



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Jéssica Mayara Marques Barboza Imbiriba

**ENFERMAGEM DE FAMÍLIA:
USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS**

BELÉM/PA

2017

Jéssica Mayara Marques Barboza Imbiriba

**ENFERMAGEM DE FAMÍLIA:
USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde e Cuidado de Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Jacira Nunes Carvalho

BELÉM/PA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

I32e

Imbiriba, Jéssica Mayara Marques Barboza
ENFERMAGEM DE FAMÍLIA : USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO DE
FAMÍLIAS RIBEIRINHAS / Jéssica Mayara Marques Barboza Imbiriba. — 2017
93 f. : il. color

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Jacira Nunes Carvalho

1. Família. 2. Modelo Calgary de Avaliação de Famílias. 3. Ribeirinhos. I. Carvalho, Jacira Nunes ,
orient. II. Título

CDD 610.73072

Jéssica Mayara Marques Barboza Imbiriba

**ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO
DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS**

Dissertação de Mestrado julgada e aprovada, garantindo a obtenção do Grau de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

Linha de Pesquisa de Políticas de Saúde e Cuidado de Enfermagem no Contexto Amazônico, pelo corpo docente do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) / Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus Universitário do Guamá.

Belém/PA, 19 de dezembro de 2017.

Prof.^a. Dr.^a. Sandra Helena Isse Polaro
Coordenadora do Curso de Pós Graduação em
Enfermagem – PPGENF/UFPA

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jacira Nunes Carvalho.
UFPA / Orientador

Prof.^a Dra. Vera Lucia de Azevedo Lima.
UFPA / Examinadora

Prof.^a Dra. Lucia Hisako Takasi Gonçalves
UFPA / Examinadora

Prof. Dra. Irene de Jesus Silva
UFPA / Suplente

A mim, por ver que valeu a pena cada minuto de estudo e trabalho juntos, por todas as dificuldades passadas e ver que tudo é possível quando se tem determinação.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por me dar a capacidade de pensar grande, de nunca desistir dos meus sonhos e todas as coisas que sempre me pareciam impossíveis.

À minha Mãe, **Josaná Marques de Lima**, que por amor a mim lutou incessantemente pela minha educação, que como ela diz, é o único bem que ela pode me deixar que ninguém nunca irá me tirar, pela sensibilização quanto à importância deste trabalho em todos os momentos.

Ao **Mauro Carvalho Imbiriba**, pelo total apoio, paciência e confiança a mim dedicados nestes anos ao meu lado, por todo nosso esforço conjunto e incentivo em prol do nosso crescimento pessoal e profissional.

Ao meu pai, **Oscar Barboza de Oliveira Filho**, pelo amor e incentivo ao meu futuro.

À minha orientadora, **Prof. Dra. Jacira Nunes Carvalho** pela confiança e compreensão, por me ajudar a conhecer um campo um tanto quanto difícil e riquíssimo de conhecimento que é a Avaliação Familiar.

Ao **Prof. Dr. Sílvio Éder Dias da Silva** pelos ensinamentos e conhecimentos que foram importantes na construção do meu caráter e futuro profissional.

Obrigada **Carla Costa, Thais Cristina Flexa e Adriana Karla Loureiro** pelo auxílio na construção desta.

E a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação.

Meu muito obrigada!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin).

IMBIRIBA, Jéssica Mayara Marques Barboza. **Enfermagem de família**: uso do modelo Calgary para avaliação de famílias ribeirinhas. 2017. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

Orientadora: Profª. Dra. Jacira Nunes Carvalho.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico

RESUMO

A família constitui-se um conjunto social importante, no qual o processo saúde-doença ocorre e na maioria das vezes é resolvido, desta forma a família atua como uma unidade de atenção primária na saúde e no cuidado de seus membros. Faz-se relevante o estudo sobre a Saúde da Família amazônica em especial a ribeirinha, pois se observam que o sistema familiar dessas populações apresentam complexidades, características evolutivas e contextuais singulares, desenvolvidas ao longo dos anos na sua interação com o ambiente e as características regionais da Amazônia, além dos profissionais enfermeiros não estarem aptos a realizar avaliações de famílias, na perspectiva que hoje os modelos de saúde se propõe a equidade, universalidade, resolubilidade com corresponsabilidades. Esta dissertação teve como objetivo descrever como as famílias moradoras da Ilha do Combu enfrentam os problemas de vida e saúde no cotidiano familiar. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva explicativa e de natureza qualitativa. Onde as famílias foram avaliadas de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF), com a utilização da observação, do formulário de entrevista de Figueiredo (2012) baseado em Wright, Leahey (2012) e adaptado, diário de campo, do Genograma e do Ecomapa. Como contexto do estudo temos a Ilha do Combu, e como população alvo 10 famílias atendidas na Estratégia Saúde da Família que habitem área de fácil acesso para a equipe de pesquisa. Esta pesquisa cumpriu com o que determina a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Como resultados o tipo de família predominante é a monoparental liderada pela mulher, a ocupação das mães era do lar, a ocupação dos pais era extrativista e a ocupação dos filhos estudantes. O tipo de contato com a família se dá por meio pessoal, e utilizam a família extensa principalmente para companhia social. Tem como forma de sustento como sendo o trabalho por conta própria, os que possuem crianças em fase escolar relata que todas frequentam a escola. Recorrem à ESF principalmente para prevenção de doenças e aos serviços hospitalares somente quando referenciados. Possuem uma religiosidade muito presente. A forma de acesso se dá por meio de barcos, e as casas não possuem refrigeração ou aquecimento, o descarte de lixo se dá por meio da queima. Em relação ao planejamento familiar, a maioria não planejou os filhos apesar de ter conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, dos direitos sociais na gravidez além dos direitos sociais da maternidade e paternidade. Temos o membro mais atuante como sendo a figura da mãe, os familiares demonstraram ter uma relação muito forte entre si, e a aproximação em relação as resoluções de problemas e afetiva se dá principalmente no contato mãe e primogênito. Concluindo foi possível observar que ao profissional de enfermagem cabe somente realizar ações de educação em saúde com o intuito de orientar as famílias e diminuir os impactos da ausência do poder público em relação às questões de saneamento básico e abastecimento de água.

Descritores: Família; Modelo Calgary de Avaliação de Famílias; Ribeirinhos.

ABSTRACT

The family constitutes an important social group, in which the health-disease process occurs and is most often solved, in this way the family acts as a unit of primary care in the health and care of its members. It should be relevant to the study on the health of the Amazon family especially the riverside, as can be observed that the familiar system of these populations present complexities unique evolutionary and contextual features, developed over the years in their interaction with the environment and regional characteristics of the Amazon, besides the professional nurses not being able to carry out evaluations of families, in the perspective that the health models today propose equity, universality, resolubility with co-responsibilities. This dissertation aimed to describe how the families living on the Island of Combu face the problems of life and health in the family everyday. This is a descriptive and explanatory research of a qualitative nature. Where families were evaluated according to the Calgary Model of Family Evaluation (FHH), using observation, the Figueiredo interview form (2012) based on Wright, Leahey (2012) and adapted, field diary, the Genogram and the Ecomapa. As a context of the study we have the Combu Island, and as a target population 10 families attended in the Family Health Strategy that have an area of easy access for the research team. This research complied with Resolution N°. 466 of 12 of December, 2012 of the National Health Council (CNS). As results the predominant type of family is the single parent led by the woman, the occupation of the mothers was of the home, the occupation of the parents was extractive and the occupation of the student children. The type of contact with the family occurs through personal, and they use the extended family mainly for social company. It has as form of sustenance as being the work of own account, those who have children in school stage reports that all attend the school. They use the ESF mainly for disease prevention and hospital services only when referenced. They have a very present religiosity. The way of access is by means of boats, and the houses do not have refrigeration or heating, the discharge of garbage is given by means of the burning. Regarding family planning, most did not plan their children despite knowing about contraceptive methods, social rights in pregnancy, and social rights of motherhood and fatherhood. We have the most active member as being the figure of the mother, the relatives have shown to have a very strong relationship with each other, and the approximation in relation to the resolutions of problems and affective occurs mainly in the contact mother and first-born. In conclusion, it was possible to observe that the nursing professional only has to carry out actions of health education with the purpose of guiding the families and reducing the impacts of the absence of the public power in relation to the issues of basic sanitation and water supply.

Descriptors: Family; Calgary Family of Assessment Model, Riverside.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama ramificado da Avaliação Familiar.....	30
Figura 2 – Símbolos para apresentação do Genograma.	34
Figura 3 – Símbologia de linhas de relacionamentos.....	34
Figura 4 - Genograma família 1.	39
Figura 5 - Ecomapa família 1.....	39
Figura 6 – Genograma família 2.....	41
Figura 7 – Ecomapa família 2.	41
Figura 8 – Genograma família 3.....	43
Figura 9 – Ecomapa família 3.	43
Figura 10 – Genograma família 4.....	45
Figura 11 – Ecomapa família 4.	45
Figura 12 – Genograma família 5.....	46
Figura 13 – Ecomapa família 5.	47
Figura 14 - Genograma família 6.	48
Figura 15 – Ecomapa família 6.	49
Figura 16 – Genograma família 7.....	50
Figura 17 – Ecomapa família 7.	50
Figura 18 – Genograma Família 8.....	52
Figura 19 – Ecomapa família 8.	52
Figura 20 – Genograma família 9.....	53
Figura 21 – Ecomapa família 9.	54
Figura 22 – Ecomapa família 9.	55
Figura 23 – Genograma família 10.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipos de Famílias.	57
Gráfico 2 – Caracterização dos elementos da família quanto à ocupação das Mães.....	58
Gráfico 3 – Caracterização dos elementos da família quanto à Ocupação dos Pais.....	58
Gráfico 4 – Caracterização dos elementos da família quanto à Ocupação dos Filhos.	59
Gráfico 5 – Tipo de Contato com a Família.	60
Gráfico 6 – Intensidade de Contato com a Família Extensa.....	60
Gráfico 7 – Função das Relações com a família extensa.....	61
Gráfico 8 – Formas de Sustento, tipo de trabalho.	62
Gráfico 9 –Recorre a ESF/USF.	63
Gráfico 10 – Recorre aos Serviços Hospitalares.	63
Gráfico 11 – Instituições Religiosas que Frequentam.	64
Gráfico 12 – Sistema de abastecimento de água.	65
Gráfico 13 – Sistema de Saneamento Básico.	66
Gráfico 14 – Planejamento Familiar.....	67
Gráfico 15 – O casal tem conhecimento sobre os métodos contraceptivos.....	68
Gráfico 16 – O casal tem conhecimento sobre direitos sociais na gravidez?.....	68
Gráfico 17 – O casal tem conhecimento sobre direitos sociais de maternidade/paternidade. .	69
Gráfico 18 – Distribuição das respostas quando o Membro mais atuante era a mãe, na pergunta Como a família apoia-se mutuamente para,.....	70
Gráfico 19 – Tipo de relação mais considerada pelos membros da família para a variável “Relação Forte”.....	71
Gráfico 20 – Distribuição do Processo de Comunicação familiar quanto a Dimensão Funcional.....	71
Gráfico 21 – Prevalência do Papel da Mãe na função nas relações da família.	72
Gráfico 22 – Prevalência do papel da Mãe na Solução dos Problemas.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
APA	- Área de Proteção Ambiental
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CIE	- Conselho Internacional de Enfermeiras
CLT	- Consolidação da Leis Trabalhistas
CNA	- <i>Canadian Nurses Association</i>
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	- Instituto de Ciências da Saúde
MCAF	- Modelo Calgary de Avaliação de Famílias
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA	- Universidade Federal do Pará
USF	- Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROBLEMÁTICA	15
1.2	JUSTIFICATIVA	16
1.3	PERGUNTA DE PESQUISA	17
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	FAMÍLIA	19
3.1	ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	22
3.3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE TRAZEM O OLHAR PARA O CUIDADO DOMICILIAR	25
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	28
4.1	MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS (MCAF)	28
5	MATERIAL E MÉTODO	32
5.1	TIPO DE PESQUISA	32
5.2	CONTEXTO DO ESTUDO: LOCAL DA PESQUISA ILHA DO CUMBÚ.....	32
5.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	33
5.4	PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	33
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
5.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	35
5.7	PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	36
5.8	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	36
6	RESULTADOS.....	38
6.1	DESCRIÇÃO FAMILIAR	38
6.1.1	Família 1: R.C.T.	38
6.1.2	Família 2: F.R.A.	40

6.1.3	Família 3: S.O.S.....	42
6.1.4	Família 4: R.T.A.	44
6.1.5	Família 5: R.R.....	46
6.1.6	Família 6: G.C.T.....	47
6.1.7	Família 7: K.C.P.C	49
6.1.8	Família 8: A.P.P.S.....	51
6.1.9	Família 9: G.J.R.S.	52
6.1.10	Família 10: C.T.....	54
6.2	AVALIAÇÃO FAMILIAR	57
6.2.1	Dimensão Estrutural	57
6.2.2	Dimensão de Desenvolvimento	70
6.2.3	Dimensão Funcional	71
7	CONCLUSÃO.....	74
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A: Questionário para Avaliação Familiar, adaptado de Figueiredo	
	(2012).....	81
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	ANEXOS	
	ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP.....	89
	ANEXO B: Termo de Consentimento da Instituição.....	93

1 INTRODUÇÃO

A família constitui um conjunto social importante, no qual o processo saúde-doença ocorre e na maioria das vezes é resolvido dentro deste mesmo contexto, a família atua como uma unidade de atenção primária na saúde e no cuidado de seus membros (SCHWARTZ, *et al.*, 2009). Pensando nisto a abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros (BRASIL, 2013).

No cuidado à família é pertinente ressaltar a importância de adotar uma metodologia de avaliação e intervenção nesse núcleo, e nisto cabe fazer uma retrospectiva do cuidado, que na maioria das vezes é pensado e focado no indivíduo, razão pela qual se iniciou um processo reflexivo sobre a maneira de cuidar nos diferentes sistemas, ressaltando a presença do indivíduo dentro da sua unidade/núcleo familiar, e focando a avaliação familiar concentrada menos em pessoas e mais na sua interação entre todos os seus membros (SCHWARTZ, *et al.*, 2009).

Dessa feita os conflitos, interações e desagregações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde dos seus membros, quando algum deles adoecer, tem efeito significativo e direto sobre os estágios do ciclo de vida familiar, sendo necessário que a família se organize para cuidar do familiar doente (BRASIL, 2013). Para tanto necessita-se mudar os modelos vigentes, deixando de analisar o indivíduo como um ser único/isolado e passar a vê-lo como elemento compondo uma rede com outros membros que podem adoecer, pertencente a mesma família.

Para Szelbracikowski (2007) a família tem a função de transmitir não somente genes, mas também significado e cultura. Cada família, com sua maneira particular de manter a motivação e o significado entre seus membros, pode ser interpretada como representativa de uma cultura particular, um tipo de unidade que produz modos comuns de comunicar-se com o mundo externo e avaliar suas experiências.

A família é a principal cuidadora dos seus membros tanto em situações de saúde como doença e sua importância tem sido relacionada a uma maior adesão ao tratamento por indivíduos com algum problema de saúde, especialmente quando a mesma é incluída como

participante no processo saúde-doença, já que ela contribui de forma substancial na promoção da saúde, este apoio se faz necessário para a efetividade e eficácia na maior parte dos tratamentos (RADOVANOVIC, *et al.*, 2013).

A família possui facilidades e resistências, pois pode tanto proporcionar condições saudáveis para o crescimento e desenvolvimento de seus membros quanto colaborar para sua limitação no processo de adesão aos possíveis tratamentos, representa a principal fonte de apoio das pessoas na atualidade e quando algum de seus membros apresenta-se fragilizado por qualquer desequilíbrio, ela precisa ser fortalecida na sua integridade (MACHADO, *et al.*, 2006). Com base nisto a família continua a ser espaços privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se ela mesma como unidade dotada de energia com capacidade se auto-organizar (FIGUEIREDO, *et al.*, 2010).

Contudo, compreender o significado de família e avalia-la representa tarefa complexa pela diversidade de aspectos que envolvem sua conformação, as relações estabelecidas entre seus membros e a sua dinâmica temporal, incluindo as modificações no ciclo da vida, além das situações de crise. Por ser a família um sistema complexo de relações, em constante transformação, sendo movida por fatores internos à sua história, com os ciclos de vida interagindo com as mudanças sociais constituintes, compartilhando o reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, é nesse sistema a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade de cada membro (MACHADO, *et al.*, 2006).

1.1 PROBLEMÁTICA

A Atenção Básica deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a). É caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a). É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão (BRASIL, 2012a).

Desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, é a principal

porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Ela desempenha um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Faz-se necessário que a Atenção Básica esteja à altura de responder, perto da casa das pessoas, a maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado (BRASIL, 2012a).

Neste contexto a Estratégia Saúde da Família, em um local em que a própria estrutura geográfica desfavorece a promoção do cuidado, se faz como a única ponte entre a população e a Saúde e o enfermeiro torna-se elo de referência entre o serviço de saúde e a família, porém avaliar a família não é uma prática comum entre os enfermeiros, costuma-se avaliar o indivíduo, na sua singularidade, pois o enfermeiro não tem recebido a capacitação devida para realizar as avaliações onde todos os membros das famílias devem ser conhecidos em suas peculiaridades e consiga o enfermeiro ver nessas peculiaridades elementos importantes que possam contribuir no processo avaliativo da unidade familiar e diante destes, propor a promoção da saúde destas no contexto multidiverso amazônico.

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do estudo se faz pela experiência da pesquisadora trabalhando com Estratégia de saúde da família, e da observação de como são abordadas as famílias nos diversos contextos em que se encontram, muitas vezes se sentindo figuras invisíveis para os profissionais de saúde. É comum a família ser olhada apenas como um contexto para o cuidado de um dos membros. A avaliação quase sempre é realizada para o membro doente sendo a família esquecida em sua dor e aflição. Faz-se relevante o presente estudo sobre a Saúde da Família amazônica em especial a ribeirinha, pois se observam que o sistema familiar dessas populações apresentam complexidades, características evolutivas e contextuais singulares, desenvolvidas ao longo dos anos na sua interação com o ambiente e as características regionais da Amazônia, além dos profissionais enfermeiros não estarem aptos a realizar avaliações de famílias, na perspectiva que hoje os modelos de saúde se propõe a equidade, universalidade, resolubilidade com corresponsabilidades. O que mais nos impulsionou a realizar este estudo foi a possibilidade de tornar possível a aplicação do modelo Calgary em famílias de outra realidade de onde o modelo foi concebido.

1.3 PERGUNTA DE PESQUISA

Como se configuram os comportamentos de vida e saúde das famílias moradoras da Ilha do Combu e no que estes comportamentos interferem na sua saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como as famílias moradoras da Ilha do Combu enfrentam os problemas de saúde e de vida familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a avaliação das famílias moradoras da ilha do Combu, por meio do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias, destacando seus pontos fortes e frágeis passíveis de intervenções de Enfermagem;
- Identificar as famílias por meio das três categorias abordadas pelo Modelo Calgary, estrutural, de desenvolvimento e funcional e suas subcategorias.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 FAMÍLIA

O conceito de família pode ser considerado até certo ponto subjetivo, porque está amarrada a quem o define e à conjuntura social, política e familiar em que se insere, então diversos conceitos podem ser encontrados, seja na área do direito seja na saúde ou em qualquer outra área em que a família é estudada (SÃO PAULO, 2015).

Para a constituição federal de 1988, a família, é reconhecida como a base da sociedade, e tem especial proteção do Estado e em seus parágrafos refere que para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento. Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes (BRASIL, 1988).

A constituição ainda assegura por meio da família, da sociedade e do Estado, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária de crianças, adolescentes e jovens, com absoluta prioridade além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Logo os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher, portanto não há nenhum ente componente da família que se sobreponha sobre o outro, deve-se ambos serem os responsáveis pela unidade familiar. Visto que há uma grande diversidade de tipos e estruturas familiares a que estão integradas não só as alterações nos papéis de gênero, mas também a heterogeneidade de interações conjugais e os processos de recomposição familiar (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

As configurações de família que se apresentam na sociedade, atualmente, sofreram inúmeras modificações ao longo da história da humanidade. Portanto, para que se chegue ao conceito eudemonista, que seria a busca de uma vida plena e feliz, adotado pela Constituição Federal de 1988, hoje vigente na sociedade, se faz necessário um breve comentário a respeito desta evolução (MARIANO, 2015).

O sentimento de família nasce entre os séculos XV/XVI, e, embora a família já

existisse, não despertava sentimento suficientemente forte para inspirar os artistas, por não se constituir de um valor para a sociedade da época, não tinha tanta visibilidade quanto nos dias atuais em que até se discute qual o melhor modelo de família (PINTO, *et al.*, 2004).

A família matrimonializada do início do século passado era tutelada pelo código civil de 1916, este código tinha uma visão extremamente discriminatória com relação à família, onde a dissolução do casamento era vetada, havia distinção entre seus membros, a discriminação, às pessoas unidas sem os laços matrimoniais e aos filhos nascidos destas uniões, era positivada (MARIANO, 2015).

O perfil destas famílias era centralizado no marido que era o chefe, e a esposa e os filhos possuíam posição inferior à dele. Desta forma a vontade da família se traduzia na vontade deste homem e se transformava na vontade da entidade familiar. Contudo, estes poderes se restringiam à família matrimonializada, os filhos, ditos ilegítimos, não possuíam espaço na original família codificada, somente os legítimos é que faziam parte daquela unidade familiar de produção (MARIANO, 2015).

Muitas coisas mudaram ao longo dos tempos, e nas últimas décadas, as transformações sociais atingiram diretamente o núcleo familiar e originaram novas concepções de família, que não são mais equiparadas à tradicional família patriarcal, surgiram novas formas de famílias, novas convenções e novas formas de se organizar (MARIANO, 2015).

As novas famílias ou famílias modernas, das novas configurações familiares, apresentam múltiplas formas, entretanto uma questão comum é que a união dos componentes de uma família, com ou sem vínculos consanguíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito recíproco, da afeição, da troca e do desenvolvimento conjunto, observa-se que as questões de respeito recíproco, afeição é o que realmente faz a estrutura da família, não somente a existência de um sistema patriarcal (SÃO PAULO, 2015). O conceito de família atual é mais flexível e é representado por um conjunto de idéias e valores que influenciam no significado da família para cada um de seus membros (PINTO, *et al.*, 2004).

A partir dos diferentes entendimentos de família e de nossa própria experiência familiar, percebemos a família como um sistema inserido numa heterogeneidade de conjunturas e composto por pessoas que dividem sentimentos e valores formando laços de afinidade, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios (SÃO PAULO, 2015).

Pode-se afirmar com isto que a família não é mais vista apenas como um sistema nuclear composto por pai, mãe e seus filhos biológicos, mas incorpora também outras pessoas que fazem parte de sua rede de relações e com quem há afinidades (SZELBRACIKOWSKI, *et*

al., 2007).

Essas afinidades podem ser expostas quando se tem a família extensa que é quando a família e a sua rede de relações se tornam responsáveis pela proteção do funcionamento biológico, pela sobrevivência e pela manutenção e transmissão de valores culturais, tradições e significados não só dentro do seu núcleo familiar, mas dentro de uma extensão de sua família, onde existem pessoas que moram em lares separados, porém possuem laços, afinidades e valores em comum (SZELBRACIKOWSKI, *et al.*, 2007).

A definição de família como um conjunto de pessoas que moram na mesma casa a partir de um parentesco e com afinidade, não abrange mais toda a diversidade de estruturas familiares tornando-se necessário que se conheça a estrutura familiar na sociedade e cultura em que estes cuidados vão ser desenvolvidos (VELOSO, *et al.*, 2015). Neste contexto destacam-se as famílias monoparentais e as reconstituídas, que abrangem adultos e crianças sem laços sanguíneos (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

Para Facó (2009) a família representa o espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros, independentemente dos arranjos apresentados ou das novas estruturas que vêm se formando torna-se um dos principais contextos de socialização dos indivíduos e, portanto, possui um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, que por sua vez é um processo em constante transformação, sendo multideterminado por fatores do próprio indivíduo e por aspectos mais amplos do contexto social no qual estão inseridos.

Na perspectiva interacionista, família pode ser definida como “um grupo de indivíduos em interação simbólica, chegando às situações com os outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, mente e habilidade para assumir papéis” (PETTENGILL, *et al.*, 2005). É como um grupo social, portanto, composto por membros em interação simbólica entre si e com os elementos presentes na experiência que vivencia que a própria família atribui como significado a essa experiência.

