso que saúde da família também se refere ao funcionamento da família (ANGELO e BOUSSO, 2001).

Devido às suas características próprias de proximidade e convivência, a família tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de doença de seus membros. Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas por profissionais de saúde. Ao reconhecer o papel da família em responder pela saúde de seus membros, o profissional deve considerar as dúvidas, opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações. Assim, a assistência à família como unidade de cuidado à saúde implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades (ANGELO e BOUSSO, 2001).

A saúde física e emocional dos membros da família ocupa um papel importante no seu funcionamento. Como os membros da família são interconectados e dependentes uns dos outros, ao ocorrer qualquer mudança na saúde de um dos seus membros, todos demais são afetados e a unidade familiar como um todo será alterada. Da mesma forma, o funcionamento da família influencia a saúde e o bem-estar de seus membros. Pode-se dizer que ela afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afeta a família (ANGELO e BOUSSO, 2001).

Segundo McWhinney (1994) a família tem seis efeitos principais na saúde dos seus membros:

1. Todo o indivíduo é produto da interação entre o seu genótipo e o meio ambiente.

2. A família é vital para o desenvolvimento da criança. Embora as crianças tenham uma capacidade notável de ultrapassar as dificuldades iniciais, há inúmeros dados que apóiam a relação entre a disfunção familiar e perturbações físicas e comportamentais na infância.
3. Algumas famílias são mais vulneráveis à doença do que outras.
4. As doenças infecciosas alastram nas famílias. O número de infecções está diretamente relacionado com o tamanho da família.
5. Os fatores familiares afetam a morbidade e a mortalidade nos adultos. Como por exemplo, a mortalidade aumenta significativamente nos viúvos e nas viúvas no primeiro ano após a morte do cônjuge.
6. A família é importante na recuperação das doenças. O apoio familiar é um fator importante na recuperação, principalmente, em doenças crônicas e deficiências.

Ao se focar a atuação na família, amplia-se à noção de atendimento integral a saúde, em que a partir de um paciente, as ações são desdobradas para o grupo, com a organização de práticas preventivas coletivas e de promoção de saúde (PUPULIN *et al.*, 2003).

3.1 A VISITA DOMICILIAR

Na esfera familiar, o PSF nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “andar na vida”, principalmente através das visitas e dos atendimentos domiciliares (FRACOLLI e BERTOLOZZI, 2001) .

A visita domiciliar (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas, também, principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde (RAGUGNETI, 2001; TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

Deve-se entender que a visita domiciliar é menos um instrumento para “policiar” o cumprimento (ou não) de uma “orientação” feita pelo profissional de saúde para a família e mais uma intervenção que nos possibilita uma aproximação

com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar (FRACOLLI e BERTOLOZZI, 2001).

Deve-se esclarecer também, que a visita domiciliar pode ser realizada e repetida tantas vezes foram necessárias se o indivíduo e seus familiares sentirem-se à vontade com a equipe e com interesse em resolver junto o problema em questão (RAGUGNETI, 2001).

A VD só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura uma mera atividade social (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação *in loco* das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde (CURITIBA, 1999; TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

Segundo TAKAHASHI e OLIVEIRA (2001), os pressupostos que orientam a VD são:

- nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD;
- para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio;
- a sua execução pressupõe o uso das técnicas de entrevista e de observação sistematizada;
- a realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- na elaboração dos objetivos da VD, é necessário considerar os limites e as possibilidades do saber específico do profissional / técnico que a executará.
- a relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença;
- podem existir diferenças socioculturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos Serviços de Saúde, que devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD;
- a intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.

É importante salientar que a visita domiciliar dentro do PSF, não é e não deve ser realizada exclusivamente em idosos ou acamados, pacientes estes que justamente encontram-se impossibilitados de ir até a Unidade de Saúde. As

visitas devem ser estendidas aos moradores da área de abrangência da equipe de saúde da família, como meio de reconhecimento do território e como facilitador na formação de vínculo. Isto não significa que a criação de vínculo esteja relacionada exclusivamente a visita domiciliar, mas é uma ferramenta facilitadora na identificação de problemas que seriam de difícil identificação durante o atendimento clínico (RAGUGNETI, 2001).

3.2 O TRABALHAR COM FAMÍLIAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DO PSF

Para que haja eficiência e efetividade na proposta do PSF em promover o auto-cuidado e hábitos de vida saudáveis, deve-se identificar o que é significativo aos usuários e construir, a partir daí, conceitos que sejam coerentes a eles, só assim se obtém uma real mudança no processo saúde-doença (WAGNER, H. L. *et al.*, 1999).

A equipe de saúde da família deve desenvolver a capacidade de observação, relacionamento e comunicação para atuar nos princípios éticos, cidadania, responsabilidade, dignidade e honestidade e entender o cuidar de família (VELSCHAN; SOARES e CORVINO, 2002).

Trabalhar com famílias exige a incorporação de uma tecnologia “relacional” (FRANCO e MEHRY, 1999), fundada na abordagem humanista, e desenvolvida por meio da compreensão do funcionamento sistêmico da família e da aplicação do método clínico centrado no paciente. Existem momentos-chave que podem e devem ser explorados, como a ocasião de cadastro das famílias, as mudanças no ciclo de vida das famílias, a observação da resiliência familiar para situações adversas e o surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto entre seus membros. Estas situações permitem que o profissional de cuidados primários crie um vínculo com o paciente e sua família, desdobrado em responsabilização no tempo, pois, ao dar atenção, facilita ser aceito para investigar e intervir (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

Segundo Szymanski (1994) o ponto de partida para o trabalho com família também é a compreensão, por parte do técnico, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família.

O trabalho com famílias em situação de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados (VELSCHAN; SOARES e CORVINO, 2002).

Ribeiro (2004) propõe que no cenário do PSF a família esteja sendo abordada de diferentes formas quais sejam: *família/indivíduo*; *família/domicílio*; *família/indivíduo/domicílio*; *família/comunidade*; *família/risco social*; *família/família*.

1. *Família/indivíduo*: nesta abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo, que é o foco real de atenção, podendo ser mulher, a criança, o portador de diabetes. Ou seja, a família é o cliente nominal, mas não é “objeto” do cuidado. E, ainda, a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação, de treinamento. A família também é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo de saúde-doença do indivíduo. Dado a expectativa de deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, vista de forma multidimensional, são freqüentemente esquecidas, além de serem objeto de juízos de valor, por parte da comunidade e de profissionais.
2. *Família/domicílio*: nesta abordagem o ambiente, a infra-estrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco de atenção. O substitutivo, o que toma lugar ou representa a família é, pois, seu espaço/contexto físico. O domicílio é a base para a apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo de saúde-doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde, ou de outras que estão em situação de risco sócio-ambiental.
3. *Família/indivíduo/domicílio*: nesta abordagem unem-se os sentido/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio, diferenciando-se por ser focado, agora, num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo de saúde-doença (exemplo: a puérpera, o recém-nascido, o idoso, hipertenso, agressor). Intensifica-se a expectativa quanto a papéis, deveres, responsabilidades da família e a educação em saúde para o tratamento e cuidados do paciente. Muitas vezes essa família, envolvida em argumentos de humanização da assistência, recebe a incumbência de aliviar o oficial de sistema de saúde, enxugado/contido pelas exigências do modelo neoliberal. A exaustão da família e os efeitos nocivos dessa condição nem sempre são percebidos ou considerados. Também há resistências em se fazer correlações entre a deterioração da saúde física ou mental de membros da família (que vão desembocar nos serviços de saúde) e as situações vividas de excesso de deveres x recursos limitados.
4. *Família/comunidade*: neste tipo de abordagem a família se transforma em ‘as famílias’; sua identidade e processo de viver definem-se sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade. Os processos são universalizados, a singularidade e a individualidade, esvaziadas. As medidas cuidativas são aplicadas às famílias. As famílias têm responsabilidade para com os problemas locais da comunidade, tais como marginalidade, violência, ou seja, agrega o enfoque de família/agente, que deve viabilizar ações através de voluntariado, associações, etc.
5. *Família/risco social*: neste enfoque a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas em exclusão social, que vivem em comunidades periféricas. A estrutura da família, suas condições materiais e sociais de sobrevivência estão

continuamente/quotidianamente problematizadas e por isso a família não consegue realizar sua missão, devendo receber ajuda para voltar a funcionar. Essas famílias são depositárias das concepções dialéticas vigentes nos espaços sociais, ou no conflito dado entre concepções protetoras/solidários/cidadãs e aquelas discriminadoras/julgadoras/fóbicas. Os profissionais da saúde, dado as construções ideológicas conseqüentes à sua inserção social e formação profissional, estarão no processo cuidativo, impactados por essas contradições.

6. *Família/família*: nesta abordagem a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, enquanto possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. O ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades. Essa abordagem requer consideração: das condições materiais e simbólicas, conseqüentes à inserção social da família, a sua organização e dinâmica, à disponibilidade de redes de proteção, ao desempenho social esperado, dentre outras. Requer ainda a definição do real-funcional e simbólico dos seus recursos afetivos/emocionais, espirituais, da capacidade de cuidar e cuidar-se, da sua história de fracasso x sucesso para atender as demandas requisitadas em suas diferentes fases/momentos, da capacidade de avaliar, de fazer julgamentos e escolhas. Enfim a família é considerada em seu ser e viver, conseqüentes à sua inserção no contexto social, historicamente contextualizada, imersa na complexidade de ser família na pós-modernidade.

No momento em que se compreende que os padrões das famílias atendidas são próprios delas e não dependem do modo de ver ou de viver de quem as atende, ter-se-á dado um passo importante para desenvolver um trabalho voltado à realidade delas, onde se busquem ações que permitam a cada família viver o seu melhor. Este trabalho depende da capacidade de atuação do profissional, do seu treinamento e do grau de desafio que a família representa (WAGNER *et al.*,1999). Doherty e Baird (1986 *apud* McDANIEL; HEPWORTH e DOHERTY, 1994; WILSON, 1996; WAGNER, H. L. *et al.*,1999) sugerem que há 5 níveis de intervenção na abordagem dos pacientes:

1. *Nível Um*: Ênfase Mínima sobre a Família.

Este nível básico de envolvimento consiste em lidar com famílias apenas o necessário – por razões práticas ou médico-legais; aqui, a comunicação com as famílias não é vista como habilidade necessária ao médico e sua aquisição não é estimulada. Este nível presumivelmente caracteriza a maior parte do treinamento nas escolas de medicina, onde as questões biomédicas são o único foco consciente de atendimento ao paciente.

2. *Nível Dois*: Informações e Aconselhamento Médico Contínuo.

Base de Conhecimentos ⇒ Primariamente médicos, mais conscientização da dimensão triangular do relacionamento médico-paciente.

Desenvolvimento pessoal ⇒ Disposição para engajar pacientes e famílias de uma forma cooperativa.

