



Extensio
UFSC

Revista Eletrônica
de Extensão

VÍNCULOS ESTABELECIDOS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO A CONTEXTO SOCIOCOMUNITÁRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Aline Guerrero Zanetti

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
aline-gzanetti@hotmail.com

Mariana Aparecida de Assis Campos

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
ma_aparecia_10@hotmail.com

Alana Fernandes Ribeiro

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
alanafernandes_8@hotmail.com

Luana Tamires da Silva Alves

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
luanatamires@hotmail.com

Michelle Carvalho de Souza

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
micarvalhozouzza@hotmail.com

Fernanda Carolina Camargo

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
fernandacamargo@yahoo.com.br

Resumo

Objetiva-se analisar como equipes de saúde da família reconhecem o contexto social de famílias com crianças e adolescentes e como se vinculam com essas estruturas sociocomunitárias. Estudo observacional, exploratório, junto a três equipes de saúde da família que contavam com o trabalho do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Realizou-se observação ativa do território e entrevistas semiestruturadas com as equipes, entre julho a setembro de 2018. Foi avaliado vínculo que essas equipes apresentavam com o contexto social. Foram identificados 43 equipamentos sociais. Agentes comunitários de saúde compuseram o maior número de respondentes (35%); 82,3% participantes relataram vínculos significativos com todos os serviços de educação formais e com a maioria dos serviços de saúde formais. Vínculos inexistentes foram atribuídos à falta de relações cotidianas com recursos formais e informais do território. Este estudo contribui para a compreensão das relações sociocomunitárias, incluindo a perspectiva da intervenção intersetorial para ampliação da resolutividade do cuidado.

Palavras chave: Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Relações Familiares. Apoio Social. Rede Social.

BINDINGS ESTABLISHED BY FAMILY HEALTH TEAMS WITHIN THE SOCIOCOMMUNITY CONTEXT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Abstract

It aims to analyze how family health teams recognize the social context of families with children and adolescents and are linked to these socio-community structures. Observational, exploratory study with three family health teams that relied on the Integrated Multiprofessional Health Residency Program. Active observation of the territory and semi-structured interviews with the teams took place between July and September 2018. It was evaluated bond that these teams had with the social context. 43 social facilities were identified. Community health workers comprised the largest number of respondents (35%), participants (82.3%) reported significant links with all formal education services and with most formal health services. Non-existent links were attributed to the lack of daily relationships with formal and informal resources in the territory. Contributes to the understanding of socio-community relations, including the perspective of intersectoral intervention to expand the problem-solving care.

Keywords: Child Health. Adolescent Health. Family Relations. Social Support. Social Networking.

VINCULACIONES ESTABLECIDAS POR EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE SOCIOCOMUNIDAD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Resumen

El objetivo es analizar como los equipos de salud familiar reconocen el contexto social de las familias con niños y adolescentes y se vinculan con estas estructuras sociocomunitarias. Estudio observacional, exploratorio con tres equipos de salud de la familia que contaron con el Programa Integrado de Residencia Multiprofesional de Salud. Observación activa del territorio y entrevistas semiestruturadas con los equipos, entre julio y septiembre de 2018. Se evaluó vínculo que estos equipos tenían con el contexto social. Identificaron 43 establecimientos sociales. Trabajadores comunitarios de la salud comprendieron el mayor número de encuestados (35%), 82,3% de los participantes informaron vínculos significativos con todos los servicios de educación formal y con la mayoría de los servicios de salud formales. Inexistencia de vínculos se atribuyó a falta de relaciones cotidianas con recursos formales e informales del territorio. Contribuye a la comprensión de relaciones sociocomunitarias, incluida perspectiva de intervención intersectorial para ampliar atención resolutiva.

Palabras clave: Salud del Niño. Salud del Adolescente. Relaciones Familiares. Apoyo Social. Red Social.



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Extensio: R. Eletr. de Extensão, ISSN 1807-0221 Florianópolis, v. 18, n. 38, p. 17-28, 2021.