Família é o grupo social natural que determina as respostas de seus membros por meio de respostas de seus componentes do interior para o exterior, trata-se de um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social compartilhado, lugar da importância da diferença e do aprendizado quanto a necessidade de se unir ou se separar, e é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade (BRASIL, 2013).

Para Weirich, *et al.*, (2004), quando desejamos fundamentar-nos teoricamente no entendimento de família devemos considerá-la como um sistema. Quando esta definição é aplicada às famílias, possibilita-nos ver a cada uma delas como uma unidade, conseqüentemente, focalizar-nos na influência mútua entre seus membros. Assim, é preciso considerar cada membro da família, como um subsistema de um sistema maior, caracterizá-la pelas interações instituídas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, considerando sua complexidade, globalidade e diversidade, que ultrapassem as dimensões associadas à consanguinidade e à afinidade (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

A família é um complexo sistema de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca da melhor adaptação possível para a sobrevivência de seus membros e da instituição como um todo. O sistema familiar muda à medida que a sociedade muda, e todos os seus membros podem ser afetados por pressões interna e externa, fazendo que ela se modifique com a finalidade de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros (FACO (2009) *apud*. VALLE, 2009).

3.1 ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Profissionais das mais distintas áreas têm focado a família como objeto de pesquisa a partir da verificação de que ela exerce função fundamental no incremento e sustentação da saúde e do equilíbrio emocional de seus membros, para isso tais profissionais necessitam conhecer a realidade e as necessidades da família, para efetivação de um trabalho mais coeso, ponderando-se acerca de conceitos e percepções (SÃO PAULO, 2015).

Assim, a enfermagem de família emerge como arte e ciência, embasada no pensamento sistêmico como uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, oferecendo a compreensão de todos os fatores que integram a unidade familiar, pois se constitui como uma área específica no contexto geral da Enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistêmica dos cuidados (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

Sendo o cuidado a essência do trabalho da enfermagem é necessário que este seja eficiente e prestado de forma humanizada. Ao se estabelecer o cuidado, este deve ser sistematizado e holístico, a fim de promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional

das famílias e do próprio profissional a qual estuda (SIQUEIRA, *et al.*, 2006). É oportuno esclarecer que os cuidados voltados para a família foram se desenvolvendo a medida que os cuidados de enfermagem evoluíram e estas mudanças são evidenciadas pela preocupação em incluir os membros das famílias no desenvolvimento dos cuidados uma vez que os enfermeiros proporcionavam cuidados no contexto onde as pessoas estavam inseridas, com a existência de práticas destinadas às famílias (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

A enfermagem teve o seu início a partir dos cuidados desenvolvidos nos domicílios das famílias havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale. Com efeito, o acolhimento das famílias das pessoas internadas em hospitais e a promoção de práticas que incluíam os membros da família demonstram que desde o início da enfermagem sempre houve preocupação em incluir a família como foco de atenção e cuidados (FIGUEIREDO, 2009).

Segundo Figueiredo (2009) apesar das transformações ocorridas na sociedade, as práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrar as famílias nos cuidados, com isso Silva (2011) também afirma que o cuidado à saúde sempre pertenceu ao espaço da família e o domicílio configura-se como o lócus das práticas de saúde.

O reconhecimento que a enfermagem tem dado à família iniciou-se nos EUA e no Canadá, sendo que a partir de 1980 as políticas sociais da *American Nurses Association* (ANA) descrevem a família como um dos alvos dos cuidados de enfermagem, já no Canadá, em 1997, a *Canadian Nurses Association* (CNA) declarou que a abordagem centrada na família é um dos objetivos da prática de enfermagem, recomendando que todos os enfermeiros deveriam ter competências para trabalhar com as famílias (FIGUEIREDO, 2009).

Silva, *et al.*, (2011) afirmam que a proximidade com a família torna o profissional mais humano, sendo necessário conhecer bem os integrantes e a situação social das famílias, para a identificação de demandas de assistência, onde a família é o objeto de atenção primário da Saúde da Família, sendo o núcleo básico da atenção à saúde, e em geral constitui-se como um contexto social importante, no qual o processo saúde-doença ocorre e na maioria das vezes é resolvido.

Assim, enquanto unidade de cuidado para a enfermagem, a família pode ser considerada um sistema de saúde para os seus membros cercado de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (SCHWARTZ, *et al.*, 2009).

A abordagem sistêmica evidencia conceitos que foram ancorados pela Teoria Geral dos Sistemas, introduzida em 1936 por Ludwig Von Bertalanffy. A partir desse referencial teórico, os profissionais de saúde começaram a utilizá-lo para entender melhor as concepções de famílias (SCHWARTZ, *et al.*, 2009). Os conceitos utilizados da Teoria Geral dos Sistemas para definir a família referem-se a um sistema formado de subsistemas diferentes e maior que a soma de suas partes. Em interação com outros sistemas, a família como um todo é maior que a soma de suas partes, por isso mudança de um membro afeta todos seus integrantes. A família é capaz de gerar equilíbrio entre mudança e estabilidade/instabilidade, e os comportamentos de seus membros são mais bem entendidos observando-se a causalidade como um movimento circular, em que a presença e interação de todos os seus membros auxiliam o processo de retorno à estabilidade (SCHWARTZ, *et al.*, 2009).

Para Figueiredo (2009) a Enfermagem de Família surge descrita, por alguns enfermeiros, como ciência, salientando-se a inclusão de modelos conceituais e instrumentos de avaliação familiar como instrumentos teórico-metodológicos na concretização das suas práticas.

A enfermagem de família centra-se na capacitação funcional da família face aos seus processos de transição, que seria ajudar a família a se adaptar frente às situações de saúde, alicerçando numa abordagem co-evolutiva da família, enquanto sistema que se auto organiza. Neste sentido a compreensão da família requer entende-la enquanto unidade, num paradigma que permita a percepção da sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre outras características inerentes à sua multidimensionalidade (FIGUEIREDO, 2009).

Para que a família possa ser mais bem cuidada, o enfermeiro precisa lançar mão de vários métodos ou modelos a fim de que sua aproximação à família seja viabilizada, contribuindo para uma melhor atuação frente às necessidades dessa família (VELOSO, *et al.*, 2015). Os trabalhos relacionados à saúde da família constituem-se, desta forma, como alicerce dos cuidados, numa atitude de respeito face à competência do profissional enfermeiro para tomar decisões que promovam um funcionamento efetivo (FIGUEIREDO, 2009).

O enfermeiro de família tem papel promissor sobre a família enquanto alvo dos cuidados de saúde, este labora como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados à família, integrada como, por exemplo, numa comunidade específica. As funções descritas para o enfermeiro de família, no âmbito da equipe caracterizam-se pela sua multidimensionalidade, integrando desde o papel de educador de saúde até ao papel de mediador entre os membros da família e os outros profissionais da equipe, até por vezes mediador de conflitos internos da família (FIGUEIREDO, 2009).

3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE TRAZEM O OLHAR PARA O CUIDADO DOMICILIAR

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, com intuito de aumentar a acessibilidade ao Sistema de Saúde e desenvolver as ações de prevenção e promoção à saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de Atenção Básica, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária com caráter organizativo e substitutivo, em detrimento ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (REIS, *et al.*, 2016).

Desde 2010, o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois passou a ser uma estratégia que visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais, onde a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (REIS, *et al.*, 2016; BRASIL, 2011b).

De acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, a finalidade é a ampliação do acesso e da utilização dos serviços da atenção primária como porta de entrada ao sistema, por isso a proposição das unidades de saúde ser próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território (BRASIL, 2011c).

A ESF é composta de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Outro programa muito importante, porém, pouco conhecido é o Melhor em Casa, que visa a Atenção Domiciliar, com abordagem integral à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade.

Prover com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do seu cotidiano (BRASIL, 2012b).

A Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, dispõe que a Atenção Domiciliar constitui-se como uma:

Modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012b).

A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade, devendo estar conectada aos movimentos de lutas por melhorias na área da saúde, pressupõe também de uma participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados. Esta assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano (BRASIL, 2012b).

Para Weirich (2004) o papel do enfermeiro em saúde da família implica em atrelar todos os fatores sociais, econômicos, culturais, etc., apresentados e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar.

Para Figueiredo (2009) a apropriação da família enquanto domínio específico de enfermagem reforça a necessidade do desenvolvimento da enfermagem de família, tanto na sua vertente teórica— que a consolida — como na vertente clínica. Ainda mais pela dicotomia que ainda persiste entre os modelos conceituais da enfermagem de família e as práticas de cuidados, que ainda se mantêm centradas no indivíduo, descontextualizando do seu ambiente e não considerando a relação entre os níveis de saúde individual e familiar.

De acordo com as diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), para o desenvolvimento de competências que permitam o desenvolvimento de modelos que vão para além da doença e que visam melhorar a qualidade de vida das famílias através da sua capacitação, é evidenciada a importância de uma prática de enfermagem baseada nos seguintes princípios: pensamento crítico; liderança e organização; prática baseada na evidência e qualidade dos serviços (FIGUEIREDO, 2009).

O desenvolvimento destas competências permitirá ao enfermeiro de família desenvolver de forma eficaz os papéis de educador de saúde, prestador e supervisor de cuidados, defensor da família, detector de casos epidemiológicos, investigador, gestor e coordenador, assessor, consultor e modificador do ambiente, portanto o enfermeiro tem importância ímpar no desenvolvimento das habilidades funcionais da família (FIGUEIREDO, 2009).

Ainda assim considerar a família como uma perspectiva de trabalho ainda constitui-se um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo em um contexto em que o cuidado está voltado, principalmente, para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar, por conseguinte a necessidade de um olhar qualificado em relação à família e não somente ao indivíduo (SILVA, *et al.*, 2009).

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

4.1 MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS (MCAF)

A teoria, a prática e a pesquisa em enfermagem apresentam evidências de que a família tem um impacto significativo sobre a saúde e bem-estar de cada um dos membros, podendo exercer influência sobre as enfermidades (WRIGHT, *et al.*, 2012). Os enfermeiros devem considerar este fato e introduzir o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Para isso é necessário adotar um modelo de avaliação que contemple os fenômenos inerentes a esta unidade de cuidado, para poder compreendê-la (MONTEFUSCO, *et al.*, 2008).

É nesta perspectiva, que o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) nos permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema (FIGUEIREDO, *et al.*, 2010). Esses subsistemas para Figueiredo (2009) se resumem em subsistema individual o próprio indivíduo e seus determinantes individuais; o subsistema familiar é a própria família e o suprassistema os indivíduos que a família ou o indivíduo mantém contato como, por exemplo, a vizinhança, a igreja.

Rodrigues (2015) afirma que o uso do Modelo Calgary como estratégia de ensino-aprendizagem, possibilita mais reflexões acerca dos problemas apresentados pela família, numa relação de diálogo, de mudanças de autoconhecimento e de estrutura familiar, melhor compreensão da rede familiar e como a cultura familiar influencia as práticas de cuidado prestado ao paciente.

A utilização do MCAF permite que os enfermeiros proponham no futuro intervenções que forneçam respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando-as rigorosamente, também possibilita um meio no qual é possível conhecer, estudar e avaliar a família numa visão ampliada, o que abrange suas relações internas e externas, fortalezas e fragilidades (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

O MCAF é uma estrutura multidimensional, seu uso facilita o entendimento do funcionamento familiar de forma interacional, e isto por sua vez possibilita a avaliação dos seus membros e a observação das alterações em sua dinâmica (RADOVANOVIC, *et al.*,

2013).

Na monografia de *Madarean Schober e Fadwa Affara* em 2001, intitulado de *The Family Nurse: Frameworks for practice*, discorre acerca do surgimento do novo papel e de uma nova especialidade, que foi identificado pelo *International Council of nurses* de que existe uma nova tendência que é a “Enfermagem da Família” e das “Enfermeiras de Família”.

Para Whight e Leahey (2012) o envolvimento da família sempre fez parte da enfermagem, mas nem sempre se considerou dessa forma, devido à origem da enfermagem ser na época de prestação de cuidados em domicílios, onde ocorria o envolvimento familiar e a prestação dos serviços centrados na família ocorriam de forma natural.

Várias disciplinas já tentaram definir e conceituar a noção de família, não obstante, os enfermeiros no intuito de definir a família, criaram e descreveram modelos e instrumentos de avaliação da família, porém um modelo de avaliação que explique todos os fenômenos das famílias ainda não existe. Adotou-se uma estrutura conceitual clara ou de um mapa de família para beneficiar os enfermeiros, e essa estrutura pode sintetizar os dados e se identificar os pontos fortes e os problemas das famílias, a utilização de uma estrutura de avaliação de família ajuda a organizar as informações aparentemente díspares, e acaba por proporcionar um foco para a intervenção (WRIGHT, *et al.*, 2012).

O modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF) foi um dos quatro modelos identificados na monografia, já citada anteriormente, *The Family Nurse: Frameworks for practice* do *International Council of nurses*. O MCAF é uma estrutura multidimensional compreendendo em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, baseia-se em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudanças. Foi adaptado do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanderes (1983) e aperfeiçoado desde 1984 pelas autoras Wright e Leahey. O modelo também está firmado em visões de mundo mais amplas do pós-modernismo, feminismo e biologia da cognição (WRIGHT, *et al.*, 2012).

Para Whight e Leahey (2012) é um modelo para trabalhar com as famílias e ajuda-las a resolver seus problemas e consiste em três categorias básicas e suas subcategorias listadas abaixo:

Estrutural: avalia a estrutura interna (Composição familiar, Gênero, Orientação sexual, Ordem de nascimento, Subsistemas, Limites), a externa (Família extensa, Sistemas mais amplos) e o contexto (Etnia, Raça, Classe social, Religião e espiritualidade, Ambiente);

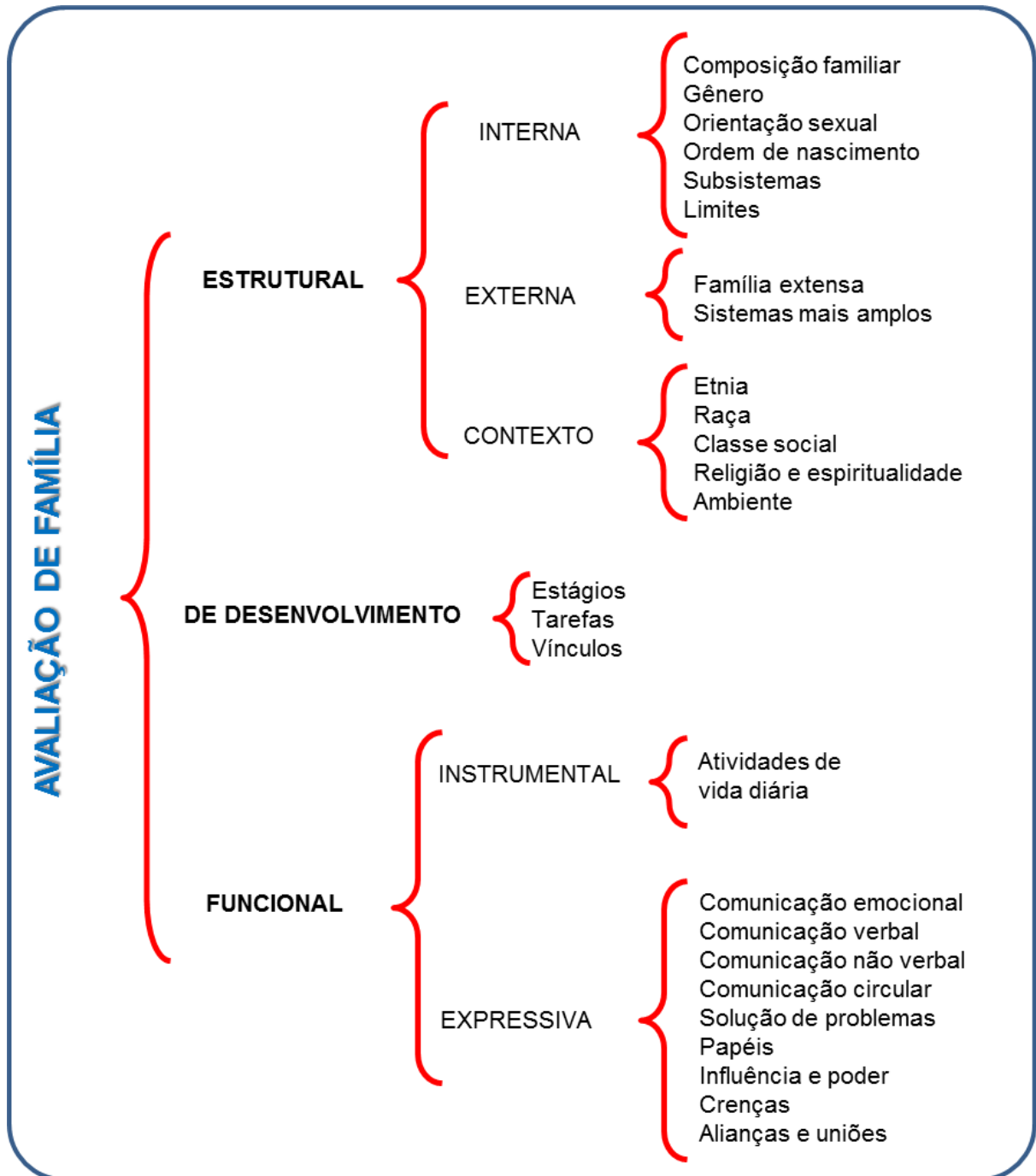
Desenvolvimento: avalia os Estágios, as Tarefas e os Vínculos;

Funcional: avaliação instrumental (avaliação das atividades da vida diária) e expressiva

(Comunicação emocional, Comunicação verbal, Comunicação não verbal, Comunicação circular, Solução de problemas, Papéis, Influência e poder, Crenças, Alianças e uniões).

De forma mais dinâmica pode-se observar o diagrama ramificado que explica melhor a categorização dos elementos proposto pelo MCAF, elaborado por Silva (2009):

Figura 1 - Diagrama ramificado da Avaliação Familiar.



Fonte: Silva (2009).

O uso do modelo implica em fazer perguntas à família sobre ela mesma com o propósito de obter um rápido *flash* sobre sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento em um determinado momento no tempo, cabe ao enfermeiro decidir quais as subcategorias relevantes e apropriadas para a exploração e avaliação com cada família e a cada momento no tempo necessárias para a construção das perguntas a serem feitas para posterior avaliação (WRIGHT, *et al.*, 2012).

No momento da utilização do MCAF para avaliar as famílias, deve-se ter uma abordagem confiante e ativa, com perguntas intencionais que estimulem a coleta de informações para a avaliação das mesmas. É importante reconhecer todos os membros da família como significantes, sendo estes presentes ou ausentes, e dirigir-se a todos os presentes, inclusive crianças, com vista a promover uma estrutura adequada para a reunião, comportando-se de maneira curiosa, e ter igual interesse por todos os membros da família, desenvolvendo as forças da família e elogiando-a sempre que possível (SCHWARTZ, *et al.*, 2009).

No momento da avaliação familiar devem-se considerar como componentes da estrutura familiar as características objetivas que permitem dar configuração ao grupo familiar, tais como o número de componentes, sexo, idade, religião, moradia, nível econômico, profissão, escolaridade, tipo de casamento, tempo de casamento, quem trabalha, cor, raça, ambiente étnico e cultural (WENDT, *et al.*, 2007).

No entorno da avaliação observa-se a dinâmica familiar, a forma como os membros da família se relacionam, como estabelecem e mantêm os vínculos, como lidam com problemas e conflitos, os rituais que cultivam, a qualidade das regras familiares, a definição de sua hierarquia e o delineamento dos papéis assumidos pelos membros da família (WENDT, *et al.*, 2007).

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva explicativa e natureza qualitativa. Tal abordagem amplia o entendimento do fenômeno em estudo (ZANELLA, 2009).

A pesquisa qualitativa destaca-se por encerrar uma preocupação em estudar as sequências específicas dos comportamentos interpessoais, nas quais as ações de cada pessoa são visualizadas em uma sequência interativa que depende das ações dos demais parceiros de interação, ou seja, inclui aspectos complexos de interdependência nas relações familiares, eles emocionais, relacionais e comunicacionais (WENDT, *et al.*, 2007).

Este projeto faz parte de um projeto mais amplo intitulado de “Intervenção De Enfermagem à Famílias de comunidades menos favorecidas em um contexto sociocultural do norte do Brasil e do Norte de Portugal”, um Projeto de estudo interinstitucional, internacional entre Belém, Pará, Brasil e Porto, Portugal.

5.2 CONTEXTO DO ESTUDO: LOCAL DA PESQUISA ILHA DO CUMBÚ

A ilha do Combu faz parte do Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT) e está a uma distância de 1,5 km ao sul da cidade de Belém. Suas características estão inseridas dentro do panorama paisagístico-ambiental e humano amazônico.

Está situada à margem esquerda do rio Guamá, tendo à sua frente (do outro lado do rio) o Campus da Universidade Federal do Pará (UFPA). Sua população pode ser denominada como parte integrante da chamada comunidade ribeirinha. A ilha compreende uma área calculada por triangulação e integração gráfica de aproximadamente 15 quilômetros quadrados e possui um ecossistema que sofre influência direta das marés dos rios.

Tornou-se Área de Proteção Ambiental (APA), por meio da lei nº 6083, de 13 de novembro de 1997, com o intuito de garantir a proteção dos recursos naturais da região, as condições de vida da população local e o desenvolvimento sustentável da ilha, a fim de

proteger o uso racional dos recursos naturais, impedindo as atividades causadoras de degradação da qualidade de vida ambiental, principalmente derrubada de açazeiro, para comércio do palmito.

Possui uma Unidade Básica de Saúde com o nome Unidade de Saúde da Família do Combu que tem cadastrado 540 famílias, conta com uma equipe de Estratégia Saúde da Família, ativada desde 1999, que possui cinco Agentes Comunitários de Saúde, uma Técnica de Enfermagem, uma Enfermeira e um Médico de Saúde da Família. Não foi possível encontrar o universo e amostra da ilha do Combu por não se ter dados oficiais sobre o número de habitantes da referida localidade.

5.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo é representada por famílias atendidas na Estratégia Saúde da Família, moradoras de comunidade cujas características são de populações desfavorecidas. Serão selecionadas aquelas famílias que estejam cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF), que habitem área de fácil acesso para a equipe de pesquisa, as famílias serão selecionadas de forma intencional num total de 10 famílias.

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Para coleta de dados, utilizou-se o questionário de Figueiredo (2012) baseado em Wright, Leahey (2012) e adaptado (APÊNDICE A) que é um questionário para a avaliação familiar, baseado em questionamentos objetivos e subjetivos que vão desde o tipo de habitação à perguntas sobre a composição e os relacionamentos entre os membros da família.

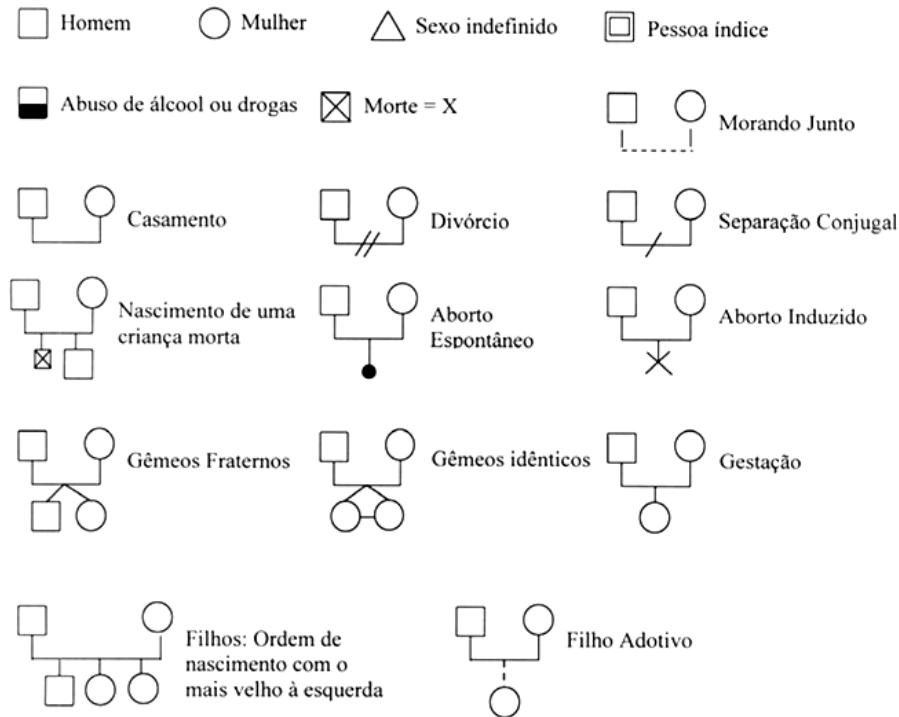
Utilizar-se-á conjuntamente o Genograma, pois ele permite identificar, de maneira mais rápida, a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, com criação de vínculo entre o profissional e a família/indivíduo. Genogramas são verdadeiros retratos gráficos da história e do padrão familiar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família e, assim, evidenciam possíveis estressores, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família (MUNIZ, *et al.*, 2009).