Habilidades ⇒ 1. Comunicar regular e claramente achados médicos e opções de tratamento aos membros da família; 2. Indagar questões aos membros da família que façam surgir informações diagnósticas e de tratamento relevantes; 3. Escutar atentamente as dúvidas e preocupações dos membros da família; 4. Aconselhar as famílias sobre como lidar com as necessidades médicas e de reabilitação dos pacientes; 5. Para famílias grandes ou que exigem muito, saber como canalizar a comunicação através de um ou dois membros-chave; 6. Identificar ampla disfunção familiar que interfira com o tratamento médico e encaminhar a família a um terapeuta.

3. Nível Três: Emoções e Apoio.

Base de Conhecimento ⇒ Desenvolvimento familiar normal e reações ao estresse.

Desenvolvimento Pessoal ⇒ Conscientização dos próprios sentimentos no relacionamento com o paciente e família.

Habilidades ⇒ 1. Indagar questões que façam surgir às expressões de preocupação dos membros e sentimentos relacionados à condição do paciente e seus efeitos sobre a família; 2. Escutar empaticamente as preocupações e sentimentos dos membros da família e informá-los sobre a normalidade da situação, quando apropriado; 3. Formar uma avaliação preliminar do nível de funcionamento da família, à medida que se relaciona com os problemas dela; 4. Encorajar os membros da família em seus esforços de enfrentarem a situação como uma família; 5. Adaptar os conselhos médicos às necessidades, preocupações e sentimentos da família; 6. Identificar a disfunção familiar e adaptar uma recomendação de encaminhamento à situação particular da família.

4. Nível Quatro: Avaliação Sistemática e Intervenção Planejada.

Base de conhecimentos ⇒ sistema familiar.

Desenvolvimento pessoal ⇒ Consciência da própria participação no sistema, incluindo o triângulo terapêutico, o sistema médico, o próprio sistema familiar e os sistemas comunitários mais amplos.

Habilidades ⇒ 1. Engajar os membros da família, incluindo aqueles relutantes, em uma conferência familiar planejada ou em uma série de conferências; 2. Estruturar

uma conferência com uma família com uma comunicação até mesmo fraca, de tal modo que todos os membros tenham uma oportunidade de expressão; 3. Avaliar sistematicamente o nível de funcionamento da família; 4. Apoiar os membros individuais, evitando, ao mesmo tempo, conluíus; 5. Redefinir o que a família entende como o “seu” problema de forma a torná-lo mais equacionável; 6. Ajudar os membros da família a perceber suas dificuldades como algo que exige novas formas de esforço cooperativo; 7. Ajudar os membros da família a gerar modos alternativos e mutuamente aceitáveis de lidar com as dificuldades; 8. Ajudar a família a equilibrar seus esforços, calibrando os vários papéis de modo a permitir o apoio sem o sacrifício da autonomia de qualquer um de seus membros; 9. Identificar a disfunção familiar que jaz além do tratamento primário e orquestrar um encaminhamento, educando a família e o terapeuta acerca do que esperar um do outro.

5. Nível Cinco: Terapia Familiar.

Base de Conhecimento ⇒ Sistema familiar e padrões pelo qual as famílias disfuncionais interagem com profissionais e outros sistemas de cuidado à saúde.

Desenvolvimento Pessoal ⇒ Capacidade para lidar com intensas emoções nas famílias e em si mesmo e para manter o próprio equilíbrio em face da forte pressão dos membros da família ou outros profissionais.

Habilidades ⇒ A lista seguinte não é exaustiva de habilidades da terapia familiar, mas é uma relação de várias habilidades que diferenciam o nível cinco de envolvimento de atendimento primário com as famílias. 1. Entrevistar famílias ou membros da família que são bastante difíceis de ser engajados; 2. Gerar eficientemente e testar hipóteses sobre as dificuldades e padrões étnico-culturais da família; 3. Ampliar o conflito na família a fim de romper um impasse familiar; 4. Aliar-se, temporariamente, a um membro da família contra outro; 5. Lidar, construtivamente, com a forte resistência da família às mudanças; 6. Negociar relacionamentos cooperativos com outros profissionais e outros sistemas que estão trabalhando com a família, mesmo quando esses grupos mantêm hostilidade uns com os outros.

É importante reconhecer que a maioria dos profissionais da saúde da família intervém entre os níveis 2 a 4 (McDANIEL; HEPWORTH e DOHERTY, 1994; WILSON, 1996).

O conceito de trabalhar com famílias deve ser bem compreendido e diferenciado de terapia familiar, enquanto o primeiro se dá por múltiplas intervenções curtas ao longo do tempo e valendo-se das estruturas da família, o segundo propõe uma intervenção intensa por tempo limitado e busca modificar o padrão de relacionamento da família (CHRISTIE-SEELY e TALBOT, 1984³; WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

Segundo Wagner, A. B. P. *et al.* (1999), o trabalhar com famílias pode ser dividido didaticamente em diferentes etapas para melhor explicação e compreensão, que são: Associação, Avaliação, Educação em Saúde, Facilitação e Referência. A utilização destas etapas depende da situação dada e das necessidades de cada família atendida.

A associação é um requisito fundamental para a construção do processo terapêutico. É iniciada no momento em que o paciente traz ao profissional uma situação onde a família interfere direta ou indiretamente no processo (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

A avaliação consiste em analisar a família de um modo mais objetivo, perceber o funcionamento do grupo em estudo, reconhecer a crença da família no processo de adoecer e propor um plano de ação que respeite o seu modo de vida. A avaliação adequada do papel que a pessoa portadora de qualquer agravo tem em sua estrutura familiar, permite que o profissional tenha um poder de intervenção que aumenta em muito a resolubilidade da proposta (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

Educação em saúde é o terceiro passo para se trabalhar com famílias, uma boa comunicação é essencial para um processo de educação em saúde que capacite os membros da família desenvolvam o auto-cuidado e hábitos de vida mais saudáveis. O momento ideal para introduzir conceitos de saúde é quando a família busca a equipe de saúde para receber uma explicação sobre um processo de adoecer que deu origem à demanda, o cliente está receptivo a esta informação (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

Facilitação tem base no modelo FIRO onde o profissional conhece a estrutura familiar, suas relações de poder e trocas de sentimentos e assim age como

³ Texto traduzido para a língua portuguesa pelo médico Hamilton Lima Wagner. Este texto está incluído no material didático do Curso Introdutório do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Curitiba.

facilitador da interação entre os membros da família, esclarece dúvidas sobre a patologia em questão e sua progressão, e alternativas de tratamento disponíveis (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

Referência é o momento em que o profissional de atenção primária encaminha o seu paciente para níveis de maior complexidade de atendimento. Isso gera confiança da família no tratamento e possibilita o profissional acompanhar o caso (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

O trabalho em saúde da família, como modelo de atenção primária, deve considerar a família como locus básico de atuação. As técnicas utilizadas para executar o trabalho devem basear-se na realidade local, construindo um fazer consistente que implique na melhoria dos indicadores de saúde da comunidade e obtendo a satisfação não só da população atendida como também da equipe que executa a proposta (WAGNER, A. B. P. *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 2001).

3.3 AS FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentre as ferramentas de avaliação usadas em atenção de saúde primária, são mais utilizadas o genograma, ciclo de vida das famílias, FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) e PRACTICE. Numa escala de complexidade para a aplicação das ferramentas de saúde da família, teríamos o Genograma e o Ciclo de Vida, seguidos do FIRO. e, por fim, do PRACTICE (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

3.3.1 Genograma ou heredograma familiar

O genograma foi desenvolvido na América do Norte, baseado no modelo do heredograma, e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer (RAKEL, 1997; MOYSÉS, S. T. *et al.*, 1999; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002). Também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao paciente e sua família ter a noção das repetições dos processos que vem ocorrendo e em como estes se repetem. O genograma é traçado a partir de símbolos gráficos, ao lado dos

símbolos datas de nascimento, eventos importantes, patologias e o nome dos pacientes. Pode ser colocado no início do prontuário como sumário de problemas prévios, ações preventivas e medicamentos em uso (MOYSÉS, S.T *et al.*, 1999).

O genograma ou a Árvore da família é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre uma família. É uma ferramenta que parte de um conceito sistêmico de família e tem sido utilizada em contextos mais convencionais de constituição do núcleo familiar, embora possa ser aplicada também em interpretações ampliadas do conceito de família (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Na representação iconográfica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas conectoras suas relações. As representações são convencionadas, possibilitando que todos tenham entendimento comum acerca daquele gráfico. É importante deixar sempre claro a pessoa que ocupa papel central no genograma, normalmente aquela que originou a necessidade de utilização desta ferramenta. Esta pessoa passa a ser, então, estruturante do problema e, também, da representação familiar em questão (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Todos os problemas de saúde, de situações sociais ou existenciais, de comportamento afetivo, de hábitos ou estilos de vida daquela família que, no entendimento do profissional de saúde da família, forem pertinentes, devem ser anotados. Informações relativas ao estilo de vida, que sejam pertinentes na adequação dos cuidados com a saúde daquela família, também podem ser levantados, como uso de medicamentos, alcoolismo, drogadição e outros. Dados sócio-culturais e econômicos que possam influenciar o funcionamento familiar, questões de credo religioso, de trabalho, de vida social e de lazer, e outros. Por fim, devem aparecer as relações interpessoais, de conflito, de resolução de conflito e problemas de comunicação (WILSON e BECKER, 1996; RAKEL, 1997; MATLACK, 2001; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Os genogramas não precisam ser realizados rotineiramente com todos os pacientes, são mais eficazes quando aplicados de forma seletiva (RAKEL, 1997).

Os componentes do genograma devem incluir (RAKEL, 1997):

1. Três gerações;
2. Os nomes de todos os membros da família;
3. Idade ou ano de nascimento de todos os membros da família;
4. Todas as mortes, incluindo a idade em que ocorreu, ou a data da morte e a causa;

5. Doenças de problemas significativos dos membros da família;
6. Indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa;
7. Datas de casamentos e divórcios;
8. Uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos sequencialmente à direita;
9. Um código explicando todos os símbolos utilizados;
10. Símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima.

Rakel (1997) afirma que a familiaridade com os símbolos padrão permite a obtenção mais rápida de informações. Esses símbolos padrão devem ser utilizados sempre que possível, mas variações podem ser facilmente desenvolvidas para fornecer informações mais exatas ou úteis.

No caso do município de Curitiba, foi desenvolvida por cirurgiãs-dentistas da US Augusta ⁴, o genograma direcionado à saúde bucal, que mais tarde foi estabelecido pelo Protocolo Integrado de atenção à Saúde Bucal (CURITIBA, 2004) como ferramenta para o trabalho em saúde bucal pelas ESB. Esse genograma odontológico apresenta símbolos a serem utilizados para problemas bucais ou que a eles estejam associados, como: alta atividade de doença bucal, dieta cariogênica, fluorose, uso de prótese parcial ou total, tabagismo, diabetes e outros (ANEXO B).

3.3.2 Ciclo de vida

Esta ferramenta divide a história da família em estágios de desenvolvimento, onde se caracterizam papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios (McWHINNEY, 1994; CARTER e McGOLDRICK, 1995; WILSON e BADER, 1996; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Assim como as pessoas, as famílias têm os seus ciclos, influenciando-se mutuamente no viver do seu dia-a-dia. A compreensão destes ciclos e da maneira que eles interferem no processo saúde-doença possibilita à equipe de saúde prever quando e como as doenças podem ocorrer (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

O Ciclo de vida é um fenômeno complexo, pois ele é uma espiral da evolução familiar, na medida em que as gerações avançam no tempo em seu desenvolvimento que vai do nascimento à morte (McGOLDRICK e GERSON, 1995).