INTRODUÇÃO

É sabido que o processo de trabalho na saúde da família deve se organizar por princípios como adscrição da clientela, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a focalização na família e a orientação comunitária (FELDNER et al., 2018). A adscrição da clientela relaciona-se ao cadastro e registro regular das famílias, além de acompanhamento multiprofissional sistemático e programado conforme riscos e vulnerabilidades. Acessibilidade implica que o primeiro contato preferencial dos usuários seja com serviços do SUS, o Sistema Único de Saúde, ou, em outras palavras, que sejam a porta de entrada oportuna para esse sistema. Longitudinalidade se estabelece por uma relação de vínculo e cuidados ao longo da vida, independentemente da existência de agravos de saúde ou do ciclo vital em que indivíduos, família ou comunidade se encontrem (FELDNER et al., 2018; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Quanto à integralidade e coordenação do cuidado, nesta dimensão, o trabalho na ABS/ESF deve reconhecer as necessidades ampliadas de saúde da população adscrita, prover diagnósticos adequados e identificar recursos e equipamentos locais, ou pontos (terapêuticos e diagnósticos) da Rede de Atenção à Saúde, ou, ainda, serviços intersetoriais para alcançar respostas resolutivas às demandas. Já em relação à centralização na família e orientação comunitária, a abordagem familiar apresenta-se como aspecto central, requerendo mudanças nas práticas das equipes por intervenções personalizadas ao longo do tempo junto às famílias cadastradas, a partir da compreensão da unidade familiar. (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Nesta perspectiva, para se atuar junto às crianças e adolescentes no âmbito sociocomunitário, de uma forma orientada pelos pressupostos da ABS/ESF, o ganho se dá quando esses sujeitos são reconhecidos em suas singularidades, perante os laços construídos nos seus contextos de vida. Dessa forma, o trabalho na ABS/ESF pretende apoiar a melhoria de condições de vida e saúde de crianças e adolescentes em seus contextos sociofamiliares (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; CAMARGO et al., 2018).

A motivação para o presente estudo parte da atuação cooperada entre a área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente, do Programa de Pós-Graduação *lato sensu* Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, junto ao centro de saúde escola. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, 2010; CAMARGO et al., 2018).

Essa residência, iniciada em 2010, objetiva formar profissionais, como assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, biomédicos e profissionais de educação física. Consideram-se, em seu projeto político pedagógico, atributos para

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

a excelência no cuidado integral e humanizado em saúde, mobilização social, gestão, organização do trabalho e educação em saúde, para melhoria da qualidade de vida (Formação para o Trabalho). (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, 2010; CAMARGO et al., 2018).

Quanto ao centro de saúde escola, em julho de 2016, foi firmado um termo de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/Minas Gerais, o hospital de ensino vinculado e a universidade, em que foi prevista a instauração de cenário de práticas com ênfase na atenção básica e estratégia de saúde da família. Trata-se de um novo espaço para a integração ensino-serviço, composto por uma unidade de apoio a equipes da saúde da família, com abrangência territorial de cobertura a aproximadamente 5.600 famílias, em diferentes condições de vulnerabilidade socioepidemiológica (Formação para o trabalho na saúde da família). (CAMARGO et al., 2018; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2015).

A vivência junto às equipes de saúde da família deste cenário instigou a atuação do grupo de residentes a observar como elas interatuam com o contexto social e com famílias de crianças e adolescentes. Conhecem esse contexto? Articulam-se com as estruturas que o compõem?

Corroborar para essa apreensão quanto ao cuidado de crianças e adolescentes no território comunitário, a perspectiva sistêmica da unidade familiar. Pela perspectiva de abordagem ecossistêmica, a família é vista como um sistema humano que interatua com o ambiente, contexto social, envolvendo sistemas inter-relacionados.

São quatro os sistemas de interações, definindo a própria família em um mapa ecológico. A primeira unidade sistêmica seriam as inter-relações de um microsistema, no qual a pessoa em desenvolvimento passa boa parte do tempo engajada em atividades e interações; já sistema de inter-relações distantes, ou macrosistema, equivale à cultura ou à própria organização social; o sistema de inter-relações entre os vários microsistemas denomina-se mesossistema (tais como: casa, escola, grupos de pares etc.), no qual os indivíduos passam uma quantidade de tempo significativa; já o exossistema é o sistema de inter-relações com contextos nos quais os indivíduos não estão situados de fato, mas exercem importante influência indireta sobre o desenvolvimento desses indivíduos (PAREJA, 2016).