O genograma baseia-se no modelo de heredograma, mostrando graficamente, a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares, as repetições de padrões de doenças, o

relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer (BRASIL, 2013), reúne informações sobre a doença da pessoa, onde são registrados dados de importância para o indivíduo, tais como separações, doenças, mortes, acidentes, cirurgias e internações (MUNIZ *et al.*, 2009).

McGoldrick (1995) propõe os seguintes símbolos para a apresentação do genograma:

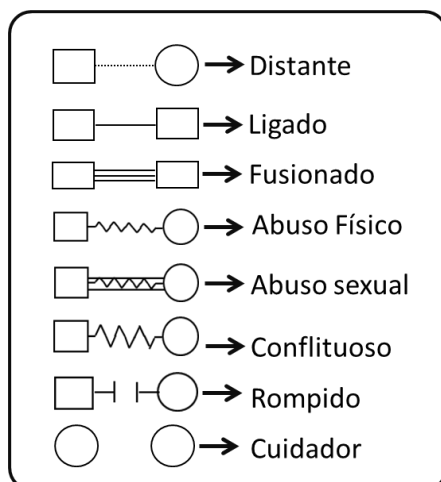
Figura 2 – Símbolos para apresentação do Genograma.



Fonte: McGoldrick (1995).

Para a simbologia de linhas de relacionamentos McGoldrick propõe:

Figura 3 – Simbologia de linhas de relacionamentos.



Fonte: MCGOLDRICK (1995).

Será utilizado também o Ecomapa que é um instrumento de complementação ao genograma, é uma representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, das relações entre a família e a comunidade, a relação da família com os indivíduos fora do círculo familiar interno. Ajuda a avaliar os apoios, os suportes disponíveis, sua utilização pela família e pode apontar a presença de recursos, sendo o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, portanto dinâmico (BRASIL, 2013).

O Ecomapa tem como características: registrar membros da família e suas idades no centro do círculo; utilizar a mesma simbologia do genograma; registrar, em círculos externos, os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas e grupos significativos; e linhas que indicam o tipo de conexão (BRASIL, 2013).

Os símbolos utilizados no diagrama de vínculos:

- _____ Linhas contínuas: ligações fortes, relações sólidas;
- Linhas tracejadas: ligações frágeis, relações tênues;
- ____//____ Linhas com barras ou talhadas: aspectos estressantes, relações conflituosas;
- ← → ← Setas: fluxo de energia e/ou recursos;
- Ausência de linhas ausência de conexão.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Dentre os critérios de inclusão temos as Famílias atendidas em Estratégias Saúde da Família, que sejam Moradoras de comunidade cujas características são de populações desfavorecidas, que estejam cadastradas na Unidade de Saúde da Família (USF), que habitem área de fácil acesso para a equipe de pesquisa.

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão têm as Famílias que não sejam atendidas em Estratégias Saúde da Família, que não sejam Moradoras de comunidade cujas características são de populações desfavorecidas, que não estejam cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF), que habitem área de difícil acesso para a equipe de pesquisa.

5.7 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

As famílias foram avaliadas de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF), com a utilização da observação, do formulário de entrevista, diário de campo, do genograma e do ecomapa.

A avaliação por meio do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias se deu de forma que se seguiram as categorias e suas subcategorias.

Na Dimensão Estrutural foi avaliada a composição familiar que abrange o tipo de família, a caracterização dos sujeitos, o tipo de habitação, o tipo de contato entre os familiares, Família extensa (intensidade do contato e função das relações), Sistemas mais Amplos, Instituições de Ensino, Instituições de Saúde, Instituições Religiosas, Condições de saneamento básico, Forma de Tratamento do lixo e a existência de Planejamento Familiar;

Na Dimensão de Desenvolvimento foram avaliados os estágios da vida, as tarefas que cada um executa e os vínculos entre os mesmos, onde verificará como a família se apoia para educar e cuidar das crianças, cuidar dos idosos, quem contribui para a economia familiar, quais as relações entre os membros da família.

Na Dimensão Funcional avaliou-se como a família executa as atividades de vida diária, como se dá a comunicação entre os membros se estes conversam sobre os problemas da família, se são claros e diretos nos discursos, se fazem acordos entre si, se conversam sobre o futuro da família e se tomam decisões para a família, observará quem inicia conversas na família, quem expressa com facilidade seus sentimentos, quem mais ajuda em momentos de dificuldade, quais os papéis que cada um desempenha na família, qual a influência e o poder de cada um sobre os outros.

Após o processo de leitura dos dados, estes foram analisados e organizados em mapas (Genograma e Ecomapa) e agrupados por item do instrumento de avaliação com construção de gráficos associados com texto discursivo explicativo, o programa utilizado para o tratamento dos dados foi o Genopro versão 3.0.0.7.

5.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa cumpriu com o que determina a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, respeitará os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes. Foi apresentado ao

pesquisado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) com linguagem acessível, clara e objetiva que será assinada pelo familiar respondente e que tivesse mais de 18 anos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o protocolo 009702/2017 CEP-ICS/UFPA e parecer de nº 1.981.895 (ANEXO A) e autorizada a pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém/PA (ANEXO B).

6 RESULTADOS

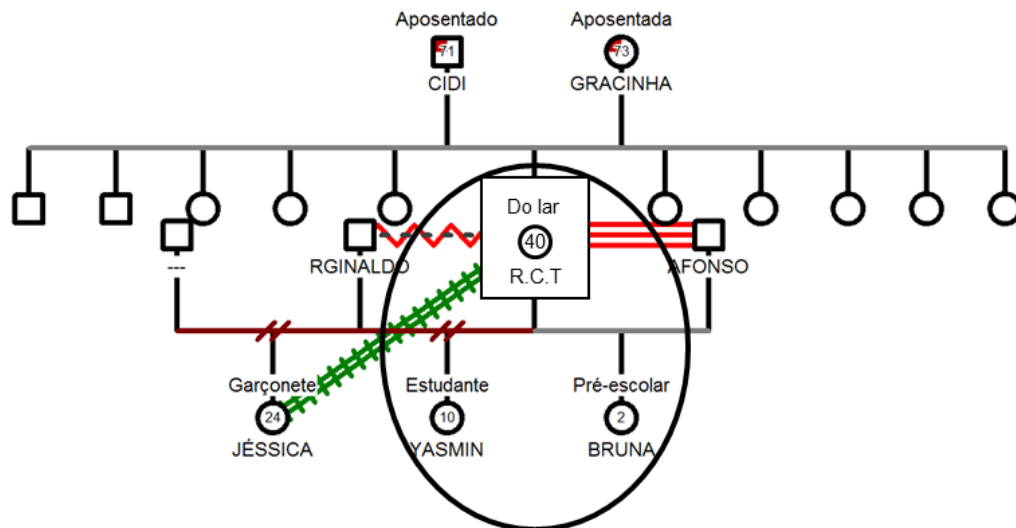
6.1 DESCRIÇÃO FAMILIAR

6.1.1 Família 1: R.C.T.

R.C.T. 40 anos, mãe solteira, porém com um relacionamento com Afonso (não mora na mesma casa), é filha do Sr. Cide 71 anos de idade, e de dona Gracinha de 73 anos de idade. É do lar, tem três filhas Jéssica de 24 anos de idade que trabalha num restaurante na ilha proveniente do seu primeiro relacionamento (pai não informado); Yasmin de 10 anos de idade, filha com seu segundo relacionamento com o sr. Reginaldo, a mesma já apresentou episódios de pneumonia mais de uma vez, é estudante e Bruna de 1 ano filha do Sr. Afonso e que já teve problemas de saúde como coceiras e diarreias. Atualmente R.C.T. reside com as duas filhas menores, Jessica mora com os avós maternos. Em sua dimensão estrutural, tem como tipo de família monoparental liderada pela mulher, mora em casa de madeira, mantém contato diário com a família extensa, utiliza a família como companhia social, apoio emocional, conselheira e ajuda material e de serviço, principalmente da filha Jéssica que é a principal provedora. Yasmin frequenta a escola. Para os problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde e em situações de doença recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhado. Frequenta igreja evangélica três vezes por semana. O acesso a sua residência é por meio de escadas, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, a ilha não possui o sistema de abastecimento de água, a população na grande maioria compra água de outros proveniente de poço artesiano, tem como destino dos resíduos a queima e possui saneamento básico por meio de fossa séptica. Não realizou planejamento familiar, tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, dos direitos sociais na gravidez e dos direitos sociais da maternidade e paternidade. Em sua dimensão de desenvolvimento R.C.T. é responsável por cuidar das crianças, Educar as crianças, Cuidar da casa e Preparar refeições, Contribuir para a economia da casa, Cuidar dos demais em situação de saúde/doença e cuidar de membros idosos da família extensa. Jéssica é responsável por cuidar das crianças, Cuidar dos demais em situação de saúde/doença e cuidar de membros idosos da família e Yasmin ajuda a Cuidar da casa e Preparar refeições. Conta também com o apoio da avó materna para ajudar na

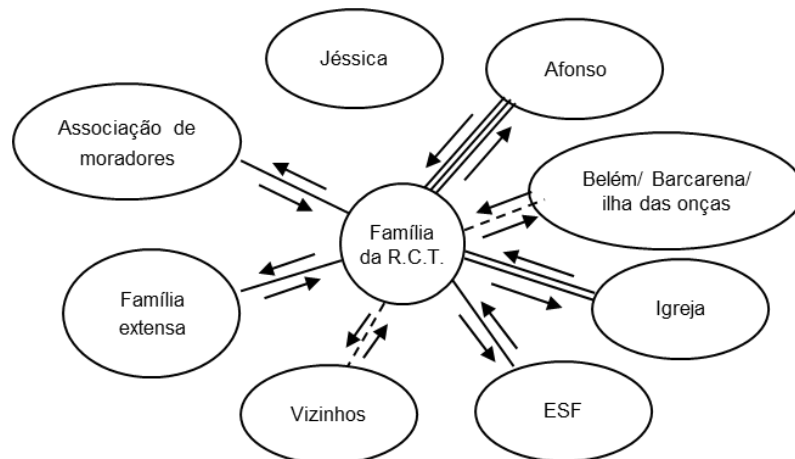
educação das crianças. Possui relação forte com as três filhas, porém mais com a filha Jéssica. Em relação a Dimensão funcional Ruth conversa com Jéssica sobre os problemas da família, são claras e diretas nos discursos, se necessário fazem acordos entre si, não conversam sobre o futuro da família, mas dizem tomar decisões juntas para a família. Relata que conversa com os irmãos acerca dos problemas da família. R.C.T. é quem sempre inicia as conversas em família, que expressa com facilidade os sentimentos, quem mais ajuda nos momentos de dificuldades e Jéssica contribui nestas horas, ela também está mais satisfeito com seu papel e também é a pessoa que está mais saturada. R.C.T. e Yasmin são quem resolve com mais frequência os problemas de saúde, Ruth os problemas de educação e os conflitos familiares, e Jéssica os problemas econômicos.

Figura 4 - Genograma família 1.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 5 - Ecomapa família 1.



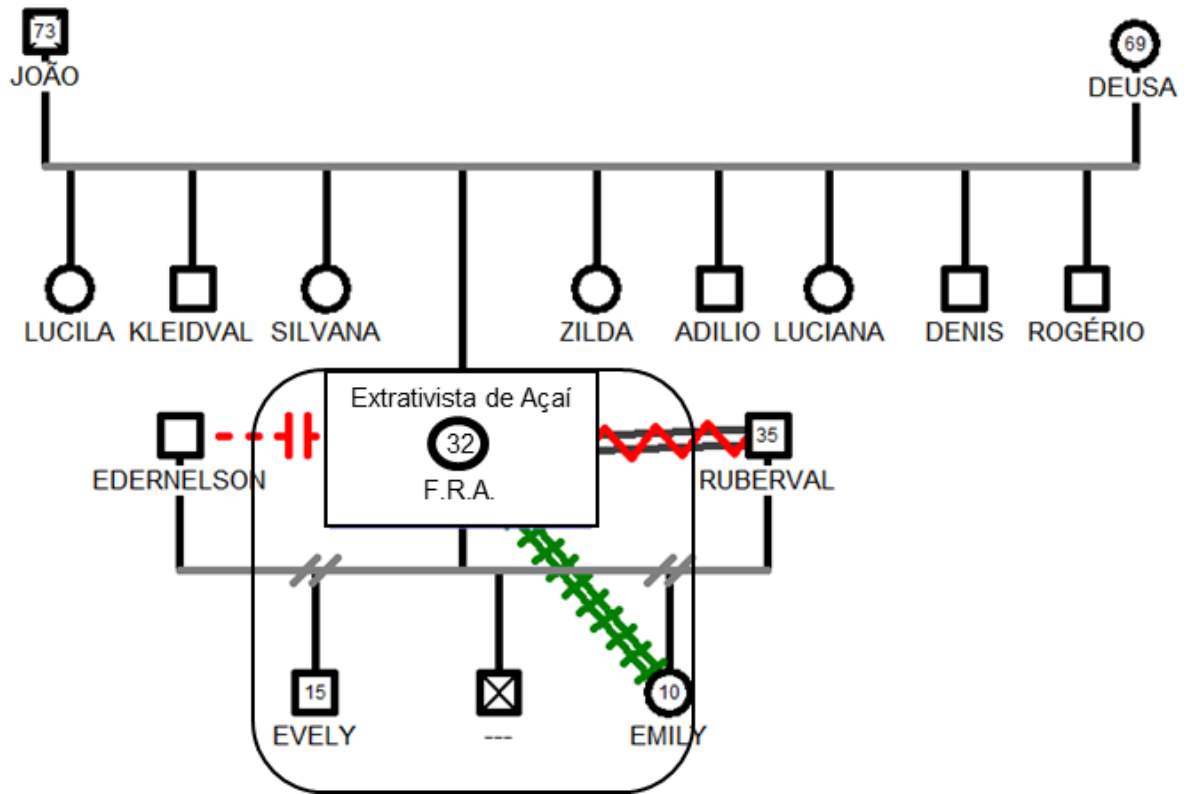
Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.2 Família 2: F.R.A.

F.R.A. 32 anos é a 4ª filha de nove irmãos, do Sr. João falecido aos 73 anos vítima de Parada Cardiorrespiratória, e de dona Deusa de 69 anos de idade. F.R.A. foi diagnosticada com transtorno bipolar aos 26 anos de idade, extrativista e produtora de açaí, teve três gestações sendo uma do primeiro relacionamento e dois do segundo relacionamento. Do seu primeiro relacionamento com o Sr. Edernelson nasceu Evely que está com 14 anos de idade, estudante e que já teve problemas de saúde como coceiras e diarreias. Do seu segundo relacionamento com o Sr. Ruberval, apresentou duas gestações sendo a primeira de um menino o qual teve um aborto espontâneo (não quis entrar em detalhes quanto ao motivo e época do aborto) e Emily que está com 9 anos de idade, estudante e que também já apresentou problemas de saúde como coceiras e diarreias. Em sua dimensão estrutural, tem como tipo de família monoparental liderada pela mulher, mora em casa de madeira, tem contato com a família somente por meio pessoal e com a família extensa por volta de uma vez ao mês e em datas comemorativas, tem pouca relação com a família extensa, trabalha por conta própria como extrativista de Açaí, suas filhas frequentam a escola. Em casos de problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde, em situações de doença e para acompanhamento do Transtorno Bipolar, recorre aos serviços hospitalares somente quando é encaminhado. Frequenta igreja evangélica uma vez por semana. O acesso a sua residência é por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, possui o sistema de abastecimento de água por meio da compra de água de outros em poço artesiano privado, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. Não realizou planejamento familiar, tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, dos direitos sociais na gravidez e dos direitos sociais da maternidade e paternidade. Quando se fala na dimensão de desenvolvimento F.R.A. é a única responsável por cuidar das crianças, Educar as crianças, Cuidar da casa e Preparar refeições, Contribuir para a economia da casa e Cuidar dos demais em situação de saúde – doença. Possui relação forte com a filha Emily. Em relação a Dimensão funcional F.R.A., Emily e Evely conversam sobre os problemas da família, relata que as três são claras e diretas nos discursos, se necessário fazem acordos entre si, conversam sobre o futuro da família e tomam decisões juntas para a família. Quem sempre inicia as conversas em família ou é F.R.A. ou é Evely, as três expressam com facilidade os sentimentos, quem mais ajuda F.R.A. nos momentos de dificuldades é Emily, quem está mais satisfeito com seu papel é F.R.A. e quem está mais insatisfeito com seu papel é Emily. F.R.A. é quem resolve com mais frequência problemas de

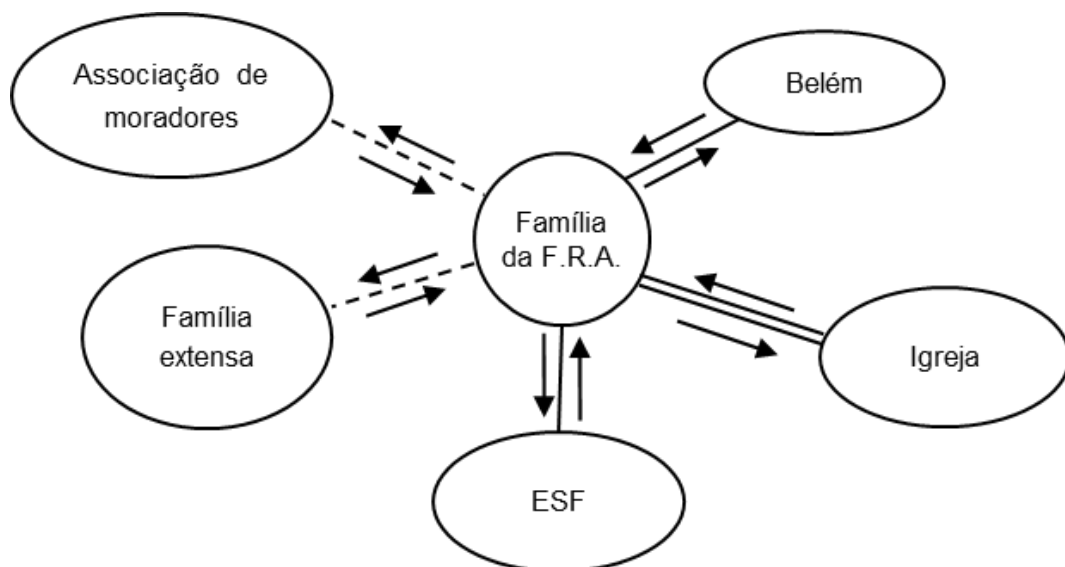
saúde, os problemas de educação, os problemas econômicos, e os conflitos familiares.

Figura 6 – Genograma família 2.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 7 – Ecomapa família 2.

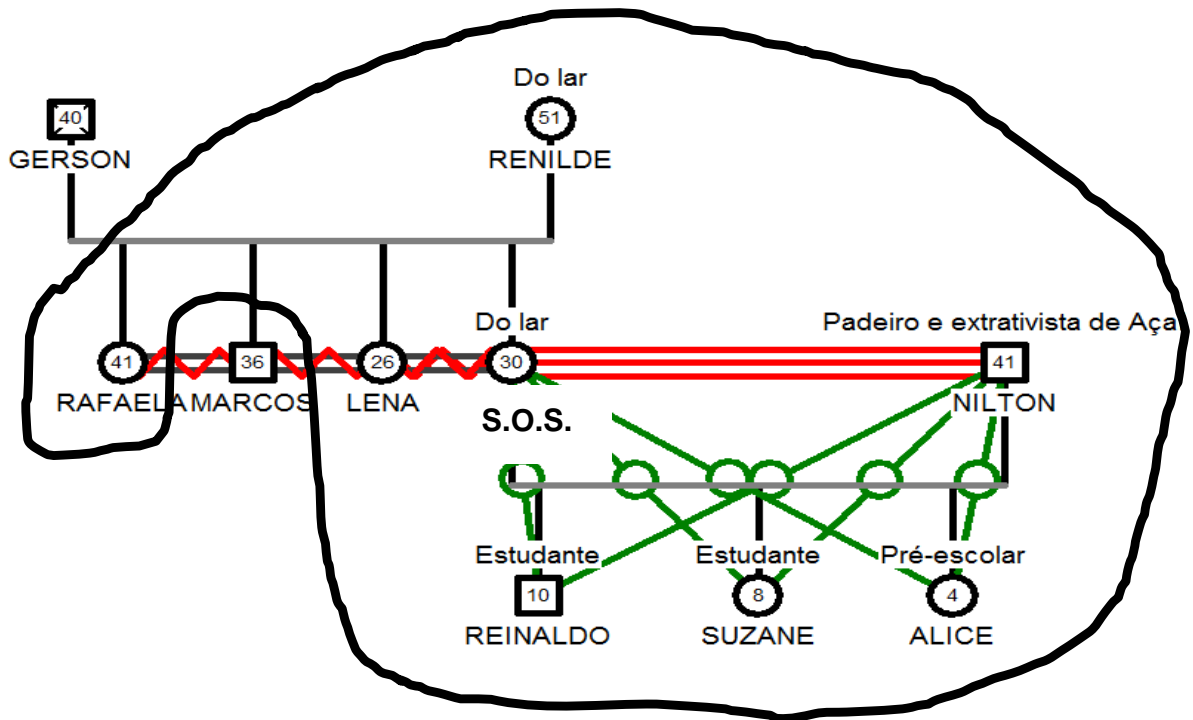


Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.3 Família 3: S.O.S.

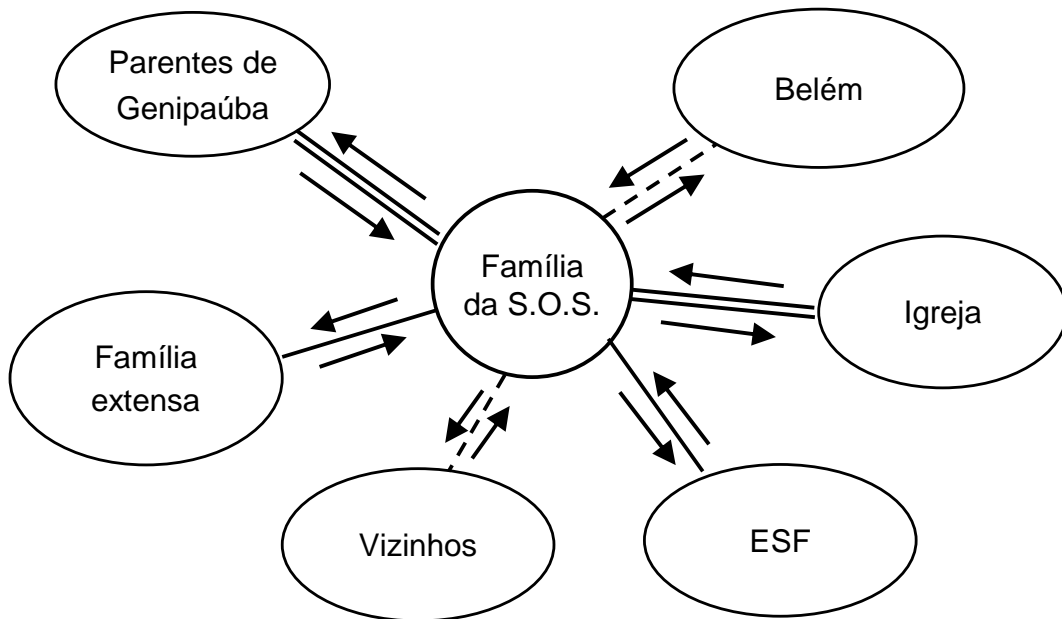
S.O.S. 29 anos, do lar, cardiopata, casada com Sr. Nilton de 40 anos de idade, padeiro e coletor de açaí, é filha do Sr. Gerson que era alcoólatra e faleceu quando tinha 40 anos de idade (S.O.S. informou que ele morreu por culpa do álcool) e da dona Renilde de 50 anos de idade. É a terceira filha de quatro irmãos, Rafaela (40 anos), Marcos (35 anos) e Lena (25 anos). S.O.S. e Nilton possuem três filhos, Reinaldo de 9 anos de idade, que já apresentou episódios de diarreias; Suzane de 7 anos de idade e Alice de três. Moram na mesma residência dona Renilde, S.O.S., Nilton, os filhos Reinaldo, Suzane e Alice, Rafaela e Lena. S.O.S. mantém contato com a família pessoalmente pois vivem próximas e com o restante da família extensa mensalmente, utiliza-a para companhia social, apoio emocional e para ajuda material e de serviço, o marido trabalha por conta própria. As crianças frequentam a escola, a exceção a filha menor Bruna. Em casos de problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde e em situações de doença e recorre aos serviços hospitalares nos casos de diarreia das crianças. Frequenta igreja evangélica uma vez por semana. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, possui o sistema de abastecimento de água por meio da compra de água de outros em poço artesiano privado, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. Realizou planejamento familiar, tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, não tem conhecimentos dos direitos sociais na gravidez e conhece os direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento S.O.S. e Nilton são responsáveis por cuidar das crianças, educar as crianças, cuidar da casa e preparar refeições, contribuir para a economia da casa, cuidar dos demais em situação de saúde/doença. Possui relação forte com o marido e os três filhos, e relação intermediária com os irmãos. Em relação a Dimensão funcional o casal conversa sobre os problemas da família, os discursos dos mesmos são claros e diretos, se necessário fazem acordos entre si, não conversam sobre o futuro da família e tomam decisões juntos para a família. S.O.S. é quem sempre inicia as conversas em família, e o casal expressa com facilidade os sentimentos, se auto ajudam nos momentos de dificuldades e se dizem satisfeitos com seus papéis. S.O.S. é quem resolve com mais frequência os problemas de saúde, os problemas de educação e os conflitos familiares, já o casal resolve com mais frequência os problemas econômicos.