O Ciclo de Vida das Famílias é uma série de eventos previsíveis que ocorrem dentro da família como resultado das mudanças em sua organização. Toda

⁴ O genograma direcionado à saúde bucal foi criado pelas cirurgiãs-dentistas Mônica Moreira e Claudia Serrão Scheffer da US Augusta, justamente pela necessidade de compreender o contexto das doenças bucais e fatores de risco nas famílias atendidas pelo PSF.

mudança requer de cada membro uma acomodação ao novo arranjo, transformando o papel a cada alteração de limites. Afinal, “nas fases de transição onde a família é desafiada a estruturar um novo pacto que o estresse cresce, possibilitando o surgimento de doenças” (WAGNER, A.B.P. *et al.*, 1999).

O conhecimento do desenvolvimento da família é útil porque facilita a previsão – antecipa sobre os desafios que serão enfrentados no estágio de desenvolvimento de uma dada família, e isto permite melhorar o entendimento do contexto dos sintomas e doenças (McWHINNEY, 1994; CARTER e McGOLDRICK, 1995; WILSON e BADER, 1996).

Os estágios apresentam movimentos de autonomização, expansão de uma nova família jovem que se constitui, seguida pela contração de uma família madura, que envelhece. Tais estágios incluem tarefas a serem cumpridas pelos membros familiares, bem como tópicos de promoção de saúde familiar que podem ser implementados (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Os estágios podem ser agrupados da seguinte forma (WILSON e BADER, 1996; OLIVEIRA *et al.*, 1999):

Estágio do Ciclo de Vida da Família	Tarefas a Serem Cumpridas	Tópicos de Prevenção
Iniciando a vida a dois	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório. • Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares. • Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez. • Desenvolver novas amizades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a importância da comunicação. • Fornecer informação sobre planejamento familiar.
Famílias com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança. • Estabelecer uma vida satisfatória a todos os membros. • Reorganizar a unidade familiar de dois para três ou mais membros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações • Envolver o pai na gestação e parto. • Discutir desenvolvimento infantil, papel de pais e relacionamento pais e filhos. • Encorajar um tempo para o casal. • Discutir rivalidade entre irmãos. • Discutir o sentimento de “afastamento” dos pais perante o surgimento dos filhos.

Famílias com crianças pré escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Prover espaço adequado para a família que cresce. • Enfrentar os custos financeiros da vida familiar. • Assumir o papel maduro apropriado a família que cresce. • Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes, comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar um tempo para o casal. • Estimular o diálogo sobre educação dos filhos. • Fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças.
Famílias com crianças em idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a transição da casa para a escola. • Fazer face as crescentes demandas de tempo e dinheiro. • Manter uma relação de casal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar. • Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho. • Sugerir estratégias de manejo de tempo. • Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças.
Famílias com adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrar liberdade com responsabilidade a medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade. • Estabelecer fundamentos para atividades dos pais após a saída dos filhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação com o adolescente que reflita aumento de autonomia. • Fornecer informação aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes. • Conversar com adolescentes sobre drogas e sexo • Discutir com o adolescente o estabelecimento de relações ao longo da vida
Casais de meia idade	<ul style="list-style-type: none"> • Prover conforto, saúde e bem estar enquanto casal. • Planejar futuro financeiro. • Crescimento e significado do individuo e do casal. • Ser avós. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o casal a fazer planos para aposentadoria: atividades de lazer, finanças, moradia. • Explorar o papel de avós. • Discutir sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento.
Famílias envelhecendo	<ul style="list-style-type: none"> • Tópicos de moradia e finanças. • Integridade do ego. • Saúde • Ficar mais tempo juntos. • Enfrentando a vida sozinho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir tópicos de saúde, planejamento de longo prazo. • Revisar a vida como ferramenta para a saúde mental. • Encorajar interesses individuais e compartilhados. • Preparar para lidar com a perda do companheiro(a).

O ciclo de vida é constituído por uma série de eventos previsíveis que ocorrem no desenvolvimento da vida familiar, exigindo adaptação e ajustamento de seus membros. Por isto, o ciclo de vida familiar permite uma visão antecipada dos problemas e, embora não utilize tecnologia “dura”, na forma de equipamentos

biomédicos, permite uma “tomografia” da situação de vida das pessoas, no contexto familiar, com seu processo de viver, ter saúde ou adoecer. O ciclo de vida é particularmente útil no diagnóstico de situações indefinidas, que perfazem quase 50% dos comparecimentos em serviços de saúde (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Juntamente com o genograma, o ciclo de vida, permite identificar as doenças mais prevalentes no grupamento familiar. Desta forma, fornece uma visão antecipada dos problemas, além de ser útil no diagnóstico de situações indefinidas. O ciclo de vida apresenta dois momentos básicos à expansão e a contração os quais podem ser normais ou patológicos (WAGNER, H. L. *et al.*, 1999).

3.3.3 O Modelo FIRO de avaliação de família

Segundo Moysés e Silveira Filho (2002) o modelo é baseado em Orientações Fundamentais nas Relações interpessoais, do original em inglês *Fundamental Interpersonal Relations Orientations*. As proposições do modelo FIRO, quanto ao estudo das famílias, são aplicáveis em quatro situações:

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

A inclusão diz respeito à interação dentro da família para sua vinculação e organização, ou seja, desvenda os que “estão dentro” ou que “estão de fora” do contexto familiar apresentado. Aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos nesta família e entre as gerações. Percebe a conectividade, ou seja, a interação entre os familiares buscando clarear as questões de comprometimento, educação e do sentimento de pertencer à família. Conhece os modos de compartilhadas, a interação entre os familiares, a identidade da família como um grupo, incluindo as questões de valores e dos rituais familiares (WILSON *et al.*, 1996; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

O controle refere-se às interações do exercício de poder dentro da família. Podem ser identificadas situações de: 1. controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral; 2. controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, de reação a uma influência que quer tornar-se dominante; 3. controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares (WILSON; TALBOT e LIBRACH, 1996; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

A intimidade refere-se às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, o modo de compartilhar sentimentos, tais como esperanças e frustrações, o desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares, as vulnerabilidades e as fortalezas (WILSON *et al.*, 1996; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Os comportamentos ligados à saúde e aos transtornos, por exemplo, o hábito de fumar e obesidade, podem servir como um modo de os membros da família serem incluídos ou excluídos das vidas uns dos outros, criar terreno para uma batalha pelo controle e para abrir e fechar oportunidades para a intimidade (McDANIEL; HEPWORTH e DOHERTY, 1994).

Quando o paciente e sua família experimentam uma doença séria, a esfera da Inclusão é aquela onde as mais fundamentais e precoces mudanças podem ocorrer. Por exemplo, o membro doente pode perder papéis, perder o emprego, a função de cuidar de casa ou de alguém. À medida que os papéis vão mudando, o paciente gravemente enfermo vai sentindo a perda do controle. Ele pode se sentir irresponsável ou incompetente. Então mudanças na intimidade podem ser experimentadas, manifestadas por um decréscimo nas trocas afetivas entre o paciente e a família (WILSON; TALBOT e LIBRACH, 1996).

3.2.3.1 Protocolo sugerido de intervenção

1. Itens relativos à Inclusão (dentro ou fora)

Desde que você descobriu sobre a seriedade da doença:

- a) Como você sente o seu papel ter mudado?
- b) O seu papel atual lhe causa alguma preocupação?
- c) Como você se sente sobre o modo que os outros membros da família lidam com seus papéis?

2. Itens relativos ao controle (topo ou base)

Desde que você descobriu a seriedade da doença:

- a) Você se sente suficientemente envolvido no processo de decisão de sua família?
- b) Você sente que a sua família tem um bom modo de tomar decisões? E quanto a conflitos?
- c) Você sente se você e sua família estão no controle da situação?

3. Intimidade (perto ou distante)

Desde que você descobriu a seriedade da doença:

- a) Você se sente confortável em compartilhar os seus sentimentos com outros membros da família?
- b) Existem emoções que você está relutante em dividir com outros membros da família?
- c) Você está satisfeito na sua relação com o cônjuge? Pais? Irmãos? Outros membros importantes da família?

Esta ferramenta é muito útil quando nos deparamos com situações de doenças agudas, de hospitalizações ou no acompanhamento das doenças crônicas, pois a família deverá negociar, entre seus membros, possíveis alterações de papéis decorrentes das crises familiares advindas destas situações (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002). Ela também pode ser usada para entender como uma família está lidando com alterações no ciclo de vida, ou na avaliação de disfunções conjugais ou familiares (WILSON; TALBOT e LIBRACH, 1996).

3.3.4 Modelo PRACTICE de avaliação de família

Segundo Moysés e Silveira Filho (2002), o esquema PRACTICE opera por momentos de entrevista familiar e que representa do acróstico das seguintes palavras do original em inglês (*problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment / ecology*).

O modelo PRACTICE facilita o desenvolvimento da “avaliação familiar”, fornecendo as informações sobre que intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico. Este modelo pode ser usado para itens da ordem médica, comportamental e de relacionamentos (WALTERS, 1996).

O esquema PRACTICE foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis. É focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. Deve ser aplicada sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

P – *Problem* – Problema apresentado

Este momento auxilia a equipe de saúde da família a compreender o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e busca de atendimento, por parte da família naquele momento. Permite compreender como aquela família vê e enfrenta o problema (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Nem todas as informações podem ser obtidas nos primeiros minutos, mas enunciar os problemas em algum ponto e pegar como a família reage é parte importante da entrevista de ajuda. O clínico tem que evitar proteger ou expor uma “vítima” da família e tem que ter tato, ser neutro e enfático com os membros da família (WILSON *et al.*, 1996).

R – *Roles and Structure* – Papéis e estrutura

O momento aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

A – *Affect* – Afeto

O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como esta troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

C – *Communication* – Comunicação

O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

T – *Time in Life* – Tempo no Ciclo de Vida

O momento correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do Ciclo de Vida, a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

I – *Illness in Family* – Doenças na família, passadas e presentes

O momento resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados frente às situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado, contando com o suporte familiar (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

C – *Coping with stress* – Lidando com o estresse

O momento parte das experiências descritas anteriormente, buscando identificar fontes de recursos internos à própria família, que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Como a família lidou com as crises no passado? Com a crise presente? Quais compreensivos e coesos eles foram e são agora? Quais são as forças e recursos da família? O papel do profissional é identificar as forças, de explorar alternativas de enfrentamento se requeridas, e de intervir se a crise estiver fora do controle (WILSON *et al.*, 1996).