Nesta perspectiva, compreender a família pelas abordagens ecossistêmica permite às equipes de saúde atuar no conjunto de elementos que representam a unidade familiar em seus aspectos dialéticos, de dinamismo histórico e por uma contextualização social. Para tanto, compreender o contexto sociofamiliar apresenta-se como um dispositivo para a apreensão do *modus* de ser e viver das famílias (PAREJA, 2016). Neste sentido, essa apreensão permite a qualificação do trabalho junto a crianças e adolescentes em seus territórios.

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

Com isso, a análise de vínculos e mapeamento das estruturas que definem o contexto familiar apresentam-se como uma estratégia para qualificar o cuidado no âmbito comunitário (UDE,2018). Podem ser definidas tipologias de vínculos que a família exerce entre seus elementos internos e o ecossistema que lhe constitui. Como, por exemplo, os *vínculos significativos*, que são relações de confiança e amizade, caracterizadas por vínculos de solidariedade, reciprocidade e intimidade; ou os *vínculos fragilizados*, que são vínculos que se encontram tênues devido a diversos fatores, como distância afetiva, pouca intimidade, afastamento geográfico ou alguma tensão que ocorreu entre as pessoas, decorrentes de atritos, desconfianças ou desentendimentos que não foram superados, e os *vínculos rompidos ou inexistentes*, que são relações que se romperam devido a decepção séria, traição, incompatibilidade ou alguma situação de violência que gerou afastamento entre as pessoas, a ponto de quebrar seus vínculos sociais e institucionais (UDE, 2018).

Quando se trabalha essa realidade junto a famílias com crianças e adolescentes, torna-se ainda mais relevante o emprego dessas dimensões para a abordagem familiar. Isso porque, em relação ao contexto familiar, reconhecer aspectos que o compõem como a rede de apoio que auxilia na assistência das necessidades sociais e emocionais deles, contribui para o fortalecimento de recursos para o enfrentamento das adversidades próprias dessa fase de desenvolvimento (PENNAFORT et al., 2016).

Entretanto, apesar de serem consistentes entre os profissionais de saúde a concepção de que as condições familiares interferem no processo saúde-doença, faltam estudos sobre o trabalho dos profissionais da ABS/ESF com famílias, de modo a evidenciar como se verifica na prática cotidiana desses profissionais a abordagem familiar (WRIGHT, 2009;CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008), incluindo a abordagem de famílias com crianças e adolescentes e o fortalecimento das redes de apoio deles(construções teóricas).Nesta perspectiva, objetiva-se analisar como equipes de saúde da família reconhecem o contexto social de famílias com crianças e adolescentes e se vinculam com essas estruturas sociocomunitárias.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi organizado por uma ação colaborativa, um módulo formativo denominado “Abordagem familiar e intervenções comunitárias”. Esse modulo complementar ao programa de residência organizou-se em 100 horas/aula. Para todas as atividades de concentração, os estudantes estiveram dispostos em roda a fim de se garantir a horizontalidade do saber e as construções coletivas, onde foram acrescidos debates, estudos dirigidos e leituras orientadas. A experiência a ser relatada consiste em uma das atividades do módulo, e que teve o intuito de

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

orientar a abordagem das famílias das crianças hospitalizadas e do contexto de apoio e rede social delas, ações consideradas como importante ferramenta para qualificar a intervenção da equipe multiprofissional.

O desenvolvimento ocorreu entre 23 de julho a 17 de setembro de 2018. O cenário de estudo foi o centro de saúde escola vinculado ao hospital universitário. O estudo foi desenvolvido junto a três equipes de saúde da família adscritas ao território do centro de saúde escola de um município do interior do Triângulo Mineiro. A escolha das três equipes deveu-se à imersão e trabalho contínuo do grupo de residentes junto a esse cenário. Nesta pesquisa observacional e exploratória, foram utilizadas técnicas descritivas para análise e interpretação dos dados. A técnica empreendida para o reconhecimento dos recursos comunitários apoia-se na proposta metodológica de Souza e colaboradores (2013).

Assim, estabeleceu-se o território adscrito às equipes de Saúde da Família como campo observacional, destacando as percepções das equipes de saúde sobre os recursos existentes no território, para o atendimento das demandas de saúde da criança e do adolescente como elementos a serem investigados (SOUZA et al., 2013).