Figura 8 – Genograma família 3.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 9 – Ecomapa família 3.

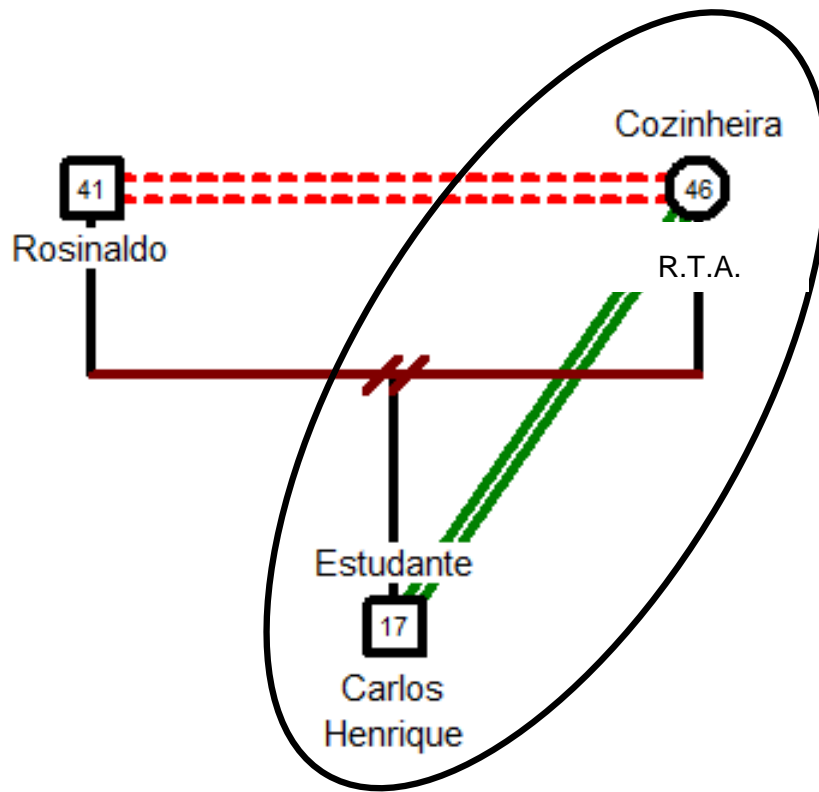


Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.4 Família 4: R.T.A.

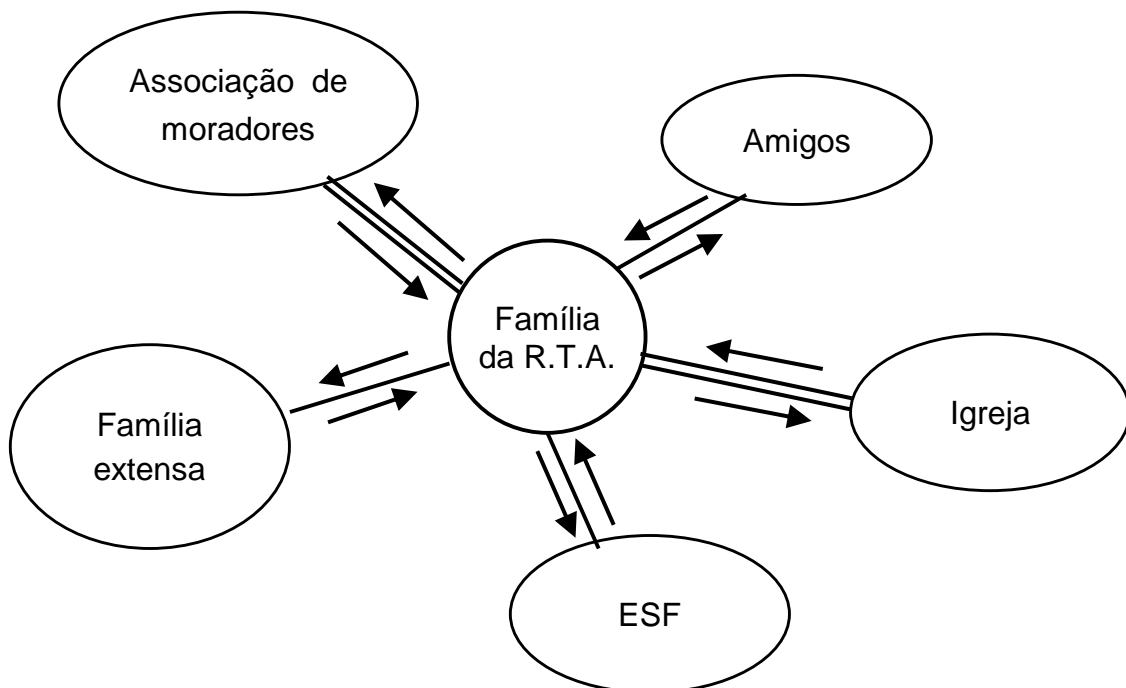
R.T.A. 46 anos, cozinheira em restaurante na ilha, Hipertensa, separada do Sr. Rosivaldo de 41 anos de idade, não soube informar a ocupação do mesmo, é filha do Sr. Cid Trindade de 71 anos de idade e da dona Gracina de 73 anos de idade. É a quarta filha de treze irmãos. R.T.A. e Rosivaldo possuem um filho, Carlos Henrique de 17 anos de idade, que é estudante. Moram na mesma residência dona R.T.A. e Carlos Henrique, é uma família monoparental liderada pela mulher, R.T.A. mantém contato com a família pessoalmente por residirem próximo e com o restante da família extensa diariamente, utiliza-a somente para companhia social. O filho frequenta a escola. Em casos de problemas de saúde e para a vigilância a saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu. Recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhada da ESF. Frequenta igreja católica uma vez por semana. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, possui o sistema de abastecimento de água por meio da compra de água de outros em poço artesiano privado, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. O casal planejou ter os filhos e não tinham conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, tinham conhecimentos dos direitos sociais na gravidez e desconhece os direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento R.T.A. é a única responsável pela educação do filho, cuidar da casa e preparar refeições, contribuir para a economia da casa, cuidar de si e do filho em situação de saúde/doença. Possui relação distante com o filho, e relação conflituosa com o pai de Carlos Henrique, Rosivaldo, relação intermediária com a igreja, amigos, associação de moradores e com a ESF. Em relação a Dimensão funcional R.T.A. conversa sobre os problemas da família somente com a mãe e irmã, os discursos dos mesmos são claros e diretos, se necessário fazem acordos entre si, não conversam sobre o futuro da família e nem tomam decisões juntos para a família. Ela é quem sempre inicia as conversas em família, somente ela expressa com facilidade os sentimentos, e é quem mais ajuda nos momentos de dificuldades, não se disse satisfeita ou insatisfeita com o seu papel na família. Ela é quem resolve com mais frequência os problemas de saúde, os problemas de educação, os conflitos familiares e os problemas econômicos.

Figura 10 – Genograma família 4.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 11 – Ecomapa família 4.

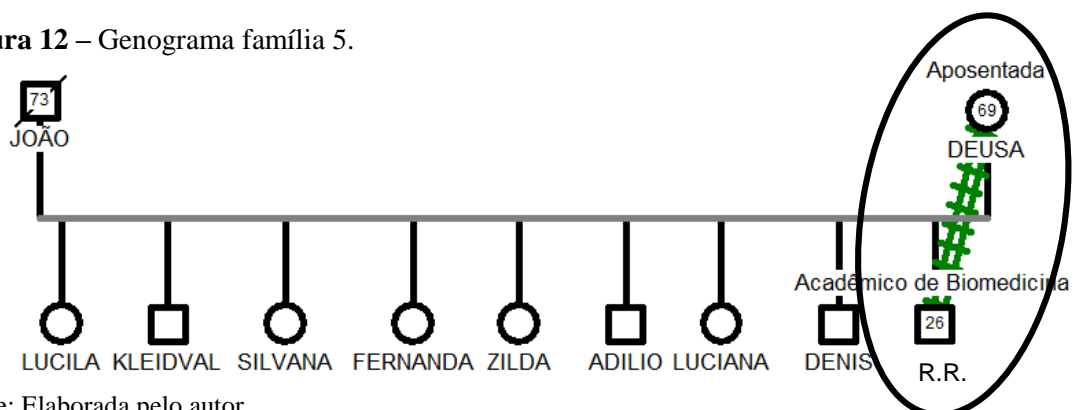


Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.5 Família 5: R.R.

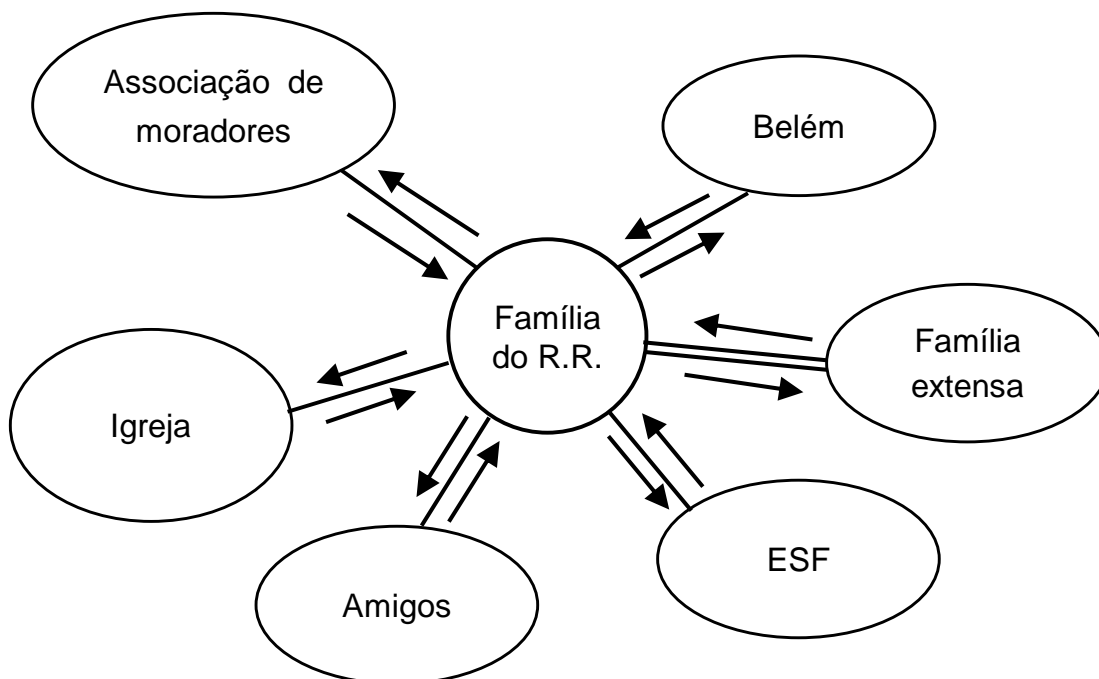
R.R. 26 anos, acadêmico de biomedicina, não possui agravo, oitavo filho de nove, da sra Deuza (aposentada) e do sr. João (falecido) cardiopata. Possui como irmãos Lucila, Val, Zilda, Adílio, Luciana, Silvana, Fernanda, Denis e Luciene. Moram na mesma residência dona Deuza e R.R., é uma família monoparental liderada pela mulher, R.R. mantém contato com a família por meio pessoal e com o restante da família extensa diariamente, utiliza-a para aconselhamento. Costuma sair com os amigos. Possui tipo de trabalho por conta de outrem (mãe). Não possuem crianças. Recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde e recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhado da ESF. Frequenta igreja evangélica uma vez por semana. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, possui o sistema de abastecimento de água por meio da compra de água de outros em poço artesiano privado, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. Não possui filhos. Na dimensão de desenvolvimento R.R. é responsável por cuidar dos membros idosos da família, cabendo a sua mãe Deuza ficar responsável pelo cuidado com os jovens, cuidar da casa e preparar refeições, contribuir para a economia da casa, cuidar dos demais em situação de saúde/doença. Possui relação forte com a mãe, e relação intermediária com os irmãos. Em relação a Dimensão funcional a mãe e R.R. conversam sobre os problemas da família, os discursos dos mesmos são claros e diretos, se necessário fazem acordos entre si, conversam sobre o futuro da família e tomam decisões juntos para a família. Os dois sempre iniciam as conversas em família, R.R. se expressa com mais facilidade os sentimentos, a mãe é quem mais ajuda nos momentos de dificuldades, segundo ele a mãe está satisfeita com seu papel e ele se diz saturado. A mãe é quem resolve com mais frequência os problemas de saúde, R.R. os problemas de educação e cabe a mãe novamente resolver os conflitos familiares e econômicos.

Figura 12 – Genograma família 5.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 13 – Ecomapa família 5.



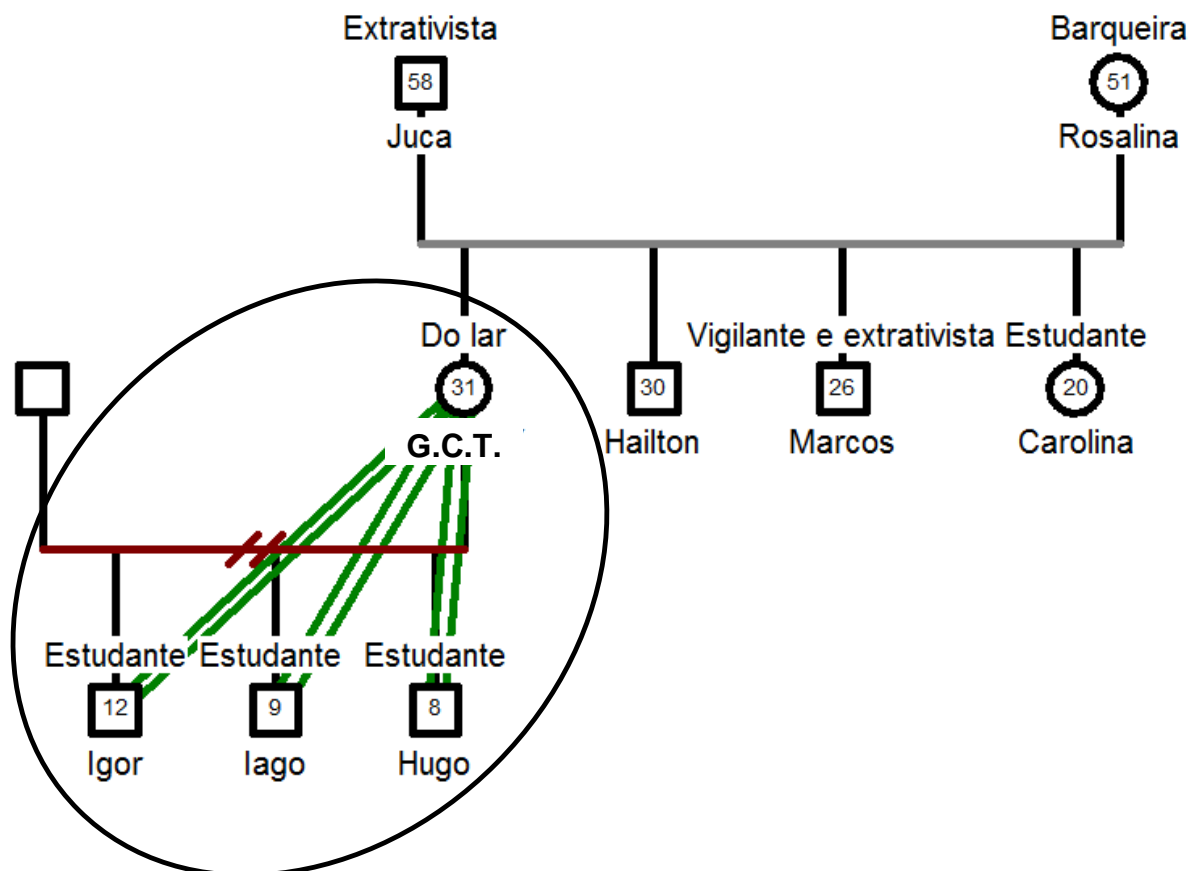
Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.6 Família 6: G.C.T.

G.C.T. 31 anos, do lar, mãe solteira, é filha do Sr. Juca, 58 anos de idade, extrativista, e da dona Rosalina, 51 anos de idade, barqueira. É a primeira filha de quatro irmãos, Hailton (30 anos), Marcos (26 anos) e Carolina (20 anos). G.C.T. possui três filhos, Igor de 12 anos de idade; Iago de 9 anos de idade e Hugo de 8 anos de idade. Moram na mesma residência G.C.T. e os três filhos, portanto é uma família monoparental liderada pela mulher. Mantém contato com a família através do meio pessoal e com o restante da família extensa diariamente, utiliza-a para companhia social, ela trabalha por conta própria. As crianças frequentam a escola. Em casos de problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde e recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhados. Frequenta igreja católica uma vez por semana. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, possui o sistema de abastecimento de água por meio da compra de água de outros em poço artesiano privado, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. Não realizou planejamento familiar, tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, tem conhecimentos dos direitos sociais na gravidez e conhece os

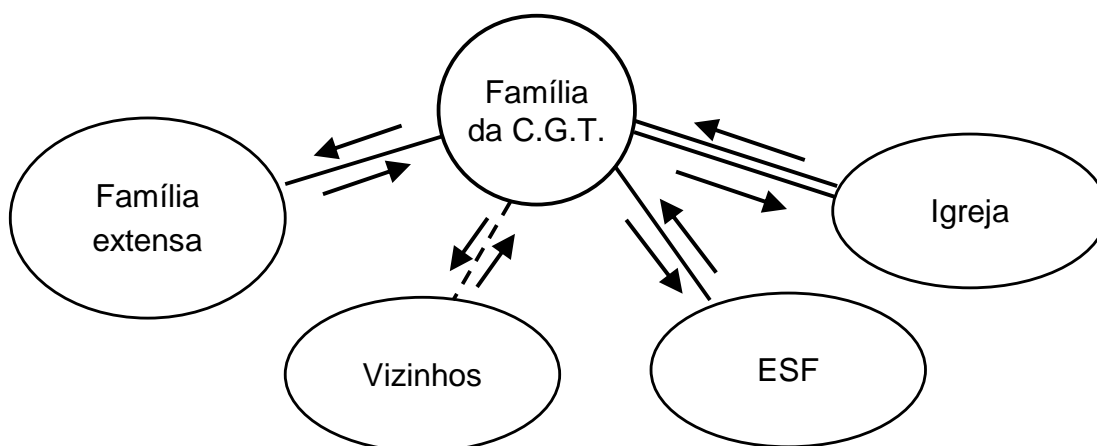
direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo, as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento G.C.T. é a única responsável por cuidar das crianças, educar as crianças, cuidar da casa e preparar refeições, contribuir para a economia da casa, cuidar dos demais em situação de saúde – doença. Possui relação forte com os três filhos, e relação intermediária com os irmãos. Em relação a Dimensão funcional ela conversa com os filhos sobre os problemas da família, os discursos dos mesmos são claros e diretos, se necessário fazem acordos entre si, conversam sobre o futuro da família e tomam decisões juntos para a família. G.C.T. é quem sempre inicia as conversas em família, todos se expressam com facilidade os sentimentos, se autoajudam nos momentos de dificuldades e ela se diz satisfeita com seu papel. G.C.T. é quem resolve todos os problemas de saúde da família, os problemas de educação, conflitos familiares e os problemas econômicos.

Figura 14 - Genograma família 6.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 15 – Ecomapa família 6.



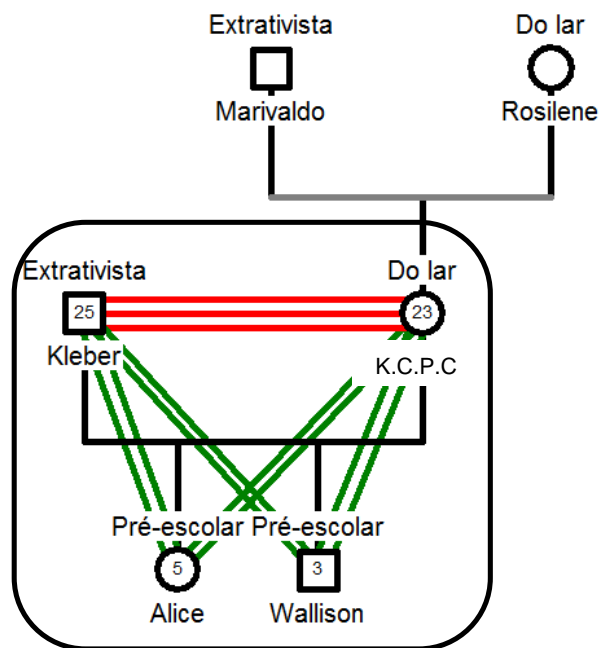
Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.7 Família 7: K.C.P.C

K.C.P.C 23 anos, do lar, asmática, casada com Sr. Kleber de 25 anos de idade, extrativista coletor de açaí, é filha do Sr. Marivaldo e da dona Rosilene. Tem como composição família nuclear, K.C.P.C e Kleber possuem dois filhos, Alice de 5 anos de idade, asmática, estudante, e Wallison de 3 anos de idade, pré-escolar. Moram na mesma residência K.C.P.C, Kleber e os dois filhos. K.C.P.C mantém contato com a família através do meio pessoal e telefônico e com o restante da família extensa diariamente, utiliza-a para companhia social. O marido trabalha por conta própria. As crianças frequentam a escola. Em casos de problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde e em situações de doença, recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhada pela ESF. Frequenta igreja católica uma vez por semana. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, não possui o sistema de abastecimento de água, utiliza água do rio para consumo, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. Não realizou planejamento familiar, tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, tem conhecimentos dos direitos sociais na gravidez e conhece os direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento K.C.P.C é responsável por cuidar das crianças, educar as crianças, cuidar da casa e preparar refeições e cuidar dos demais em situação de saúde – doença, e Kleber por contribuir para a economia da casa. Possui relação forte com o marido e os dois filhos. Em relação a Dimensão funcional o

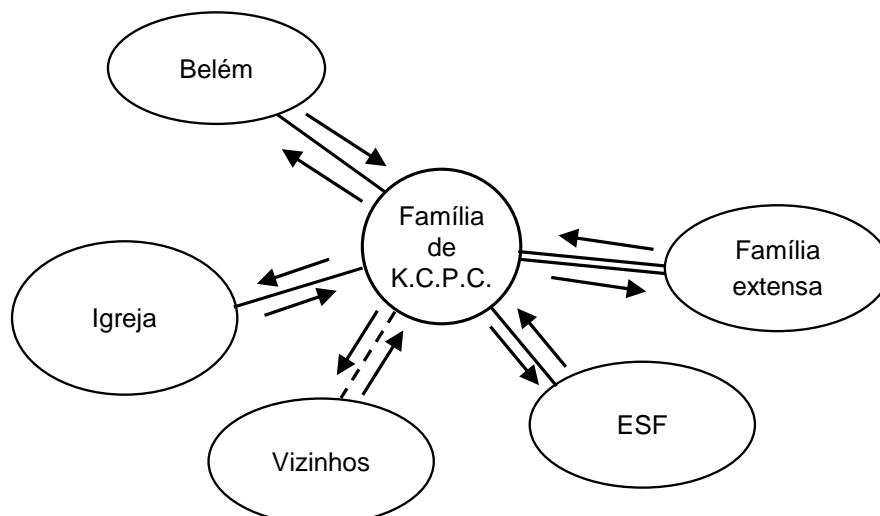
casal conversa sobre os problemas da família, os discursos dos mesmos são claros e diretos, se necessário fazem acordos entre si, conversam sobre o futuro da família e tomam decisões juntos para a família. K.C.P.C é quem sempre inicia as conversas em família, expressa com facilidade os sentimentos, Kleber é quem mais ajuda nos momentos de dificuldades e o casal se diz satisfeito com seus papéis. K.C.P.C é quem resolve com mais frequência os problemas de saúde e os problemas de educação e Kleber os problemas econômicos e conflitos familiares.