E – *Environment or Ecology* – Meio ambiente ou Ecologia

O momento identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar o problema em questão. Isto inclui as redes sociais e de vizinhança, bem como questões mais estruturais como coesão social e determinantes sociais no trabalho, na renda, no saneamento, na escolaridade, dentre outros (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

O profissional de saúde pode ser de ajuda para a família explorando os recursos familiares estendidos, suporte religioso, questões legais, recursos de saúde da família e fatores culturais (WILSON *et al.*, 1996).

Muitas das informações necessárias para esta ferramenta podem ser extrapoladas de uma discussão geral com a família sobre a percepção do problema presente. É sugerido que apenas uma a três linhas seriam necessárias para cada um dos 8 setores do modelo. Deve ser notado que nem todas as áreas cobertas pelo PRACTICE serão necessariamente vistas em uma intervenção específica (WALTERS, 1996).

4 PROPOSIÇÃO

4.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar aspectos distintivos, do ponto de vista teórico, metodológico e prático, do trabalho do cirurgião-dentista com famílias, comparativamente à abordagem tradicional, centrada no paciente individual e no ambiente clínico.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil do cirurgião-dentista inserido na equipe de Saúde da Família e analisar o impacto do referido programa na prática profissional.
- Conhecer as formas de atendimento do cirurgião-dentista na Unidade de Saúde da Família em Curitiba-PR.
- Verificar a aplicação das ferramentas do PSF pelo cirurgião-dentista e seu discernimento de quando utilizá-las na abordagem das famílias.

5 MATERIAIS E MÉTODO

O protocolo de pesquisa, que antecedeu a execução deste trabalho foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Curitiba, tendo sido devidamente aprovado sob nº protocolo 45/2005 e ofício nº 06/2005, em 12 de julho de 2005, por estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS de 10/10/96 (Anexo C).

A abordagem metodológica proposta para dar conta dos objetivos formulados foi qualitativa. A perfilização qualitativa implicou na realização de entrevistas com cirurgiões-dentistas da SMS de Curitiba, as quais foram ancoradas conceitualmente em revisão previamente explorada no marco teórico, e a utilização da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

A escolha dos cirurgiões-dentistas e das Unidades de Saúde (US) nas quais atuam foi aleatória, mas não probabilística, em concordância com o método qualitativo que não visa inferência e generalizações a partir de uma amostra calculada. Há, contudo, a preocupação com uma rigorosa utilização do método, buscando identificar a abrangência conceitual e operativa do cirurgião-dentista entre as unidades de saúde PSF do município. Tal preocupação impõe a necessidade de manter a proporção, mínima, de duas Unidades de Saúde por Distrito Sanitário, com a única exceção do Distrito Sanitário da Matriz que constava com somente uma USF. Como são nove Distritos, e considerando a exceção observada quanto à Matriz, foram entrevistados 17 cirurgiões-dentistas do Programa de Saúde da Família de Curitiba-PR que concordaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

A pesquisa foi desenvolvida nos meses de julho e agosto de 2005. O trabalho foi constituído de uma ficha de avaliação do perfil do cirurgião-dentista do PSF (APÊNDICE B), em que avaliou questões a respeito de sua formação profissional e a sua inserção como profissional na Secretaria Municipal de Saúde. Também constou de um quadro que verificou a organização da atenção à saúde bucal realizado pela ESB em que o cirurgião-dentista participante da pesquisa estava incluído (APÊNDICE C), no qual eles foram orientados a discriminar quais eram as atividades realizadas durante cada dia da semana e turno, com sua respectiva carga horária. Em relação ainda sobre a organização da atenção foi verificada a aplicabilidade dos pressupostos teóricos contidos no Protocolo Integrado de Atenção

à Saúde Bucal adotado pelo município (CURITIBA, 2004). Quanto à avaliação do perfil e avaliação da atenção bucal por meio do questionário e do quadro, os profissionais foram orientados ao seu preenchimento e, em nenhum momento foi realizada alguma interferência do pesquisador durante as suas respostas. Por último, foram realizadas entrevistas com os cirurgiões-dentistas, com o objetivo de verificar o impacto deste modelo de atenção na sua vida profissional, como ele utiliza as ferramentas do PSF (genograma, ciclo de vida, FIRO e PRACTICE) no trabalho com famílias e as possíveis adaptações das ferramentas de abordagem familiar na atenção à saúde bucal.

Para a realização do trabalho e entrevista com os profissionais, primeiramente entrou-se em contato com o Centro de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no qual foi solicitado o envio de ofícios informando sobre a pesquisa e as unidades selecionadas. Após confirmação do recebimento deste ofício, o pesquisador entrou em contato com as autoridades sanitárias locais de cada USF, para o agendamento das entrevistas a serem realizadas com os cirurgiões-dentistas. A finalidade deste agendamento foi justamente para não atrapalhar o fluxo de atendimento à população deste profissional que estaria sendo entrevistado.

O pesquisador visitou as USF selecionadas no dia e hora marcados previamente. Todas as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde e os locais em que foram realizadas as entrevistas foram os indicados pelos profissionais, entretanto, o critério para essa indicação foi de que esses locais assegurassem confidencialidade e privacidade.

As entrevistas semi-estruturadas foram roteirizadas por quatro perguntas abertas, no qual os entrevistados relataram a sua participação e experiência na equipe de saúde da família. As questões norteadoras foram:

1. Como você percebe a influência do trabalho no PSF em sua prática profissional?
2. Utiliza ou já utilizou as ferramentas do PSF no trabalho com famílias? Quais? (Genograma, Ciclo de vida, FIRO, PRACTICE)
3. Em que situações utiliza / utilizou estas ferramentas?
4. Quais ferramentas você considera mais adequadas para o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde bucal?

As entrevistas foram gravadas sob a concordância dos entrevistados, e posteriormente transcritas. A transcrição foi realizada pelo próprio pesquisador, no qual houve a preocupação da reprodução literal de todos os discursos dos participantes com maior fidelidade possível a fim de garantir a sua veracidade.

Para avaliação das respostas dos cirurgiões-dentistas foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que segundo Lefèvre e Lefèvre (2003):

...é um procedimento metodológico, próprio de pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, o que se faz agregando, num só discurso-síntese, conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de questionário. Este discurso reunido é uma forma discursiva e empírica de produzir, a partir dos depoimentos individuais semelhantes, o pensamento coletivo.

As respostas transcritas, foram transferidas para o *software* QualiQuantSoft ® 1.3c para realização do DSC. Lefèvre e Lefèvre (2005) afirmam que o *software* QualiQuantSoft ® destina-se a viabilizar pesquisas desenvolvidas com essa metodologia, tornando-as mais ágeis, mais práticas, aumentando, em muito, o alcance e a validade dos resultados.

Para a análise dos depoimentos foram utilizadas as figuras metodológicas: expressões-chave, idéia central e discurso do sujeito coletivo. A técnica consistiu em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as expressões-chave, que são os trechos mais significativos dessas respostas. A essas expressões-chave corresponderam idéias centrais, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas expressões-chave. Com o material das expressões-chave e idéias centrais semelhantes, constroem-se discursos-síntese, com número variado de participantes, que são os discursos do sujeito coletivo (DSC). Neles um pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. Com o sujeito coletivo, busca-se reconstruir tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar um dado pensamento ou uma representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE *et al.*, 2004).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA INSERIDO NO PSF DE CURITIBA-PR

Dos 17 cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa, 12 (70,59%) eram do sexo feminino e 5 (29,41%) do sexo masculino. Ao avaliar o perfil dos participantes da pesquisa, verificou-se que a idade média dos entrevistados foi de 39,6 anos (Intervalo de 35-42 anos) e que o tempo de formado em Odontologia variou de 12 a 21 anos (média de 16,6 anos). Quanto se avaliou a questão do tempo como cirurgião-dentista da rede municipal, levando-se em consideração o tempo de atenção básica, em média os profissionais trabalhavam há 14 anos (Intervalo de 11-19 anos) na rede municipal de saúde. Ao identificar o tempo de atuação como cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família, em média 6,8 anos (Intervalo de 4-10 anos) dos entrevistados atuavam em alguma equipe de saúde bucal (ESB).

O perfil apresentado pelos cirurgiões-dentistas da prefeitura de Curitiba no presente trabalho apresentou resultados semelhantes à pesquisa realizada por Silva (2005) quando avaliou o perfil em 29 cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde de Curitiba, no qual verificou que existe uma predominância de profissionais do sexo feminino, que 76% dos entrevistados apresentavam idade entre 35 a 44 anos, 100% haviam se formado em odontologia a mais de 10 anos e 93% trabalhavam pela prefeitura a mais de 10 anos.

Uma preocupação percebida e realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, é sobre a questão da experiência profissional do cirurgião-dentista que é aprovado em concurso público, já que é necessário ter experiência inicial de atenção básica na rede municipal para que possa após algum tempo (anos) ser inserido em alguma Equipe de Saúde Bucal do PSF em Curitiba.

Quando perguntado aos cirurgiões-dentistas sobre a experiência de trabalho em outro cargo ou função, sem ser a de atendimento clínico em cadeira, foi relatada por 5 profissionais a experiência como gerente local de Unidade de Saúde. Esses profissionais que tiveram está experiência parece ter um entendimento maior de como enfrentar os desafios e a própria realidade do dia-a-dia profissional com os recursos disponíveis. Também quando questionado sobre outra função (cargo) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), somente 1 dos entrevistados teve a

experiência em trabalhar como auxiliar de enfermagem em unidade básica dentro da equipe médica.

Quando se avaliou a capacitação profissional dos participantes da pesquisa, verifica-se que 9 (53%) dos entrevistados apresentam algum curso de especialização e, além disso, 1 destes realizou Mestrado na área de Saúde da Família (Tabela 1). Ao identificar a capacitação dos participantes, verificou-se que os profissionais da rede municipal atuam e realizam uma odontologia generalista e, principalmente, envolvida e preocupada com a área da saúde pública.

Tabela 1 – Capacitação profissional dos cirurgiões-dentistas entrevistados. Curitiba, 2005.

Capacitação	Freqüência
Sem especialização	8
Especialista na área de Saúde Pública (Saúde Coletiva, Saúde da Família)	7 *
Especialista em Endodontia	1
Especialista em Odontopediatria	1
Mestrado em Saúde da Família	1 **

* Um dos cirurgiões-dentistas possuía especialização em Odontologia em Saúde Coletiva e Saúde da Família.

**Um dos cirurgiões-dentistas possuía especialização em Saúde Coletiva e Mestrado em Saúde da Família.

A realidade apresentada pelos profissionais da Prefeitura de Curitiba quanto à capacitação profissional pode ser considerada quase uma exceção no país, pois a SMS sempre está preocupada com a capacitação das equipes de saúde bucal do município, tanto pela realização do curso introdutório de saúde da família obrigatório para os profissionais a serem inseridos no PSF, como pela preocupação com a educação continuada através do Programa Cárie Zero. Realidade tão diferente quando comparada com estudo realizado por Rodrigues (2001) na cidade de Natal-RN, em que constata que dos cirurgiões-dentistas da rede municipal desta cidade, 67% não apresentavam nenhum curso de pós-graduação, e os que possuem, somente 5% afirmam possuir curso na área de saúde coletiva. Outro dado alarmante naquele estudo é que 67% dos profissionais inseridos em ESB não receberam nenhuma qualificação / capacitação para atuarem no PSF.