Os participantes do estudo foram os trabalhadores das três equipes de saúde da família que atuam neste centro de saúde escola, totalizando 33 trabalhadores, sendo que cada equipe contou com o apoio de seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal, um dentista, um técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico.

Os dados foram coletados por meio de observação ativa e de entrevistas individuais semiestruturadas. Procedeu-se à observação territorial. Foram realizadas 30 horas de observação ativa da área de abrangência das três equipes com um roteiro previamente estabelecido, elaborado pelos autores, que preconizava a observação de recursos formais e informais do contexto social.

Após a observação do território, foram entrevistados os trabalhadores das equipes. O roteiro das entrevistas, elaborados pelos autores, focava os recursos existentes no território que poderiam ser acionados para a realização de ações articuladas relacionadas às demandas de saúde da criança e adolescente na comunidade.

Assim, os dados da observação ativa possibilitaram identificar também dispositivos existentes na comunidade, como recursos potencialmente articuláveis nas intervenções relacionadas à promoção, prevenção e reabilitação em saúde da criança e do adolescente. Foram organizados, agrupados na categoria “recursos formais” os serviços de saúde, dispositivos relacionados à educação, cuidado e proteção social. Na categoria “recursos informais” foram considerados os diferentes grupos comunitários de apoio e dispositivos relacionados ao lazer e religiosidade.

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

Os resultados da observação ativa foram apresentados aos integrantes das equipes de saúde, que participaram de uma entrevista, em sequência. O critério de participação foi a realização das entrevistas pela técnica da “bola de neve”, por meio da qual foram incluídos trabalhadores das equipes de saúde tidos como pessoas que exerciam alguma liderança (formal ou informal), como informante-chave na equipe. Foi entrevistada, primeiramente, a enfermeira responsável técnica das equipes de saúde da família, a qual indicava a pessoa que também considerava. A composição dos participantes se deu pela saturação das indicações (por indicações de lideranças que já haviam sido indicadas) e pelo limite de tempo de coleta dos dados, resultando em uma amostra de conveniência.

Em sequência, foi avaliado o vínculo que essas equipes apresentavam com o contexto social, conforme vínculos significativos, fragilizados, inexistentes ou rompidos. Para a análise do tipo de vínculo que as equipes estabeleciam com os recursos comunitários e equipamentos sociais da área de abrangência, esta foi apresentada de forma descritiva, identificando os recursos sociais e equipamentos conforme uma concordância (frequência relativa) entre os participantes quanto ao tipo de vínculo que atribuíam ao mesmo. Resultou, assim, em um quadro geral, onde o equipamento foi alocado ao tipo de vínculo que foi mencionado com mais frequência entre os entrevistados. Quanto aos aspectos éticos, o presente estudo integra o projeto denominado por *“A utilização da abordagem familiar entre residentes do programa multiprofissional de uma universidade do triângulo mineiro”*, sob nºCAAE76073917.7.0000.5154 e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM nº2.427.323.

RESULTADOS E ANÁLISES

Participaram deste estudo 17 respondentes identificados como trabalhadores que exerciam liderança formal ou informal junto às equipes de saúde da família. Entre eles, 35,3% eram agentes comunitários de saúde, três enfermeiras da equipe de saúde da família e suas respectivas técnicas de enfermagem (três técnicas), um gerente do centro de saúde escola, um médico de família que atua como preceptor na integração ensino-serviço, uma recepcionista e uma dentista com respectivo técnico em saúde bucal.

A maioria era de mulheres (82,4%), com cor de pele autodeclarada branca (64,7%). Entre os entrevistados, 29,4% apresentavam pós-graduação na área específica de saúde da família. Atuavam há mais de 10 anos na mesma equipe de saúde da família quatro dos respondentes, 11 deles atuavam entre um e menos de dez anos na mesma equipe, e dois respondentes apresentavam menos de um ano de trabalho nesse cenário.

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

Como resultado da observação ativa do território, o mapa dos recursos comunitários e equipamentos sociais gerado para análise das equipes de saúde foi composto por um total de 43 equipamentos sociais. Sobre a classificação desses equipamentos sociais, foram sete os recursos formais da área da saúde e, outros recursos formais caracterizaram-se como 14 equipamentos relacionados à educação e seis relacionados a demais dispositivos de cuidado e proteção social. Sobre os recursos informais, foram identificados três grupos comunitários de apoio e 13 recursos relacionados ao lazer e religiosidade (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos Recursos comunitários formais e informais mapeados no território de abrangência. Uberaba/MG, 2019.