Figura 16 – Genograma família 7.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 17 – Ecomapa família 7.

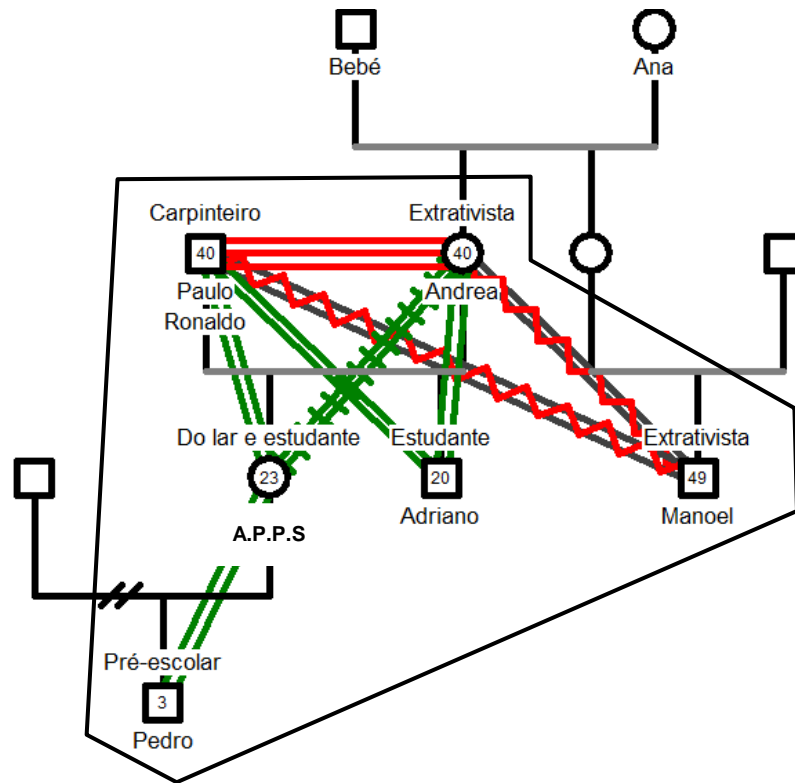


Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.8 Família 8: A.P.P.S.

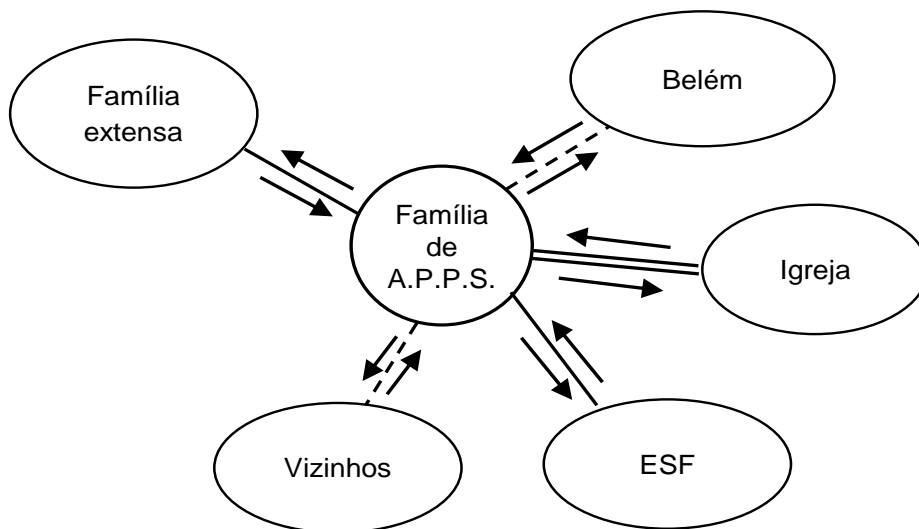
A.P.P.S. 23 anos, do lar e estudante, é filha do Sr. Paulo Ronaldo, 40 anos de idade, carpinteiro, e da Dona Andréa de 40 anos de idade, extrativista e Hipertensa. É a primeira filha de dois irmãos, ela e Adriano de 20 anos de idade, estudante. Ela possui um filho, Pedro de 3 anos de idade, estudante da pré-escola. Possui um primo, Manoel de 49 anos de idade, extrativista, filho da irmã de sua mãe que passou a morar com a família há 23 anos, após o falecimento da sua genitora. Moram na mesma residência A.P.P.S., Paulo Ronaldo (pai), Andréa (mãe), Adriano (irmão), Pedro (filho) e Manoel (primo), sendo, portanto uma família reconstruída. Moram em casa de alvenaria, A.P.P.S. mantém contato com a família através do meio pessoal e telefônico e com o restante da família extensa diariamente, utiliza-a para companhia social, ela trabalha por conta própria. Seu filho frequenta a escola. Recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde direcionada para a criança e em situações de doença, e recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhados. Frequenta igreja evangélica uma vez por semana. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, não possui o sistema de abastecimento de água, utiliza água do rio para consumo, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. Não realizou planejamento familiar, tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, tem conhecimentos dos direitos sociais na gravidez e conhece os direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo, as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento Ana Paula é responsável por cuidar das crianças, cuidar da casa e preparar refeições e cuidar dos demais em situação de saúde – doença, sua mãe é responsável por cuidar das crianças, educar as crianças, cuidar da casa e preparar refeições e contribuir para a economia da casa e o Sr. Paulo, Sr. Manoel e Adriano também contribuem para a economia da casa. Possui relação forte com os pais, irmão, filho e o primo Manoel, porém a mãe e o pai possuem relação intermediária com o primo. Em relação a Dimensão funcional A.P.P.S. e os demais que moram na residência conversam sobre os problemas da família, os discursos dos pais de A.P.P.S. e o dela são claros e diretos. Os pais, a mãe de A.P.P.S. e o primo Manoel, e A.P.P.S. e o irmão se necessário fazem acordos entre si, todos conversam acerca do futuro da família e quem toma as decisões junto a família são os pais de A.P.P.S. e o primo. A.P.P.S. e o pai é quem sempre iniciam as conversas em família, a mãe, o primo e o filho expressam com mais facilidade os sentimentos. O pai, o primo e o irmão são quem mais ajuda nos momentos de dificuldades e todos se dizem satisfeitos com seus papéis. A.P.P.S. e a mãe são quem resolvem com mais frequência os problemas de saúde e os conflitos familiares, A.P.P.S. os problemas de educação e a mãe, o pai, o primo e o irmão resolvem os problemas econômicos.

Figura 18 – Genograma Família 8.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 19 – Ecomapa família 8.



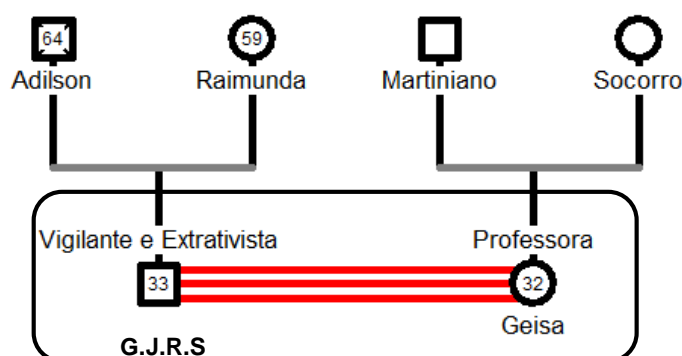
Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.9 Família 9: G.J.R.S.

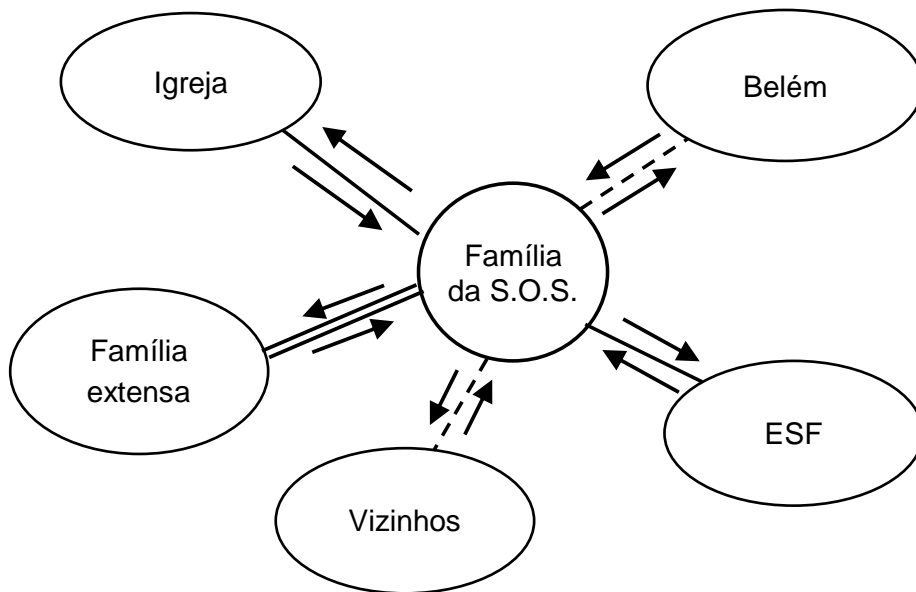
G.J.R.S. 33 anos, vigilante noturno e extrativista, sem problemas de saúde identificados, casado com a Sra. Geisa de 32 anos de idade, professora, sem problemas de saúde

identificados, é filho do Sr. Adilson falecido há 4 meses, vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) aos 64 anos e da dona Raimunda de 59 anos de idade, que relata ter diversas viroses ao ano. É filho único e não possui filhos. Moram na mesma residência G.J.R.S. e sua esposa Geisa. Ele mantém contato com a família extensa através do meio pessoal aproximadamente uma vez por semana, utiliza-a para companhia social. Tem como tipo de trabalho, por conta própria e por conta de outrem. Não possuem crianças no lar. Em casos de problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu somente em casos de doença e recorre aos serviços hospitalares somente quando encaminhado. Frequenta igreja católica esporadicamente. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, não possui o sistema de abastecimento de água seno necessário o consumo da água do rio, tem como destino dos resíduos a queima e não possui saneamento básico. O casal tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos e dos direitos sociais na gravidez e conhece os direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento G.J.R.S. e Geisa são responsáveis por contribuir para a economia da casa, cuidar dos demais em situação de saúde – doença, e Geisa por cuidar da casa e preparar refeições. O casal possui relação forte um com o outro. Em relação a Dimensão funcional o casal conversa sobre os problemas da família, os discursos dos mesmos são claros e diretos, se necessário fazem acordos entre si, conversam sobre o futuro da família e tomam decisões juntos. Geisa é quem sempre inicia as conversas em família e expressa com facilidade os sentimentos, G.J.R.S. é quem mais ajuda nos momentos de dificuldades e se dizem satisfeitos com seus papéis. Geisa é quem resolve com mais frequência os problemas de saúde, os problemas de educação e os conflitos familiares, já o casal resolve com mais frequência os problemas econômicos.

Figura 20 – Genograma família 9.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 21– Ecomapa família 9.

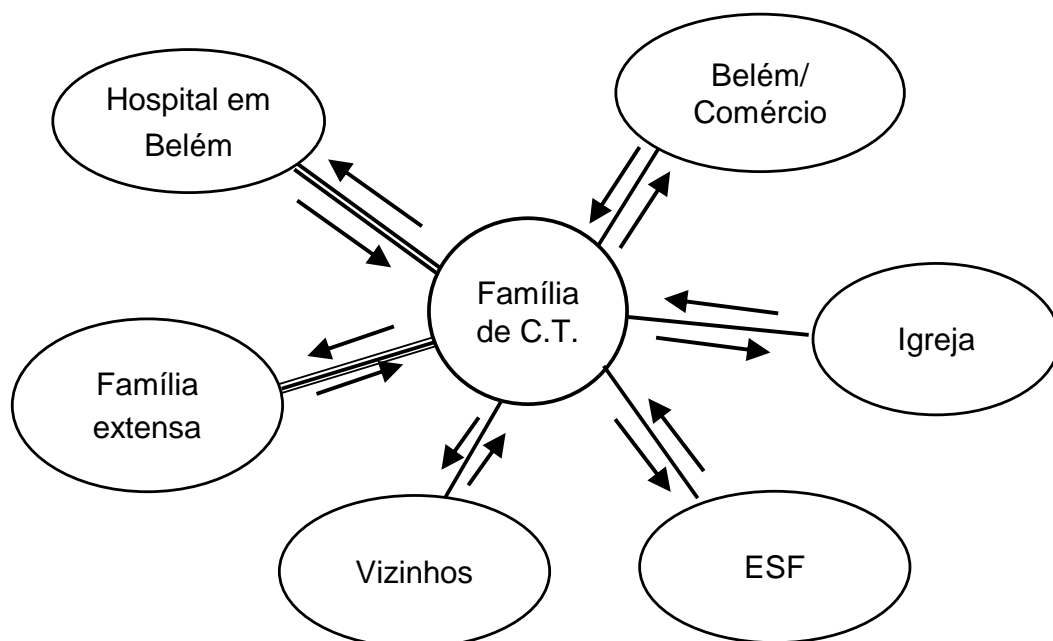
Fonte: Elaborada pelo autor.

6.1.10 Família 10: C.T.

O Sr. C.T. Trindade 71 anos de idade, aposentado, hipertenso, casado com a Sra. Gracina de 73 anos de idade, aposentada, hipertensa e possui marca-passo cardíaco, casados há 51 anos, perpetraram 13 filhos, dos quais tem-se 11 filhos vivos. Pela ordem de nascimento tem-se, Rosilene de 52 anos de idade, Rosalina de 51 anos de idade, Regina de 50 anos de idade, Rosineide de 49 anos de idade, Rosivaldo de 48 anos de idade, Rosiane de 47 anos de idade, Renato e Roberto falecidos ainda bebês (seu C.T. não soube dizer a idade exata e nem o porquê), Ruthcleia de 40 anos de idade, Roseli de 39 anos de idade, Rita Lee de 37 anos de idade, Roberval de 36 anos de idade e de Rosilda de 34 anos de idade. Possui uma família alargada e moram na mesma residência o sr. C.T. a esposa e a neta Jessica Trindade de 24 anos de idade, estudante e garçonete, filha de Ruthcleia Trindade, os demais familiares, filhos e netos, moram em casas ao lado da casa do Sr. C.T.. Ele mantém contato com a família através do meio pessoal e com o restante da família extensa diariamente, utiliza-a para companhia social. Não possuem mais crianças frequentando a escola. Em casos de problemas de saúde recorre a Estratégia Saúde da Família (ESF) situada na Ilha do Combu para vigilância a saúde e recorre sempre aos serviços hospitalares. Frequenta igreja católica. O acesso a sua residência se dá por meio de barco, a mesma não possui aquecimento ou sistema de refrigeração, possui o sistema de abastecimento de água por meio de rede privada (furo/poço) próprio. Tem como destino dos resíduos a queima e possui saneamento básico por meio de

fossa séptica. O casal não realizou planejamento familiar, e não tinham conhecimento acerca dos métodos contraceptivos e nem acerca dos direitos sociais na gravidez, porém conhece os direitos sociais da maternidade e paternidade, como por exemplo, as licenças. Em sua dimensão de desenvolvimento dona Gracina é responsável por cuidar das crianças, educar as crianças, cuidar da casa e preparar refeições e cuidar dos demais em situação de saúde – doença, já o sr C.T. é responsável por contribuir para a economia da casa, e a neta Jessica é responsável por cuidar dos membros idosos (Sr. C.T. e Dona Gracina). O casal possui relação forte com a neta e os demais familiares. Em relação à Dimensão funcional o casal conversa sobre os problemas da família junto com a neta. Não quiseram relatar como se dá os discursos entre a família, portanto, não disseram se os discursos dos mesmos são claros e diretos, nem se fazem acordos entre si, ou sequer conversam sobre o futuro da família e a tomada de decisões juntos para a família. Dona Gracina é quem sempre inicia as conversas em família, expressa com facilidade os sentimentos e se diz mais satisfeita com seu papel, o sr. C.T. é que mais ajuda nos momentos de dificuldades e Jessica é quem se diz mais saturada pelo seu papel. Dona Gracina é quem resolve com mais frequência os problemas de saúde, e seu C.T. resolve com mais frequência os problemas econômicos.

Figura 22 – Ecomapa família 9.



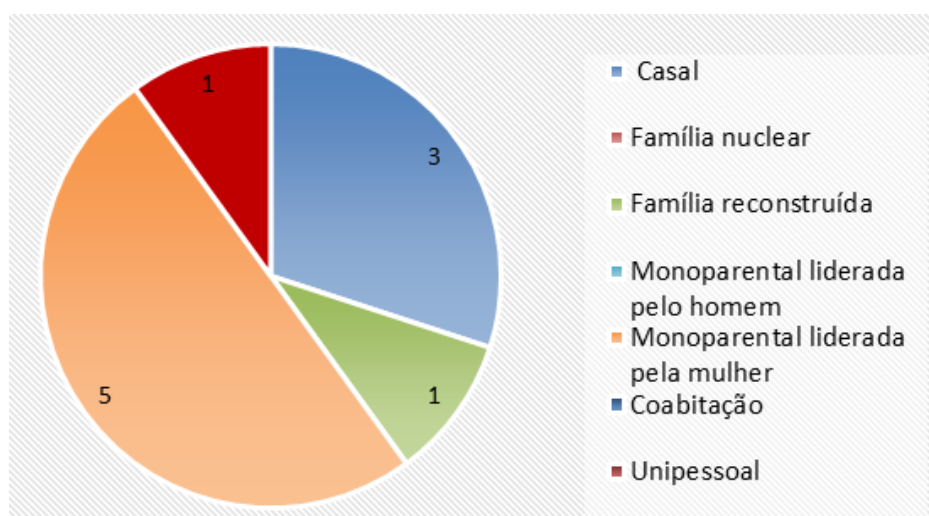
Fonte: Elaborada pelo autor.

6.2 AVALIAÇÃO FAMILIAR

6.2.1 Dimensão Estrutural

Tipo de Família

Gráfico 1 – Tipos de Famílias.

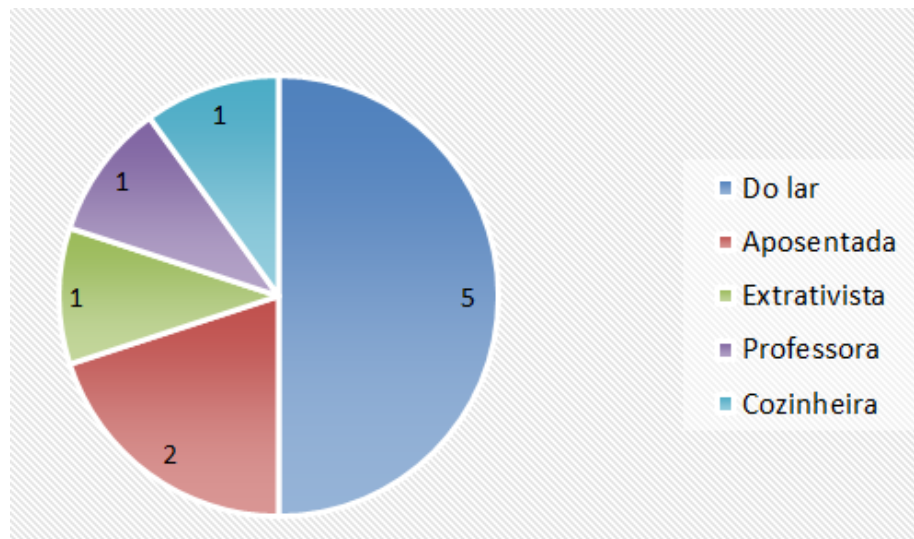


Fonte: Elaborada pelo autor.

Dentre as diversas tipologias de famílias, nas dez famílias entrevistadas identificou-se quatro delas, *três famílias nuclear*, neste caso pai e mãe; *cinco famílias monoparental liderada pela mulher* e *uma família, alargada*.

Entende-se por família monoparental o núcleo familiar onde vive apenas um pai ou uma mãe sem cônjuge, e com um ou vários filhos dependentes e solteiros, neste estudo demonstrou que a maioria das famílias era composta por mães solteiras, e para Verza (2015) essas famílias monoparentais já representam o segundo maior grupo familiar no Brasil, e as mulheres, dentro desse grupo, estão à frente na chefia desses lares. Neste estudo apenas uma família foi identificada como alargada, porém são situações frequentemente encontradas em nossa região, onde coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitores e/ou filhos onde existe uma união conjugal e mais do que um nível de descendência, podendo coabitar avós, netos, tios, primos e cunhados (CANIÇO, 2010).

Gráfico 2 – Caracterização dos elementos da família quanto à ocupação das Mães.

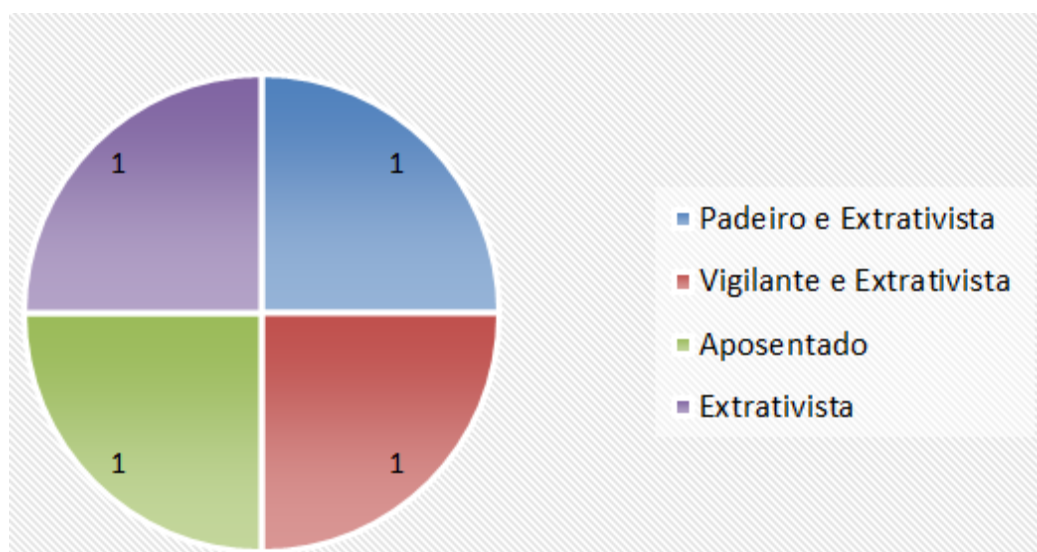


Fonte: Elaborada pelo autor.

Quanto à ocupação das mães nas composições das famílias estudadas de um total de 10 mães, cinco delas, eram do lar, pois se ocupavam com as atividades rotineiras da casa, duas delas, eram aposentadas; uma, tendo como ocupação o extrativismo de açaí (atividade comum na região para homens e mulheres); uma professora de Ensino Fundamental na escola da ilha e uma, tendo como ocupação cozinheira em restaurante na ilha.

Para Reis (2012) a condição de extrativista submetia o ribeirinho a viver em função de um ciclo sazonal em que em um período de escassez de fruta e/ou caça, a população sofria com a diminuição de recursos naturais, pois a coleta, a caça e a pesca caracterizavam-se como as principais fontes de nutrientes e de renda, durante todo o ano.

Gráfico 3 – Caracterização dos elementos da família quanto à Ocupação dos Pais.