Goulart (2002) ao avaliar a implantação do PSF em 6 municípios brasileiros, destaca a importância da SMS de Curitiba na capacitação de seus profissionais da saúde, desde o financiamento de cursos de pós-graduação até os incentivos internos propostos aos seus funcionários para participarem dos cursos na área de saúde coletiva. O autor também destaca o papel das parcerias da SMS com as

Universidades e Faculdades de Curitiba (Universidade Federal do Paraná, Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Faculdade Evangélica do Paraná) na capacitação dos profissionais da rede municipal de saúde e o aproveitamento dos atores locais (“pessoas da casa”), principalmente na odontologia, bem como, a importância da participação externa seleta (Grupo Hospital Conceição e Universidade de Toronto) na construção da experiência do PSF em Curitiba.

6.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

No município de Curitiba, as equipes de saúde bucal se organizam para prestar assistência clínica por meio do atendimento programado, do pronto-atendimento, do atendimento à urgência e da atenção extra-clínica (CURITIBA, 2004):

O atendimento programado caracteriza-se por um conjunto de ações clínicas e de promoção de saúde, ofertadas de forma planejada a grupos prioritizados:

- é a sistematização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, com o objetivo de identificar os problemas, dentro dos princípios da odontologia integral, visando à promoção, proteção, recuperação ou a reabilitação do indivíduo no seu contexto social;
- este atendimento destina-se à clientela cadastrada, do território, que deve ser priorizada através de agendamento, para realizar o tratamento odontológico necessário;
- o atendimento programado deve ocupar, no mínimo, 50% do tempo clínico.

O pronto-atendimento (PA) destina-se à prestação da atenção clínica à queixa principal do usuário e/ou necessidade percebida através de livre demanda. Caracteriza-se por:

- Possibilitar o acesso do usuário cadastrado e não pertencente a grupos prioritizados, à resolução de sua queixa principal;
- Deve ocupar, no máximo, 50% do tempo clínico;
- Deve ser realizada a avaliação inicial, pelo Cirurgião Dentista, para determinar a ordem de atendimento, baseada em critérios técnicos, clínicos, pré-definidos;
- Sempre que possível orientar para o auto-cuidado, estabelecendo a relação de co-responsabilidade profissional-paciente.

O atendimento à urgência visa eliminar e/ou controlar a dor de qualquer pessoa, cadastrada ou não, que demanda de atendimento. Após a finalização do atendimento de urgência, conforme o procedimento realizado, o paciente cadastrado, deve ser orientado para dar continuidade ao tratamento ou ser encaminhado à especialidade.

O atendimento extra-clínica é realizado em domicílio e/ou ambientes institucionais, podendo ser utilizado equipamento móvel disponibilizado no Distrito Sanitário, em casa de família de risco social e/ou equipamento social (creches, escolas, asilos etc.). Para o atendimento extra-clínica, deverão ser planejadas as ações, levando-se em conta a necessidade do paciente, os materiais adequados e o tempo de utilização.

Roncalli (2000) ao analisar a saúde bucal no PSF em Curitiba, afirma que no âmbito do domicílio, a ênfase maior é dada às ações educativas e preventivas, além de uma atenção curativa, dentro das possibilidades da equipe, para as pessoas com dificuldade de locomoção, idosos e pessoas que, de alguma forma, não possam se deslocar até a Unidade de Saúde.

Segundo o Protocolo Integrado de atenção à Saúde Bucal, proposto pela SMS (CURITIBA, 2004), para a organização da atenção bucal as ESB devem:

1. Conhecer as micro-áreas de risco e realizar o mapeamento por ciclo de vida, num mapa dinâmico e legendado, tendo como base os dados demográficos sócio-econômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade coletados através do cadastramento;
2. Acompanhar as famílias da micro-área de risco em todos os contextos, ou seja, em suas casas (visita domiciliar), na Unidade de Saúde (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias, auxiliando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
3. Estabelecer a programação das atividades clínicas, assistenciais enfatizando ações de promoção de saúde, a partir dos problemas priorizados e dos objetivos a serem atingidos;
4. Identificar a presença de atividade de doença (mancha branca ativa, cárie aguda, mais de 20% do periodonto comprometido) para os integrantes das famílias das micro-áreas definidas como risco social;
5. Realizar ações de cunho preventivo (coletivo / individual) de educação e reabilitadoras às pessoas com risco social. Para as pessoas com atividade de doença, além das ações citadas, o enfoque reabilitador, deve ser prioritário, conforme orientações a cada grupo, utilizando o conceito de ciclo de vida, com enfoque diferenciado, sem perder o foco de referência de seus núcleos familiares.
6. Utilizar o genograma, adaptado para odontologia, como ferramenta para melhor conhecimento das famílias;
7. Prestar assistência clínica odontológica através de: atendimento programado, pronto-atendimento, atendimento à urgência e extra-clínica.

Ao avaliar a organização da atenção bucal, por meio de entrevista com os 17 profissionais inseridos em diferentes Unidades de Saúde PSF no município, verificou-se que as ESB no município de Curitiba têm total autonomia local para a organização da agenda de prestação de serviço oferecida para a população. Esta constatação corrobora com Roncalli (2000) que também verificou esta normatização distributiva do tempo em Curitiba, e também constatou que as USF organizam seu esquema de trabalho de acordo com a realidade local.

Claro que, existe pressupostos teóricos a serem seguidos como a pactuação de procedimentos clínicos e coletivos a serem realizados por cada ESB, assim como, a garantia de atendimento aos grupos priorizados e, as ações a serem desenvolvidas junto com a equipe de saúde da família pelos diversos programas

prestados à população como, por exemplo: saúde mental, hipertensos, diabéticos, gestantes, lactentes, adolescentes, escolares, planejamento familiar e acamados. Além de oferecer a continuidade de programas desenvolvidos pela Coordenação de Saúde Bucal da SMS como o programa Amigo Especial e Cárie Zero.

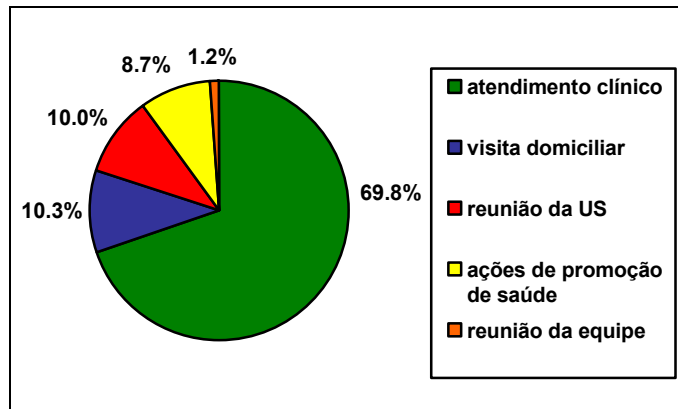


Gráfico 1 – Organização da atenção bucal em relação às atividades realizadas pela ESB.

Quando se analisou o tempo de hora-clínica do cirurgião-dentista dentro de cada ESB durante a semana, a média encontrada foi 69,8% (IC 50 – 80%) destinada a atendimento em “cadeira propriamente dito” (Gráfico 1). Do atendimento clínico realizado pela ESB, verificou-se que 48,74% (IC 37,5 – 69,25%) é destinada à atenção bucal aos grupos priorizados e que 51,26% (IC 30,25 – 73,3%) representa ao atendimento à demanda espontânea (Gráfico 2).

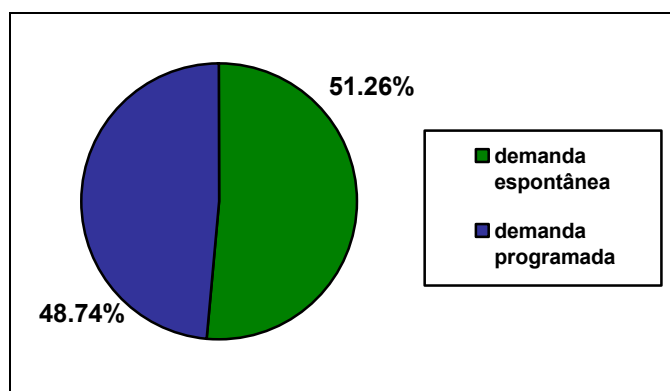


Gráfico 2 – Organização da atenção bucal em relação ao tempo destinado a atendimento clínico.

Para elucidar melhor estes resultados, 5 (29,41%) dos profissionais entrevistados apresentam uma agenda que prioriza o atendimento a agendados, 5 (29,41%) apresentam um equilíbrio entre atendimento aos agendados e a demanda espontânea e 7 (41,18%) apresentam uma agenda clínica em que a demanda

espontânea é a grande priorizada na atenção bucal oferecida a população. Talvez, essa priorização especial ao pronto-atendimento deve-se a fato da grande demanda espontânea reprimida nessas unidades, assim como, pelo fato da localização dessas US, já que estão localizados em bairros com grande taxa de crescimento populacional. Das Unidades de Saúde, 2 pertencem ao DS do Cajuru, 2 do DS do CIC, 1 do DS de Santa Felicidade, 1 do DS do Bairro Novo e 1 do DS do Portão.

Um outro dado que não se pode omitir é em relação ao tempo utilizado para a reunião de equipe da saúde da família (equipe multiprofissional), no qual corresponde a no mínimo a 10% das atividades semanais de cada ESB. Essa prática da reunião ocorre em todas as US da SMS pelo menos em um período durante a semana, em que são debatidas e descritas as famílias de risco e quais seriam os modos de atuação e intervenção a serem realizadas pela equipe multiprofissional. Dos entrevistados, 2 (11,76%) relataram ainda, uma reunião da equipe de saúde da micro-área durante a semana.

Baseando-se no proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) em que se estipula que o cirurgião-dentista inserido no PSF deva exercer de 75% a 85% das horas semanais dedicadas à assistência clínica a população, constata-se que a organização da atenção bucal em Curitiba quase preenche este requisito, e ao desconsiderar a atividade de reunião da equipe que é realizada em todas as US, verifica-se que a assistência odontológica a população sobe para 77,55% das horas semanais.

Os profissionais entrevistados, também descreveram a organização da agenda durante a semana. O que se pôde perceber é que existe profissionais que trabalham com uma “agenda rígida”, isto é, com horários bem definidos para cada período durante a semana. Nesses casos, enquadraram-se 10 participantes (58,82%), que apresentavam divisão de horários bem claros entre o pronto-atendimento e o atendimento aos grupos priorizados, assim como as atividades de visita domiciliar e atividades de promoção de saúde. Os outros 7 cirurgiões-dentistas, já conseguem trabalhar com uma mescla entre o pronto-atendimento e os priorizados durante os períodos de atenção individual.

Quando avaliada a questão da visita domiciliar, 9 (52,94%) profissionais apresentam na sua agenda um período de 4 horas semanais dedicadas exclusivamente para a realização dessa atividade, os outros participantes realizam as visitas domiciliares em conjunto com as atividades coletivas dentro dos

equipamentos sociais. Somente 4 (23,53%) dos profissionais dedicam exclusivamente um turno durante o algum dia na semana para atividades coletivas dentro dos equipamentos sociais.