Equipamentos Sociais	Recursos Formais		Recursos Informais	
	Serviços de saúde	Outros dispositivos: educação, cuidado e proteção social	Grupos Comunitários de Apoio	Recursos Relacionados ao Lazer e à Religiosidade
Centro de Saúde Escola	X			
Equipes de Saúde da Família (Três)				
Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA)	X			
Centro de Referência em Atenção Psicossocial adulto e infanto-juvenil (CAPS)	X			
Hospital Público e de Ensino	X			
Associação Brasileira de Reabilitação e Alfabetização de Crianças Especiais (ABRACE)		X		
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)		X		
Centro Municipal de Educação Avançada e prática desportiva (CEMEA)		X		
83ª AISP - Área Integrada Segurança Pública		X		
Conselho Tutelar		X		
Escolas (Duas Municipais, Quatro Estaduais e Três Particulares)		X		
Centros Municipais de Educação Infantil (dois) e uma creche privada		X		
Conservatório Municipal de Música		X		
Bibliotecas (uma Municipal e uma vinculada a Universidade Federal)		X		
Centros Espíritas (Cinco)				X
Igrejas Católicas (três)				X
Igrejas Evangélicas (Duas)				X

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

Praças Públicas (Duas)				X
Rádio Comunitária				X
Narcóticos Anônimos			X	
Alcóolatrás Anônimos			X	
Associação de moradores			X	

Fonte: elaborado pelos autores, 2019.

Os respondentes denotaram uma diversificação na vinculação que apresentavam com os equipamentos sociais e recursos comunitários que compunham o contexto social do território. De modo que 82,3% dos respondentes relataram apresentar vínculos significativos com todos os serviços de educação formais (escolas e creches da área de abrangência) e com a maioria dos serviços de saúde formais (centro de saúde escola, as outras equipes de saúde da família, e o hospital de ensino que está localizado na área de abrangência).

Já na prática cotidiana dessas equipes de saúde da família, conforme a perspectiva de 94,1% dos informantes-chave, esses vínculos fragilizados apresentavam-se junto aos Serviços de Saúde Mental (CAPS e CRIA), ao CEMEA e aos demais equipamentos sociais componentes do grupo Relações Comunitárias Religiosas (Centros religiosos como os da igreja católica, espíritas, evangélicos). Sobre vínculos inexistentes, 52,9% dos respondentes não conseguiram identificar esse tipo de vinculação com os equipamentos da área. Entretanto, 47,1% dos respondentes mencionaram que vínculos inexistentes, ou seja, ausência de estabelecimento de vínculos foi atribuído à falta de relações cotidianas com equipamentos dos Serviços Sociais Formais como CRAS/CREAS, AISP; e a demais dispositivos formais (Bibliotecas, Conservatório e ABRACE).

As equipes de saúde da família participantes do presente estudo reconhecem o contexto social de famílias com crianças e adolescentes por meio de vínculos que se posicionam de forma frágil ou inexistente junto às estruturas sociocomunitárias. Os vínculos significativos se estabeleceram de forma geral com recursos comunitários formais, como os serviços de educação e serviços de saúde (Quadro 2).

O trabalho na atenção primária em saúde no Brasil deve ser determinado pelo modo de viver dos coletivos e com o contexto social. Assim, torna-se prioritário reconhecer o território como um espaço social onde a sociedade se constrói e se reconstrói, no cerne de seu processo de trabalho e produção.

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

Quadro 2. Distribuição dos equipamentos sociais e recursos comunitários conforme tipo de vínculos estabelecidos junto às equipes de saúde da família na perspectiva dos informantes-chave. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Vínculo Inexistente	Vínculo Fragilizado	Vínculo Significativo
- Serviços Sociais Formais (CRAS, CREAS, AIPS) -Outros Dispositivos Formais (Bibliotecas, Conservatório, ABRACE)	- Serviços de Educação Formais (CEMEA) - Serviços de Saúde Formais (CAPS, CRIA) - Recursos informais relacionados ao lazer e religiosidade	- Serviços de Educação Formais (CEMEI, Creche, escolas) -Serviços de saúde Formais (centro de saúde escola, equipes de saúde da família e o hospital de ensino)

Fonte: elaborado pelos autores, 2019.

Nesse âmbito, o território é considerado um espaço geográfico com vastas características, as quais permeiam aspectos sociais, políticos, demográficos, geográficos e epidemiológicos, em construção viva e permanente, de modo que os diversos atores envolvidos nesse cenário se deparem com necessidades de saúde para as quais a oferta de serviços exclusivos do campo da saúde é, de certa forma, insuficiente, pois as demandas existentes ultrapassam os limites, o que implica um trabalho envolvendo ações conjuntas e integradas intersetorialmente (PINTO,2017).

Com isso, a lida cotidiana da clínica deve adquirir sensibilidade para uma maior compreensão das situações sociocomunitárias, incluindo a perspectiva da intervenção intersetorial para ampliação da resolutividade do cuidado. No entanto, sabe-se que os entraves enfrentados pelos trabalhadores da saúde da família ainda são inúmeros e desafiadores. Na ESF, existe uma problemática que prejudica essa escuta mais atenta: tempo, demanda acentuada e, por vezes, falta de sensibilidade para o trabalho desempenhado, resultando em uma conduta de escuta meramente prescritiva para queixas sociais. (PINTO,2017).

Ao se pensar essa realidade para abordagem da saúde da criança na saúde da família, observa-se que a vivência das adversidades é menos dolorosa quando a criança pode dispor de uma rede social efetiva, e que seja capaz de lhe oferecer suporte no seu processo saúde-doença. Aos demais membros da rede de proteção social a crianças e adolescentes, precisam ser implementadas estratégias que intensifiquem a comunicação, articulações que gerem o apoio à condução dos processos de saúde e doença deles e de suas unidades familiares (SILVA et al., 2017).

A ESF é considerada uma estratégia para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um modelo que favorece a Atenção Primária, almejando à integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entretanto, ainda tem sido desafiador, como evidenciam os resultados do presente estudo, organizar um processo de trabalho que vise à articulação entre equipamentos comunitários

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

e recursos sociais, de forma a atuarem em colaboração para o desenvolvimento de intervenções no comunitário para se ampliar a proteção à saúde da criança e adolescentes.

Por isso, faz-se necessário investir, para que o processo de trabalho das equipes de saúde da família se oriente a produzir uma abordagem mais efetiva, com melhores resultados, com respostas mais significativas no manejo das necessidades de saúde de crianças e adolescentes, considerando o contexto familiar e comunitário. Para tanto, discute-se a importância de as equipes organizarem ações que envolvam a parceria entre os distintos segmentos sociais, como: educação, saúde, área jurídica, religião, segurança, meio ambiente, lazer, cultura, assistência social, dentre outros.

Quanto às limitações do estudo, consideram-se as limitações para a generalização dos achados, haja vista o percurso metodológico adotado e a intencionalidade da amostra dos participantes, que representam um grupo de trabalhadores da saúde da família em específicos, vinculados a um centro de saúde escola localizado em um contexto e espaço social distintos. Todavia, mediante a discussão dos resultados, apresentam potencial de serem correspondentes a cenários similares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre como equipes de saúde da família reconhecem o contexto social de famílias com crianças e adolescentes e se vinculam com essas estruturas sociocomunitárias, pode ser observado que em muito se vinculam a equipamentos sociais em uma abordagem mais tradicional. Foram mais frequentes os vínculos significativos com escolas e outros equipamentos de saúde. Em muito, as equipes analisadas apresentaram fragilidades para a condução de vínculos com outros equipamentos cruciais para a abordagem ampliada da saúde, tais como: assistência social, saúde mental e outros recursos relacionados aos aspectos religiosos e de lazer na comunidade.

Os resultados do presente estudo, apesar de se limitar a um contexto específico, o que limita a generalização dos achados, tem a contribuir enquanto estratégia de atuação de pós-graduandos em residência multiprofissional em saúde. Caracteriza-se como um método de diagnóstico de situação sobre como se dá a abordagem do contexto social de famílias com crianças e adolescentes. Ainda, o presente levantamento se traduz como uma ferramenta apoiadora do processo de trabalho no cotidiano de práticas, pois viabiliza o reconhecimento do território vivo. Isso facilita a composição de redes de apoio e abordagem intersetorial, articulando uma proteção ao desenvolvimento saudável infanto-juvenil em sua própria comunidade.