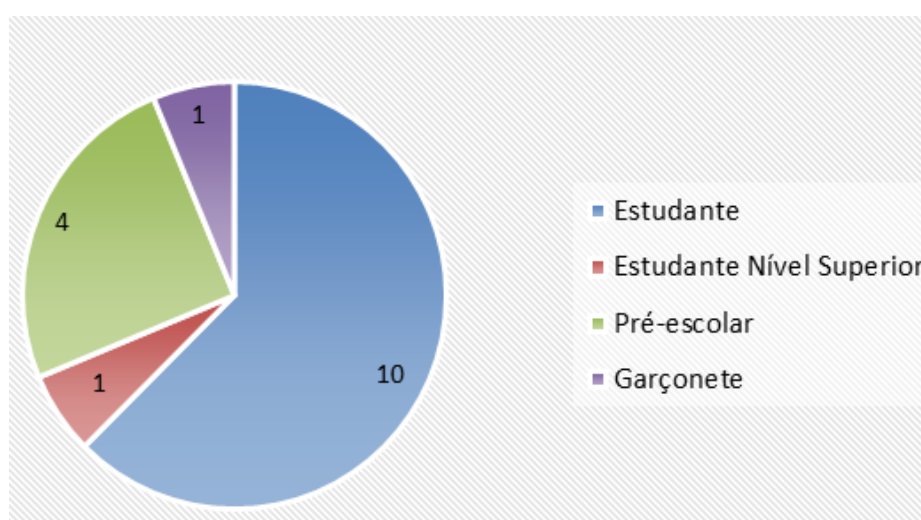


Fonte: Elaborada pelo autor.

Da ocupação dos pais da composição das famílias no total de quatro, um deles, tendo como ocupações padeiro e extrativismo de açaí; um vigilante e extrativista de açaí; um aposentado e um tendo como ocupação somente extrativismo de açaí na ilha. Pode ser observado que todos os homens relatados neste estudo já foram ou são extrativistas função para a qual foram ali colocados na expectativa de ser feita a proteção do ambiente insular.

Silva (2011) afirma que a literatura define o ribeirinho com base na forma de trabalho essencialmente extrativista e agrícola centrada na produção familiar.

Gráfico 4 – Caracterização dos elementos da família quanto à Ocupação dos Filhos.



Fonte: Elaborada pelo autor.

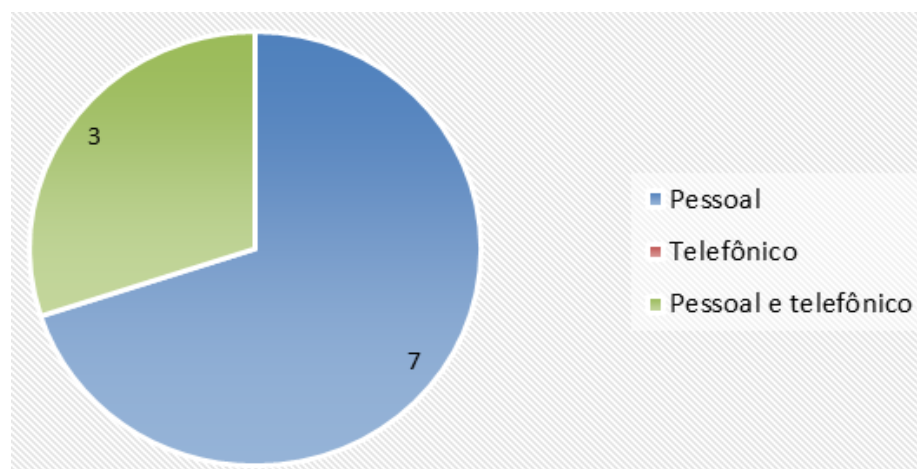
Da ocupação dos filhos da composição das famílias num total de dezesseis filhos, quinze deles são estudantes, sendo dez deles estudantes de nível fundamental; quatro estudantes de pré-escola; um estudante de nível superior; e um, ocupa-se como garçonete em restaurante na ilha.

Em relação às oportunidades educacionais, na ilha do Combu, a escola é administrada pela Secretaria Municipal de Educação de Belém, e funcionava como anexo de uma escola municipal no bairro da Condor/Belém, oferece somente a educação infantil até a 4ª série do Ensino Fundamental, porém ainda há certa distância entre as escolas e as comunidades, e apesar de terem condições precárias de estrutura do ambiente escolar, redução dos profissionais de educação e acesso limitado aos ciclos iniciais do ensino fundamental, ainda sim as crianças da ilha conseguem ter acesso à educação. Porém esse acesso encerra-se a 4ª série, tendo, portanto os que quiserem continuar com os estudos terem de vir a Belém para isso, o que dificulta o desenvolvimento e mostra que somente um filho acima da idade escolar de ensino fundamental relatou realizar o curso de biomedicina em Belém, os demais da

mesma idade ou já trabalham em atividades na ilha e deixaram de estudar (FREIRE, 2013, REIS, 2012).

Quando se fala no tipo de habitação, todas as dez famílias moram em casas ou feita de madeira modelo palafitas sobre o rio ou igarapés ou construídas em terreno seco de alvenaria e cobertura de telhas de amianto. Em estudo feito por Reis (2012), relata que a maioria das casas na área ribeirinha são construída com tábuas, madeira e coberturas de palhas, por ser este o material mais acessível economicamente.

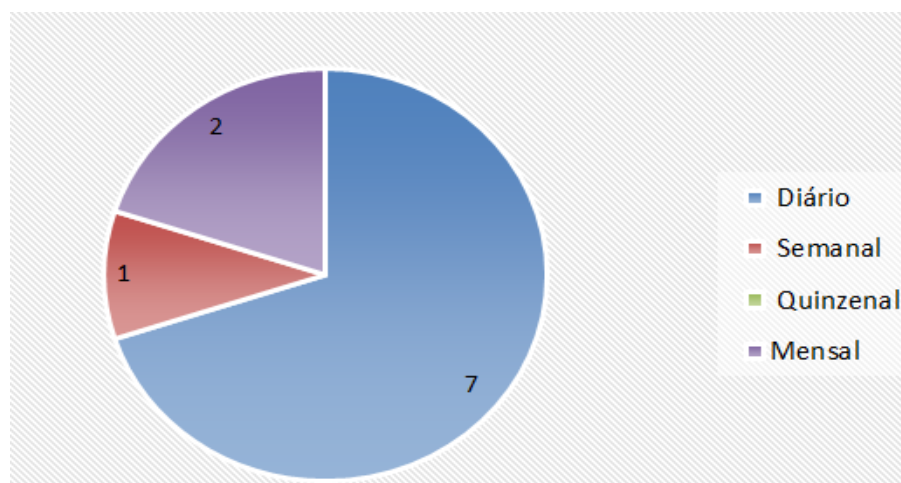
Gráfico 5 – Tipo de Contato com a Família.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Em relação ao tipo de contato das famílias estudadas com a família extensa, sete, utilizam o meio pessoal; três deles utilizam tanto o meio pessoal quanto o telefônico e nenhuma delas respondeu manter contato com a família exclusivamente pelo meio telefônico.

Gráfico 6 – Intensidade de Contato com a Família Extensa.



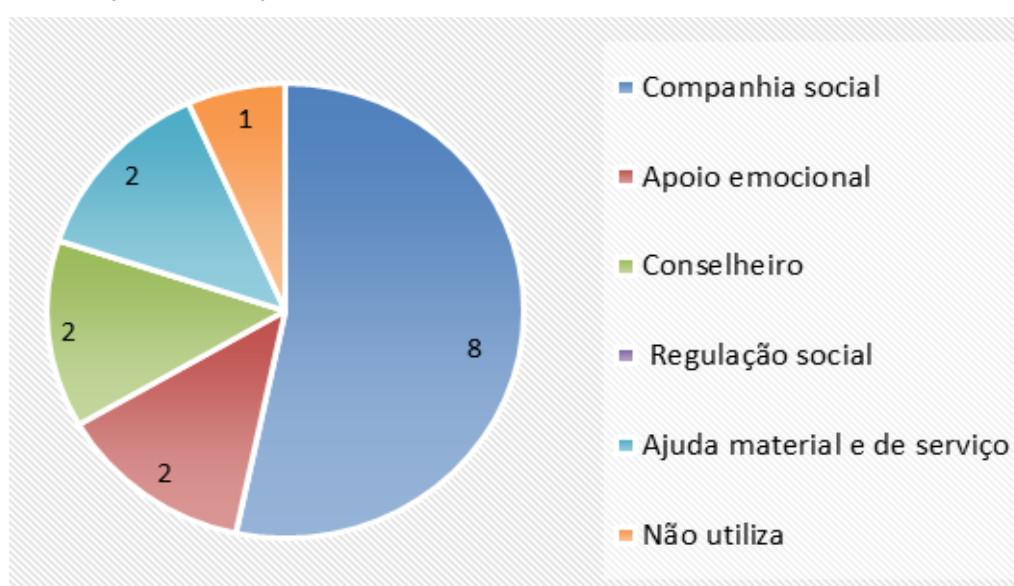
Fonte: Elaborada pelo autor.

Em relação à intensidade de contato deles com a família extensa, sete encontram-se pelo menos uma vez ao dia; dois deles encontram-se pelo menos uma vez ao mês; uma das famílias afirmou encontrar-se com a família extensa pelo menos uma vez por semana e nenhuma das famílias relatou ter dificuldade em contatar com a família extensa pelo menos uma vez a cada 15 dias.

Entendemos que esta facilidade se dá em função de viverem no mesmo espaço geográfico, muitos vivendo na vizinhança do outro ou no mesmo domicílio no conhecido “puxadinho” (quarto agregado nos fundos do domicílio principal).

Para Baptista (2012), a rede social é definida como uma teia de relações que circundam o indivíduo, são grupos de pessoas com quem estabelece contato ou alguma forma de participação, nesse contexto que incluímos as relações sociais e de apoio entre os familiares na ilha do Combu, visto que temos também como uma rede de apoio, em que esta por sua vez é reconhecida por seus efeitos protetivos ao desenvolvimento humano. Essa rede de apoio social refere-se ao conjunto de relações sociais próximas e significativas que representam o apoio percebido e recebido pelo indivíduo, além disso, um alto nível de suporte familiar tem sido relacionado com a baixa prevalência de transtornos de ansiedade e de humor, neste estudo somente uma pessoa relatou sofrer de transtornos, este bipolar, em que a mesma relatou não ter muitas relações com a família, porém não foi possível compreender se isto aconteceu antes ou após a falta do contato.

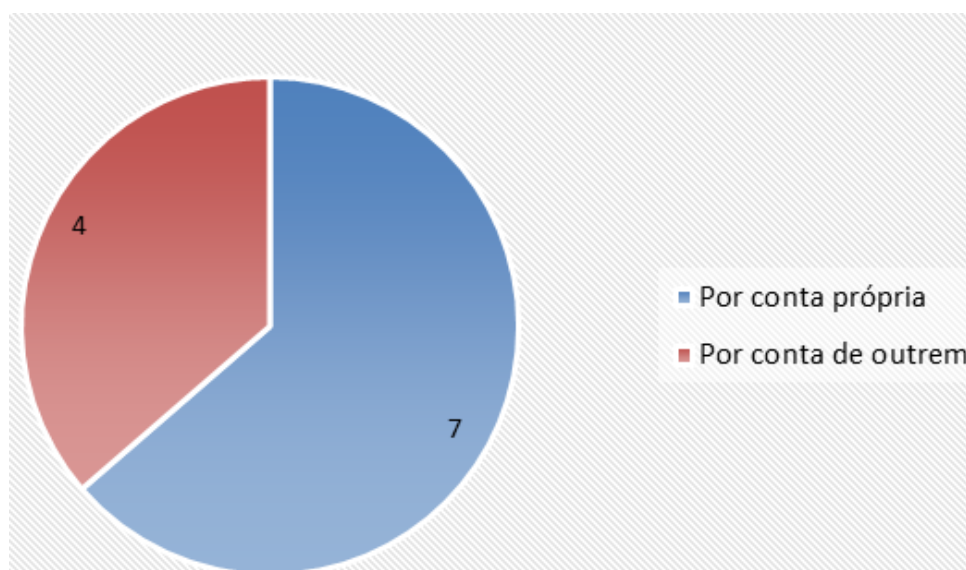
Gráfico 7 – Função das Relações com a família extensa.



Fonte: Elaborada pelo autor.

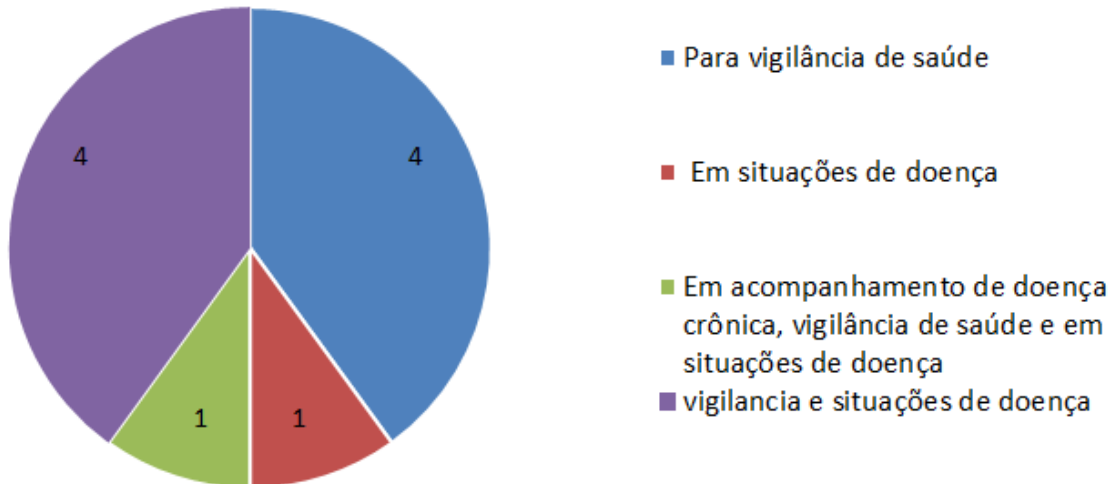
A família extensa é a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família (WRIGHT, 2015), e tem diversas funções, porém nas famílias pesquisadas, oito delas utilizam para Companhia social; duas delas utilizam para apoio emocional; duas delas utilizam como conselheiros; duas delas utilizam para ajuda material e de serviço; uma delas relatou não utilizar a família extensa para nada.

Gráfico 8 – Formas de Sustento, tipo de trabalho.



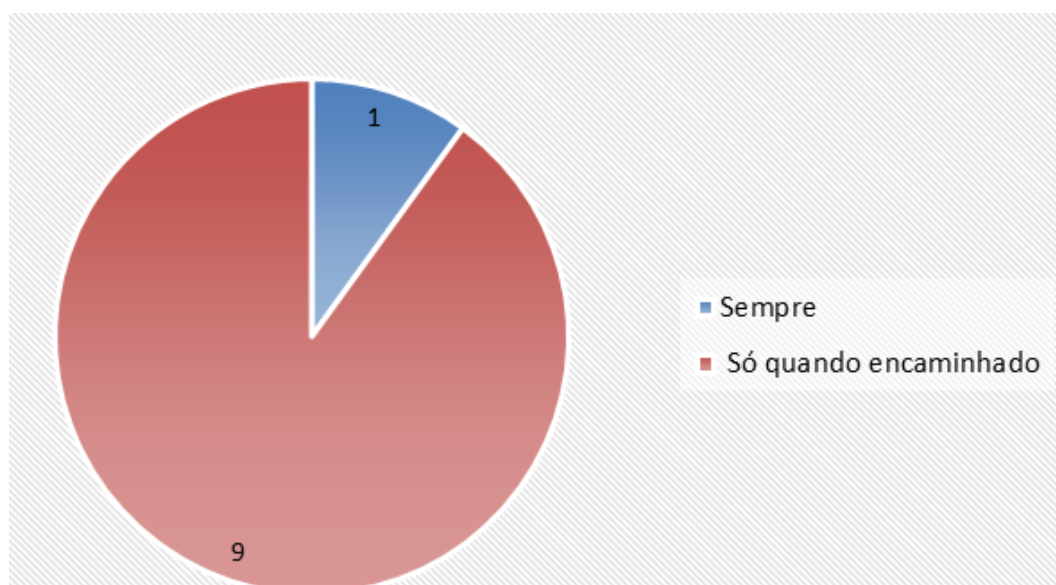
Fonte: Elaborada pelo autor.

Os sistemas mais amplos são as instituições sociais mais amplas e as pessoas com as quais a família tem contato significativo, e abrangem em geral os sistemas de trabalho (WRIGHT, 2015), e das 10 famílias entrevistadas, sete se sustentam por conta própria e três delas, tem ajuda de outros para o seu sustento. Apesar de já ter mudado muito o perfil de trabalho dos residentes da ilha do Combu, essa condição continua predominantemente extrativista, através da colheita do açaí, porém acrescentaram-se o engajamento crescente em atividades assalariadas, e também as pessoas que se sustentam com base em aposentadoria ou auxílio do governo. O estudo de Reis (2012) vem a corroborar com isso, onde teve como resultados que demonstraram que o extrativismo, a pesca e as atividades domésticas apresentavam-se como as principais ocupações, porém em seu estudo a variação das ocupações na ilha do Combu surpreendeu, pois houve registros de DJ, doceira, estagiária, recepcionista, empregada doméstica e serviços gerais, o que reflete a mudança ocupacional que uma comunidade próxima à área urbana adquire outras formas de interações contextuais e mudanças no modo de vida desses ribeirinhos.

Gráfico 9 – Recorre a ESF/USF.

Fonte: Elaborada pelo autor.

A principal dificuldade das comunidades ribeirinhas é a falta de acessibilidade aos serviços de saúde, que evidencia a necessidade de implantação de uma rede de atenção à saúde básica assistir às comunidades ribeirinhas, tanto na detecção como no tratamento das doenças (VILAS BOAS, 2016). A ilha do Combu possui uma Unidade Básica de Saúde, que atende a todos os moradores da ilha, quatro das famílias pesquisadas relataram fazer uso da ESF para a vigilância a saúde; outras quatro famílias relataram fazer uso da ESF para a vigilância a saúde e em situações de doença; uma família relatou fazer uso da ESF para a vigilância a saúde, em situações de doença e para acompanhamento de doença crônica; e uma outra família relatou fazer uso da ESF para acompanhamento de doença crônica.

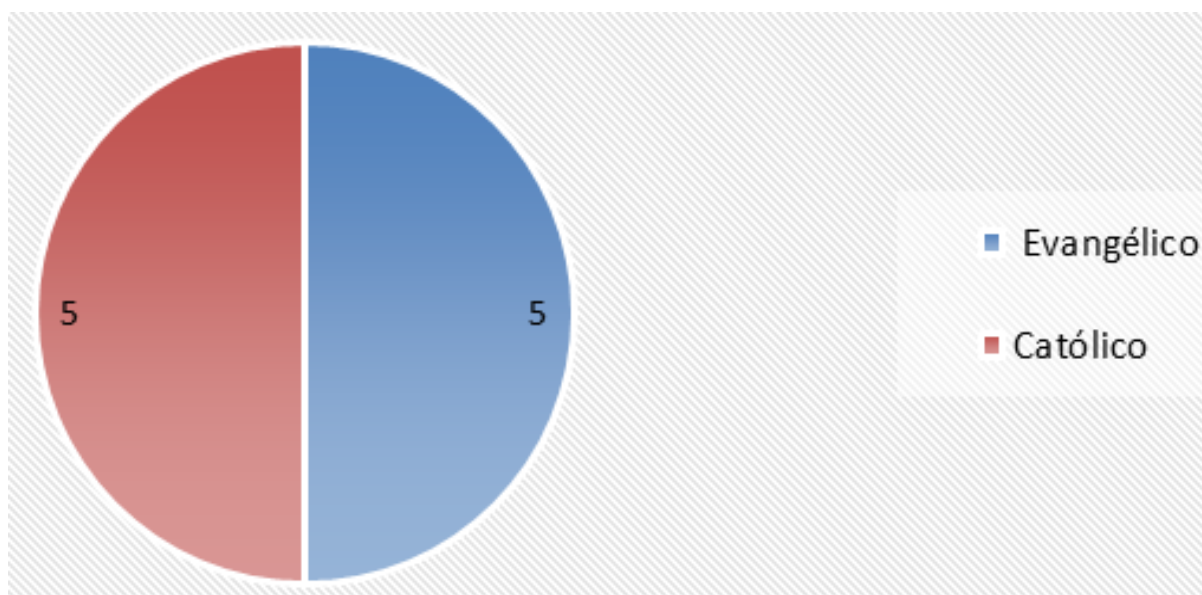
Gráfico 10 – Recorre aos Serviços Hospitalares.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Para Pereira (2016), aos ribeirinhos muitos serviços públicos, inclusive os de saúde só são oferecidos na sede do município, por exemplo, há serviços de saúde, como o atendimento hospitalar, que só são realizados na cidade. No caso dos moradores da Ilha, Belém é o acesso principal a estes serviços, e nos relatos apresentados a maioria das famílias entrevistadas, nove delas recorrem aos serviços hospitalares somente quando encaminhados, esta resposta foi devido a existência do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) dos serviços de saúde, em que as consultas de média e alta complexidade tem que ser reguladas senão não há o acesso ao serviço, isso se dá com o intuito de facilitar o acesso e organizar o fornecimento dos serviços de saúde, isso após serem atendidos pelos profissionais da Unidade de Saúde da Ilha, e somente uma família relatou recorrer sempre aos serviços hospitalares, quando é para o serviço de Urgência, os moradores recorrem ao Pronto-Socorro municipal que também se localiza no município de Belém.

Ruzany (2012) afirma que os fatores demográficos são importantes para consideração quando analisamos as condições de acesso aos serviços públicos de saúde, sendo que ainda tem a barreira da característica marcante da gestão dos serviços públicos no Brasil, a centralização dos serviços de maior complexidade e de melhor qualidade nas capitais e nas cidades com maior número de habitantes, portanto os moradores da ilha precisam se deslocar sempre ao município de Belém para ter acesso aos mesmos.

Gráfico 11 – Instituições Religiosas que Frequentam.



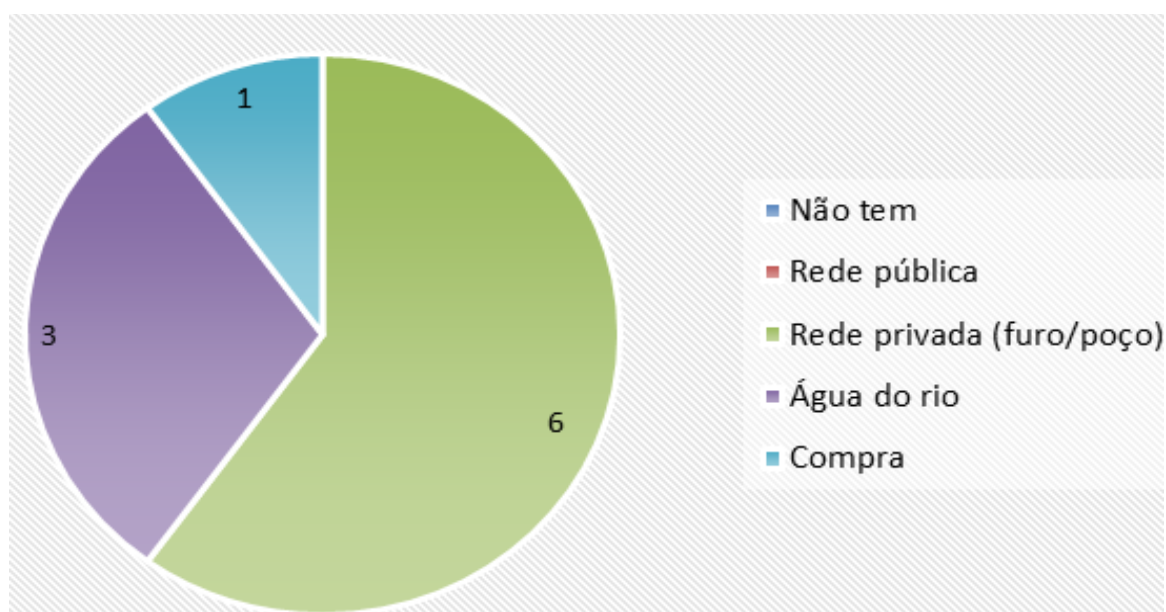
Fonte: Elaborada pelo autor.

Em relação à qual instituição religiosa as famílias costumam frequentar, a resposta dos mesmos foi bem equilibrada, sendo cinco delas frequentadores de igrejas evangélicas e as outras cinco frequentam a igreja católica, mesmo sendo de instituições diferentes, as famílias demonstraram ter uma religiosidade muito presente, o que se adequa as informações do CENSO do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, onde tínhamos 42.275.440 pessoas que se declararam como sendo evangélicas, 123.280.172 que se diziam católicos, um total de 190.755.799 de pessoas com religião, e 15.335.510 que diziam não possuir nenhum tipo de religião, portanto temos um total de 8% de pessoas que não possuem religião e 82% de pessoas que se dizem religiosas (IBGE, 2010).

Em relação ao acesso, por se tratar de uma comunidade ribeirinha o acesso a todas as residências se dá por meio de barco ou rabetas uma espécie de embarcação muito utilizada pelas famílias ribeirinhas, onde somente desta forma foi que podemos ter acesso as mesmas, indo e parando de trapiche em trapiche.

Em relação ao sistema de aquecimento e/ou Refrigeração por se tratar de uma comunidade ribeirinha, apesar de possuir proximidade com Belém, ainda tem diversos problemas estruturais, as casas são de madeira em sua maioria não possuem ar condicionado, utilizam ventiladores para amenizar o calor, e pelo estado do Pará se tratar de um local com o clima muito quente não há a necessidade de se ter aquecedores, onde se observou que todas as famílias pesquisadas não possuem sistemas de aquecimento ou refrigeração.

Gráfico 12 – Sistema de abastecimento de água.



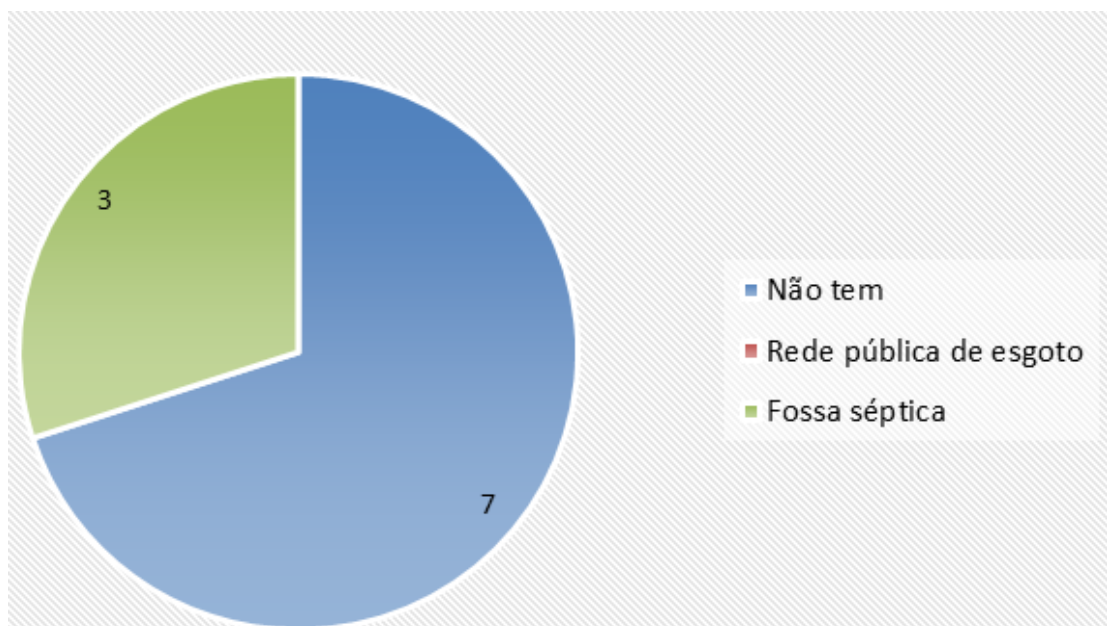
Fonte: Elaborada pelo autor.

As famílias moradoras da ilha em sua maioria, seis possuem ou utilizam rede privada para se abastecer de água, este abastecimento pode ser de poço artesiano próprio ou de familiar próximo ou do sistema de abastecimento característico da ilha; três delas utilizam a água do rio para o consumo; e somente uma faz a compra de água mineral para o consumo.

Na ilha do Combu, a água consumida provém, principalmente, de um sistema de abastecimento característico da ilha, em que um barco distribui água em garrações de 20 litros sem autorização para a venda, ou seja, sem supervisão da vigilância sanitária, pois os galões chegam à comunidade sem lacre e, mesmo assim, são comercializados, porém ainda há moradores que fazem uso das águas do rio, isso só vem a corroborar com o que já foi dito por Reis (2012).

Em relação ao Serviço de tratamento de resíduos/lixo, o tratamento dos resíduos foi muito falado pelas famílias, todas elas reclamaram do poder público, pois se sentem abandonados, já que não existe nenhuma forma de tratamento dos resíduos que são gerados por eles, sendo a queima a única forma encontrada pelas 10 famílias para o descarte do lixo. Em estudos como o de Reis (2012) e de Rodrigues (2016) afirmaram que nas comunidades ribeirinhas investigadas o destino do lixo de ambas era a queima, o que se afirmou neste estudo em que todas as entrevistadas queimavam o seu lixo, porém os mesmos também afirmaram que existem famílias que descartam o lixo nas águas dos rios, isso também leva a entender o porquê de terem relatado em várias entrevistas que as doenças frequentes eram problemas de pele como coceiras e a diarreia nas crianças.

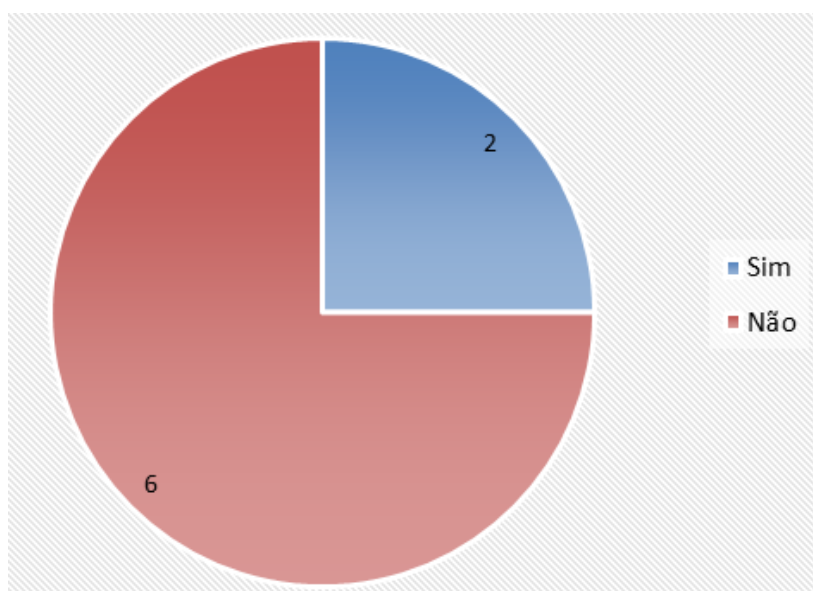
Gráfico 13 – Sistema de Saneamento Básico.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Complementando o que foi falado anteriormente em relação ao tratamento dos resíduos, ocorre quase a mesma coisa quando se trata do saneamento básico, em que as famílias não possuem este serviço oferecido pelo governo, em que em sua maioria, sete famílias não possuem saneamento básico e representa à realidade das famílias residentes na ilha, e somente três famílias possuem fossa séptica. Reis (2012) também afirma que em meio a esse contexto, rico em biodiversidade e cultura, com diversas peculiaridades, como o modo de vida extrativista, as comunidades ribeirinhas por vezes sofrem com a falta de saneamento básico que no caso da ilha não possuem acesso à água de qualidade e nem ao descarte correto dos resíduos.

Gráfico 14 – Planejamento Familiar.

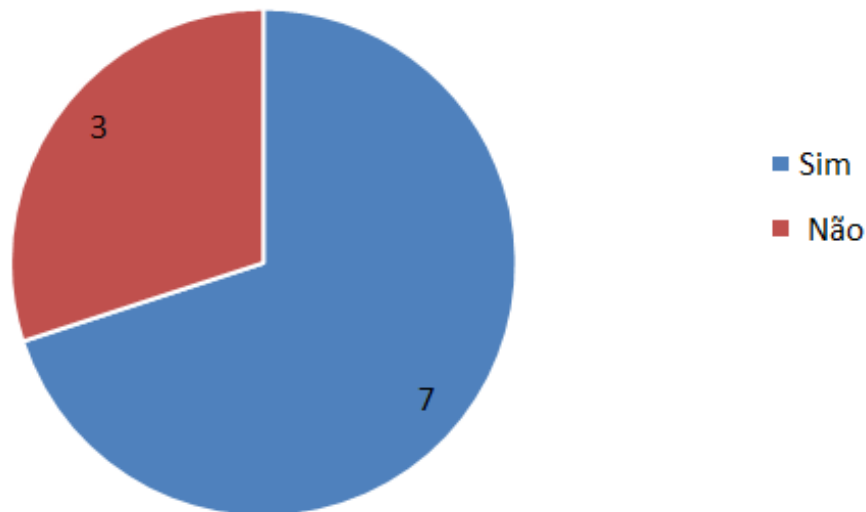


Fonte: Elaborada pelo autor.

Acerca do planejamento familiar, a maioria das famílias, seis delas, não planejou o nascimento dos filhos, duas das famílias, relataram ter realizado o planejamento familiar na unidade de Saúde da ilha, e as outras duas famílias ainda não possuíam filhos.

De acordo com Brasil (2017), o Planejamento familiar é o Conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família e controlar a fertilidade é o primeiro passo para planejar o momento mais adequado para ter filhos, e na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), feita em 2006, financiada pelo Ministério da Saúde, revelou que 46% das gravidezes não são planejadas, já Silva (2016) *apud* Vargas (2010), em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, cerca de 55% das gestações que ocorrem no país não são planejadas.

Gráfico 15 – O casal tem conhecimento sobre os métodos contraceptivos

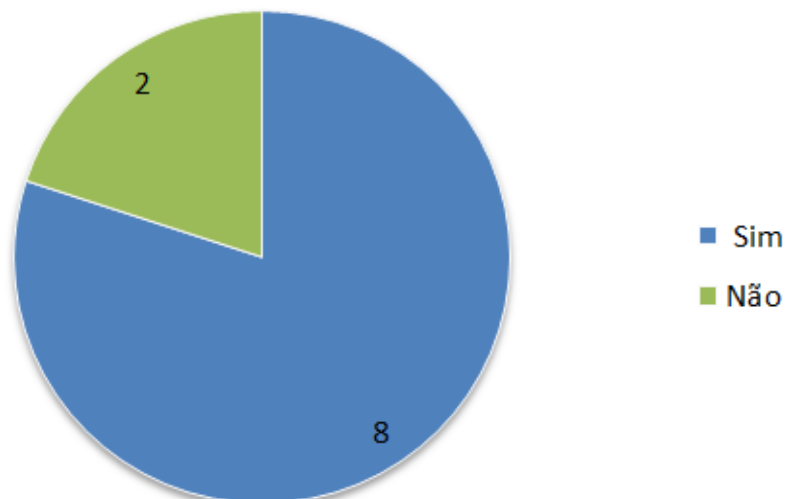


Fonte: Elaborada pelo autor.

Apesar da maioria das famílias não terem planejado o nascimento dos filhos, ainda assim a maioria possui conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, o que significa que mesmo tendo o conhecimento de que os métodos contraceptivos evitam os nascimentos, não houve adesão por parte dos mesmos onde, sete famílias tinham o conhecimento e três famílias de fato não sabiam nem da existência destes métodos.

PNDS de 2006, mostrou que 80% das mulheres usam de algum método para evitar a gravidez, portanto a maioria possui conhecimento acerca desses métodos, onde a pílula anticoncepcional e o Dispositivo Intrauterino (DIU) são os mais usados pelas brasileiras (BRASIL, 2017).

Gráfico 16 – O casal tem conhecimento sobre direitos sociais na gravidez?

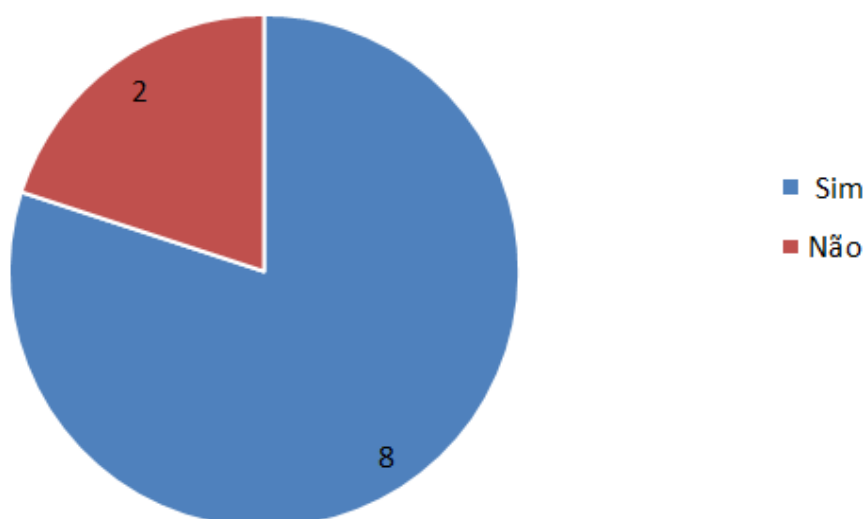


Fonte: Elaborada pelo autor.

As famílias em sua grande maioria possuem conhecimento sobre direitos sociais na gravidez como, por exemplo, aqueles que garantem à gestante: atendimento em caixas especiais, prioridades na fila de bancos, supermercados, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial, neste caso oito famílias tem o conhecimento destes direitos, e duas famílias não tinha o conhecimento destes direitos.

Existem diversas legislações que garantem a gestante os direitos sociais durante a gravidez e lactação, diante disto temos a lei nº 9.263/1996 que garante a gestante o acompanhamento do pré-natal, onde a gestante deve ter o acompanhamento especializado durante a gravidez, onde todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) têm obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais. À gestante e à lactante a lei nº10.048/2000 garante que o atendimento prioritário em hospitais, órgãos e empresas públicas e em bancos seja garantido, também lhes é assegurada através da Lei nº11.108/2005 o direito a ter/indicar um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. E a Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT) também garante o direito de ter a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário (CNJ, 2017).

Gráfico 17 – O casal tem conhecimento sobre direitos sociais de maternidade/paternidade.



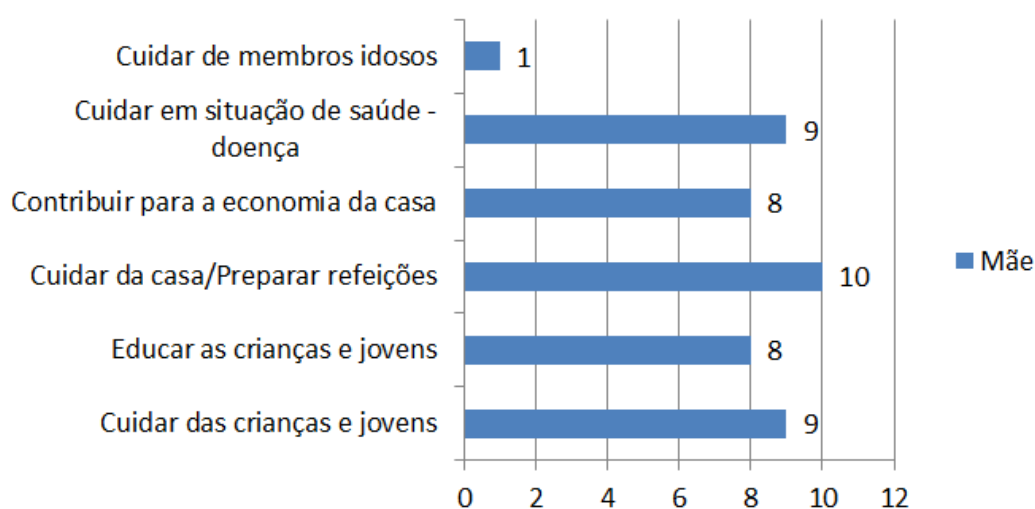
Fonte: Elaborada pelo autor.

As famílias demonstraram possuir conhecimento sobre direitos sociais de maternidade/paternidade como, por exemplo, aqueles que garantem à mãe as licenças maternidade e ao pai a licença paternidade, como no caso anterior, oito famílias têm o conhecimento destes direitos, e duas famílias não tinha o conhecimento destes direitos, tais direitos são adquiridos através da Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT) no art. 473 que

também garante ao pai direito de ter a licença paternidade de 5 dias, sem prejuízo do emprego e do salário, e para funcionários públicos e funcionários de empresas integrantes do Programa Empresa Cidadã o direito de 20 dias, atribuídos a partir do ano de 2016 pela lei nº 13.257/2016.

6.2.2 Dimensão de Desenvolvimento

Gráfico 18 – Distribuição das respostas quando o Membro mais atuante era a mãe, na pergunta Como a família apoia-se mutuamente para,

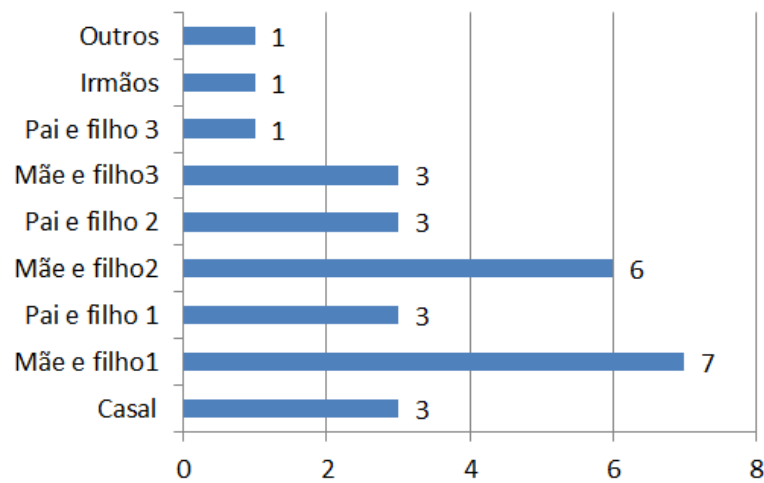


Fonte: Elaborada pelo autor.

Na dimensão do desenvolvimento quando se perguntou como a família apoia-se mutuamente para cuidar das crianças e jovens, Educar as crianças e jovens, Cuidar da casa/Preparar refeições, Contribuir para a economia da casa, Cuidar em situação de saúde – doença e Cuidar de membros idosos. Observou-se o membro da família que mais estava presente nestas ações era a mãe nove (09) delas disseram ser responsáveis por cuidar das crianças e jovens e cuidar em situação de saúde – doença, oito (08) em educar as crianças e jovens e contribuir para a economia da casa, dez (10) em Cuidar da casa/Preparar refeições e uma (01) em Cuidar de membros idosos.

Ao longo dos anos, relativamente recentes, vem se observando que a atribuição da função de provedor ao pai e a glorificação da maternidade sempre foram presentes, sem contar com questão do cuidado da prole era apenas uma das tantas tarefas atribuídas à mulher que, assim como o homem, era responsável pelo provimento da família. No nosso estudo pode-se observar que pela não existência do papel do pai a mãe foi acumulando atribuições (BORSA, 2011).

Gráfico 19 – Tipo de relação mais considerada pelos membros da família para a variável “Relação Forte”.



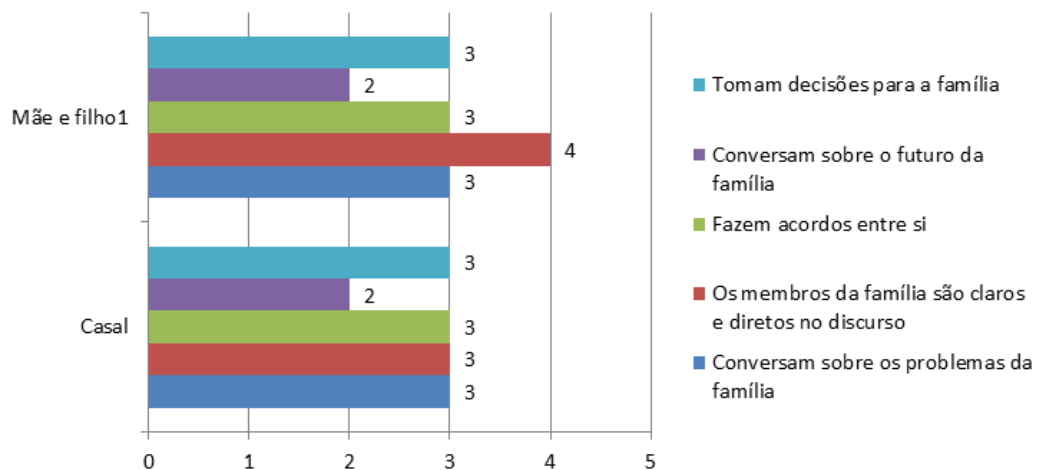
Fonte: Elaborada pelo autor.

Ainda na dimensão do desenvolvimento quando se perguntou como era considerada as relações com os membros da família, tivemos que a predominância entre os membros foi uma relação forte, em que se destacou a relação mãe e filho 1 onde sete (07) famílias relataram essa relação, portanto apresentando a relação da mãe com o primogênito como mais forte.

Borsa (2011) afirma que em todas as culturas conhecidas a grande maioria das crianças interage mais com a mãe do que com o pai, talvez até pela ausência do mesmo, e essa interação foi demonstrada através deste estudo em que a relação mãe e filho, principalmente o primogênito é vista como Forte e bastante prevalente.

6.2.3 Dimensão Funcional

Gráfico 20 – Distribuição do Processo de Comunicação familiar quanto a Dimensão Funcional.

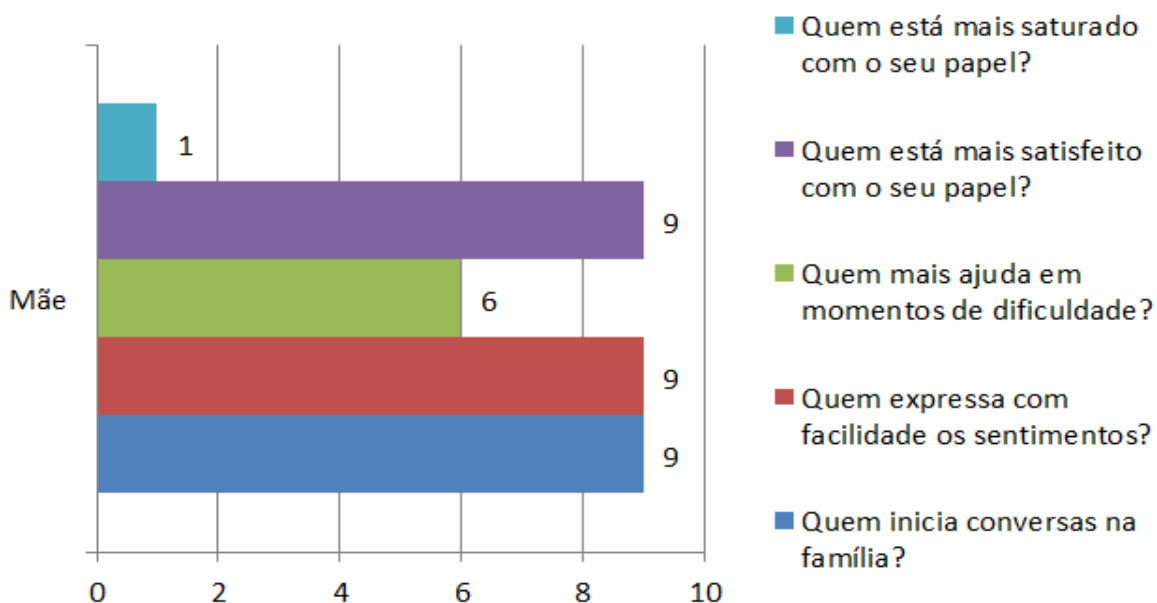


Fonte: Elaborada pelo autor.

Na dimensão funcional perguntou-se como se dava o processo de Comunicação na Família, onde foi observado que a mãe e o primogênito continuam sendo o destaque nas relações, em que tomam as decisões para a família, conversam sobre o futuro, fazem acordos entre si, onde são claros e diretos nos seus discursos e conversam sobre os prolemas da família, em que quase se igualou nos resultados quando se fala da relação entre o casal em que somente o item onde os membros são claros e diretos nos discursos ficou com um relato a menos.

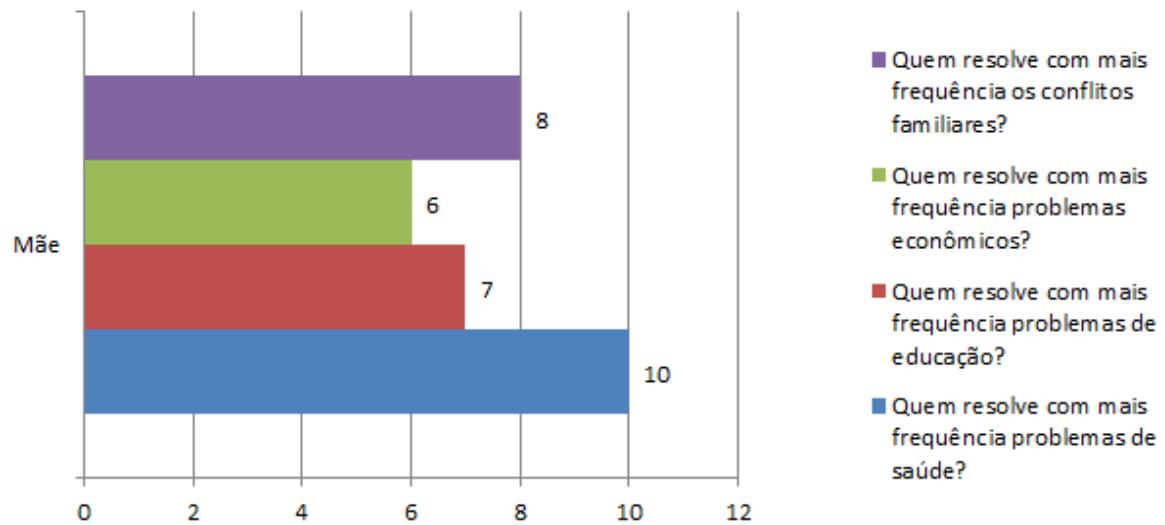
Sobre a capacidade emocional da mãe, Souza e Silva (2011) traz o conceito de “clima emocional favorável”, construído a partir da dedicação, do amor e do afeto da mãe para com o seu bebê e da sua família, o qual é fundamental para o desenvolvimento destes, e dentro do processo de comunicação familiar a mãe passa a ser a principal fonte e provedora das resoluções dos conflitos, sendo esta quem mais atua nas diversas situações tanto nos discursos com os filhos em especial o primogênito, quanto na comunicação entre o casal.

Gráfico 21 – Prevalência do Papel da Mãe na função nas relações da família.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Ainda sobre a Dimensão funcional quando se fala da relação emocional entre os membros da família e a atuação do membro que dá maior suporte ou assistência aos demais temos que a mãe continua sendo a prevalente, em que nove (09) disseram iniciar conversas na família, expressar com mais facilidade os sentimentos e que está mais satisfeita com o seu papel, seis (06) relataram ser a pessoa que mais ajuda em momentos de dificuldade os demais membros e uma (01) relatou estar mais saturada com o seu papel.

Gráfico 22 – Prevalência do papel da Mãe na Solução dos Problemas.

Fonte: Elaborada pelo autor.

E por fim quando se fala na solução dos problemas, o membro mais atuante continua sendo a mãe em que foi observado que dez (10) relataram resolver com mais frequência problemas de saúde, oito (08) resolvem com mais frequência os conflitos familiares, sete (07) resolver com mais frequência problemas de educação e seis (06) resolvem com mais frequência problemas econômicos da família.

O fato das famílias serem constituídas predominantemente por mães solteiras, veio a corroborar para que a mãe passasse a ser o membro mais atuante e em contato com os demais familiares, ajudando na resolução dos conflitos, problemas de saúde e nos problemas em geral, e pode ser afirmado pelo estudo de Borsa (2011), em que fala do fato de que o trabalho doméstico e o cuidado com os filhos, e demais familiares continuam sendo atribuídos à mulher, prioritariamente, no caso desta pesquisa a mãe.

7 CONCLUSÃO

Com esta pesquisa concluiu-se que o tipo de família predominante é a monoparental liderada pela mulher, a ocupação das mães era do lar, a ocupação dos pais era extrativista e a ocupação dos filhos estudantes. O tipo de contato com a família se dá por meio pessoal, e utilizam a família extensa principalmente para companhia social. Tem como forma de sustento como sendo o trabalho por conta própria, os que possuem crianças em fase escolar relata que todas frequentam a escola.

Em relação a saúde, recorrem à ESF principalmente para prevenção de doenças e aos serviços hospitalares somente quando referenciados. Possuem um apego religioso muito presente, sendo divididos igualmente entre os católicos e os evangélicos. A forma de acesso se dá por meio de barcos, e as casas não possuem refrigeração ou aquecimento, tem o abastecimento de água principalmente o privado, característico da ilha, o descarte de lixo se dá por meio da queima, e não possuem saneamento básico.

Em relação ao planejamento familiar, a maioria das famílias não planejou os filhos apesar de ter conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, dos direitos sociais na gravidez além dos direitos sociais da maternidade e paternidade. Temos o membro mais atuante em todos os aspectos como sendo a figura da mãe, os familiares demonstraram ter uma relação muito forte entre si, e a aproximação em relação as resoluções de problemas e afetiva se dá principalmente no contato mãe e primogênito.

Dentre as dimensões de estudo (Estrutural, de desenvolvimento e funcional), a dimensão estrutural foi a que mais predominou em relação a interferência na situação de saúde das famílias, pois devido à falta de saneamento básico e ao péssimo sistema de abastecimento de água as famílias eram acometidas por inúmeros casos de diarreia e doenças de pele.

Foi possível observar que ao profissional de enfermagem cabe somente realizar ações de educação em saúde com o intuito de orientar as famílias e diminuir os impactos da ausência do poder público em relação às questões de saneamento básico e abastecimento de água.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Informatização e telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica**: Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/instrutivo_telessaude_redes_final.pdf>. Acesso em: 20 mai 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 1).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011c. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 3).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2017.

_____. **Melhor em Casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Caderno de Atenção Domiciliar, V. I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 20 mai 2017.

_____. **Melhor em Casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Caderno de Atenção Domiciliar, V. 2). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 20 mai 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Planejamento Familiar [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 06 set. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 20 mai 2017.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 31-39, jan./mar. 2011.

CANIÇO, H. et al. **Novos tipos de família**: plano de cuidados. Coimbra: Imprensa da

Universidade de Coimbra, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Conheça os direitos da gestante e lactante [Internet]. Brasília: CNJ, 21 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/81835-cnj-servico-conheca-os-direitos-da-gestante-e-lactante>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

FACO, V. M. G.; MELCHIORI, L. E. Conceito de Família: adolescentes de zona rural e urbana. In: VALLE, T. G. M. (Org.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 121-136.

FIGUEIREDO, M. H. J. S. **Enfermagem de família**: um contexto do cuidar. 2009. 550p. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto. Porto (Portugal), 2009. URI: <http://hdl.handle.net/10216/20569>.

FIGUEIREDO, M. H. J. S. **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar**: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Coimbra: Lusociência, 2012.

_____; MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 552-559, Jul/Set. 2010. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559

FREIRE, V. R. B. P. et al. Atividades acadêmicas na rotina de crianças ribeirinhas participantes do Programa Bolsa Família. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 159-166, abr.-jun. 2013. doi: 10.1590/S0102-37722013000200005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MACHADO, T. C. M. et al. Cuidando de uma família de acordo com o Modelo Calgary em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Marília: SP. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 10, p. 69-74, jan./mar, 2006.

MARIANO, A. B. P. As mudanças no modelo familiar tradicional e o afeto como pilar de sustentação destas novas entidades familiares. **Cad. Esc. Direito - Unibrasil [Online]**. Disponível em: <<http://www.unibrasil.com.br/arquivos/direito/20092/ana-beatriz-parana-mariano.pdf>>. Acesso em: 05 Dez. 2015.

MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo calgary e a taxonomia da NANDA.

Texto Contexto Enferm. [Internet], Florianópolis, v. 1, n. 17, p. 72-80, jan.-mar. 2008. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100008>

MUNIZ, J. R.; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. Bras. Educ. Méd. [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 33, p. 72-79, jan./mar. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010>

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da Família: desenvolvimento do Conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-988 nov./dez. 2005. doi: 10.1590/S0104-11692005000600010.

PEREIRA, C. A. R.; WINKLER, M. S.; HACON, S. S. Análise de condições ambientais em comunidades ribeirinhas de Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Rev. Bras. Geogr. Física**. Recife, v. 9, n. 2, p. 440-455, 2016.

PINTO, J. P.; FERNANDES, M. G. O.; HORTA, A. L. M. Representação da família na arte: análise da estória em quadrinhos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 21-26, 2004.

RADOVANOVIC, C. A. T.; CECILIO, H. P. M., MARCON, S. S. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm. [Online]**. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 45-54, 2013. Doi: 10.1590/S1983-14472013000100006

REIS, D. O.; ARAUJO, E. C.; CECILIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Especialização em Saúde da Família. Unasus - Unidade 04.** Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.

REIS, D. C. et al. Araraiana e Combu: um estudo comparativo de dois contextos ribeirinhos amazônicos. **Temas Psicol.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 429-438, Dez. 2012.

RODRIGUES, F. A. et al. Produção científica acerca do modelo calgary de avaliação da família: um estudo bibliométrico. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. [Internet]**. v. 7, n. 3, p. 3063-3075, jul./set. 2015.

RUZANY, M. H.; MOURA, E. A. F.; MEIRELLES, Z. V. **Adolescentes e jovens de populações ribeirinhas na Amazônia – Brasil.** Rio de Janeiro: Visão Social, 2012.

SÃO PAULO [ESTADO]. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **História do conceito de família [Internet]**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/EGov/FamiliaSucessoes/Historia.aspx>>. Acesso em: 05 de Dezembro de 2015.

SCHWARTZ, E. *et al.* Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**. Maringá, v. 8, Suplem., p. 117-124, 2009. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i0.9727>

SILVA, L.; BOUSSON, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**. Brasília, v. 4, n. 62, p. 530-534, jul.-ago. 2009. Doi: 10.1590/S0034-71672009000400006

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]**. São Paulo, v. 5, n. 45, p. 1250-1255, Oct. 2011. Doi: 10.1590/S0080-62342011000500031

SILVA, S. S. C. *et al.* Avaliação de famílias ribeirinhas: uma proposta adaptada ao contexto. *Gerais [Internet]*. Juiz de Fora, v. 4, n. 2, p. 253-263, jul.-dez. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v4n2/v4n2a07.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2017.

SILVA, A. S. *et al.* Análise da adesão ao programa do planejamento familiar em unidades de saúde do município de Santarém-PA. **Rev Em Foco [Internet]**. Santarém, v. 2, n. 26, p. 43-53, 2016. Disponível em: <<http://iespes.edu.br/revistaemfoco/index.php/Foco/article/view/127/69>>. Acesso em: 20 mai 2017.

SIQUEIRA, A. B. *et al.* Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq. Med. ABC [Internet]**. Santo André, v. 31, n. 2, p. 73-77, jul.-dez. 2006. Disponível em: <<https://portalnepas.org.br/amabc/article/view/243/239>>. Acesso em: 20 mai 2017.

SOUZA E SILVA, A. C. **Vivências da maternidade**: expectativas e satisfação das mães no parto. 2011. 188p. Dissertação (Mestrado Psicologia do Desenvolvimento)- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2011.

SZELBRACIKOWSKI, A. C.; DESSEN, M. A. Problemas de comportamento exteriorizado e as relações Familiares: revisão de literatura. **Psicol. Estud. [online]**. Maringá, v. 12, n. 1, p. 33-40, jan./abr. 2007. Doi: 10.1590/S1413-73722007000100005

VELOSO, T. M. C.; SANTOS, F. A. A. S.; PINHEIRO, P. N. C. Avaliação estrutural de uma família segundo o Modelo Calgary. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. 2. Recife, 20 A 22 DE AGOSTO DE 2009. **Anais...** Recife: ABEN [Online]. p. 149-152. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br2senabsacd_anaispdfid186r0.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

VERZA, F.; SATTLER, M. K.; STREY, M. N. Mãe, mulher e chefe de família: perspectivas de gênero na terapia familiar. **Pensando Fam. [Internet]**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 46-60, jun. 2015.

VILAS BÔAS, L. M. S.; OLIVEIRA, D. C. A saúde nas comunidades ribeirinhas da região norte brasileira: revisão sistemática da literatura. **Atas CIAIQ**. v. 2, n. , p. 1386-1395, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/896/880>>. Acesso em: 25 set. 2015.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um

estudo bibliográfico. **Rev. Eletrônica Enferm.**[Internet]. Goiânia, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004. Disponível em:
<https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig4_cuidado.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicol. Reflex. Crit.** [Internet]. c, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008. Doi: 10.1590/S0102-79722008000200016

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES; UAB, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário para Avaliação Familiar, adaptado de Figueiredo (2012)

Questionário para - Avaliação Familiar

Nota introdutória

Este Instrumento visa colher dados da família para um projeto de dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Pará/FAENF/, com o objetivo central de: *Descrever como as famílias moradoras da Ilha do Combu enfrentam os problemas de saúde e de vida familiar.*

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Composição Familiar

1. Tipo de Família

- 1.1.Casal
- 1.2.Família nuclear
- 1.3.Família reconstruída
- 1.4.Família monoparental
 - 1.4.1. Monoparental liderada pelo homem
 - 1.4.2. Monoparental liderada pela mulher
- 1.5.Coabitação
- 1.6.Unipessoal
- 1.7.Alargada
- 1.8.Observação: _____

2. Caracterização dos elementos da família

Grau parentesco	Idade	Profissão/ ocupação	Problemas de saúde
Pai			
Mãe			
Filho (a) 1			
Filho (a) 2			
Filho (a) 3			
Filho (a) 4			
Outros : _____			

3. Tipo de Habitação:

- 3.1.Morada/Casa
- 3.2.Apartamento
- 3.3.Bairro Social/Condomínio
- 3.4.Palafita / Barraca
- 3.5.Outra: _____ Especificar: _____

4. Tipo de contato com a família

- 4.1.Pessoal

- 4.2. Telefónico
- 4.3. Carta/e-mail
- 4.4. Outro
- 4.5. Obs.: _____

5. Família extensa – Intensidade de contato:

- 5.1. Diário
- 5.2. Semanal
- 5.3. Quinzenal
- 5.4. Mensal
- 5.5. Outro Especificar: _____

6. Família extensa – Função das relações

- 6.1. Companhia social
- 6.2. Apoio emocional
- 6.3. Conselheiro
- 6.4. Regulação social
- 6.5. Ajuda material e de serviço

7. Sistemas mais Amplos:

- 7.1. Tipo de Trabalho:
 - 7.1.2. Por conta própria
 - 7.1.3. Por conta de outrem

8. Instituições de Ensino:

- 8.1. Tem crianças frequentando a Escola?
 - 8.1.1. Sim
 - 8.1.2. Não Por que: _____

9. Instituições de Saúde:

- 9.1. Recorre ao PSF/USF:
 - 9.1.1. Para vigilância de saúde
 - 9.1.2. Em situações de doença
 - 9.1.3. Em acompanhamento de doença crônica
 - 9.1.4. Observações: _____
- 9.2. Recorre a Serviços hospitalares:
 - 9.2.1. Sempre
 - 9.2.2. Só quando encaminhado
 - 9.2.3. Observação: _____

10. Instituições Religiosas:

- 10.1. Frequenta alguma instituição religiosa?
 - 10.1.1. Sim Qual: _____
 - 10.1.2. Não Por que: _____

11. Sobre a habitação:

- 11.1. Acesso à habitação:
 - 11.1.1. com escadas
 - 11.1.2. sem escadas

- 11.1.3. com elevador
 11.1.4. Com barco

12. Aquecimento/Refrigeração

- 12.1. Sim
 12.2. Não

13. Sistema de abastecimento de água

- 13.1. Não tem
 13.2. Rede pública
 13.3. Rede privada (furo/poço)
 13.4. Água do rio

14. Serviço de tratamento de resíduos/lixo:

- 14.1. Sim
 14.2. Não
 14.3. Outros: _____

15. Saneamento básico

- 15.1. Não tem
 15.2. Rede pública de esgoto
 15.3. Fossa séptica
 15.4. Outro: _____

16. Planejamento Familiar

- 16.1. O casal planejou os filhos
 16.2. Sim
 16.3. Não

17. O casal tem conhecimento sobre os métodos contraceptivos

- 17.1. Sim
 17.2. Não

18. Adaptação à gravidez

- 18.1. O casal tem conhecimento sobre direitos sociais na gravidez
 18.1.1. Sim
 18.1.2. Não
 18.2. O casal tem conhecimento sobre direitos sociais de maternidade de/paternidade
 18.2.1. Sim
 18.2.2. Não

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

19. A família apoia-se mutuamente para:

Membros da família	Cuidar das crianças e jovens	Educar as crianças e jovens	Cuidar da casa/ Preparar refeições	Contribuir para a economia da casa	Cuidar em situação de saúde - doença	Cuidar de membros idosos
Pai						
Mãe						

Membros da família	Cuidar das crianças e jovens	Educar as crianças e jovens	Cuidar da casa/ Preparar refeições	Contribuir para a economia da casa	Cuidar em situação de saúde - doença	Cuidar de membros idosos
Filho (a) 1						
Filho (a) 2						
Filho (a) 3						
Filho (a) 4						
Outros : _____						

20. Considera as relações com os membros da família

Díadas	Relação Forte	Relação Intermédia	Relação Distante	De Conflito
Casal				
Mãe e filho1				
Pai e filho 1				
Mãe e filho2				
Pai e filho 2				
Mãe e filho3				
Pai e filho 3				
Irmãos				
Outros : _____				

DIMENSÃO FUNCIONAL

21. Comunicação na família:

Díades	Conversam sobre os problemas da família	Os membros da família são claros e diretos no discurso	Fazem acordos entre si	Conversam sobre o futuro da família	Tomam decisões para a família
Casal					
Mãe e filho1					
Pai e filho 1					
Mãe e filho2					
Pai e filho 2					
Mãe e filho3					
Pai e filho 3					
Irmãos					
Outros : _____					

22. Emocional:

Membro da família	Quem inicia conversas na família?	Quem expressa com facilidade os sentimentos?	Quem mais ajuda em momentos de dificuldade?	Quem está mais satisfeito com o seu papel?	Quem está mais saturado com o seu papel?
Pai					
Mãe					
Filho (a) 1					
Filho (a) 2					
Filho (a) 3					
Filho (a) 4					
Outros: _____					

23. Solução de problemas:

Membro da família	Quem resolve com mais frequência problemas de saúde?	Quem resolve com mais frequência problemas de educação?	Quem resolve com mais frequência problemas econômicos?	Quem resolve com mais frequência os conflitos familiares?
Pai				
Mãe				
Filho (a) 1				
Filho (a) 2				
Filho (a) 3				
Filho (a) 4				
Outros : _____				

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(para os participantes das famílias)**

Prezado(a) participante,

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) e assim convidamos para participar da pesquisa: ***ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS***. Essa pesquisa está sendo realizada pela equipe de pesquisa formada por docente e pós-graduandos da Faculdade de Enfermagem da UFPA, sob a coordenação da profa. Dra. Jacira Nunes Carvalho e como pesquisadora a Mestranda Esp. Jessica Mayara Marques Barboza Imbiriba, e tem o propósito descrever como as famílias moradoras da Ilha do Combu enfrentam os problemas de saúde e de vida familiar, por isso sua participação é de fundamental contribuição para num futuro próximo, as famílias possam contar com uma assistência mais adequada por parte dos profissionais de enfermagem e demais das unidades de Estratégia de Saúde da Família. Sua participação consistirá em responder a um questionário, e o presente estudo apresenta uma magnitude mínima em relação aos riscos, pois por qualquer dano ou desconforto aos sujeitos da pesquisa pode ser previsto previamente sendo minimizado mediante ao comprometimento ético da equipe. Declaramos que sua participação é livre, podendo recusar-se a não participar dela, como também ao aceitar, poderá desistir da participação em qualquer momento, não tendo com isso nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com as instituições que frequenta e recebe assistência. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada ao qual será dada ampla divulgação.

Caso tenha qualquer dúvida solicitamos que a esclareça por meio dos telefones: (91) 98217-9244 / 98804-5065, Jessica Mayara Marques Barboza Imbiriba. Também poderá entrar

em contato com a coordenação geral da pesquisa: profa. Jacira Nunes Carvalho, por e-mail: Jacira@ufpa.br ou por fones: (91) 8080.6928

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Principal

Consentimento Pós-Informação

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando no fornecimento de dados.

Local: _____, ____/____/_____

Assinatura do (a) participante: _____

Nota: O presente documento assinado em duas vias, uma ficara à guarda da pesquisadora e outra entregue à (ao) participante da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS

Pesquisador: JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64630516.5.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.981.895

Apresentação do Projeto:

Ao se falar de cuidado à família é pertinente ressaltar a importância de abordar uma metodologia de avaliação e intervenção nesse núcleo, ressaltando a presença do indivíduo dentro da sua unidade/núcleo familiar, e focando a avaliação familiar concentrada menos em pessoas e mais na sua interação entre todos os seus membros (SCHWARTZ, et al., 2009). Faz-se relevante o presente estudo sobre a Saúde da Família amazônica em especial a ribeirinha, pois se observam que o sistema familiar dessas populações apresentam complexidades, características evolutivas e contextuais singulares, com isso emerge a pergunta de Como se configuram os comportamentos de vida e saúde das famílias moradoras da Ilha do Combu e no que estes comportamentos interferem na sua saúde? Tem como objetivo geral Descrever como as famílias moradoras da Ilha do Combu enfrentam os problemas de saúde e de vida familiar, e como objetivos específicos Desenvolver a avaliação das famílias moradoras da ilha do Combu, através do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias, destacando seus pontos fortes e frágeis passíveis de intervenções de Enfermagem; Descrever as famílias através das três categorias abordadas pelo Modelo Calgary, estrutural, de desenvolvimento e funcional e suas subcategorias; Identificar a predominância das categorias que interferem na situação de saúde das famílias avaliadas. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva explicativa de natureza qualitativa dissertativa, em que as famílias serão

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamã

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.981.895

avaliadas de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF). Este projeto faz parte de um projeto mais amplo intitulado de "Intervenção De Enfermagem à Famílias de comunidades menos favorecidas em um contexto sociocultural do norte do Brasil e do Norte de Portugal", um Projeto de estudo interinstitucional, internacional entre

Belém, Pará, Brasil e Porto, Portugal. Esta pesquisa cumprirá com o que determina a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, o mesmo será encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos para que haja a liberação da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever como as famílias moradoras da Ilha do Combu enfrentam os problemas de saúde e de vida familiar.

Objetivo Secundário:

- Desenvolver a avaliação das famílias moradoras da ilha do Combu, através do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias, destacando seus pontos fortes e frágeis passíveis de intervenções de Enfermagem;- Descrever as famílias por meio das três categorias abordadas pelo Modelo Calgary, estrutural, de desenvolvimento e funcional e suas subcategorias;- Identificar a predominância das categorias que interferem na situação de saúde das famílias avaliadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo apresenta uma magnitude mínima em relação aos riscos, pois por qualquer dano ou desconforto aos sujeitos da pesquisa pode ser previsto previamente sendo minimizado mediante ao comprometimento ético da equipe.

Benefícios:

Como benefícios, o estudo apresenta elevada possibilidade de gerar conhecimento no intuito de fortalecer as Ações em saúde e de pesquisa realizadas no contexto da família e no cenário amazônico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.981.895

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_682607.pdf	10/02/2017 11:31:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/02/2017 11:30:14	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO_JESSICA_ALTERADO.pdf	10/02/2017 11:29:55	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_alterado.pdf	18/12/2016 22:19:21	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Outros	ACEITE.pdf	10/10/2016 14:14:30	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	18/09/2016 19:51:03	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Declaração do Patrocinador	DECLARACAO_ISENCAO_ONUS.pdf	18/09/2016 19:45:00	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Outros	TERMO_PESQUISADOR.pdf	18/09/2016 19:44:36	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Outros	TERMO_ORIENTADOR.pdf	18/09/2016 19:42:58	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	18/09/2016 19:40:51	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/05/2016 14:45:07	JESSICA MAYARA MARQUES BARBOZA IMBIRIBA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.981.895

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 24 de Março de 2017

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO B: Termo de Consentimento da Instituição




PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

AUTORIZAÇÃO

Informamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESMA está ciente Projeto de Pesquisa de Trabalho de **Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Pará – UFPA**, intitulado: **“ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: USO DO MODELO CALGARY PARA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS”**, de autoria da Pós-Graduanda **Jéssica Mayara Marques Barboza Imbiriba**, orientado pela **Profª Drª. Jacira Nunes Carvalho**, sob o CAAE 64630516.5.0000.0018.

Portanto, comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde, do Município de Belém-Pa para ser realizada Estratégia Saúde da Família do Combú.

Belém, 05 de maio de 2017.


Rosângela Pires
Tutora do DGRTS/SESMA

Núcleo de Educação Permanente
NEP/DGRTS/SESMA



Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)
Marco, CEP. 66093-543
E-mail: sesmagab@gmail.com

Tel: (91) 3184-6136