Neste ponto, corroborando com o pensar de Roncalli (2000) quando avaliou o modelo de atenção bucal em Curitiba, no qual afirma que a divisão do tempo de trabalho do cirurgião-dentista entre o “campo e a clínica” seja um aspecto de uma magnitude que a normatização não tem o alcance de captar. O essencial talvez não seja a divisão rígida de tempo entre uma atividade e outra, mas procurar o encontro possível entre as duas de modo a proporcionar uma atenção, ao mesmo tempo, com maior vínculo e responsabilização e também com grau de resolutividade adequado.

Ao verificar as ações de saúde bucal realizada pelos cirurgiões-dentistas da SMS-Curitiba, nota-se que os profissionais inseridos no PSF no município realizam atividades que contemplam todas as esferas da atuação no cuidado a saúde, pois englobam ações de planejamento local, participação comunitária, prevenção e promoção de saúde e atenção clínica a população. Avaliando a atuação das ESB em Curitiba, pode-se afirmar que a realidade do município se destaca em relação à condição do estado do Paraná, conforme comprovado por estudo de Baldani *et al.* (2005) em que avaliaram a inclusão da odontologia no PSF em 136 municípios do estado do Paraná e, verificaram que entre as ações a serem desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas nos municípios participantes da pesquisa; 88,6% realizam visita domiciliares e que somente 28,6% a realizam semanalmente; 95,2% desempenham ações de prevenção e promoção de saúde; 80% apresentam reuniões em equipe; 72,4% interagem com outros setores e 74,3% realizam reuniões com a comunidade de abrangência.

Quando se avaliou a disponibilidade na agenda no acesso para a população em busca do serviço, identificou-se que 9 (52,94%) dos profissionais entrevistados apresentam uma agenda que apresenta pronto-atendimento e agendados tanto pelo período da manhã como pela tarde. Porém, 5 (29,41%) cirurgiões-dentistas relataram apresentar uma agenda com horários bem definidos para o atendimento, na verdade, prestando um serviço excludente à população, pois determina que atendimento a demanda espontânea seja realizado somente pela manhã e o atendimento aos grupos priorizados somente pela tarde. Por exemplo, pelo que se pôde perceber a população não tem o direito de sentir dor de dente pela tarde, ou uma gestante e / ou escolar se não puder ir a algum turno pela tarde, não terá

atendimento agendado. Também teve mais 2 (11,76%) dos profissionais comentaram que a triagem é realizada somente pelo turno da manhã, porém a prestação de serviço a grupos priorizados é realizada no turno da manhã e tarde e, somente 1 (5,88%) profissional relatou a opção de atendimento aos priorizados somente pelo turno da tarde, porém, realiza triagem no período da manhã e da tarde.

6.3 A INFLUÊNCIA DO TRABALHO NO PSF NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Idéia Central A: O trabalho no PSF cria vínculo com as famílias e com a equipe multiprofissional

O profissional inserido no PSF tem um comprometimento maior com os resultados nas famílias, trabalhando mais de perto com a equipe multiprofissional e criando maior vínculo externo com a comunidade. A gente consegue ir mais afundo em problemas visitando as famílias, percebendo os membros inseridos, conhecendo o dia-a-dia delas, a realidade em que elas vivem e quais são as influências dentro da família. Nós percebemos problemas que atendendo exclusivamente na clínica não conseguia visualizar. No PSF os cirurgiões-dentistas atendem por micro-áreas, se responsabilizando e trabalhando com a família toda, o que antes não ocorria, pois se orientava um membro da família em separado, sem saber como estava a saúde dos outros integrantes do grupo familiar. Hoje se direciona essa orientação baseada na realidade de vida da família. Através do PSF há um maior envolvimento com todos da família, a gente conhece todos os membros.

Idéia Central B: O profissional inserido no PSF amplia o seu trabalho de atuação, direciona melhor a atenção, trabalha com a intersectorialidade e mais próximo da família com acompanhamento longitudinal dos pacientes.

O PSF ampliou o âmbito de atuação, pois o profissional trabalha com a intersectorialidade, começando a trabalhar com outros setores tanto na US, em questão da enfermagem e da medicina, bem como, começando a ver também o trabalho da fisioterapia, da fonoaudiologia e mesmo de outros setores como a FAS, assistência social, tudo isso direcionado a seu público, usuários da unidade de saúde. A gente começa também a entender o indivíduo no seu meio e a questão do cuidado, quando a gente está mais próxima da família não só do indivíduo mas

também do meio, os pacientes começam a absorver e a trabalhar melhor a informação e dar um cuidado melhor a sua saúde. Também a questão da longitudinalidade, do acompanhamento da família, o profissional não vê mais o indivíduo único, mas acompanha-o por vários momentos da vida: o nascer, o crescer, ser criança, indo na escola, saindo da escola, sendo adolescente, sendo gestante, sendo mãe, o adulto e o idoso, com todos os seus perfis em cada época determinada, direcionando assim melhor a atenção à saúde para cada fase da vida.

Idéia Central C: O profissional apresenta maior realização profissional, sente-se mais responsável pelo paciente, oferecendo um atendimento integral e criando maior confiança pelos pacientes.

O profissional consegue uma melhor realização no trabalho no PSF, pois você consegue perceber tanto na comunidade o impacto do seu trabalho, tanto nas famílias e individualmente. Quando você trabalha com essas famílias, você conhece e vai trabalhando e vendo a evolução dentro da comunidade, nas famílias e individualmente também nas pessoas. A abordagem ao paciente mudou no PSF, pois o paciente é visto de uma forma mais complexa e integral, agora o profissional começa a entender e relacionar um pouco o porque de quando o paciente mesmo indo ao dentista continua com a doença cárie, sempre tem cárie, é que não está relacionado só com os dentes deles, existe uma série de fatores que estão relacionados e que quando se trabalha em uma unidade básica não se tem contato com esta realidade do paciente. Hoje o cirurgião-dentista vai muito além do caso clínico, porque se cria o vínculo com o paciente, começa a se preocupar com onde ele vive, o que ele faz, porque chegou naquela situação, compreendendo melhor o contexto a família e as suas dificuldades. No PSF você acaba tendo uma visão global da questão saúde, você deixa de atender somente a boca, praticamente como era antigamente, para se ter uma visão mais global. Global no sentido de que você tem o físico, o psicológico, o social, a situação econômica e o emocional tanto na família como no paciente, no componente que você está trabalhando. E o profissional do PSF ao criar vínculo com o paciente, cria essa relação de confiança, tanto que os membros da família começam a procurar espontaneamente o serviço e a adesão ao tratamento também é maior. Então é uma satisfação tanto para o profissional como para o paciente que passou a se sentir mais valorizado e respeitado.

6.4 UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Todos os participantes utilizam ou já utilizaram as ferramentas de avaliação das famílias. Os textos abaixo reproduzem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em relação à utilização das ferramentas na abordagem familiar:

O genograma e o ciclo de vida são as mais utilizadas porque são de fácil aplicação e requerem de pouco tempo para a confecção e conseguem fornecer uma boa noção da família. O FIRO e o PRACTICE são eventualmente utilizados e o seu uso é mais deficiente, eles são mais complexos e necessitam de mais tempo para realização. Porém todas elas possuem as suas indicações e vantagens, até para conhecer melhor a família e saber o que se pode fazer por ela. O PRACTICE e o FIRO, em alguns casos precisam e devem ser trabalhados junto com a área médica. Quanto às ferramentas ciclo de vida, FIRO e PRACTICE os profissionais formalmente não registram em papel e aplicam as ferramentas mais intuitivamente no dia-a-dia, acabam utilizando estas ferramentas, mas de uma forma informal.

O genograma é o de mais fácil utilização, porque você olha como se fosse a fotografia da família resumida, você tem um geral da família. Olhando para um genograma você vê a família toda ali, com as características e os jeitos, se casada ou não, separada, a influência de um com outro, você têm um panorama da família. No genograma o profissional acaba encontrando muitos outros detalhes mesmo da saúde geral e do processo saúde-doença do paciente que são muito importantes. Com a aplicação dessa ferramenta você avalia as tendências familiares que a família e o paciente apresentam e, dentro disso você já começa a fazer uma precaução, uma prevenção destes problemas encontrados na família.

O ciclo de vida identifica o momento em que a família está vivendo. Cada ciclo de vida tem um determinado tipo de situação, com ele você já percebe o que está acontecendo. O ciclo de vida é importante quando se tem a fase de adolescente, da aposentadoria, nestas situações ou quando nasce um bebê, são as fases mais típicas que em que são utilizadas. No ciclo de vida acaba-se encontrando muitos problemas sociais que estão ali e que estão relacionados ao passado.

O FIRO é uma das ferramentas mais difícil de ser utilizada, porque ela lida muito com relações pessoais, com como que cada um está incluído, o grau de intimidade e como se dá o fluxo interno na família e, isso não é muito material, não é palpável. No FIRO a gente consegue ter uma boa noção da família com relação a

cada pessoa, quanto à inclusão, a exclusão, o papel dominante e o que isso influencia no tratamento de saúde. Ela acaba sendo usada quando a gente detecta quando precisa trabalhar mais com a ascendência familiar, a pessoa que tem maior influência sobre o resto da família, quando o profissional nota que a influência é muito forte e que isso atrapalha um pouco o atendimento, o trabalho com os outros componentes, ela acaba sendo trabalhada por essa necessidade, para que não atrapalhe o trabalho com os outros. Um dos profissionais relata que o FIRO é utilizado mais no caso de internamento, em eventos mais específicos.

O PRACTICE é uma reunião de tudo e das 4 ferramentas é a menos utilizada. Dentro do PRACTICE você já avalia toda a família, então às vezes você já detecta um problema ali nesta pessoa, identificando e avaliando esse grande problema dentro da família.

6.5 APLICABILIDADE DAS FERRAMENTAS

Idéia Central A: Aplicação das ferramentas do PSF em trabalho com famílias de risco

As ferramentas são utilizadas a partir do momento em que se tem uma família de risco social ou biológica, famílias mais problemáticas ou complicadas. Famílias como as que apresentam problemas de doença mental ou alcoolismo, gravidez na adolescência, em famílias com vários filhos e pacientes com maior dificuldades de captação e envolvimento de continuidade do tratamento. No caso da odontologia, por exemplo em famílias em que quase todas as pessoas são baixa atividade e tem uma com alta atividade, você vai tentar ou acaba utilizando essas ferramentas para ver o que está acontecendo dentro desta família, como ela funciona e para você chegar a entender o caso e tentar atuar de alguma forma para ver se você consegue modificar alguma coisa. As ferramentas não têm sido usadas indiscriminadamente em todas as famílias, não é só porque existem que devem ser aplicadas.