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

Os achados do presente estudo poderão ser abordados em espaços de educação continuada junto às equipes participantes da pesquisa, para que possam melhor conduzir a abordagem intersetorial e ampliada em saúde. Pesquisas futuras também podem vir a ser desenvolvidas no sentido de analisar a apropriação dessas equipes pesquisadas quanto ao contexto sociofamiliar de crianças e adolescentes de sua área de abrangência.

Realizar esta iniciativa foi crucial tanto para formação dos residentes, quanto para apoiar a condução de trabalhos da ESF onde o programa da residência está inserido, desvelando, dessa maneira, como a integração ensino-serviço pode potencializar a abordagem de famílias na comunidade, incluindo a ampliação da rede de apoio de famílias, de crianças e adolescentes, e a elaboração de projetos terapêuticos mais favoráveis ao contexto comunitário.

REFERÊNCIAS

CAMARGO, F. C.; GARCIA, L. A. A.; WALSH, I. A. P. de; EMILIO, M. M.; COELHO, V. H. M.; PEREIRA, G. de A. Formação para o trabalho na estratégia saúde da família: experiência da residência multiprofissional em saúde. **RevEnferm Atenção Saúde**, Uberaba, v. 7, n. 1, p. 190-9, jan./jul. 2018. Disponível em:

<http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2127>. Acesso em: 14 mar. 2019.

CUNHA, E. P.; SILVA, E. D.; GIOVANETTI, M. A. G. C. (org.). **Enfrentamento à violência sexual infanto-junevil**: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. Disponível em: <http://pair.ledes.net/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=214>. Acesso em: 10 abr. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Gerência de Ensino e Pesquisa. **Pesquisa e inovação tecnológica**. Uberaba, MG: EBSERH, 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/setor-de-gestao-da-pesquisa-e-inovacao-tecnologica>. Acesso em: 03 maio 2019.

FELDNER, C. B.; CUSSOLIM, F. D.; MARTINS, L. C. N.; FELICIDADE, P. J.; CAMARGO, F. C. La prácticadel enfoque familiar enel contexto de laatención primaria: estudio de caso comparado. **Cultura de los Cuidados**, Valencia, v. 22, n. 52, p. 142-52, 3er Cuad. 2018. Disponível em: Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85354/1/CultCuid_52-142-152.pdf

PAREJA, J. M. D.; GUERRA, F. F.; VIEIRA, S. R.; TEIXEIRA, K. M. D. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde - doença familiar. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 133-44, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00133.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

PENNAFORT, V. P. S.; QUEIROZ, M. V. O.; NASCIMENTO, L. C.; GUEDES, M. V. C. Rede de apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. **RevBrasEnferm.**, Brasília,

Vínculos estabelecidos por equipes de saúde da família junto a contexto sociocomunitário de crianças e adolescentes

DF, v. 69, n. 5, p. 912-9, set./out. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0912.pdf>.
Acesso em: 13 abr. 2019.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; MARINHO, M. N. A. de S. B.; VIDAL, E. C. F.; AQUINO, P. de S.; VIDAL, E. C. F. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidade no território. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 970-7, set./out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0920.pdf. Acesso em: 08 maio 2019.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para a configuração do modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-70, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SILVA, M. E. A.; MOURA, F. M. de; ALBUQUERQUE, T. M.; REICHERT, A. P. da S.; COLLET, N. Rede de apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e6980015.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

SOUZA, J.; ALMEIDA, L. Y. de; VELOSO, T. M. C.; BARBOSA, S. P.; VEDANA, K. G. G. Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 594-600, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/14.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

UDE, W. Enfrentamento a violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais produção de indicadores e possibilidades de intervenção. *In*: CUNHA, E. P.; SILVA, E. M.; GIOVANETTI, M. A. C. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil**: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2018. parte I: fundamentos, p. 30-60.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**: projeto pedagógico. Uberaba, MG: UFTM; 2010. Disponível em <http://www.uftm.edu.br/lato-sensu/residencia-integrada-multiprofissional-e-uniprofissional/projeto-pedagogico>. Acesso em: 12 mar. 2019.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para a avaliação e intervenção na família. 4. ed. São Paulo: Roca, 2009.

Recebido em: 13/02/2020

Aceito em: 26/03/2021