Quando se faz as visitas e percebe alguma coisa ou precisa de alguma informação a mais, o profissional utiliza principalmente o genograma, explicando para família a necessidade de montar o esquema ali entre pai, mãe, avó e avô para ver os problemas de saúde, e nesta história a gente acaba relatando muitos problemas que aparecem na hora e verifica-se que passa de geração em geração. O profissional não vai utilizar o genograma para todo paciente, você vai utilizar para

uma família que já tem doenças crônicas, seja doença mental, alcoolismo, drogadição, e que você precisa estar acompanhando, então, pelo menos não seria indicado para famílias que não apresentam nenhum problema e você não vai estar perdendo tempo já que poderia estar fazendo outra atividade. Já o ciclo de vida, quando se faz à visita ou mesmo na anamnese, você checa na hora fazendo uma pergunta básica e a primeira resposta que vem é o momento em que a família se encontra.

Idéia Central B: Aplicação das ferramentas do PSF pela ESB

Os cirurgiões-dentistas utilizam as ferramentas conforme surja às necessidades nas famílias, porque cada uma tem as suas indicações e vantagens e eles se complementam. A saúde bucal depende de uma série de fatores, e cada ferramenta vai apontar para diferentes portas, e todos eles são importantes, se eleger uma ou outra ferramenta, estará limitando a atuação do profissional. Porém na odontologia, o genograma e o ciclo de vida acabam sendo os mais utilizados. A utilização do FIRO e do PRACTICE para a Odontologia é um pouco complicada e deve ser trabalhada junto com a equipe multiprofissional.

O genograma é sempre utilizado, é uma coisa que você já rascunha, você já faz um panorama da família, você já vê quem está em casa ou não, quantos filhos têm, se tem problema ou não, você também adapta para a questão odontológica nesse genograma, questão de prótese se usa ou não, de atividade de doença cárie, na doença periodontal e no câncer bucal. Com o genograma o profissional consegue fazer um estudo de onde que vem os problemas e de repente a pessoa já tem um histórico de doença periodontal ou mesmo diabetes e você já vai dando orientação de prevenção e mesmo prevenindo esta parte.

O ciclo de vida na Odontologia ajuda saber em que momento que a pessoa está passando na vida, se o estresse está interferindo, um momento de dificuldade, e se está interferindo na saúde geral e bucal. O ciclo de vida em que o paciente se encontra é muito importante para você determinar a tua ação e entender os problemas que estão ocorrendo. O ciclo de vida é captado na conversa, na anamnese e na hora que está atendendo.

As relações do FIRO dentro na família também são importante para a Odontologia para verificar quem poderá ser a sua parceria mais forte dentro daquela família, então tem que ver, por exemplo, quem está mais ligado na questão da

saúde bucal, se não tem ninguém ligado, ver quem é o dominante. Ver como você vai motivar aquela família, porque às vezes a família não está percebendo a importância da saúde bucal e, o profissional tem que mostrar e tentar ver quem vai ficar mais motivado na família para trabalhar junto, por isso que a relação que o FIRO fornece é importante para ver quem é o controle dentro da família.

Idéia Central C: Não utilização das ferramentas por ausência de uma “metodologia de cobrança”

Somente um dos entrevistados não utiliza mais as ferramentas por não ser uma necessidade do serviço:

Era uma necessidade de dar resposta a um programa de estágios de uma das universidades. Não é somente com as ferramentas que se faz o PSF, os instrumentos são uma maneira organizada de você trabalhar estes problemas, é uma maneira de você ter fácil estes dados, mas a gente encontra dificuldades quanto ao uso porque não sabe muito bem aonde colocar estes procedimentos, não se tem espaço físico para guardar o registro dessas ferramentas e também não existe por parte da SMS uma “metodologia de cobrança” que seja feito dessa forma, normalmente à cobrança é mais epidemiológica e mais produtividade. Acredito que algumas US tenham encontrado uma metodologia viável de armazenar estes dados e o que fazer com estes resultados, porque também as ferramentas não resolvem os problemas, clareiam os problemas e nós nesta unidade não temos utilizado isto como rotina.

Os resultados apresentados nesta pesquisa foram semelhantes ao desenvolvido por Ragugneti (2001) em que por meio de entrevista e questionário aplicado a 10 residentes médicos de uma USF de Curitiba, verificou que 71,5% utilizavam as ferramentas nas visitas domiciliares e que as ferramentas mais utilizadas foram o genograma, ciclo de vida, FIRO e PRACTICE, respectivamente. Também 100% dos entrevistados acreditam que as ferramentas facilitam o trabalho com famílias, embora o excesso da demanda prejudique o seu desenvolvimento.

7 CONCLUSÕES

O cirurgião-dentista da SMS é um profissional que possui o perfil necessário para o trabalho em equipe de saúde da família, pois tem formação generalista e preocupa-se em se capacitar na área da saúde pública.

Os profissionais inseridos no PSF no município realizam ações de planejamento local, participação comunitária, prevenção e promoção de saúde e atenção clínica a população, o que demonstra grande amplitude de atuação do cirurgião-dentista do PSF de Curitiba.

Os profissionais avaliados priorizavam o atendimento da demanda espontânea nas US, realizam visitas domiciliares na sua prática do PSF e trabalham com uma agenda com horários bem definidos. Foi possível concluir que os profissionais seguiam o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal proposto deste 2004 pelo município, pois, além do desenvolvimento de ações individuais e coletivas com a ESB, atuavam em conjunto com a equipe multidisciplinar nas atividades de campo e de promoção de saúde.

O Programa Saúde da Família modificou a forma de atuação dos cirurgiões-dentistas, uma vez que, sua percepção do processo de adoecer foi ampliada, valorizando-se o contexto familiar e social do indivíduo.

Os cirurgiões-dentistas estão perfeitamente aptos a utilizarem as ferramentas, principalmente no caso do genograma, pois aprimoraram e incorporaram caracteres específicos para a área da saúde bucal, assim como, sabem identificar as famílias que necessitam de intervenção e como aplicá-las na abordagem familiar.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS USP, 2001, p. 14-17.

BADUY, R. S.; CORDONI JÚNIOR, L. Programa Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 1, n. 1, dez. 1999. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.RTF. Acesso em: 10 jun. 2005.

BALDANI *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-35, jul./ago. 2005.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.316-319. 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica. **Saúde Bucal**. Informe da Atenção Básica n. 7, ano 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267/GM de 6 de março de 2001. **Diário Oficial da União**. 7 de Março de 2001b, seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 673/GM de 3 de junho de 2003. **Diário Oficial da União** n.º 106 de 4 de junho de 2003, seção 1, p. 44.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica. **Dez anos de saúde da família**. Informe da Atenção Básica n. 21, ano 5, Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 8. 2000.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHRISTIE-SEELY, J.; TALBOT, Y. **Working with families in primare care: a systems approach to health and illness**. New York: Praeger. 1984. Traduzido por Hamilton Lima Wagner.

CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002, p. 31-33.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto saúde da família curitibana**. Curitiba: SMS, 1995.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de treinamento PACS**. Curitiba: SMS, 1999.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **10 anos de PSF em Curitiba: a história contada por quem faz a história**. edição comemorativa, Curitiba: SMS, 2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação do Programa de Saúde Bucal Coordenação de Normas Técnicas e Sistema de Informação em Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba: SMS, 2004.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS USP, 2001, p. 4-8.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: www.datasus.gov.br/csn. Acesso em: 10 nov. 2001.

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 2002. 387 f. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LEFÈVRE F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova opção em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE F. *et al.* Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 405-14. 2005.

LEVCOVICZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, p. 3, jan./jun. 1996.

MATLACK, J. Breaking free of the family tree. **Health**, p. 80-86, sept., 2001.

McDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. **Terapia familiar médica – um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

McGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar *In*: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

McWHINNEY, I. R. **Manual de medicina familiar**. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MOYSÉS, S. J. *et al.* A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 1-7, jan./dez. 1999.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 155-160, 2002.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento – genograma – uso em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**. Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez.1999.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *In*: CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA SOCIAL / UFRN. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN, 1997, p. 114-21.

OLIVEIRA, E. *et al.* Ferramenta de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em saúde da família – ciclo de vida das famílias. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 22-27, jun./dez. 1999.

PAPP, P. **O processo de mudança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa saúde da família**. Coordenação Estadual PACS / PSF. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: ago 2001.

PINTO, M.; FRAGA, V. Saúde pública gratuita e de qualidade. **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**, v. 7, n. 40, p. 8, set. 2000.

PUPULIN, A. R. T. *et al.* Acompanhamento domiciliar de pacientes chagásticos tratados etiologicamente. **Revista Brasileira de Análise Clínica**, v. 35, n. 3, p. 159-61. 2003.

RAGUNETI, G. A. **A implantação do PSF na unidade de saúde Lotiguaçu e a utilização de suas ferramentas nas visitas domiciliares**. 2001. 81f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-64, jul./ago. 2004.

RODRIGUES, M. P. O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte. **Observatório RH NESC/UFRN**. 2001. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t03.htm Acesso em: 20 agosto 2005.

ROMANO JÚNIOR, D. *et al.* Saúde e família – a experiência de Curitiba. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 53-60, jan./dez. 1999.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal – universalidade, equidade, e integralidade em saúde bucal coletiva**, Araçatuba, 2000. 238f. Tese (Doutorando em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araçatuba, 2000.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, C.A. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2003. p.28-49.

SENNA, D. M.; ANTUNES, E. H. Abordagem da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). **Manual de Condutas Médicas**. São Paulo: IDS USP, 2002, p. 4-6.

SILVA, L. L. **Competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde**. 2005. 121f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2005.

SILVEIRA FILHO *et al.* Programa Saúde da Família em Curitiba – estratégia de implementação da vigilância à saúde. *In*: DUCCI *et al.* **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES. 2001. p. 239-251

SZYMANSKI, H. G. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, 1994.

VELSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 314-316, set./out. 2002.

WALTERS, I. P.R.A.C.T.I.C.E.: Ferramenta de acesso à família. *In*: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, 1996, p. 46-7.

WAGNER, A. B. P. *et al.* Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**. Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 40-46, jan./dez.1999.

WAGNER, H. L. *et al.* Bases conceituais de trabalho em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**. Curitiba, v. 57, n. 1/2, p.16-22, jan./dez. 1999.

WAGNER, H. L. *et al.* Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p.10-4, jun./nov. 2001.

WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, 1996. 46p.

WILSON, L.; BADER, E. Ciclo de vida da família. *In*: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, 1996. p. 38-9.

WILSON, L.; BECKER, I. O Genograma. *In*: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, 1996. p. 40-2.

WILSON; L.; TALBOT, Y. ; LIBRACH, L. O modelo FIRO de estudo de família. *In*: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, 1996. p. 43-5.

WILSON, L. *et al.* A morte e paciente terminal. *In*: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: SMS, 1996, p. 31-5.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS USP, 2001, p. 43-46.

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA. **Four principles of family medicine**. 1996. Disponível em: <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/about%20us/principles/default.asp?s=1> Acesso em 02 jun. 2005.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do RG nº _____, cirurgião-dentista da rede municipal de saúde, participo de livre e espontânea vontade na pesquisa intitulada **“O TRABALHO COM FAMÍLIAS REALIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CURITIBA-PR”**, sob a responsabilidade do cirurgião-dentista RAFAEL GOMES DITTERICH, aluno do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva – Ênfase em Saúde da Família da PUC-PR, e tendo como orientador o Prof. Dr. SAMUEL JORGE MOYSÉS, professor do Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A pesquisa tem como objetivo geral verificar como o cirurgião-dentista do PSF de Curitiba-PR trabalha com as famílias. Esta pesquisa não oferece risco algum aos participantes da pesquisa. Os benefícios da pesquisa são:

- verificar o avanço do atendimento bucal realizado nas Unidades do Programa Saúde da Família de Curitiba;
- validar a presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional do PSF no trabalho com famílias.

O trabalho será constituído de uma ficha de avaliação do perfil do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família, de um quadro que verificará a organização da atenção à saúde bucal realizado na Unidade de Saúde e por último de entrevista gravada composta de 4 perguntas objetivas respondidas pelo participante. Todas as informações advindas do trabalho, somente poderão ser divulgadas no meio científico se o anonimato for preservado.

Curitiba , _____ de _____ 2005.

Assinatura do participante: _____

Pesquisador: RAFAEL GOMES DITTERICH

**APÊNDICE B - Ficha de avaliação do perfil do cirurgião-dentista do Programa
Saúde da Família**

**PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM CURITIBA**

Nome: _____

Idade: _____

Unidade de Saúde (US): _____

Ano de formação em Odontologia: _____

Clínico geral _____

Especialista ? Qual área? _____

Tempo como cirurgião-dentista em Atenção Básica _____

Tempo como cirurgião-dentista no PSF _____

Teve experiência em gerência de Unidade de Saúde (US)? _____

Quanto tempo? _____

Outro cargo pela Secretaria Municipal de Saúde?

**APÊNDICE C - Quadro: organização da atenção à saúde bucal realizado pela
ESB**

Esquematize no quadro abaixo em que dia e turnos são realizados:

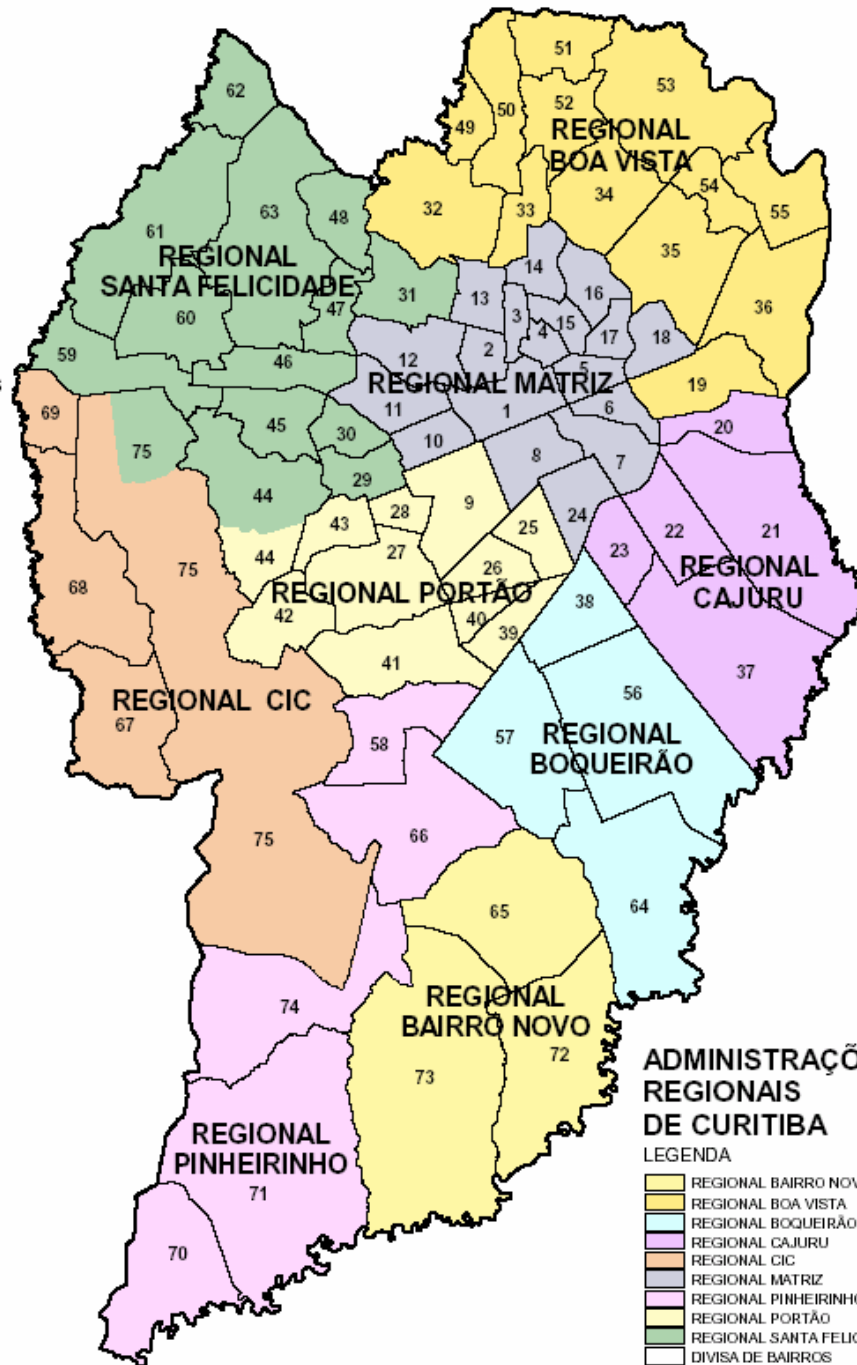
- o atendimento da demanda na Unidade de Saúde;
- a visita domiciliar (família);
- o atendimento a programas da SMS ou programas desenvolvidos pela Equipe de Saúde Bucal da US.

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					

ANEXO A - Mapa dos 9 distritos sanitários de Curitiba-PR

BAIRROS

- 01-CENTRO
- 02-SÃO FRANCISCO
- 03-CENTRO CIVICO
- 04-ALTO DA GLÓRIA
- 05-ALTO DA RUA XV
- 06-CRISTO REI
- 07-JARDIM BOTÂNICO
- 08-REBOUÇAS
- 09-ÁGUA VERDE
- 10-BATEL
- 11-BIGORRILHO
- 12-MERCÊS
- 13-BOM RETIRO
- 14-AHU
- 15-JUVEVE
- 16-CABRAL
- 17-HUGO LANGE
- 18-JARDIM SOCIAL
- 19-TARUMÁ
- 20-CAPO DA IMBUIA
- 21-CAJURU
- 22-JARDIM DAS AMÉRICAS
- 23-GUABIOTUBA
- 24-PRADO VELHO
- 25-PAROLIN
- 26-GUAIRA
- 27-PORTÃO
- 28-VILA IZABEL
- 29-SEMINÁRIO
- 30-CAMPINA DO SIQUEIRA
- 31-VISTA ALEGRE
- 32-PILARZINHO
- 33-SÃO LOURENÇO
- 34-BOA VISTA
- 35-BACACHERI
- 36-BAIRRO ALTO
- 37-UBERABA
- 38-HAUER
- 39-FANNY
- 40-LINDÓIA
- 41-NOVO MUNDO
- 42-FAZENDINHA
- 43-SANTA QUITERIA
- 44-CAMPO COMPRIDO
- 45-MOSSUNGUE
- 46-SANTO INÁCIO
- 47-CASCATINHA
- 48-SÃO JOÃO
- 49-TABOÃO
- 50-ABRANCHES
- 51-CACHOEIRA
- 52-BARREIRINHA
- 53-SANTA CÂNDIDA
- 54-TINGUI
- 55-ATUBA
- 56-BOQUEIRÃO
- 57-XAXIM
- 58-CAPÃO RASO
- 59-ORLEANS
- 60-SÃO BRAZ
- 61-BUTIATUVINHA
- 62-LAMENHA PEQUENA
- 63-SANTA FELICIDADE
- 64-ALTO BOQUEIRÃO
- 65-SÍTIO CERCADO
- 66-PINHEIRINHO
- 67-SÃO MIGUEL
- 68-AUGUSTA
- 69-RIVIERA
- 70-CAXIMBA
- 71-CAMPO DE SANTANA
- 72-GANCHINHO
- 73-UMBARÁ
- 74-TATUQUARA
- 75-CIDADE INDUSTRIAL

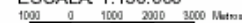


ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE CURITIBA

- LEGENDA
- REGIONAL BAIRRO NOVO
 - REGIONAL BOA VISTA
 - REGIONAL BOQUEIRÃO
 - REGIONAL CAJURU
 - REGIONAL CIC
 - REGIONAL MATRIZ
 - REGIONAL PINHEIRINHO
 - REGIONAL PORTÃO
 - REGIONAL SANTA FELICIDADE
 - DIVISA DE BAIRROS

FONTE: DECRETO Nº 665/05
ART.1º EM CARÁTER PROVISÓRIO

ELABORAÇÃO: ABR/2005
ESCALA: 1:150.000



IPPUC - INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA
SUPERVISÃO DE INFORMAÇÕES
Rua Bom Jesus, 689 - Cabral - Curitiba - Paraná - Brasil - CEP 80.035-010 - Fone: (55 41) 3250-1414 - Fax: (55 41) 3254-8661 - E_mail: geo@ippuc.org.br

SETOR DE GEOPROCESSAMENTO

ANEXO B - Genograma direcionado à saúde bucal



Unidade de Saúde Augusta

Genograma direcionado para Saúde Bucal

Símbolos Padrão	
○ Mulher	□ Homem ◇ Sexo não identificado
☒	Óbito
●	Aborto espontâneo ○ Aborto Induzido
Δ ₆	Gravidez de sexo ignorado
○ ○	Gêmeos dizigóticos
○ - ○	Gêmeos monozigóticos
□ _a	Adotado
□ ₄₅	Idade
↗ □	Paciente-índice
Diagnóstico Bucal	
☺	Baixa atividade de doença bucal
☹	Ativ. de doença desconhecida
☹	Alta atividade de doença bucal
☀	Fluorose
∩	Portador de prótese parcial
Ω	Portador de prótese total
★	Paciente especial
♠	Paciente difícil (chorão)
◎	História de Câncer Bucal
🍰	Dieta cariogênica
👁	Paciente em observação
⊖	Má oclusão
Registro de Algumas Doenças/condições	
♥	Cardiopatias
□	Hipertensão
†	Diabete
🚭	Tabagismo
↓	Alcoolismo
Relações familiares	
=	Relacionamento próximo
⚡	Relação tumultuada
≡	Relação muito próxima
≠	Divórcio ou separação
...	Relacionamento distante
→	Relacionamento dominante

**ANEXO C - Ofício de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria
Municipal de Saúde de Curitiba-PR**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Curitiba, 12 de julho de 2005

Of. 06/2005

Ilmo.Sr. Rafael Gomes Ditterich
Nesta.


Prezado Senhor:

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto **“O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião–dentista do Programa de Saúde de Família (PSF) de Curitiba-PR”**, Protocolo 45/2005 informamos que o mesmo foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Analisado sob o aspecto ético e legal, atende às exigências da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Atenciosamente


Dr. Samuel Jorge Moysés
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba