



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM



ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
POTENCIALIDADES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

SÃO PAULO
2019

ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
POTENCIALIDADES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO**

Versão Corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Martins, Alessandra Cristina Ferreira

Avaliação das necessidades de saúde das famílias na estratégia saúde da família: potencialidades para a sistematização do cuidado / Alessandra Cristina Ferreira Martins. São Paulo, 2019.

116 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

Área de concentração: Cuidados em Atenção Primária em Saúde

1. Família. 2. Assistência de enfermagem. 3. Saúde da família. 4. Necessidades e demanda de serviços de saúde. 5. Enfermagem de família. I. Título.

Nome: Alessandra Cristina Ferreira Martins

Título: Avaliação das necessidades de saúde das famílias na Estratégia Saúde da Família: Potencialidades para a Sistematização do Cuidado.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo carinho, por acreditarem em mim e por serem responsáveis por todas as minhas conquistas.

Aos meus amados irmãos, Adriana e Ricardo, por me escutarem e me incentivarem a seguir nesta trajetória.

Ao Cristiano, por seu companheirismo, paciência e pela forma especial e carinhosa pela qual me traz a razão e me faz pensar.

Ao meu filho, Rafael, por compreender toda a falta de tempo, por todo seu amor e carinho durante esta jornada.

À minha querida tia Aldaisa, por ser meu exemplo, por me inspirar a ser independente e por seus sábios ensinamentos.

Amo vocês!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre presente em minha vida, pela força, fé e direção dos meus caminhos.

À querida orientadora, Prof. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli, por suas preciosas orientações, por seu respeito e compreensão com meu trabalho no decorrer desta pesquisa.

Às professoras do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, por contribuírem com ricos conhecimentos para minha trajetória profissional.

Às minhas queridas colegas do Mestrado Profissional, pelo companheirismo, força, amizade e convivência nesses dois anos de estudo: Aline, Adriana, Milene, Ana Paula, Natália, Suellen e Edyra.

À minha querida gestora, Luciana Borges, que me inspira com sua motivação e dedicação em inovar a prática da APS e que me apoiou durante todo este período de dedicação ao Mestrado.

Às minhas queridas amigas e companheiras de trabalho, Dani e Elaine, pelo apoio incondicional, por assumir minhas responsabilidades, pelo incentivo e colaboração constante a minha pesquisa.

À minha querida amiga Dai Bonfim, pela motivação em ingressar no mestrado e por suas valorosas contribuições durante o período desta pesquisa.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo e que muito contribuíram para seus resultados.

Aos meus colegas gestores por entenderem meu trabalho e colaborarem com a participação dos enfermeiros nesta pesquisa.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por estabelecerem o convênio CAPES/COFEN e apoiarem o desenvolvimento de pesquisas que visam qualificar a prática profissional do enfermeiro.

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, formada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, há 20 anos. Desde 2002, ingressei no serviço público, atuando, inicialmente, em Unidade Básica de Saúde (UBS). Atualmente, trabalho na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, (SMS/PMSP) atuando no setor de processamento, com dados e informações de saúde de todo o município.

Além do meu vínculo público, trabalho também, na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) há dezessete anos, e, desde 2008 atuo no Instituto de Responsabilidade Social (IIRS) que possui uma parceria com a SMS/PMSP para implantação, implementação e gestão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na região de Campo Limpo. Atualmente, são 13 Unidades Básicas de Saúde, contendo 87 equipes de saúde da família, 30 equipes de saúde bucal e 6 núcleos de apoio à saúde da família. Nos últimos anos, em nosso serviço, buscamos transformar o processo de trabalho das equipes da ESF, propondo um modelo centrado na pessoa/família tendo como foco a clínica ampliada. Minha intenção com esse projeto foi aprofundar o estudo sobre o tema, ampliando a avaliação crítica e buscando o desenvolvimento de novas competências e ferramentas, que possibilitem ao enfermeiro desenvolver e apurar o olhar e raciocínio crítico sobre as necessidades de cada indivíduo, que resultem em melhores práticas, excelência dos serviços prestados e que tragam contribuições para as políticas públicas voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS).

RESUMO

Martins ACF. *Avaliação das necessidades de saúde das famílias na Estratégia Saúde da Família: potencialidades para a sistematização do cuidado*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Enfermagem, 2019.

Introdução. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi organizada para ampliar o objeto do cuidado na Atenção Básica (AB), saindo do enfoque no indivíduo para o enfoque na família. Para ampliar o objeto de cuidado a ESF precisa incorporar abordagens capazes de reconhecer e intervir às necessidades de saúde das famílias. A enfermagem utiliza historicamente a abordagem familiar para organizar o cuidado que oferece, e para tanto, utiliza instrumentos específicos para subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem à família (SAE). **Objetivo:** Identificar as potencialidades e limites do “Instrumento de apoio para o cuidado à família (IAPCFam)”, quanto a sua capacidade para reconhecimento das necessidades de saúde das famílias, para subsidiar a SAE a família na Atenção Primária a Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa com estruturação metodológica da pesquisa participativa. O estudo foi realizado em Unidades de Saúde, que atuam no modelo da ESF e são administradas pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) do Hospital Israelita Albert Einstein em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS/SP), localizadas na região sul de São Paulo. Teve como participantes enfermeiros dessas unidades de saúde. O procedimento para coleta de dados utilizou a técnica de grupo focal para conhecimento e teste do instrumento IAPCFam. Os dados coletados receberam tratamento analítico e como ferramenta de análise, foi utilizada a análise de conteúdo. **Resultados:** O IAPCFam se revelou potente para identificação das necessidades de saúde das famílias, porém se revelou frágil para sistematizar a assistência qualificada e efetiva às famílias na APS. A análise do material produzido pelos grupos focais encaminharam ajustes no instrumento que possibilitaram a elaboração de um novo padrão de questões para agregar ao IAPCFam as dimensões assistenciais que lhe faltavam. **Conclusões:** Concluiu-se que o IAPCFam como instrumento pedagógico respondia ao objetivo de encaminhar a compreensão e identificação de necessidades de saúde das famílias, mas, ao ser submetido a prática assistencial precisava incorporar abordagens de cuidado que o qualificassem para fornecer respostas as necessidades de saúde identificadas.

Palavras-chave: Família; Necessidades de saúde; Sistematização da assistência familiar; Abordagem familiar, Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Família, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Necessidades de Saúde, Abordagem Familiar.

Produto Técnico: “Instrumento de Apoio para o Cuidado à Família” – IAPCFam II

ABSTRACT

Martins ACF. *Assessment of family health needs in the Family Health Strategy: Potentialities for Care Systematization*. Sao Paulo: University of Sao Paulo, School of Nursing: 2019.

Introduction. The Family Health Strategy (FHS) was organized to broaden the Primary Health Care (PHC), moving from focusing on the individual to the family. To expand the care, the FHS needs to incorporate strategies that can recognize and intervene in the health needs of families. Historically, nursing has used the family approach to organize the care it offers, and therefore uses specific instruments to support the systematization of family nursing care (SAE). **Objective:** To identify the potential and limits of the “Support Instrument for Family Care (IAPCFam)” regarding its ability to recognize the health needs of families, to subsidize family SAE in Primary Health Care. **Method:** Descriptive and exploratory study of qualitative approach with a methodological structuring of participatory research. The study was conducted in Health Care Units located in the southern region of São Paulo which are under the FHS model and are managed by the Israeli Institute of Social Responsibility (IIRS) of Hospital Israelita Albert Einstein in partnership with the Health Department of the Municipality of São Paulo (SMS / SP). Participants were nurses from these health care units. The focus group technique was used for data collection. It provided insights on knowledge and testing of the IAPCFam instrument. The collected data was analyzed by content analysis. **Results:** The IAPCFam proved to be powerful for identifying the health needs of families, but it was fragile to systematize the qualified and effective assistance to families in PHC. The analysis of the material produced by the focus groups suggested adjustments to the instrument that enabled the elaboration of a new pattern of questions to be added the assistance dimensions that were missing on the IAPCFam. **Conclusions:** The IAPCFam as a pedagogical instrument responded to the objective of guiding the understanding and identification of health needs of families. On the other hand, when applied to the care practice scenario it needed some adjustments to be able to qualify to provide answers to health needs identified.

Keywords: Family, Nursing Care Systematization, Health Needs, Family Approach, Family Health Strategy.

Descriptors: Family, Nursing Care Systematization, Family Health Strategy, Health Needs, Family Approach.

Technical Product: “Support Instrument for Family Care” - IAPCFam

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADC	Área de Desenvolvimento Científico
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
COFEN	Conselho Nacional de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eESF	Equipe de Estratégia Saúde da Família
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FHS	Family Health Strategy
FIRO	Fundamental Interpersonal Relations Orientations
GF	Grupo Focal
IAPCFam	Instrumento de apoio para cuidado à família
IIRS	Instituto de Responsabilidade Social
NISI	Núcleo de Indicadores e Sistema de Informação
PE	Processo de Enfermagem
PHC	Primary Health Care
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PRACTICE	Present Problem; Roles; Affect; Communication; Time; Illness; Coping with Stress; Ecology
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RCOP	Registro Clínico Orientado por problemas
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PEC-eSUS	Prontuário Eletrônico do Cidadão do e-SUS
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Símbolos utilizados no genograma	22
Figura 2 - Representação da SAE associada ao PTS na abordagem familiar	30
Figura 3 - Representação da área de abrangência das unidades de saúde da SBIBAE.	45
Figura 4 - Representação dos dados da ficha do indivíduo do e-SUS	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Etária da População Coberta pela ESF nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019	46
Gráfico 2 - Representação da população por sexo, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019.....	46
Gráfico 3 - Representação da população por escolaridade, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019	47
Gráfico 4 - Situação no mercado de trabalho referida pela população, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019	47
Gráfico 5 - Condições e Situação de Saúde referida pela população, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - O ciclo de vida das famílias.....	23
Quadro 2 - Questionário Apgar Familiar.....	26
Quadro 3 - Representação da SAE associada ao PTS na abordagem familiar.....	34
Quadro 4 - Perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Potencialidades e Limites do IAPCFam.....	67
Tabela 2: Representação do significado das necessidades de saúde	78

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 A FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
1.2 ABORDAGEM DA FAMÍLIA COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO NA APS: FERRAMENTAS DISPONÍVEIS.....	21
1.3 A SAE NA APS: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O ENFOQUE NA FAMILIA.....	28
1.4 A SAE NA ESF NAS UNIDADES DE SAÚDE DO ESTUDO: UMA APROXIMAÇÃO AO CONTEXTO DA PESQUISA.....	33
2. OBJETIVOS	37
2.1 OBJETIVO GERAL.....	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL: NECESSIDADES EM SAÚDE	39
4. MÉTODO	44
4.1 TIPO DE ESTUDO	44
4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.3 O INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA SAE	49
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	51
4.4.1 Etapa 1 – Apresentação do instrumento IAPCFam II aos enfermeiros	51
4.4.2 Etapa 2 – Aplicação do Instrumento pelos profissionais	52
4.4.3 Etapa 3 – Grupo de feedback.....	53
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO	56
5.1.1 O registro das ações de cuidado	61
5.1.2 As concepções sobre necessidades de saúde.....	65
5.2 POTENCIALIDADES E LIMITES DO IAPCFam II PARA RECONHECER E RESPONDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE	67
5.3 A SAE PARA A FAMÍLIA E SUA ARTICULAÇÃO COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
8. ANEXOS	87
9. APÊNDICES	101
10. PRODUTO TÉCNICO	111

1. INTRODUÇÃO

1.1 A FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A instituição familiar tem papel fundamental no que diz respeito à continuidade dos cuidados prestados aos indivíduos em instituições de saúde, principalmente no âmbito hospitalar. A família é responsável por parte da recuperação e restabelecimento das condições de saúde do seu ente. A instituição familiar é considerada um estado de proteção, responsável por formar, integrar e socializar o indivíduo (MIOTO, 2015).

Entrevistas com famílias e profissionais de saúde deixaram claro que os processos de envolvimento das famílias no cuidado ao processo saúde-doença relacionam-se também com as expectativas das equipes de saúde, quando projetam na família o protagonismo no acompanhamento e cuidado do usuário. O cuidado, nesse contexto, é entendido como algo natural e intrínseco às famílias e é representado nas instituições pela figura do acompanhante, geralmente a mulher. Entre os profissionais há um consenso de que o conjunto de ações desenvolvidas pelos familiares tem grande impacto no cotidiano dos processos de cuidado nas instituições, pois o acompanhante (familiar) executa inúmeras ações que aliviam a carga de trabalho do enfermeiro em todo o ambiente hospitalar (MIOTO, 2012).

No âmbito da atenção primária, também é comum às equipes de saúde atribuírem às famílias responsabilidades sobre o cuidado. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou-se com o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde, em 1994. Desde então é definido como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no país. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deve

desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade (PNAB, 2006).

Também considera que são atribuições comuns a todos os profissionais: “Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade” (PNAB, 2012).

A APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

A centralidade da família é um atributo da APS. Para prover atenção integral, a família deve ser o objeto da atenção dos profissionais, que deverão conhecê-la em seus múltiplos aspectos: sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais (STARFIELD, 2002).

A atenção centrada na família, segundo Mendes (2012), considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: inclui a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; e introduz a família como unidade de cuidado.

Nesse sentido, ao se abordar na ESF a questão de que o cuidado deve estar centrado na família e não somente no indivíduo, os profissionais de saúde precisam atentar-se na questão do cuidado prestado visando identificar as necessidades de saúde família, indo além do cuidado à saúde individual e biologicista.

Assistir a família no processo de trabalho das ESF das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não tem sido fácil, principalmente devido à grande variação das famílias nas suas características estruturais e, também, todas as questões de vulnerabilidade e desigualdades encontradas nos diferentes territórios.

A compreensão da família na sociedade possui arcabouço diversificado de conceitos. A concepção de família que historicamente foi sendo construída é fruto da trajetória de sua existência na sociedade. Oliveira (2009) afirma que é de acordo com o contexto social, em cada sociedade e em cada época histórica, que a vida doméstica passa a assumir determinadas formas específicas, evidenciando que a família não é instituição natural, mas reforçando a compreensão de que ela é

socialmente construída de acordo com as normas culturais.

A família pode ser considerada a unidade social mais antiga do ser humano, a qual, historicamente, mesmo antes do homem se organizar em comunidades sedentárias, constituía-se em um grupo de pessoas relacionadas a partir de um ancestral comum ou através do matrimônio (MIRANDA, 2001).

O termo “família”, que provém do latim *famulus* (“criado”, “servidor”), aplicava-se originalmente ao conjunto de empregados de um senhor e, mais tarde, passou a ser utilizado para denominar o grupo de pessoas que vivem numa casa, unidas por laços de sangue e submetidas à autoridade de um chefe comum (PRADO, 1986).

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É constituída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como o Estado, trabalho e mercado. (MIOTO, 2004, p. 167-168)

Alguns aspectos importantes devem ser considerados na concepção sobre a família e sua relação com o Estado. Responsabilidades são exigidas deixando de ser visto os impactos que a própria sociedade exerce sobre as famílias como a desigualdade social, mudanças econômicas, tecnológicas, alterando sua composição, necessitando identificar suas dificuldades e necessidades familiares para que os serviços de saúde estejam preparados para atender tais necessidades garantindo dessa forma sua participação nas discussões sobre planejamento e proteção social nas esferas públicas (MIOTO, 2004).

O Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB) utiliza o seguinte conceito de “família”: “Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados” (SIAB, 1998).

Constata-se que conceito de “família” vem se transformando e sendo caracterizado de forma polissêmica. Não é o mesmo de tempos atrás, uma vez que o desenvolvimento social e jurídico das sociedades também enfrenta grandes mudanças. O conceito de “família” não é fixo, deve ser ampliado e mutável, a fim de

acompanhar a evolução dos ideais sociais e dos costumes da sociedade.

Sendo assim, o cuidado de saúde com foco na família, também se alterou e se complexificou. Atualmente, a assistência prestada às famílias precisa ser centrada em suas necessidades de saúde e não mais, ter foco individual centrado numa compreensão de processo saúde-doença biomédico. É necessário que sejam consideradas e identificadas todas as questões (bio-psico e sociais) que possam impactar nas relações estabelecidas entre os membros da família.

1.2 ABORDAGEM DA FAMÍLIA COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO NA APS: FERRAMENTAS DISPONÍVEIS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo promover atenção centrada na família, no âmbito dos serviços de atenção primária à saúde. Isso acontece num território de abrangência, com uma população adstrita a uma equipe, na qual as famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter acompanhamento através de ferramentas de abordagem familiar (MENDES, 2012).

As ferramentas de trabalho com famílias são tecnologias relacionais, oriundas da sociologia e da psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações na família e na comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007).

As ferramentas de abordagem familiar devem ter por finalidade a representação gráfica da estrutura familiar e a abordagem diagnóstica, sendo aplicadas segundo as necessidades apresentadas pelas famílias (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011). O enfermeiro, ao utilizar-se dessas ferramentas, deve, a partir dos dados levantados, ser propositivo na definição de estratégias de atuação e planos terapêuticos com essas famílias.



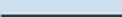

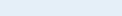











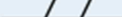
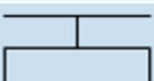
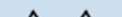




Dentre as ferramentas de abordagem familiar em atenção primária à saúde, as mais utilizadas são: genograma, ciclo de vida familiar, F.I.R.O. (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*), PRACTICE (*Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology*), o Apgar Familiar, os Mapas de Rede ou Ecopamas, e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família (MENDES, 2012; WRIGHT; LEAHEY, 2012; CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

O genograma é um diagrama em que está representada a estrutura familiar, no qual se identifica, por representação gráfica, os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades, nele podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional e dados relevantes da família (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Para Mendes (2012), o genograma caracteriza-se por identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer.

A demonstração gráfica, da situação, representada pelo exemplo como mostra à figura 2, permite que o profissional que atua na atenção à família pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento dos mesmos pelos membros da família (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Figura 1 - Símbolos utilizados no genograma

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO	 	LIGAÇÃO SAGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO SAGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ	 	LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO	  	LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO	 	SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	

Fonte: Mendes, 2012

Outra ferramenta de abordagem familiar é o Ciclo de Vida, que, segundo Mendes (2012), divide a história das famílias em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios. Mendes (2012) ressalta a importância de se compreender os ciclos de vida e os modos como interferem na saúde, pois esta compreensão permite prever quando e como as condições de saúde podem surgir, possibilitando um melhor entendimento dos sintomas dessas condições.

A equipe da ESF deve estar atenta a essas etapas e ser capaz de identificar cada fase a fim de preparar as famílias a enfrenta-las, ampliando o entendimento sobre as condições de saúde de cada ciclo.

O autor retrata em estágios os ciclos de vida, as tarefas a serem cumpridas em cada etapa e os tópicos de prevenção de cada ciclo, representados no quadro abaixo:

Quadro 1 - O ciclo de vida das famílias

ESTÁGIO DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA	TAREFAS A SEREM CUMPRIDAS	TÓPICOS DE PREVENÇÃO
Iniciando a vida a dois	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório - Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares - Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez - Desenvolver novas amizades 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir a importância da comunicação - Fornecer informação sobre planejamento familiar
Família com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança - Estabelecer uma vida satisfatória para todos os membros - Reorganizar a unidade familiar de dois 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações - Envolver o pai na gestação e no parto - Discutir desenvolvimento infantil, papel dos pais e relacionamento pais e filhos

		<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar um tempo para o casal - Discutir rivalidade entre irmãos - Discutir o sentimento de afastamento dos pais
Famílias com crianças pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> - Prover espaço adequado para a família que cresce - Enfrentar os custos financeiros da vida familiar - Assumir o papel maduro apropriado à família que cresce - Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes e comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontrar um tempo para o casal - Estimular o diálogo sobre a educação dos filhos - Fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças
Famílias com crianças em idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a transição da casa para a escola - Fazer face às crescentes demandas de tempo e dinheiro - Manter uma relação de casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar - Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho - Sugerir estratégias de manejo de tempo - Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças
Famílias com adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrar liberdade com responsabilidade à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade - Estabelecer fundamentos para atividades dos pais após a saída dos filhos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relações com os adolescentes que reflitam aumento da autonomia - Fornecer informações aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes - Conversar com adolescentes sobre sexo e droga - Discutir com os adolescentes o estabelecimento de relações ao longo da vida

Casais de meia idade	<ul style="list-style-type: none"> - Prover conforto, saúde e bem estar enquanto casal - Planejar o futuro financeiro - Crescimento e significado do indivíduo e do casal - Serem avós 	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o casal a fazer planos de aposentadoria - Atividades de lazer, finanças e moradia - Independência dos filhos - Eleição vocacional - Tolerância à partida dos filhos - Explorar o papel dos avós - Discutir a sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento
Famílias envelhecendo	<p>Tópicos de moradia e finanças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integridade do ego - Saúde - Ficar mais tempo juntos - Enfrentar a vida sozinho 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir tópicos de saúde e de planejamento de longo prazo - Cuidar da saúde mental - Encorajar interesses individuais e compartilhados - Preparo para lidar com a perda do(a) companheiro(a)

Fonte: Mendes, 2012

A outra ferramenta para abordagem familiar é o F.I.R.O., acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*. Esta ferramenta constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para possibilitar dar *feedbacks* às pessoas nos grupos (MENDES, 2012)

Este instrumento procura avaliar os sentimentos dos membros da família, as vivências das relações do cotidiano. É utilizado para compreender as mudanças no ciclo de vida familiar, avaliar as alterações conjugais ou familiares, patologias graves e pacientes terminais. As relações de família podem ser alocadas em três dimensões: inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

O modelo P.R.A.C.T.I.C.E. acrônimo de *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illnesss in family, Coping with stress, Environment or ecology*, outra ferramenta de abordagem familiar, é mais utilizado para o manejo das situações difíceis. Tem como foco a resolução dos problemas, o que permite uma aproximação com as várias faces que dão origem aos problemas para as famílias analisadas (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011). Esta ferramenta opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de que intervenções são mais adequadas a um caso específico. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Ele fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico. O P.R.A.C.T.I.C.E. pode ser utilizado para assuntos de ordem médica, comportamental ou de relacionamentos (MENDES, 2012).

Outra forma de abordagem é o Apgar Familiar, que é um instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família. Este instrumento é composto por um questionário auto administrado com cinco perguntas, que recebem pontuações de 0 a 2, onde os diferentes escores devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família (MENDES, 2012). O questionário está representado no Quadro 2 a seguir.

Segundo o autor, a forma de pontuação para a ferramenta APGAR considera a família: de 7 a 10 pontos: altamente funcional; 4 a 6 pontos: moderadamente funcional; 0 a 3 pontos: severamente disfuncional.

Quadro 2 - Questionário Apgar Familiar

QUESTÃO	QUASE NUNCA (2)	ÀS VEZES (1)	QUASE SEMPRE (0)
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse como e compartilha comigo a resolução dos problemas			

Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos tempo juntos			

Fonte: Mendes, 2012

O Ecopama, ou Mapa de Rede, é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. De acordo com Wright e Leahey (2012), assim como o genograma, o Ecopama objetiva a representação gráfica com impacto visual dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas, sendo um retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico.

Para Mendes (2012), é importante identificar os relacionamentos externos da família, pois isso pode contribuir para superar as fragilidades de seu relacionamento familiar interno nos momentos de crise.

A avaliação da família conforme o modelo Calgary abrange três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional. Cada uma dessas dimensões se divide em várias subcategorias. É importante definir quais subcategorias são relevantes e apropriadas para exploração e avaliação junto à família. Nesta perspectiva, Wright e Leahey (2012) consideram que cada categoria se constitui por um conjunto de informações que, reunidas, tem a finalidade de entender o funcionamento das famílias e direcionar o cuidado junto a cada uma delas.

Dentre as ferramentas apresentadas, em nossos serviços notamos que o genograma e o ecomapa são as comumente utilizadas e conhecidas pelos profissionais. Embora estas ferramentas sejam altamente funcionais para vislumbrar as famílias em sua complexidade e dinamicidade, além de identificar necessidades de saúde, potências de fortalecimento e desgastes familiares, entre outras correlações, retratam o ciclo vital da família no momento, permitindo observar as modificações no decorrer do tempo, mesmo assim, não são todos os enfermeiros

que se apropriam das mesmas. E não são todos os prontuários que possuem espaços para os registros no formato de símbolos próprios do genograma.

Estas ferramentas seriam extremamente úteis no processo de trabalho das enfermeiras, pois poderia dar pistas mais consistentes sobre a continuidade do cuidado oferecido as famílias pela ESF. No entanto, são instrumentos pouco utilizados, pois, segundo relatos dos enfermeiros demandam tempo em sua aplicação e, também para sua construção e análise.

Diante desse panorama, onde há na literatura diversos instrumentos utilizados para a abordagem familiar na APS, constatamos que na prática, no que tange o processo de trabalho das equipes de ESF e a prática da assistência de enfermagem voltada à família, ainda hoje, existe uma fragilidade em sistematizar o cuidado prestado evidenciado nas necessidades de saúde.

Para os enfermeiros das equipes da ESF, é necessário um instrumento que ajude as equipes a considerarem a família como objeto do cuidado, bem como suas necessidades e interações, permitindo assim, uma sistematização do cuidado efetivo, embasando o raciocínio clínico do enfermeiro na tomada de decisão e estabelecendo assertividade na abordagem familiar.

Na busca por instrumentos que ajudem a sistematizar o cuidado a famílias e em uma tentativa de aproximar os campos da formação e da prática, buscou-se nesta pesquisa apreender os instrumentos que estão sendo utilizados na formação dos enfermeiros para a prática na APS com enfoque na família.

1.3 A SAE NA APS: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O ENFOQUE NA FAMILIA

Diante dessa contextualização, para delimitarmos um plano de cuidados direcionado a família, tomaremos como pressuposto a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e como hoje, na APS, ela se apresenta.

A SAE é uma ferramenta de gerência do cuidado que fornece subsídios para a organização da assistência de enfermagem (OLIVEIRA et al, 2012).

No Brasil, a SAE foi implantada de forma mais eficiente no âmbito do cuidado em instituições hospitalares, na esfera dos cuidados secundários e terciários. No âmbito da APS e da ESF, a implementação da SAE ainda se desenvolve de forma

incipiente. Isso se deve a vários fatores, que vão desde a “natureza ampliada” do objeto de cuidado até dificuldades com os sistemas de classificação e nomenclatura da SAE, além da natureza multiprofissional e intersetorial da prática na APS.

No entanto, a aplicabilidade, assim como a estruturação da sistematização da assistência depende do envolvimento do profissional na prática de enfermagem capaz de prover cuidados para transformar e solucionar os problemas das pessoas, famílias e coletividade e ainda não está efetivada (NIETSCHE; BACKES, 2000).

Os estudos de Neves e Shimizui (2010), Foschiera e Vieira (2004) e Abrantes (2010) demonstram que a implantação da SAE e PE na atenção primária à saúde ocorre ainda de forma bastante fragmentada e incipiente.

Dessa forma, neste estudo buscamos entender como seria a sistematização da assistência de enfermagem para a família no contexto da APS.

Em seu estudo, Figueiredo (2009) contextualiza a importância do cuidado centrado na família, defendendo, em um contexto mundial, a criação, desde 1988, de políticas públicas que tenham a unidade familiar como foco dos cuidados, resultados e impacto das intervenções de enfermagem, mas apesar disso, a ênfase do cuidado prestado ainda se mantém nos aspectos individuais aliados à doença e não nos cuidados de saúde à família.

Ribeiro (2004) relata a forma insuficiente pela qual as famílias são atendidas, quando considerada a relação cuidado *versus* abordagem. Observa-se, a partir de então, diferentes formas de abordagens familiar no cenário da ESF, tais como: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família (BUSS, 2007; GOMES, 2005).

Entendendo essa diversidade de cenários e diferentes possibilidades de abordagem para o cuidado às famílias, buscou-se entender a sistematização do cuidado de enfermagem quais as ferramentas que o enfermeiro da ESF utiliza para esta prática.

Atualmente, nas unidades do estudo, não há uma padronização na realização da SAE de forma geral, e nem voltada à família, nem tão pouco há padronização do registro da SAE de forma a torna-lo acessível para a utilização da equipe multiprofissional, uma vez que na ESF, esta equipe também participa do cuidado dos indivíduos.

Entendendo essa inserção da equipe multiprofissional na abordagem do

cuidado prestado pela ESF e pensando como seria a integração da SAE com os demais profissionais, buscamos na literatura ferramentas que compartilhassem o registro estruturado para a efetivação do cuidado ampliado aos usuários.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP) destaca a complexidade decorrente das diversidades das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho. Neste sentido, aborda o trabalho coletivo, tomando como princípio que as ações de enfermagem são executadas em conjunto com outros trabalhos realizados por diferentes agentes da equipe multiprofissional de saúde. Esta, geralmente, é constituída por médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentre outros.

Por sua vez, a equipe multidisciplinar na Atenção Primária a Saúde utiliza como ferramenta o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que, articulado com a SAE, desenvolvida pelo enfermeiro, complementaria a coordenação do cuidado voltado às famílias, representado na Figura 2.

Figura 2 - Representação da SAE associada ao PTS na abordagem familiar



Fonte: Ilustração elaborada pela pesquisadora

O PTS é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. A palavra “projeto” no PTS deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, e sim, na organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um

dado problema. Além disso, faz-se necessário explorar exhaustivamente a ideia de projetualidade, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades, novas possibilidades (CAMPOS et al, 2013).

Partindo do pressuposto da intersecção dessas ferramentas, no que tange o registro das informações, tanto para o enfermeiro quanto para a equipe multiprofissional, na prática clínica da APS, utiliza-se o “Registro Clínico Orientado por problemas” (RCOP), uma adaptação do “Registro Médico Orientado por Problemas”, originalmente criado para o ambiente hospitalar, e seu componente denominado “SOAP” (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), divulgados em 1968-69 a partir dos trabalhos de Lawrence Weed (RAMOS, 2008).

O RCOP possui três áreas fundamentais para registro das informações clínicas: a Base de dados da pessoa, a lista de problemas, e as notas de evolução clínica (RAMOS, 2008). Podemos ainda acrescentar um quarto componente, as fichas de acompanhamento, que resumem os dados complementares mais relevantes e sua evolução (CANTALE, 2003). Se bem utilizado, é um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da APS.

Ao utilizá-lo, é importante termos consciência e registrarmos as informações como se elas não fossem para nós mesmos, mas sim, de uma maneira compreensível para todos os membros da equipe (RAMOS, 2008), e, de maneira ideal, para a própria pessoa que está sendo cuidada.

A Resolução COFEN 358/09, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, estabelece:

Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. (COFEN, 2009)

Nesse sentido, o método SOAP e suas notas de evolução clínica possibilitam sistematização do registro de enfermagem, continuidade na assistência e compartilhamento do cuidado com a equipe multiprofissional.

O COREN/SP considera que o método SOAP baseia-se em um suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de enfermagem, assim sendo, contempla o processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário.

A literatura aponta que apesar dos esforços em se construir “consensos” e instrumentos para a assistência a família na APS, ainda existem muitas dificuldades. Silva e Fracolli (2014), na pesquisa que avaliou a ESF em uma região de Minas Gerais, relataram que na organização das ações das Equipes de família, não há espaço para a participação do usuário e, nem sempre, a família é a unidade central do cuidado.

Essas autoras apontam, em outro estudo no qual avaliaram a ESF na perspectiva dos cuidadores de crianças, que a avaliação foi positiva para os atributos longitudinalidade e coordenação, e negativa para o acesso, a integralidade, a orientação familiar e orientação comunitária (SILVA; FRACOLLI, 2016).

Considerando a relevância do método SOAP, para o registro de informações, faz-se necessário esclarecer que os dados captados no subjetivo ainda estão muito centrados no indivíduo e pouco se aborda as questões e interações da família. Nessa parte, são anotadas as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. São incluídas as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada (CANTALE, 2003).

Nas unidades do estudo, a instituição adotou o modelo do SOAP como forma de registro e sistematização do cuidado pelos profissionais médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional, garantindo assim a coordenação do cuidado e a longitudinalidade aos usuários assistidos.

Porém, há uma fragilidade na aplicação da SAE diante do processo de trabalho vivido pela ESF. Além da sua interação com a equipe multiprofissional, mesmo com a regulamentação, pelo órgão legislativo, da forma de registro por meio de outras ferramentas, não se identifica, nem no interior da SAE e nem no SOAP um padrão adequado para a sistematização do cuidado a família.

1.4 A SAE NA ESF NAS UNIDADES DE SAÚDE DO ESTUDO: UMA APROXIMAÇÃO AO CONTEXTO DA PESQUISA

Desde 2001, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) estabeleceu uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP), implantando e implementando serviços de saúde focados, principalmente, na atenção primária, com o objetivo de apoiar iniciativas governamentais na área da saúde para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parcerias como Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre outras, foram assumidas e, a instituição, atua na contratação de profissionais, no acompanhamento do trabalho das equipes, na capacitação e no aprimoramento da assistência prestada, realizando a gestão compartilhada com as diversas instâncias públicas municipais.

Como diretriz municipal, em nível local, não há nenhuma iniciativa padronizada para realização e fomento da SAE nas unidades básicas de saúde que estão sob a responsabilidade da supervisão técnica de saúde do Campo Limpo, cada unidade e cada profissional realiza a SAE de acordo com a sua prática e vivência.

Nesta perspectiva, a área responsável pela educação permanente da instituição, identificou a necessidade de avaliar o registro do enfermeiro e promover a SAE de forma padronizada em todas as unidades básicas sob sua gestão. Além disso, como as unidades trabalham sobre a ótica do modelo da Estratégia Saúde da Família, a área se preocupou também, na integração entre os profissionais e o trabalho em rede, fortalecendo a atuação desses profissionais na implementação de melhores práticas visando qualidade assistencial e permitindo um desfecho satisfatório ao paciente.

Dessa forma, para que os demais profissionais da ESF, e também os profissionais da equipe multidisciplinar, pudessem acessar o plano de cuidados e as intervenções realizadas aos pacientes, foi realizado, em novembro de 2016, um treinamento com todos os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas e profissionais do NASF) com o objetivo de implantar a metodologia SOAP. O treinamento foi denominado “Método Clínico Centrado na Pessoa”, no qual foram abordados os atributos da APS, além do registro clínico orientado por problemas.

As etapas da SAE são contempladas na metodologia SOAP, na qual no

subjetivo (S) são registradas informações sobre o histórico do paciente/família, no objetivo (O), contempla a parte do exame físico e dados clínicos relevantes, na avaliação (A), realiza-se o diagnóstico de enfermagem através da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e no plano (P), o enfermeiro elabora o plano de cuidados/prescrição direcionada ao paciente/família. Considerando a longitudinalidade e o cuidado continuado, a evolução do paciente/família permeia tanto as etapas do subjetivo e objetivo.

Com este modelo a Instituição promoveu uma maior integração entre os profissionais, a fim das eSF terem um olhar mais ampliado, uma maior compreensão dos cuidados e necessidades dos pacientes/famílias na qualificação do cuidado prestado, a assistir o paciente/família de forma mais ampliada e ser mais resolutivo.

O quadro abaixo demonstra a metodologia SOAP de acordo com suas etapas.

Quadro 3 - Representação da SAE associada ao PTS na abordagem familiar

SOAP	
SUBJETIVO (S)	Nessa parte se anotam as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou do problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que esta sendo cuidada (Cantale, 2003). Se tivermos como referencial o "método clínico centrado na pessoa" (MCCP), é nessa seção que exploramos a "experiência da doença" ou a "experiência do problema" vivida pela própria pessoa, componente fundamental do MCCP (Stewart,2010)
OBJETIVO (O)	Nessa parte se anotam os dados positivos (e negativos que configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis (Cantale, 2003).
AVALIAÇÃO (A)	Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o (Cantale, 2003). Nessa parte se poderá utilizar, se for o caso algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (Wonca, 2009).
PLANO (P)	A parte final da nota de evolução é o plano (P) de cuidados ou condutas que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos de planos (Cantale, 2003). 1) Planos Diagnósticos: nos quais se planejam provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso; 2) Planos Terapêuticos: nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, entre outras; 3) Planos de Seguimento: nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão; 4) Planos de Educação em Saúde: nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.

Fonte: Área de Apoio Técnico, Programas Governamentais, IIRS.

Apesar dos avanços que as estratégias acima trazem para o planejamento de um cuidado que prospecte o individuo em um contexto familiar sentiu-se a

necessidade de aprimoramento dessa abordagem. Nessa direção, identificou-se que no curso de graduação da EEUSP, existiam disciplinas que tinham foco no cuidado de enfermagem a família. Essas disciplinas traziam nos seus objetivos a proposta de “avaliar a família no processo de cuidado de enfermagem e promover situações para o uso de diferentes métodos e instrumentos para esta avaliação”.

Identificando a necessidade de termos um instrumento para realizar a SAE junto às famílias nas ESF, e conhecendo que o curso de graduação da EEUSP utiliza um instrumento para o ensino dessa temática junto à disciplina “Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem”, surgiu a pergunta dessa pesquisa: O Instrumento de Apoio do Projeto de Cuidado à Família pode ser utilizado como base para uma Sistematização da Assistência à Família? Esse instrumento é potente para identificar as necessidades de saúde das famílias e orientar a sistematização de um plano de cuidados com base na teoria de necessidades?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- a. Demonstrar as potencialidades e limites do “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família - IAPCFam” para a sistematização da assistência de enfermagem à família informada pelas necessidades de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Caracterizar as concepções dos enfermeiros sobre família, necessidades de saúde e a articulação das mesmas com a Sistematização da Assistência de Enfermagem à família;
- b. Identificar se o “IAPCFam” permite detectar as necessidades de saúde das famílias como objeto da sistematização da assistência de enfermagem.

3. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

3. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL: NECESSIDADES DE SAÚDE

O processo saúde-doença é resultante do modo de produzir e reproduzir dos indivíduos, sendo um conjunto de interações de diferentes aspectos; políticos, econômicos, sociais e culturais, que se materializam em agravos de saúde que afetam diretamente os indivíduos e suas famílias.

Na literatura, alguns autores ressaltam a importância de se compreender o processo saúde-doença do indivíduo e entender de fato suas necessidades de saúde.

Segundo Agnes Heller (1986 apud Egry et al., 2009), necessidade é:

(...) um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem.

Para esta autora, existem dois tipos de necessidades: as naturais, que dizem respeito à preservação e continuidade da vida, trata-se de necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e de cooperação e as necessárias, radicais ou propriamente humanas; que são socialmente determinadas, e dizem respeito à liberdade, a autonomia, a autorrealização, autodeterminação, a atividade moral, entre outras.

A autora identifica ainda, que há as necessidades alienadas que estão relacionadas às necessidades próprias do capitalismo, como o dinheiro, poder e posse.

Na saúde coletiva, compreende-se que as necessidades de saúde são geradas no contexto das relações que os seres humanos estabelecem entre si para se reproduzirem como sujeitos e como sociedade. Identificar e atender as necessidades de saúde significa reconhecer em indivíduos, famílias e grupos/classes sociais de uma área definida tais necessidades, com a finalidade de subsidiar um melhor planejamento e execução das ações, subsidiando uma melhor gestão do serviço (CAMPOS, 2013; CAMPOS e SOARES, 2013).

Para Campos e Soares (2013), as necessidades de saúde são compreendidas como necessidades de reprodução das classes sociais, uma vez que os indivíduos ocupam diferentes posições nas relações de reprodução social, constituindo-se de modo distinto nos indivíduos de diferentes classes, dado que o acesso desses indivíduos ao que os satisfaz é desigual. Sendo assim, necessidades de saúde devem ser interpretadas, compreendidas e respondidas como necessidades sociais, considerando às diferenças de classe sociais.

Dessa forma, sendo as relações de reprodução social base das necessidades de saúde dos indivíduos, determinando os padrões do processo de saúde doença, as necessidades de saúde são identificadas como sendo:

(...) o conjunto da vida social desse indivíduo (formas de produzir, de partilhar e de consumir o que é socialmente produzido – formas de trabalhar e modo de viver – do indivíduo, da família e da classe/grupo social à qual pertencem; relações que o indivíduo, a família e a classe/grupo social à qual pertencem estabelecem com outras pessoas, outros grupos e com as instituições sociais do território; características do território onde vive – ambientais, geográficas e sociais) e também deve ser identificadas nas consequências dessas formas de trabalhar e de viver no campo biopsíquico dos indivíduos e das famílias – as doenças – nas diferentes classes/grupos sociais aos quais pertencem. (CAMPOS, 2013, p. 148)

O conceito de “necessidades de saúde” é complexo, amplo e bastante abrangente, perpassando além da dimensão biológica, cultural, econômica, ecológica e política onde, no modo de produção capitalista, são determinadas e pela esfera econômica (CAMPOS, 2013). As necessidades de saúde têm início no indivíduo, que pode ou não identificar a necessidade e expressá-la no serviço de saúde, porém os profissionais podem ou não interpretá-la de fato como uma necessidade (CAMPOS, 2009).

Com o intuito de identificar as necessidades de saúde, a saúde coletiva vem desenvolvendo instrumentos epidemiológicos capazes de captar a reprodução social dos diferentes grupos sociais, sendo objeto da atenção perfis epidemiológicos de indivíduos e famílias que constituem os grupos sociais. A partir da definição dos perfis de reprodução social que se apreende as necessidades de reprodução social e as da presença do Estado no território, determinantes dos perfis saúde-doença. Os perfis saúde-doença, por sua vez, indicam as necessidades de saúde referidas aos problemas de saúde já existentes e instalados nos indivíduos. (CAMPOS; SOARES, 2013).

Portanto, ao longo do tempo, a população tem reconhecido como necessidades de saúde como necessidades de serviços de saúde e são consideradas pelos serviços como sinônimo de problemas de saúde já instalados no corpo biopsíquico de um indivíduo, que devem ser corrigidos pelas práticas do serviço, principalmente as fundamentadas nos instrumentos e prática da clínica médica (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

De acordo com a literatura e considerando o arcabouço teórico da Saúde Coletiva, necessidades de saúde são necessidades de reprodução social, constituindo a base do processo saúde-doença, e para serem captadas e respondidas, necessitam a presença do Estado, na responsabilização pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social da população e o acesso a direitos universais através dos serviços públicos, quanto mais estiver consciente a necessidade de participação política.

Essa instância possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes e grupos sociais diversos e dos grupos organizados da sociedade civil, possibilitando que sejam revelados os conflitos sociais encobertos pelos desgastes advindos do mundo do trabalho contemporâneo e que possibilita a construção de um projeto emancipatório, no qual estejam postas as necessidades de todos.

Devido à complexidade desta temática, neste estudo, com base nos referenciais teóricos citados acima, e para fins de alinhamento conceitual proposto na metodologia da pesquisa, conceituaremos necessidade de saúde, como sendo as relações de reprodução social onde os indivíduos estão inseridos e se desenvolvem,

portanto, precisamos considerar a inserção dos indivíduos nos diferentes grupos sociais e suas desigualdades.

Para os profissionais da ESF, é importante ressaltar que é sobre as necessidades de saúde que incidem as ações do processo de sistematização do cuidado da assistência em enfermagem das famílias.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa com estruturação metodológica de pesquisa participativa.

A pesquisa participante busca o envolvimento da comunidade na análise de sua própria realidade. Ela se desenvolve a partir da interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas.

Segundo Grossi (1981, p. 55), “pesquisa participante é um processo de pesquisa no qual a comunidade participa na análise de sua própria realidade, com vistas a promover uma transformação social em benefício dos participantes que são oprimidos”.

4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

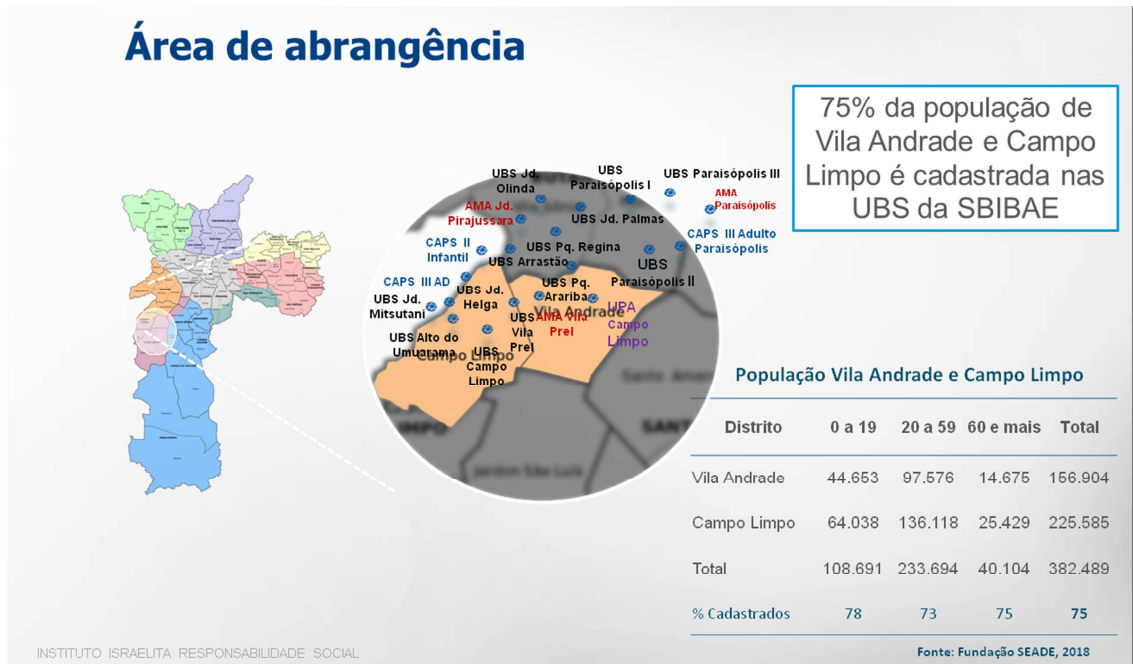
O Município de São Paulo está organizado em seis Coordenadorias de Saúde, quais estão vinculadas às Supervisões Técnicas de Saúde (STS), conforme prevê o plano de regionalização municipal. Foi selecionada para este projeto a Coordenadoria de Saúde Sul, onde está inserida a Supervisão de Saúde do Campo Limpo, que é composta pelos distritos administrativos de Campo Limpo (225.585 habitantes), Vila Andrade (156.904 habitantes) e Capão Redondo (268.481 habitantes), num total de 641.764 mil habitantes, o que representa 28,3% da população residente na Coordenadoria de Saúde Sul. (SEADE, 2018)

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) é um dos pilares de atuação da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Faz parte de um dos seus eixos de trabalho a gestão de unidades de saúde da Atenção Primária em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP) na zona sul, nas regiões de Campo Limpo e Vila Andrade.

Esta parceria existe desde 2001 e está firmada por de um termo de convênio, onde o IIRS gerencia 13 Unidades Básicas de Saúde, com 87 equipes de saúde da família que prestam assistência a uma população de 382.489 habitantes desta

região.

Figura 3 - Representação da área de abrangência das unidades de saúde da SBIBAE.



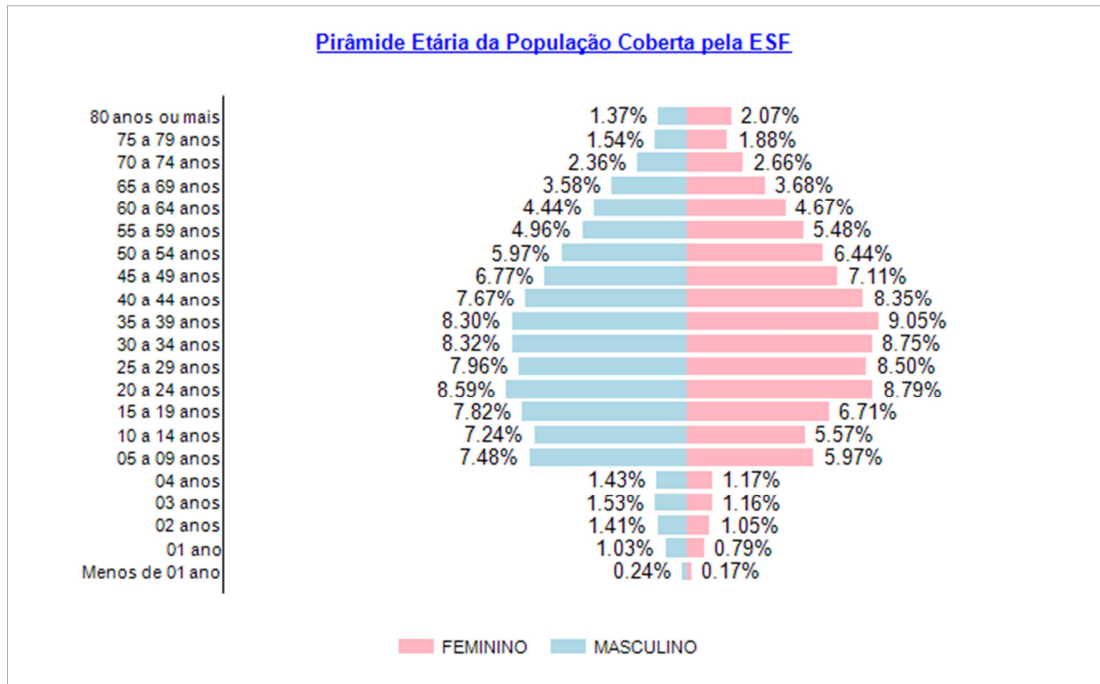
Fonte: Dashboard Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação

A região do Campo Limpo é mais periférica em relação à Vila Andrade, porém, neste distrito, temos localizado a comunidade de Paraisópolis, que apresenta alto índice de vulnerabilidade social, neste local temos três unidades básicas de saúde.

Nas unidades temos cadastradas aproximadamente 280.000 mil pessoas o que corresponde a 75% da população dos dois distritos, sendo que 80% são SUS dependente.

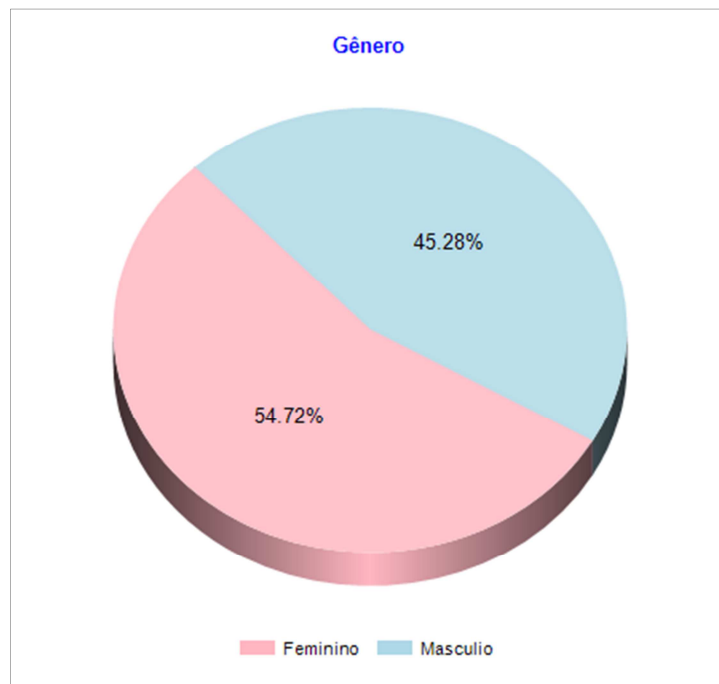
Abaixo, seguem alguns indicadores sócio demográficos que melhor retratam o perfil desta população.

Gráfico 1 - Pirâmide Etária da População Coberta pela ESF nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019.



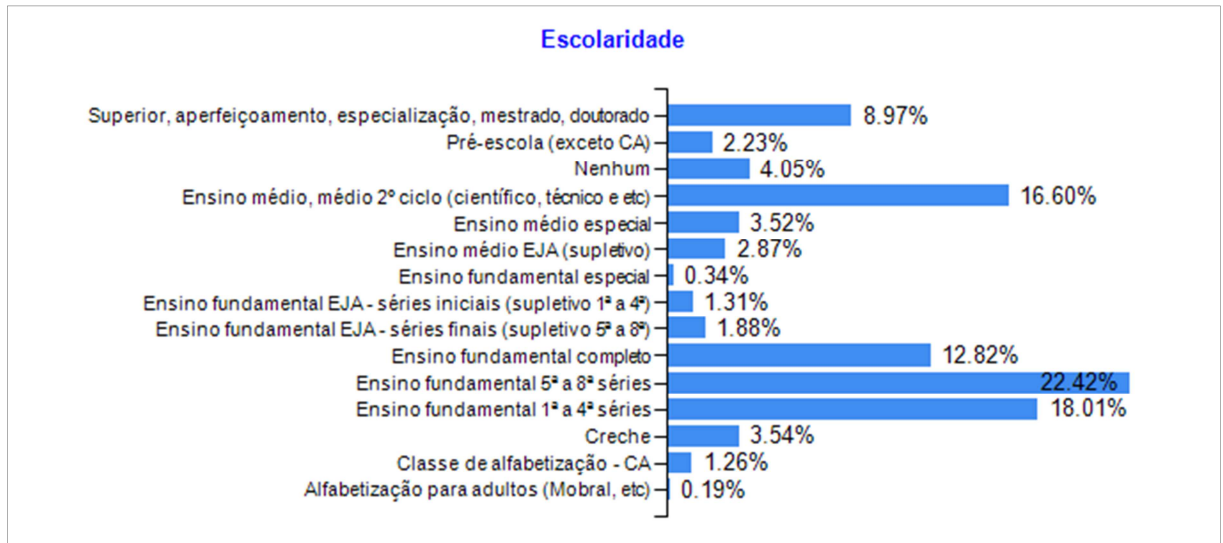
Fonte: Dashboard Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação – Cadastro e-SUS

Gráfico 2 - Representação da população por sexo, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019.



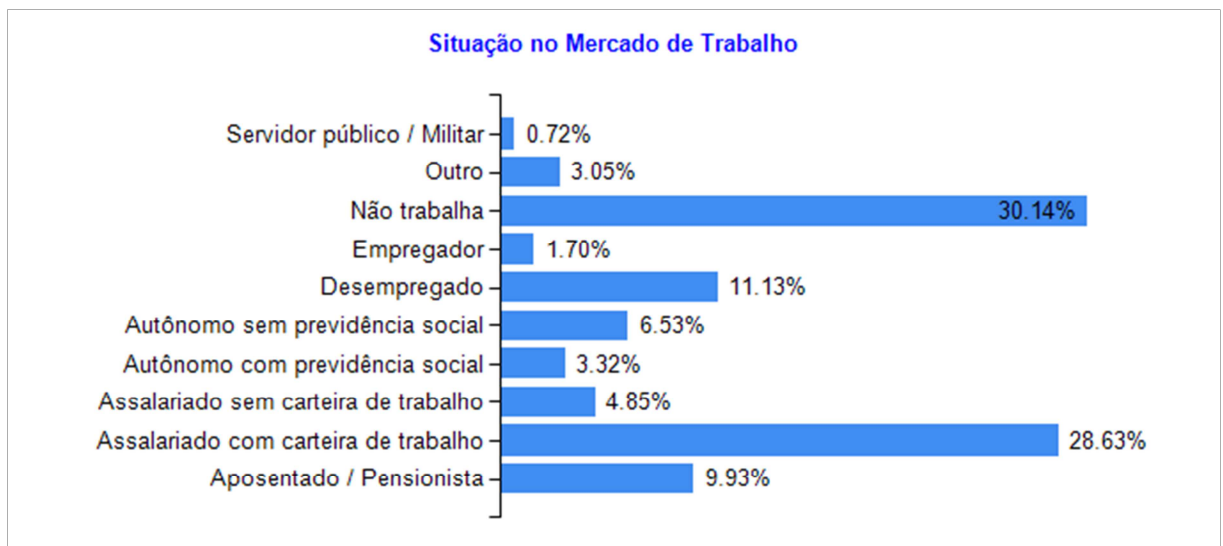
Fonte: Dashboard Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação – Cadastro e-SUS

Gráfico 3 - Representação da população por escolaridade, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019.



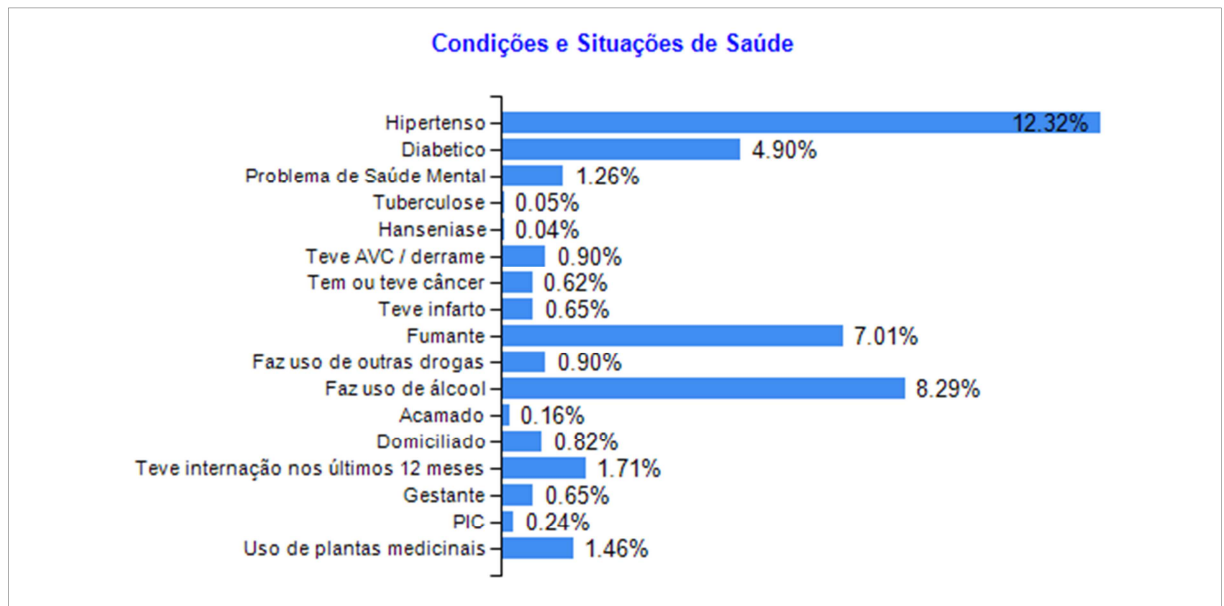
Fonte: Dashboard Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação – Cadastro e-SUS

Gráfico 4 - Situação no mercado de trabalho referida pela população, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019.



Fonte: Dashboard Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação – Cadastro e-SUS

Gráfico 5 - Condições e Situação de Saúde referida pela população, nos distritos de Campo Limpo e Vila Andrade, São Paulo – SP, 2019.



Fonte: Dashboard Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação – Cadastro e-SUS

Nos gráficos apresentados, nota-se que a maioria da população é composta por adultos jovens, inseridos num contexto social de grande vulnerabilidade e diferenças sociais entre os territórios.

Diante desse cenário, no nível de atenção da APS, essas unidades trabalham com o modelo da Estratégia Saúde da Família que foi criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de consolidar o SUS, que tem como base os princípios de acesso, tais como a equidade, integralidade e universalidade e, também, princípios organizativos como a descentralização, participação da comunidade e regionalização.

A ESF é fundamentada na abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade e é composta por equipes saúde da família que envolve enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os participantes do estudo foram os enfermeiros que atuam nessas unidades, por serem profissionais diretamente implicados com o objeto do projeto.

O IIRS possui uma Área de Desenvolvimento Científico (ADC), que fomenta o desenvolvimento e a participação dos profissionais da instituição no âmbito da pesquisa científica especificamente na APS. Com o apoio desta área foi enviado,

através do e-mail institucional, um convite formal, explicando a temática da pesquisa e seu objeto de estudo, deixando aberta a possibilidade de participação de todos os 87 enfermeiros que atuam nas unidades de ESF.

Dos 87 enfermeiros convidados, 14 aceitaram participar da pesquisa, entretanto, no dia do grupo focal (GF), apenas sete enfermeiros compareceram, as ausências dos demais foram justificadas pela alta demanda da unidade.

4.3 O INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA SAE

O instrumento para a sistematização da SAE (Anexo I), escolhido como ferramenta para esta pesquisa, foi formulado pela disciplina “Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem”, da EEUSP. A disciplina é oferecida aos alunos de graduação da escola, no quarto semestre. Como objetivo geral a disciplina pretende propiciar o desenvolvimento e a integração de conhecimentos, habilidades e atitudes do estudante para o processo de cuidado de enfermagem, visando à atenção integral e humanizada às necessidades de saúde dos usuários (pessoas, famílias e grupos) em Unidades Básicas de Saúde (EEUSP, 2019).

Nesse contexto, a disciplina formulou um instrumento pedagógico de sistematização do cuidado de enfermagem a família, intitulado como “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família”, que vem sendo utilizado no ensino de graduação para a formação inicial dos alunos para a abordagem a família durante o período de estágio curricular na APS.

O instrumento proposto é bem completo e extenso, nele constam dez perguntas abertas e descritivas, contendo informações sobre composição familiar, dados de reprodução social (condições de trabalho, condições de moradia, acesso à saúde e educação, benefícios sociais) informações sobre a dinâmica familiar e suas relações, potenciais de fortalecimento e desgaste familiar genograma e ecomapa, agravos e problemas de saúde e identificação de necessidades de saúde.

Este instrumento teve sua fundamentação teórica baseada no conceito de “determinação social”, a partir do qual o processo saúde-doença é compreendido como um processo social concreto, rejeitando-se o esforço de naturalização dos eventos ligados à saúde, acentuando-se a historicidade de tais fenômenos e o caráter econômico e político das suas determinações (BREILH, 1991; LAURELL, 1983).

Além disso, considera também os determinantes sociais da saúde (DSS), onde importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais, impactam diretamente no processo saúde doença dos indivíduos (ALMEIDA-FILHO, 2010).

A ideia inicial do estudo era utilizar o instrumento na sua íntegra, porém, devido a sua extensão e detalhamento, na ocasião do exame de qualificação desta pesquisa foi sugerido a reformulação. Desta forma, o instrumento foi modificado de forma a atender o processo de trabalho dos enfermeiros das eSF, respeitando as etapas do processo de enfermagem e visando identificar as necessidades de saúde das famílias assistidas por estes profissionais.

A nova ferramenta foi chamada de “Instrumento de Apoio para o Cuidado à Família II” (IAPCFam II), foi remodelada a uma página frente/verso, com estrutura semelhante a SAE (Apêndice I). A ferramenta é composta por: histórico, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados e avaliação, descritos a seguir:

- Histórico: composto por oito questões, abertas e fechadas, com a finalidade de captar a composição familiar, reprodução social e dinâmica familiar.
- Diagnóstico de Enfermagem: identificado pelo profissional, evidenciando pontos de fortalecimento e pontos de desgaste da família assistida.
- Plano de Cuidado: após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro consegue ter uma visão mais ampla sobre a família assistida, possibilitando, então, a construção de um plano de cuidado familiar baseado nas principais necessidades dessa família.
- Avaliação: nesta etapa, o profissional tem a possibilidade de olhar para o plano de cuidado proposto e avaliar sua efetividade, se há necessidade de novas intervenções.

De modo geral, essa nova ferramenta possibilita ao enfermeiro, não somente ampliar o cuidado familiar no momento da construção da SAE, mas também, auxiliar no monitoramento e na longitudinalidade das famílias assistidas.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi desenvolvido em 3 etapas:

- Etapa 1 – Apresentação do instrumento IAPCFam II aos enfermeiros
- Etapa 2 – Aplicação do instrumento IAPCFam II pelos profissionais
- Etapa 3 – *Feedback* dos participantes em relação aos registros contidos no instrumento IAPCFam II

4.4.1 Etapa 1 – Apresentação do instrumento IAPCFam II aos enfermeiros

Para a apresentação e discussão do IAPCFam aos enfermeiros, optou-se por uma estratégia de grupo focal. Segundo Kitzinger (2000 apud TRAD, 2009), o principal objetivo de grupo focal é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços. O grupo focal difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (MINAYO, 2007).

Foi estruturado um grupo focal, com os sete profissionais enfermeiros envolvidos na aplicação do instrumento da SAE a família, com duração de duas horas. É importante ressaltar que cinco, dos sete enfermeiros representados no grupo, trabalham em unidades básicas de saúde distintas.

A fim de auxiliar os enfermeiros na aplicação do IAPCFam, anexamos a ele um material de apoio para consulta (Apêndice II), que contém as orientações básicas para a elaboração de um genograma e ecomapa, com bibliografia recomendada para consulta caso tenham alguma dificuldade e os principais diagnósticos de enfermagem familiar, incluindo NANDA e CIPESC.

Os participantes também deveriam preencher outra folha com a

caracterização do profissional na qual também havia um espaço específico para que eles pudessem colocar suas percepções e sugestões sobre o instrumento. (Apêndice III)

O encontro foi realizado no Instituto de Ensino e Pesquisa da SBIBAE a dinâmica escolhida para condução do grupo focal foi:

1. Apresentar o IAPCFam aos profissionais;
2. Explicar aos enfermeiros o objetivo da pesquisa;
3. Entregar e discutir o material de apoio;
4. Conhecer o repertório dos enfermeiros sobre necessidades de saúde, família e SAE por meio de perguntas disparadoras sobre essas temáticas.

Durante a condução do grupo, os enfermeiros foram estimulados a participarem mais ativamente pela pesquisadora, que estimulou a discussão entre os enfermeiros, com perguntas disparadoras a fim de conhecer as percepções sobre SAE, bem como a sua aplicação voltada as famílias, além do conhecimento dos enfermeiros sobre a percepção e o conceito de “necessidades de saúde”.

Essa estratégia foi fundamental para provocar a discussão entre os enfermeiros, que no início, estavam mais inibidos a falar. Todos participaram da discussão trazendo a experiência vivenciada nos serviços.

Os enfermeiros consentiram a gravação dos relatos discutidos no grupo. Os discursos foram transcritos em sua íntegra para posterior transcrição e análises.

4.4.2 Etapa 2 – Aplicação do Instrumento pelos profissionais

Durante a realização do grupo focal, na apresentação do instrumento, os enfermeiros mostraram-se motivados e todos concordaram em aplicar o instrumento proposto.

Foi sugerido aos enfermeiros que o instrumento fosse aplicado em diferentes cenários da sua rotina de trabalho, podendo ser durante as consultas de enfermagem, na realização de visitas domiciliares ou em grupos educativos.

A escolha das famílias foi opcional, ficando a critério de cada profissional. Cada enfermeiro recebeu três instrumentos impressos, porém, para a pesquisa, foi

solicitado à aplicação de ao menos dois instrumentos, não havendo restrição quanto à quantidade máxima. Os profissionais tiveram 30 dias para aplicação do instrumento nas famílias escolhidas.

Durante a realização do grupo focal, foi solicitado aos enfermeiros que registrassem suas percepções a cerca do instrumento que relatasse críticas positivas e negativas em relação ao objetivo proposto e a sua prática no dia a dia em relação à assistência de enfermagem (Apêndice III).

4.4.3 Etapa 3 – Grupo de *feedback*

Após a aplicação do Instrumento, os enfermeiros participantes da pesquisa, foram convidados para mais um grupo focal, a fim de propiciar um espaço mais amplo de discussão a respeito da experiência vivenciada na aplicação do IAPCFam.

O grupo foi realizado na sala de treinamento da UBS Campo Limpo a fim de facilitar o deslocamento dos enfermeiros. Dos sete profissionais que manifestaram interesse em participar da pesquisa, apenas seis compareceram, sendo que um enfermeiro desistiu de participar do estudo, relatando falta de tempo para aplicação dos instrumentos.

Esta etapa teve que ser realizada em dois tempos, pois, dos seis enfermeiros participantes, apenas dois compareceram para a realização do grupo. Os demais se ausentaram devido divergências na escala de trabalho da unidade. Por este motivo, houve a necessidade da realização de um terceiro GF para contemplar demais participantes da pesquisa.

Cada um dos dois grupos focais de *feedback* realizados teve duração média de uma hora e trinta minutos. Durante a realização do grupo foi recolhido os instrumentos aplicados pelos enfermeiros. Além disso, todos os enfermeiros tiveram a oportunidade de relatar a suas percepções acerca do instrumento, descrevendo e exemplificando seus limites e potencialidades.

Os enfermeiros consentiram a gravação dos relatos discutidos no grupo. Os discursos foram transcritos em sua íntegra para posterior transcrição e análises.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo registrado pelos enfermeiros acerca do instrumento proposto foi analisado pela pesquisadora, com o objetivo de captar as percepções dos enfermeiros o “Instrumento de Apoio para o cuidado à família” às reais necessidades da prática da equipe de enfermagem para qualificar o cuidado a essas famílias.

Como ferramenta de análise foi utilizada o método de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1979, p. 42), definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Minayo (2007) diz que os pesquisadores que buscam compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência uma interpretação mais profunda.

Os conteúdos dos grupos focais foram transcritos, os comentários e observações foram categorizados segundo a frequência dos relatos e descritos e correlacionados com o objetivo da pesquisa, assim como os dados captados no instrumento preenchido pelos enfermeiros.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução CNS 510/2016 e a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da EEUSP e da Prefeitura Municipal de São Paulo, cujos pareceres consubstanciados encontram-se nos Anexos II e III. Antes da inclusão dos participantes, foram fornecidas informações sobre o estudo e, devidamente, apresentados e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tanto para o profissional quanto para a entrevista com a família, representados nos apêndices IV e V respectivamente.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

Durante a realização do grupo focal, os enfermeiros foram estimulados a trazerem relatos sobre a prática da realização da SAE em seus serviços e sua aplicação como ferramenta norteadora do cuidado de enfermagem ao paciente e a família.

Para esse entendimento é importante conhecermos o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa (Quadro 4).

Quadro 4 - Perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa

PERFIL DOS ENFERMEIROS					
Nº de Enfermeiros	Idade	Tempo de Formação	Possui Especialização ou Residência em Saúde da Família?	Tempo de Atuação como Enfermeiro de ESF	Quanto tempo atua nesta equipe?
1	38	13	Sim	13	3
2	30	6	Sim	5	10 meses
3	28	4	Sim	3	3 meses
4	40	16	Sim	15	4
5	38	15	Sim	15	3
6	39	15	Não	6	4

Nota-se que a maioria dos enfermeiros possui mais de 35 anos de idade e, em relação à formação acadêmica, possuem, em média, 11 anos. Além disso, a maioria possui complementação curricular com especialização ou residência em saúde da família.

A literatura aponta que a formação e a qualificação na APS são de suma importância e estão associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, por compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, e considerar o espaço de construção coletiva, onde os

diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde. (D'AVILA; ASSIS; MELO; BRANT, 2014).

Entretanto, mesmo com formação voltada a APS, durante o grupo focal os enfermeiros relataram dificuldades em relação à realização da SAE. Apontaram falta de vivência nessa temática e sinalizaram fragilidade na formação acadêmica. Ressaltaram que esta formação, não prepara o profissional para a realização da SAE no contexto da atenção primária.

“Eu enxergo a SAE na atenção primária algo diferente e que eu não aprendi entendeu, na escola ou na faculdade, assim, mesmo na residência a gente não vê ó, como que é o processo da SAE pra atenção primária”. (E2)

“Eu fico olhando como que é uma consulta médica pra eu saber como é que faz um processo de consulta porque eu não aprendi na faculdade”. (E5)

Uma questão importante refere-se ao fato de como as instituições de ensino abordam a SAE durante o decorrer da graduação. A análise da literatura revela que o discente é introduzido aos conteúdos teóricos e práticos da SAE e, também do processo de enfermagem, em diversos períodos da grade curricular. Tal condição dificulta o aprendizado desses temas, pois devido ao processo fragmentado o discente não consegue compreender a dimensão e complexidade da SAE. (ARGENTA, 2007; SILVA; GARANHANI; PERES, 2015)

Entendendo a importância da qualificação profissional alinhada à prática do exercício da enfermagem e em busca de melhores desfechos e profissionais mais resolutivos no contexto da APS, a área de programas governamentais do IIRS reformulou o processo seletivo voltado às unidades básicas. Atualmente não só os enfermeiros, mas, todos os profissionais que buscam uma vaga de trabalho na APS, além de prova teórica, participam de cenários com simulações realísticas de situações voltadas a prática de trabalho na ESF.

Ainda em relação ao perfil de qualificação profissional dos enfermeiros, o tempo de atuação na ESF e na equipe de saúde da família também é um fator a relevante. A média de tempo de atuação na ESF foi de nove anos e meio, enquanto que na equipe dois anos. Diante disso, é esperado, portanto, que esse profissional tenha desenvolvido habilidades específicas para atuar na APS e que tenha

construído um vínculo sólido com as famílias e usuários de seu território.

A questão do vínculo com a família é um fator que foi relatado pelos enfermeiros durante o grupo focal, sendo este, fundamental para conhecer e identificar situações de saúde da população por eles assistida.

“(...) eu tô lá todo mês, é uma pessoa que eu conheço muito, né, eu sei todos os passos que eles dão fora da unidade, né, pra mim é habitual, agora quando é uma família que eu não tenho muito contato, realmente daí eu acho que é difícil.” (E4)

“(...) eu consegui identificar né, até muitas coisas assim, por já conhecer a família.” (E5)

Sobre a prática da SAE nos serviços, os enfermeiros entendem que é uma atividade privativa da sua categoria profissional e reconhecem a importância de sistematizar e estruturar o cuidado, além do potencial da sistematização contribuir para identificar problemas e necessidades de saúde.

Apesar de reconhecerem a importância, relatam a dificuldade na aplicação e elaboração da SAE, devido às especificidades do processo de trabalho da enfermagem na APS e apontam outras ferramentas para auxiliar na sistematização do cuidado.

“(...) eu entendo a SAE como um processo de trabalho do enfermeiro mesmo né, enfim, então, em todas as minhas consultas eu tenho a tendência em aplicar por ser algo privativo.” (E2)

“(...) eu acho que a SAE ainda tá um pouco deficitária, assim.... a gente não aplica o que é!” (E3)

“(...) eu fico olhando como que é uma consulta médica pra eu saber como é que faz um processo de consulta porque eu não aprendi na faculdade.... ou de outros profissionais também, quando é caso complexo.... tem indicado fazer um PTS, eu acabo copiando como que é a consulta da fono, da TO, pra conseguir gerar o meu olhar, mas de uma certa forma tem o olhar do

enfermeiro, não to querendo desmerecer o processo de trabalho do enfermeiro, to olhando pra SAE e como que é aplicada atualmente.” (E1)

“(...) ela (referindo-se a SAE) realmente ficou muito visada ao paciente né, você acaba sendo engolida pela demanda....e eu também tenho essa dificuldade de ter esse olhar diferenciado....de olhar a família e tudo.” (E4)

Nos discursos apresentados, observa-se que SAE não é realizada em todas as consultas de enfermagem e, o habitual, quando praticada, é voltada ao indivíduo, não sendo comum realizar a sistematização de enfermagem com foco na família. Quando o enfermeiro utiliza-se de outros modelos de atenção e organização do cuidado, como por exemplo, o PTS, a abordagem possui foco na dimensão individual e não familiar.

Os enfermeiros entendem que adotar uma abordagem familiar para organização da assistência está diretamente ligada a casos complexos, ou seja, casos em que os indivíduos apresentem condições crônicas ou problemas que necessitem de uma intervenção mais ampliada e que articule sua rede de suporte social.

Em contraposição a isso, argumenta-se que atenção integral à saúde, e portanto, a abordagem da clinica ampliada deve estar inserida no cotidiano dos enfermeiros e de outros profissionais, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores (FONTOURA, 2006)

Outro fato observado nos relatos dos enfermeiros é que a SAE não é realizada em sua completude. As etapas do processo de enfermagem não são concluídas. Os enfermeiros relatam dificuldades em realizar a “evolução” dos usuários neste nível de atenção.

“(...) como que é o processo da SAE pra atenção primária mesmo que seja em uma consulta de IVAS entendeu.... por exemplo, se eu prescrevo inalação, ai, como que vai ser a evolução desse caso, como que o técnico de enfermagem entende a minha prescrição.” (E1)

“(...) a gente raramente faz evolução, que é triste, a gente até aplica a SAE, e

na faculdade a gente aprende as etapas direitinho, quando a gente é intra-hospitalar, o outro paciente, o outro profissional que nos rende ele começa a anotação dele como? Paciente evolui bem, paciente evolui mal, paciente aceita as orientações, na APS a gente não faz evolução né, é raramente você vai falar assim “nossa, ele retornou uma semana depois, ele evoluiu bem do controle de pressão.” (E2)

“(...) seria a avaliação, a gente não tem esse hábito de fazer essa evolução.” (E5)

“(...) a gente tem esse vínculo, a gente sabe falar certinho do começo ao fim da vida dele, mas a gente não tem isso lá registrado, sistematizado e isso vai se perdendo realmente.” (E6)

Como observado nos relatos, à prática de realizar a “evolução” do usuário na ESF e na APS não acontece durante a consulta de enfermagem, ou seja, o enfermeiro não considera a condição anterior do usuário, não analisa os motivos pelos quais esse usuário procurou anteriormente a equipe de saúde na tentativa de buscar umnexo causal ou explicativo entre o que ele “apresentou” e o que ele “apresenta” no momento como “queixa” ou “demanda” para o serviço.

Durante revisão bibliográfica, identificou-se escassez de artigos sobre SAE ou PE na atenção primária à saúde tendo como objeto a família, as experiências relatadas foram predominantemente em ambiente hospitalar.

Em nossos serviços, a maioria dos enfermeiros são egressos de hospitais e, neste nível de atenção, o indivíduo permanece por um tempo determinado, ou seja, o ciclo do cuidado tem uma finalização. Para o enfermeiro é mais tangível observar a evolução do paciente no dia após dia, pois, ele consegue avaliar as condições apresentadas, realizar uma intervenção e ver a evolução da assistência prestada.

Esta representação das etapas do PE na APS não é tão perceptível para os profissionais, pois, na APS o intervalo das “evoluções” compreendem dias e não “horas” como estão habituados na prática hospitalar. A longitudinalidade, um atributo considerado como característica central da atenção primária, que trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo ainda é uma lacuna para a maioria dos profissionais de saúde.

Starfield (2002) afirma que o principal meio de realizar cuidado longitudinal é a equipe conhecer o usuário inserido em seu contexto social, ao longo dos ciclos de vida, com suas características sociais, econômicas e culturais.

5.1.1 O registro das ações de cuidado

A forma de registro das ações de assistência também foi algo bastante citado e criticado pelos enfermeiros. Este aspecto foi abordado considerando duas temáticas: a primeira em relação às ferramentas existentes e que possibilitam o registro da SAE de forma sistematizada; a segunda em relação, propriamente, a como se fundamenta o registro da SAE em prontuário.

Os enfermeiros relatam que o registro da SAE, dentro do escopo das atividades da ESF, levando-se em consideração a abordagem e o trabalho multiprofissional, dificulta a prática colaborativa e a integração com os demais membros da equipe e, que principalmente, o plano de cuidados deveria ser acessado e elaborado por todos os integrantes da equipe.

No que diz respeito às ferramentas que possibilitam o registro da SAE de forma sistematizada, os enfermeiros, durante a realização do grupo focal, relataram a importância do envolvimento dos demais profissionais da equipe multi para discussão e elaboração do plano de cuidados, garantindo, assim, a integralidade no cuidado prestado ao paciente.

Neste sentido, os enfermeiros trazem como experiência a estruturação da SAE, utilizando como ferramenta o modelo proposto pelo Projeto Terapêutico Singular e a metodologia do SOAP, dessa forma, todos os profissionais estariam envolvidos no processo do cuidado usuário/família.

“(...) pra nós e acho que poderia a SAE, entre aspas, poderia ser o PTS né, que a gente faz, quando a gente faz em reunião de equipe, quando a gente ta com o NASF, então a gente pega aquela família toda e daí a gente discute, aí a gente faz um plano terapêutico ali, mas assim, impresso....., no prontuário....., alguma coisa lá descrita como SAE familiarou até mesmo apgar familiar..... não!” (E4)

“(...) a gente faz agora por SOAP né, a gente faz o S e o O, a gente vai fazer o P daí a você põe o barra DE de diagnostico, quando eu faço o P eu ponho barra intervenção e faço a prescrição.” (E1)

A APS prioriza uma abordagem preventiva e de promoção à saúde, tendo como foco o cuidado centrado na pessoa/família, desmitificando o modelo médico centrado e com o foco no sintoma/queixa. Dessa forma, existe a necessidade de reproduzir uma escuta ativa, a construção de um vínculo e a assistência direcionada ao fazer coletivo (SUNDFELD, 2010).

Em relação à prática da SAE e sua interação com a equipe multiprofissional, nota-se que em relação às ferramentas que permitem esta prática (PTS e o SOAP) não há padrão entre os enfermeiros, mesmo a instituição realizando um treinamento voltado para a SAE com o registro estruturado através da metodologia do SOAP.

“(...) eu só comecei a fazer o SOAP porque a instituição em algum momento falou “vamos começar a aplicar o SOAP, vamos criar de uma forma, única para todos, porque daí todos os profissionais aplicam”, mas eu gostava muito da metodologia antiga, achava muito mais clara, da forma da enfermagem (histórico, anamnese,..)” (E1)

“O SOAP te prende a não direcionar tanto os diagnósticos, por exemplo, né, voltando pra queixa aguda, ele veio por conta de uma IVAS né, então o diagnostico automaticamente já vai pra permeabilidade de Vias aéreas comprometidas relacionado a....., é automático né, o cérebro funciona assim, na praticidade e aí ele faz você a não pensar nos outros diagnósticos que estariam ligados aquela paciente porque você acaba trabalhando com queixa aguda.” (E3)

Nos discursos apresentados, em relação ao registro da SAE no contexto da pesquisa observa-se que não existe um padrão em sua realização e tampouco existe padrão em relação a uma ferramenta para a sistematização do registro.

Além disso, nota-se que os enfermeiros não são habituados a realizarem a SAE para a família e, mesmo no contexto do indivíduo, encontram dificuldades na sua sistematização no que tange a APS.

Em relação ao segundo ponto apontado pelos enfermeiros, à forma de registro da SAE em prontuário, nota-se também fragilidades neste processo.

Atualmente, na área de programas governamentais do IIRS, dentre os treze serviços, temos sete unidades que utilizam o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) do SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Atendimento), denominado SIGA-PEP, sistema desenvolvido pela SMS/SP, uma unidade que utiliza o PEC-eSUS (Prontuário Eletrônico do Cidadão do e-SUS) e cinco unidades que utilizam o papel como forma de registro de informações e dados clínicos dos pacientes.

Sem dúvida, este é um ponto crítico entre os serviços, pois, não existe padronização, mesmo nas unidades onde há informatização, não há um “template” parametrizado para registro da SAE, o registro se dá em texto livre de acordo com a prática do enfermeiro, da mesma forma como é realizado em papel.

Outra questão apontada pelos enfermeiros, é que na ESF mesmo o prontuário sendo familiar organizado por um envelope contendo as informações na capa de todos os indivíduos que compõe a família, a organização do mesmo é feita de forma individual, onde no seu interior é realizada, através de subpastas, a separação de cada indivíduo com ficha de identificação pessoal, ficha de exames e subsequentes folhas para evolução do paciente. Dessa forma, não existe um local específico para que se registrem as informações e dados sobre a família, dificultando a compreensão e um olhar mais ampliado sobre suas necessidades e a elaboração de um plano de cuidados sobre as mesmas.

Nesta mesma perspectiva, nota-se uma deficiência nos registros e também um problema com a manipulação do prontuário por diversos profissionais, prejudicando a continuidade do cuidado prestado ao paciente/família e que mesmo com prontuário eletrônico existe uma fragilidade da informação uma vez que não há integração entre os modelos utilizados e os serviços.

“(...) é muito difícil o pessoal da área de apoio me dar um retorno, geralmente quem me dá um retorno, é verbalmente no corredor... é a nutricionista ou fisioterapeuta “olha, fulana de tal veio” “valeu, obrigada, tá indo super bem, não sei o que”, mas de eu sentar no computador e entrar no prontuário eletrônico.... que também é amarrado, raramente eu consigo fazer. E aí, se a pessoa não verbaliza pra mim, ou ela não retorna ou o profissional não me avisa, dificilmente eu vou ver a evolução dela no computador, e é uma

falha.”(E3)

“(...) quando elas trazem as informações, por vezes eu anoto no prontuário, às vezes não”. (E4 – referindo-se à devolutiva das auxiliares de enfermagem em relação ao plano de cuidados prescritos)

“(...) eu coloco lá “passo o caso pra auxiliar de enfermagem fazer visita, rever pressão em 1 semana”, às vezes esse retorno de você pegar o prontuário pra escrever, porque o nosso lá é de escrever, às vezes eu não escrevo por exemplo, mas fica comigo ali, então assim, se a pessoa vem em uma consulta depois eu sei o que aconteceu na visita daquela auxiliar e a auxiliar de enfermagem também escreve né.” (E1)

“(...) o meu prontuário ainda é de papel e muitas vezes ele se perde, a pessoa veio ontem, ai hoje quando chega de novo comigo, não acharam o prontuário e eu tenho que fazer uma evolução avulsa, e some, então eu não sei o que aconteceu ontem. Dai ela fala “ ai, eu vim ontem, passei com a doutora”, ah, eu não to aqui, eu não sei o que aconteceu ontem, é bem difícil dar essa continuidade assim, acontece muito do prontuário sumir.” (E5)

“(...) mesmo no PEP também, se ele vai no AMA, às vezes o prontuário deu alguma falha, aí eles finalizam sem saber o que foi feito, ou, no dentista também não da pra saber o que aconteceu, dai realmente, assim, mesmo no PEP....não da pra ver também. (E2)

Um outro fato relevante a ser citado, é a informalidade do registro para o acompanhamento do plano de cuidados pelos auxiliares de enfermagem. Isto torna a SAE incompleta e inoperante frente a sua legalidade, porém, é uma realidade cada vez mais observada na prática do enfermeiro da ESF na gestão e acompanhamento dos casos clínicos da equipe.

“(...) bolei um negocinho no Word mesmo e escrevi lá pras meninas assim: ‘atividades a serem realizadas pelas auxiliares de enfermagem’, ‘ microárea 1,

‘microárea 2’... .então, quando ela vai fazer VD na 1 eu quero que ela veja aquelas pessoas daquela casa ali entendeu? Então ela me traz, só que assim...., às vezes, p vezes eu anoto no prontuário, às vezes não, às vezes fica comigo pra eu saber como que tá o andamento.” (E1)

Quando os enfermeiros foram abordados sobre essa dificuldade em relação ao registro da SAE, relataram em seus discursos a alta demanda e o tempo hábil para a realização da SAE. Dentre os relatos, observa-se uma preocupação com o tempo frente à alta demanda de trabalho referida nas eSF,

Além disso, evidencia-se a questão das metas estabelecidas para as equipes e também o modelo de trabalho proposto pelo serviço, onde no caso da pesquisa, os enfermeiros relatam atuarem na prática do acesso avançado.

“(...) a gente não tem tempo, a gente é engolido pelas demandas do dia a dia!” (E3)

“(...) eu to há 2 anos de acesso já na nossa unidade, não vai mudar... porque nós temos metas, nós temos que cumpri-las...eu tenho uma frustração óbvio, como enfermeira de atenção primária porque eu não consigo dar conta!” (E1)

“(...) você acaba sendo engolida pela demanda.” (E4)

A literatura aponta a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros da ESF e a alta demanda nas unidades de saúde, contudo, nota-se que os enfermeiros utilizam-se destes artifícios para a não realização da SAE, esquecendo-se do seu papel e sua responsabilidade no exercício da enfermagem.

5.1.2 As concepções sobre necessidades de saúde

Na condução do grupo focal, um dos objetivos propostos pela pesquisa era caracterizar o repertório conceitual dos enfermeiros sobre “família”, “necessidades de saúde” e a articulação das mesmas para compor a SAE com foco à família. Tal

proposta se baseou no fato de que os conceitos acima que embasam a SAE a família nesta pesquisa, são polissêmicos. Neste sentido, tencionou-se a discussão para trazer a tona a compreensão que os enfermeiros possuíam sobre estes temas. As discussões apontaram que os enfermeiros não tinham a concepção de um único conceito sobre necessidade de saúde, e que estas eram muitas vezes compreendidas como “demandas por serviços” ou como “queixas”.

“(...) muitas vezes necessidade é o que a família traz né, é a necessidade que eles tem, não é aquilo que você acha que a pessoa precisa, é aquilo que a família traz para você, eu acho importante a gente saber isso pra gente poder traçar os cuidados.” (E1)

“(...) assim, muitas vezes aquela demanda que tá ali não é o que realmente ela é né, porque, principalmente com relação ao hiper-utilizador né, sempre tem alguma coisa por traz daquilo que a gente, na nossa correria do dia a dia não consegue muitas vezes enxergar.” (E3)

“(...) eu também tenho essa dificuldade... de ter esse olhar diferenciado de uma queixa aguda.” (E2)

Mesmo sendo estimulada uma discussão sobre “necessidades de saúde” os enfermeiros não conseguiram discorrer sobre o conceito de “necessidades” que embasa o IAPCFam II. E embora não conseguissem operar com o conceito de “necessidades” como algo construído e derivado da inserção social das famílias, os enfermeiros concordaram sobre a importância de identificar necessidades das famílias e indivíduos para a elaboração de um plano de cuidados mais efetivo. E indo mais além reconheceram que ainda não fazem esse “reconhecimento” na prática mas que precisam fazê-lo.

Nos discursos, nota-se que o objeto do cuidado é o indivíduo e não a família. Sendo que a queixa torna-se relevante para determinar o desfecho e o cuidado prestado ao usuário, a resposta as queixas são pontuais e não consideradas no cuidado continuado, as necessidades de saúde e o contexto social onde esse indivíduo está inserido não são considerados como instauradores e nem

considerados como parte das respostas as necessidades na assistência de enfermagem.

5.2 POTENCIALIDADES E LIMITES DO IAPCFam II PARA RECONHECER E RESPONDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE

Durante o grupo focal, realizado para a etapa de *feedback*, os enfermeiros trouxeram suas percepções em relação a viabilidade de aplicação do IAPCFam II. Do grupo de enfermeiros que iniciou a pesquisa (no total, 06 enfermeiros) apenas 01 realizou a aplicação do instrumento no momento da consulta de enfermagem, os demais preferiram aplicar durante a visita domiciliar.

Na tabela representada abaixo, destacam-se as potencialidades e limites do instrumento relatadas pelos enfermeiros.

Tabela 1: Potencialidades e Limites do IAPCFam

POTENCIALIDADES	LIMITES
Fácil entendimento das questões	Tempo X Demanda
Fortalece o vínculo com a família	Falta de vínculo com a família
Permite olhar ampliado	Dificuldades com genograma e ecomapa
Identifica as necessidades de saúde	Não é acessível para a equipe “multi”

Fonte: Diário de campo com feedback dos enfermeiros sobre o IAPCFam.

Segundo os enfermeiros, o tempo é um dos fatores que restringe a aplicação do instrumento durante as consultas de enfermagem realizadas na unidade, pois, relatam que durante a visita domiciliar o contato com o usuário é maior, uma vez que o tempo dedicado à consulta de enfermagem disponibilizado na agenda da unidade é de 15 a 20 minutos.

Entretanto, relataram que a aplicação do instrumento exige tempo e, em média, demoraram cerca de uma hora para aplicá-lo.

Os enfermeiros da ESF possuem em sua agenda de trabalho, um período de visita domiciliar na semana com duração de duas a três horas por período.

“(...) eu achei que não é muito fácil né, por conta do tempo que a gente tem né, os três que eu fiz, eu fiz em visita domiciliar, porque na unidade fica muito corrido pra você parar pra entender a dinâmica familiar.” (E1)

“(...) teve casa que eu fiquei uma hora, a gente tem duas horas, pelo menos na unidade, a gente tem duas horas de VD.” (E2)

“(...) no meu caso eu fiz em consulta e estou bem pouco na equipe então eu não tenho esta coisa boa de conhecer as famílias e já ter contato com eles, então eu fui escolhi a família na hora da consulta eu entendi que seria melhor olhar a família como um todo pela condição de saúde que a pessoa veio.” (E5)

“(...) esta questão do tempo pra gente pega muito, não consegui aplicar em consulta pra mim foi impossível, na visita domiciliar eu tive mais tranquilidade pra fazer.” (E4)

A variável do tempo, em conjunto com a alta demanda e a sobrecarga de trabalho distribuído em diversas funções no serviço de saúde, é constantemente relatada pelo enfermeiro, onde nesse cenário, ele tende a realizar as atividades que requerem respostas mais urgentes, ficando distante da realidade da população. Isto dificulta a prestação de uma assistência de melhor qualidade, que atenda principalmente à integralidade das ações, e assim o contato frequente e o vínculo com os usuários são prejudicados, inviabilizando o cuidado longitudinal (BARATIERI; MARCON, 2012).

Mesmo com a limitação do tempo, outra questão relatada pelos enfermeiros é o vínculo com as famílias assistidas. Digo isso, pois, para a construção do vínculo é necessário dispor de tempo.

Os enfermeiros ressaltaram que para aplicar o instrumento é necessário que se conheça anteriormente a família e a dinâmica familiar, pois, seria um facilitador para preenchimento das questões do instrumento, principalmente na construção do

genograma e do ecomapa. Além disso, apontaram que o vínculo propicia a identificação das necessidades de saúde da pessoa/família.

“(...) num primeiro momento, para uma família que vc não conhece, realmente fica um pouco difícil de aplicar né, mas, pra uma família que você já conhece, que você já fez essa avaliação individual né, ...e sentar... foi até bacana porque eu fiz com três idosas e com histórias de vida parecidas e elas gostaram de ver você desenhar os filhos, perguntar como que é, então eu senti assim, que apesar de eu conhecer, eu me aprofundi mais na questão familiar.” (E2)

“(...) outra coisa que eu acho importante é assim, mesmo que for uma consulta na UBS é importante que você previamente conheça toda a família e a dinâmica da casa, porque senão você não consegue desenvolver o genograma de forma correta só com as informações.... porque no caso deste paciente eu já conhecia a dinâmica ai quando ele veio na consulta eu consegui aplicar, mas se não conhecer a família eu acho bem complicado fazer este genograma e este ecomapa.” (E5)

Mesmo com as limitações relatadas os enfermeiros reconhecem que o instrumento contribui para um olhar mais ampliado e direcionado a família e permite identificar as necessidades de saúde e problemas relacionados a dinâmica familiar que podem interferir no processo saúde-doença dos usuários.

“(...) eu consegui identificar as necessidades de saúde e outras coisas né, até muitas coisas assim, por já conhecer a família e de pensar junto também né com o paciente.” (E2)

“Ajudou para conhecer mesmo como que ela se relacionam, quais são as redes de apoio, então, pra mim foi muito válido, eu acredito que acrescenta sim, bastante.” (E6)

“(...) tipo eu consigo entender qual a importância porque eu percebi que quando olho a família desta maneira estruturada, eu consigo concretamente para uma realidade que talvez estaria dentro da minha cabeça.” (E3)

“(...) eu acho que de repente dê até um outro olhar pra gente né.” (E4)

“(...) faz a gente pensar um pouco nas questões da família que a gente não percebe, mesmo que a gente vai lá 1000 vezes na casa dele, aqui eu acabei percebendo outras coisas na hora que eu fui realmente fazer o diagnóstico ponto de fortalecimento ponto de desgaste acabei vendo algumas coisas que antes passavam em branco.” (E5)

“(...) eu tive um pouco de dificuldade na questão de fazer o genograma não é uma coisa que a gente faz, a gente aprende, mas não faz no dia a dia, mas eu achei ele me clarificou muito o cuidado com a família, muito, eu pude organizar o cuidado com aquela família.” (E1)

Nos discursos apresentados, embora tenham relatado dificuldade em realizar o genograma e o ecomapa, os enfermeiros reconheceram que estas ferramentas contribuem para a identificação dos problemas e permite a elaboração de um plano de cuidados mais efetivo e voltado as necessidades da família.

Mendes (2012) também enfatiza a importância do uso das ferramentas de abordagem familiar para cumprir um dos atributos da APS que é a orientação familiar, é a partir dessas ferramentas que se consegue uma atenção centrada na família e não somente no indivíduo. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização das ferramentas de abordagem familiar, possibilitando que o profissional tenha um plano de cuidado voltado para a família, que nada mais é do que a o que se propõe a SAE com abordagem familiar.

Em relação às questões contidas no instrumento, os enfermeiros também consideraram que foram facilmente entendidas pela família, exceto um enfermeiro que apontou dificuldades de compreensão de algumas perguntas pelos idosos, tendo que ser mais específico e falar de forma mais clara e informal para facilitar o entendimento.

“(...) as perguntas são rápidas, você pergunta é fácil de responder, mas todo o processo de fazer sabe o genograma o ecomapa não dá para terminar num encontro.” (E5)

“(...) eu fiz com idosos e senti que eles têm um pouco de dificuldade para compreender um pouco as perguntas. Por exemplo, essa pergunta aqui: Você identifica alguma situação na casa que coloque a sua família em risco? Elas param pra pensar e não sabiam identificar qual, aí quando eu faço a pergunta 5 que é mais ou menos parecida né: alguém na sua família sente medo de desmoronamento, enchente, aí elas já conseguem responder melhor.” (E1)

“Ô Fê, pensa lá na sua casa, como que estão as coisas na sua casa? Ela: tá bem. Eu: você tem certeza que tá bem as coisas na sua casa? Você planejou estar grávida de novo? Ela: Não né Dani! Eu: Então, tenta explicar para mim o que que tem de ponto forte na sua casa”..... e eu acabo induzindo. Induzindo não de forma negativa, mas como a gente conhece a história, a gente tenta fazer raciocinar pra me explicar, pra ela também entender qual que é o ponto de desgaste.... então foi difícil, não é fácil aplicar o instrumento.” (E1)

Na perspectiva da abordagem no histórico de enfermagem, os enfermeiros fizeram uma crítica, pois, consideraram que o instrumento tem questões muito genéricas, voltadas ao âmbito social, identificando apenas os riscos das famílias e, que mesmo nessa perspectiva, não contempla questões voltadas para as atividades que trazem prazer como o lazer por exemplo.

Reforçaram que também que o instrumento deveria abordar as questões referentes ao processo saúde-doença, pois, com essa abordagem o planejamento do plano de cuidados seria mais efetivo.

“(...) mas essas perguntas são muito restritas para uma avaliação familiar, porque aqui quando você faz essas perguntas, você é, “você tem medo de alguma coisa?” né, se morar em área de risco ela vai ter medo de tudo isso né, do lado de córrego, do lado de barranco, mas assim, o que eu to querendo investigar dentro da família? Como que tá a situação financeira familiar?

Quais são as atividades necessidades de saúde, a gente pensa também nas coisas prazerosas!” (E1)

“(...) eu senti também que tá muito assim pro lado social, essa parte da saúde mesmo né, da promoção de saúde acho que ta faltando né.” (E2)

“Então, em nenhum momento aqui pergunta: a senhora tem algum problema de saúde? A senhora toma seus remédios adequadamente? Em nenhum momento aqui questiona isso, enfim, então, na verdade, quando a gente pensa em planejamento de saúde é claro que não é só medicamento ou só doença, é claro que é o contexto total, mas em nenhum momento tamo questionando isso pra ela, então, talvez eu não perguntaria.” (E3)

Nesta perspectiva, e de acordo com o objetivo deste estudo, evidencia-se que o instrumento é potente em identificar necessidades de saúde das famílias assistas pelos enfermeiros, porém a variável tempo seria um limitador para a sua aplicação.

Os enfermeiros reconhecem a importância de ter um instrumento estruturado que permita um olhar mais ampliado e contribua para a operacionalização do cuidado com as famílias.

5.3 A SAE PARA A FAMÍLIA E SUA ARTICULAÇÃO COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE

No grupo focal de *feedback*, os enfermeiros entregaram treze instrumentos que foram aplicados nas famílias. O conteúdo registrado foi analisado de acordo com as etapas da SAE.

No histórico, nas perguntas diretivas, notou-se que o instrumento permite captar as necessidades de âmbito social, de segurança e questões de vulnerabilidade e nesta etapa, todas as questões foram respondidas.

Porém, em relação ao preenchimento das ferramentas de abordagem familiar, o genograma e o ecomapa, os enfermeiros apresentaram muitas dificuldades na sua elaboração.

Dos instrumentos entregues, dois estavam sem preenchimento do genograma

e do ecomapa, um instrumento estava com o preenchimento parcial em ambas as ferramentas e, os dez restantes, apresentavam-se incompletos com as seguintes considerações: genograma incompleto sem utilização de símbolos adequados, onde não era possível observar e interpretar as relações familiares, morbidades e dinâmica familiar e o ecomapa sem relação com genograma, sem identificação de rede de apoio social e familiar.

Em seu estudo, Figueiredo (2009) faz uma revisão bibliográfica, sob a ótica de vários autores e considera que tanto o genograma como o ecomapa tem sido descritos como instrumentos de avaliação familiar muito úteis para a compreensão dos processos familiares, além de eficientes para a identificação de necessidades das famílias. Refere, ainda, que os enfermeiros que utilizam estes instrumentos envolvem-se mais com as famílias.

Na etapa do diagnóstico de enfermagem, todos os instrumentos estavam preenchidos. No entanto, notou-se uma dificuldade dos enfermeiros em elencar diagnósticos voltados à família.

Os diagnósticos de enfermagem apresentados faziam referência apenas às questões de fortalecimento e desgaste familiar.

As questões sociais e de vulnerabilidade, que identificam as necessidades de saúde, não foram consideradas para o diagnóstico de enfermagem. Observou-se ainda, que os enfermeiros apontaram diagnósticos referentes às condições de saúde do familiar que estava sendo abordado.

Da mesma forma, o plano de cuidado também se apresentou de forma fragmentada e voltado ao usuário. As intervenções de enfermagem, estavam desconexas em relação aos diagnósticos de enfermagem apresentados.

Gaiva e Oliveira (2002 apud FIGUEIREDO, 2009), em um estudo em que procuraram compreender as concepções adotadas pelos enfermeiros sobre família, verificaram que apesar de associarem o conceito de “família” a um sistema de interação, as suas práticas são direcionadas para o membro da família com doença e apesar de reconhecerem a importância da família, referem dificuldades que não lhes permite ter a família como objeto de cuidado.

Outro fato a ser destacado nesta etapa, é que o enfermeiro torna-se altamente prescritivo, responsabilizando outros profissionais (auxiliar de enfermagem e profissionais da equipe multidisciplinar) para o cuidado com o usuário, em algumas situações, responsabilizando o próprio usuário, excluindo-se da assistência e da sua

participação no plano de cuidados.

No que diz respeito à etapa de avaliação, seis instrumentos estavam sem preenchimento. Observou-se que as avaliações preenchidas não tinham relação com a evolução do plano de cuidados prescritos. Não observa-se a longitudinalidade do cuidado e, como relatado nos discursos dos enfermeiros durante a condução dos grupos, esta etapa da sistematização da assistência é bastante deficitária, pois, os enfermeiros não possuem a prática de realizá-la.

Diante destas constatações, fica evidente a dificuldade dos enfermeiros da ESF possuem para operacionalizar a sistematização da assistência de enfermagem voltada à família no âmbito da APS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a análise dos discursos dos enfermeiros que participaram da pesquisa evidenciou a ausência de definição sobre o conceito de “necessidades de saúde” e, por sua vez, a dificuldade dos enfermeiros em operacionalizar a sistematização da assistência de enfermagem com foco na família e elaborada sobre as necessidades identificadas.

Nos relatos apresentados a dificuldade em relação a SAE não se restringe apenas em relação à família, mas também, estende-se na abordagem individual.

Neste sentido, o IAPCFam mostrou-se potente em identificar as necessidades de saúde e condições sobre a dinâmica e estrutura familiar, porém, os enfermeiros não conseguiram, de fato, sistematizar a SAE com base nessas necessidades. O objeto do cuidado é o indivíduo e os cuidados de enfermagem prescritos são relacionados ao processo saúde doença dos usuários.

Em relação ao instrumento proposto, os enfermeiros reconheceram a importância de ter uma ferramenta estruturada para abordagem à família com foco em necessidades de saúde que possibilite um olhar ampliado e a construção de um plano de cuidados mais efetivo.

O instrumento foi modificado, conforme sugestões apresentadas pelos enfermeiros, a fim de facilitar a compreensão dos usuários em relação as perguntas realizadas e também reestruturado de forma a propiciar aos profissionais um raciocínio crítico e lógico em relação à assistência prestada.

Porém, faltam aos enfermeiros o conhecimento sobre o conceito de “necessidades” como socialmente determinadas, dessa forma, o instrumento proposto neste estudo não foi capaz de promover a SAE voltada a família e informada pelas necessidades de saúde.

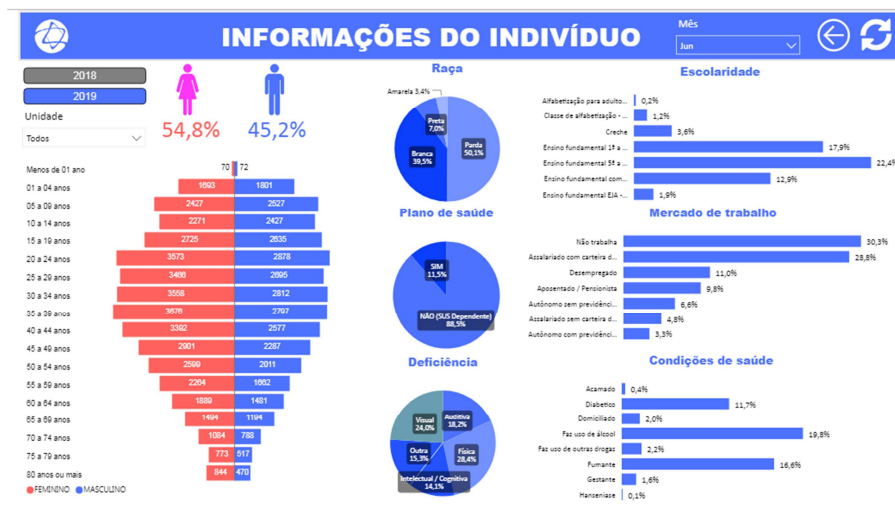
Sendo assim, como proposta de melhoria do instrumento e para que os enfermeiros possam identificar e incorporar ao cuidado da família abordagens considerando o conceito de “necessidades de saúde”, foi sugerido ao enfermeiro a consulta em relação ao perfil e dados epidemiológicos sobre onde está inserida a família.

O Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação (NISI) desenvolveu um *dashboard* para o monitoramento dos dados coletados através das fichas do e-SUS, onde os enfermeiros das equipes podem consultar e analisar o perfil do território em

que atuam, além deles também terem acesso as fichas físicas disponíveis no prontuário familiar.

Na Figura 4 a seguir estão representadas as informações que os enfermeiros podem consultar no portal de relatórios, com os dados da ficha do indivíduo.

Figura 4 - Representação dos dados da ficha do indivíduo do e-SUS



Fonte: Portal de Relatórios do Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação

Espera-se que a consulta aos dados relacionados ao perfil do território leve o enfermeiro a um raciocínio mais crítico sobre o contexto social onde essas famílias estão inseridas, tendo uma visão abrangente da população sob seus cuidados além de identificar quais necessidades de saúde cada família apresenta.

A literatura aponta a inexistência de instrumentos específicos para o reconhecimento das necessidades em saúde da população. No estudo de Egly et al (2009), discutem-se três contradições presentes nesta temática: a polaridade estrutural na conceituação de necessidade contida no SUS, o princípio da integralidade postulado pelo SUS e a possibilidade operacional das unidades de saúde e a antinomia teoria-prática no processo de trabalho das equipes da ESF, e conclui-se que é imperativo superar as contradições para redirecionar as políticas e as práticas rumo ao enfrentamento das necessidades em saúde.

Neste ponto de vista, também foi incorporado ao material de apoio que foi distribuído aos enfermeiros juntamente com o instrumento, a tabela abaixo, que

representa o significado das necessidades de saúde em diferentes abordagens. (Apêndice II). Foi acrescentada ao instrumento, no campo do plano de cuidados, a frase “consulte material de apoio 3”.

Da mesma forma, espera-se que esses conceitos, agregados as informações do perfil epidemiológico do território, forneçam subsídios aos enfermeiros para efetivamente elaborar a SAE, incorporando as necessidades de saúde de cada família no plano de cuidados prescritos.

Tabela 2: Representação do significado das necessidades de saúde

Necessidades de saúde de indivíduos e coletividades	Significados
Necessidades de boas condições de vida	Boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão.
Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença	Ser sujeito de direitos e cidadão, ser igual, ser normal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído.
Garantias de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida.
Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	Ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.

Fonte: Matsumoto e Cecílio, 2006, adaptado por Merhy.

Com essas modificações no IAPCFam II, considerando a análise prévia do perfil do território e dos dados epidemiológicos, além da consulta ao conceito sobre

necessidades de saúde, espera-se que o instrumento permita alterar a lógica do trabalho de enfermagem da ESF e, que o instrumento permita aos enfermeiros desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem com olhar mais ampliado e um plano de cuidados com intervenções mais assertivas (Produto Técnico).

Outro ponto que merece atenção é a lacuna entre a formação e a prática dos profissionais de enfermagem.

Faz-se necessário salientar que, para que os enfermeiros, no contexto da APS, assumam um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família, é necessário que reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados.

Dessa forma, os resultados deste estudo sugerem o fortalecimento do ensino da SAE no durante o período da graduação, visando capacitar os enfermeiros para operacionalizar a assistência de enfermagem com foco na APS, tendo a abordagem no cuidado centrado a família e não somente no indivíduo.

Além disso, há necessidade de diretrizes mais claras e efetivas dos órgãos que regulamentam o exercício da enfermagem em todas as esferas (COREN/COFEN) em supervisionar e monitorar a prática da SAE nos serviços de saúde, uma vez que existe sua determinação.

Não apenas como uma ação fiscalizatória, mas, também, com cunho educacional, permitindo a melhoria no processo e visando a qualificação dos enfermeiros na assistência de enfermagem e no cuidado qualificado com foco na família e dando maior visibilidade ao papel do enfermeiro.

As instituições de saúde, responsáveis pelos serviços, também precisam investir na qualificação do enfermeiro e em práticas de educação permanente que visem o manejo da prática da SAE voltada à família.

As atividades educacionais devem contemplar as ferramentas de abordagem familiar, como o genograma e o ecomapa, discussão de casos, roteiro de atendimentos dos enfermeiros, elaboração, monitoramento do plano de cuidados e avaliação. Essas ações podem apoiar os enfermeiros da APS na qualificação e na sistematização da sua prática clínica.

Por fim, com relação às limitações desta pesquisa, uma crítica a ser feita na condução dos grupos focais é que os enfermeiros foram participativos, porém foi

possível notar que apresentavam-se cautelosos em suas colocações, talvez pelo fato da pesquisadora representar uma liderança da instituição.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, R. M. *Sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros de unidades de terapia intensiva*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

ARGENTA, M. I. Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P.; PELEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev Saúde Coletiva*. v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. Tradução de Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP/Hucitec, 1991

CAMPOS, C. M. S. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface*, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300014>. Acesso em: 01 set. 2019.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem* [S.l.: s.n.], 2013.

CAMPOS, G. W. S. et al. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANTALE, C. R. Historia clinica orientada a problemas. S.l.: University of Southern California, p. 7. Disponível em: <http://med.unne.edu.gr/sanitaria/sitios/cbmf200220Clase204_1.pdf>. Acesso em: fev. 2019.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, S. A.; MATTOS, R. A. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS/IMS/UERJ/ CEPESQ, 2006.

CHAPADEIRO, C. A., ANDRADE, H.; ARAUJO, M. R. N. *A família como foco na Atenção Primária*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução Cofen no 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem*. COFEN, Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 13 fev. 2018.

D'AVILA; ASSIS, L. N.; MELO, M. B.; BRANT, L. C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200401&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-1232014192.01162013>> Acesso em: 01 set. 2019.

EE-USP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2019. <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=0701206&verdis=4>

EGRY, E. Y. Metodologias para captação da realidade objetiva. In: EGRY, E. Y. (Org.). *As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone, 2008.

EGRY, E. Y. *Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm*, v. 43, n. 2, p. 1181-1186, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600006>. Acesso em: 01 set. 2019.

FIGUEIREDO, M. H. J. S. *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2009.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev. bras. enferm.*, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de junho de 2019.

FOSCHIERA, F.; VIERA C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p.189-198, 2004. Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig6_diag.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

GOMES, M. A., PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. , v. 10, n. 2, p. 113-128, 2005.

GROSSI, Y. S. *Mina de Morro Velho: a extração do homem – uma história de experiência operária*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981..

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MIOTO, R. C. T. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 3, 2004.

MIOTO, R. C. T. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. *Serv. Soc, Soc.*, São Paulo. 2015. , n.124, pp.699-720. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.047>.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, Hélder Boska de Moraes (Org.). *Serviço Social: questões contemporâneas*. Vol. 1. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2012. p. 125-138.

MIRANDA, F. C. P. de. *Tratado de Direito de Família*. Campinas: Bookseller, 2001.

NEVES, R. S.; SHIMIZUI, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

NIETSCHE, E. A.; BACKES, V. M. S. A autonomia como um dos componentes

básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.*, v. 9, n. 3, p. 153-74, 2000.

OLIVEIRA, N. H. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. *Rev. Min. Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 258-263, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22711&indexSearch=ID>> Acesso em: 13 fev. 2018.

OLIVEIRA, N. H. D. *Recomeçar: família, filhos e desafios*. São Paulo: Editora UNESP/Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/search/?lang=pt&index=tw&where=BOOK&q=recome%C3%A7ar+familia+filhos&filter%5Bpublisher%5D%5B%5D>>. Acesso em: 19 março 2018.

OLIVEIRA, C. C.; CAMPOS, F. C. C. *Projeto social: saúde e cidadania*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed, 2009.

PRADO, D. *O que é família*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

RAMOS, V. *A consulta em 7 passos*. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda, 2008.

RIBEIRO, M. E. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, n. 4, 2004.

Fundação Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>. Acesso em 31/05/2018.

SIAB. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SILVA, J. P.; GARRANHANI, M. L.; PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 59-66, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate*, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>>. Acesso em: 01 set. 2019.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 69, n.1, p. 54-61, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>>. Acesso em: 01 set. 2019.

SILVEIRA FILHO, A. D. et al. *Programa saúde da família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde*. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 239-51.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis*, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2019.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

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

ANEXO I

INSTRUMENTO ORIGINAL DA EEUSP Instrumento de Apoio para Elaboração do Projeto de Cuidado à Família

Data da entrevista: ____/____/____

Nomes dos entrevistadores: _____

Nome(s) do(s) entrevistado(s): _____

Prontuário da família: _____ Equipe: _____

1. Dados gerais sobre a composição familiar

Quem são considerados os responsáveis pela família: _____

Quantas pessoas moram na residência: _____

Quem são as pessoas que moram na residência:

Nº	Nome	Idade	Relação com os responsáveis	Atividade (trabalho remunerado/estuda/dona de casa)
1				
2				
3				
4				
5				

2. Dados de reprodução social (momento da produção – inserção no grupo/fração de classe)

Situação dos membros da família que trabalham:

Nº	Atual ou última função ou aquela que trabalhou por mais tempo	Curso preparatório para o trabalho	Vínculo atual de trabalho*	Jornada real de jornada de trabalho (inclua o tempo de deslocamento)	Meio de transporte para o trabalho

*Use as seguintes alternativas para vínculo atual de trabalho:

Bico	Desempregado	Trabalhador Familiar	Autônomo	Aposentado
Assalariado sem carteira		Pensionista	Afastado do trabalho	Empregador
Assalariado com carteira				

O que o trabalho significa para o(s) entrevistado(s):

3. Dados de reprodução social (momento do consumo – inserção no grupo/fração de classe)

- Sua casa é:
casa/apto() cortiço() terreno comum() pensão() albergue() situação de rua()

- Sua casa é:
própria() cedida() financiada() alugada()

- Tipo de material da construção:
alvenaria() madeira() material reaproveitado()

- Na sua casa de pagam essas contas:
luz() água() esgoto() condomínio() internet()
TV a cabo() IPTU() coleta de lixo()

- Alguém na sua casa sente medo de:
Desmoroamento () enchente () acidente de trânsito() contaminação com
lixo,esgoto() contato com vetores, insetos e ratos() ameaçado por
tráfico de drogas()

- Caso haja membros em creches e escolas, especifique quais são frequentadas:
Escola/creche pública() escola/creche particular() escola particular como
bolsista()

Instituições/ONGs/programas _____

- Alguém cursa faculdade: sim () não () Se sim:

Universidade pública na cidade de São Paulo ()

Universidade pública fora de São Paulo ()

Universidade particular pagamento integral ()

Universidade particular com prouni ()

Universidade particular com Fies ()

Universidade ligada a ONG ()

Outras _____

- Quais serviços de saúde sua família utiliza:

UBS/posto de saúde() pronto socorro público() hospital público()

Pronto socorro privado() hospital privado() CAPS() CECCO() Ambulatório de especialidades público()

outros _____(como comunidades terapêuticas)

- No caso de utilizar a UBS, especifique o motivo (acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, pré-natal, vacina, outro não relacionado à agravos/problemas de saúde instalados):

- Caso sua família precise de ajuda no bairro vocês costumam contar com:

Serviço social de alguma instituição() Qual: _____

CREAS() CRAS() amigos() pessoas da família que morem em outra casa() pessoas ligadas à igreja() funcionários de algum serviço (escola, posto de saúde) ()

ONGs _____

Outras _____

Não podem contar com qualquer ajuda ()

- Alguém recebe algum benefício do governo: sim () não ()

Se sim, qual: _____

Se sim, quem: _____

Que atividades cada membro da família costuma fazer para distrair-se/divertir-se:

O bairro oferece espaços e atividades de lazer? Quais:

4. Dinâmica familiar (dimensão particular: relações entre os membros da família – potenciais de fortalecimento e desgaste)

Como a família se organiza no dia a dia (afazeres domésticos, compras, pagamento de contas, compromissos com a UBS, com as reuniões de escola/creche, acompanha as tarefas escolares, leva à creche/escola, e outros)

Como os membros da família se relacionam no dia a dia (espaços de convivência/trocas, tipo de comunicação, conflitos)

5. Elabore o genograma e o ecomapa para esta família.

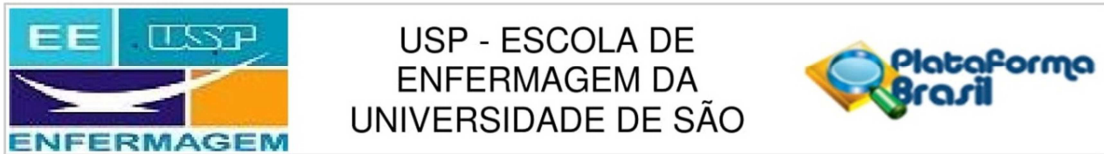
6. Agravos e problemas de saúde instalados (resultados do processo saúde-doença: expressões no corpo individual):

Nº	Problema de saúde/condição específica*	Acompanhamento na UBS	Acompanhamento em outro serviço. Qual?

Faça uma síntese de conhecimentos sobre cada um dos problemas levantados.

7. Síntese a respeito dos potenciais de fortalecimento e desgaste familiar:

ANEXO II PARECER CEP - EEUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumento para a abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: potencialidades para o cuidado do enfermeiro.

Pesquisador: ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 91719218.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.031.223

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com estruturação metodológica da pesquisa ação.

O presente projeto propõe testar o "Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família" que foi elaborado na disciplina de Atenção Básica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela equipe de enfermagem no contexto da Estratégia de Saúde da Família, com a finalidade de verificar as potências e limites deste instrumento para a sistematização do cuidado do enfermeiro para famílias na Estratégia Saúde da Família.

O projeto será desenvolvido com profissionais que atuam nas unidades que fazem parte da Coordenadoria de Saúde Sul. Serão elencados dois enfermeiros por unidade, que tenham pelo menos 5 anos de atuação no serviço, totalizando assim, 26 enfermeiros.

Estes profissionais serão responsáveis pela aplicação do "Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família" proposto neste projeto. Cada enfermeiro irá aplicar o questionário em 2 famílias durante o período de visita domiciliar.

O estudo será desenvolvido em 3 etapas:

Etapa 1 – Realização de oficina junto aos profissionais envolvidos;

Etapa 2 – Aplicação e análise do instrumento pelos profissionais;

Etapa 3 – Oficina de feedback

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.031.223

Como ferramenta de análise será utilizada o método de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é demonstrar as potencialidades e limites do “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” para a sistematização da assistência de enfermagem à família na ESF (Estratégia Saúde da Família).

Objetivos Específicos

- Caracterizar as concepções dos enfermeiros sobre família, necessidades de saúde e a articulação das mesmas com a Sistematização da Assistência de Enfermagem à família.
- Testar o “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” a uma família e sistematizar seus resultados.
- Identificar as percepções dos enfermeiros sobre o “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” como recurso para sistematizar cuidado de enfermagem a famílias na ESF.
- Descrever as potencialidades e limites do “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” para a SAE à família na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora coloca que os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis alterações na rotina do trabalho para a aplicação do instrumento proposto. O risco para as famílias participantes é um possível constrangimento ao responder alguma questão. A pesquisadora deixa claro que o participante pode deixar de responder, caso deseje.

Como benefício, o projeto prevê a qualificação do cuidado para as famílias que são atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para a área.

Orçamento de R\$900,00, que será custeado pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora realizou as correções e modificações solicitadas, incluindo o grupo de pesquisa relativo aos participantes e incluiu o risco para esse grupo nos documentos apropriados.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.031.223

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1133165.pdf	29/10/2018 17:27:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	29/10/2018 17:26:12	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novos_TCLE.pdf	29/10/2018 17:25:56	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostonova.pdf	20/09/2018 11:48:26	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Novembro de 2018

Assinado por:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

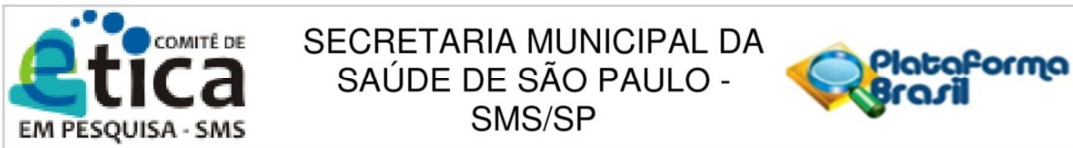
Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO III

PARECER CEP - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumento para a abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: potencialidades para o cuidado do enfermeiro.

Pesquisador: ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 91719218.8.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.107.525

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com estruturação metodológica da pesquisa.

O estudo foi proposto pela EEUSP, porém não fica claro o nível de formação/especialização.

Devido à complexidade do contexto familiar, suas diferenças e ambivalências, há uma necessidade de ampliação na abordagem para com as famílias no território de atuação das Equipes de Estratégia Saúde da Família (eESF). Segundo levantamento de informações realizado pelos pesquisadores, ainda hoje, há uma lacuna de instrumentos para a sistematização do cuidado à família pela ESF. As ações ainda são individualizadas, porém, é preciso identificar as necessidades da família, levando em consideração seus simbolismos, organização, dinâmica, inserção social e demais especificidades.

A disciplina de AB (Atenção Básica) da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) formulou um instrumento pedagógico de sistematização do cuidado de enfermagem a família, que vem sendo utilizado junto aos estudantes de graduação e precisa ser aplicado aos profissionais enfermeiros para testar suas potencialidades e seus limites.

Deste modo, as perguntas de pesquisa deste projeto são: O Instrumento de Sistematização da Assistência formulado na disciplina de AB (Atenção Básica) é potente para auxiliar os profissionais de enfermagem da ESF na organização do cuidado a família? Esse instrumento de sistematização permite a construção de um PTS e tem potencia para ser utilizado como uma SAE para a família? O

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.107.525

presente projeto propõe, então, a testar o “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família”, pela equipe de enfermagem no contexto da SF, com a finalidade de verificar as potências e limites deste instrumento para a sistematização do cuidado do enfermeiro para famílias na Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa será realizada no âmbito da Coordenadoria de Saúde Sul, nas unidades de ESF geridas pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, nas regiões de Campo Limpo e Vila Andrade.

A amostra será composta por enfermeiros que atuam nessas unidades, por serem profissionais diretamente implicados com o objeto do projeto. Serão elencados dois enfermeiros por unidade, que tenham pelo menos 5 anos de atuação no serviço, totalizando assim, 26 enfermeiros.

O estudo será desenvolvido em 3 etapas:

Etapa 1 – Realização de oficina junto aos profissionais envolvidos;

Etapa 2 – Aplicação e análise do instrumento pelos profissionais (aplicação em 26 famílias assistidas pelo enfermeiro na respectiva UBS); Posterior análise do conteúdo pelas pesquisadoras. Etapa 3 – Oficina de feedback a fim de concluir suas limitações e potencialidades (a efetividade e a validação do instrumento não serão realizadas neste estudo).

Cada enfermeiro será responsável pela aplicação do “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” proposto neste projeto em duas famílias do seu território, escolhidas aleatoriamente. O conteúdo registrado pelos enfermeiros acerca do instrumento proposto será analisado pelas pesquisadoras, com o objetivo de adaptar o “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” às reais necessidades da prática da equipe de enfermagem para qualificar o cuidado à essas famílias.

A análise será feita por metodologia qualitativa, usando o método de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Demonstrar as potencialidades e limites do “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” para a sistematização da assistência de enfermagem à família na ESF.

Objetivo Secundários:

- Caracterizar as concepções dos enfermeiros sobre família, necessidades de saúde e a articulação das mesmas com a Sistematização da daAssistência de Enfermagem à família.
- Testar o “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família” a uma família e sistematizar seus resultados. Identificar as percepções dos enfermeiros sobre o “Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família “como recurso para sistematizar cuidado de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

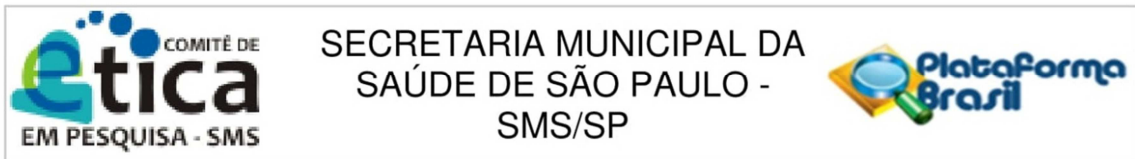
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.107.525

enfermagem a famílias na ESF.

- Descrever as potencialidades e limites do "Instrumento de Apoio para elaboração do Projeto de cuidado à família" para a SAE à família na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

As pendências foram respondidas de forma satisfatória pela pesquisadora.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1262215.pdf	04/01/2019 10:46:42		Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

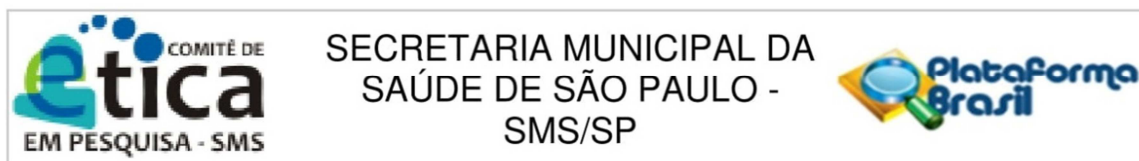
UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.107.525

Outros	Respostas_CEPSMS.docx	04/01/2019 10:44:42	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FAMILIA.docx	14/12/2018 10:55:10	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/12/2018 10:52:17	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFERMEIRO.docx	14/12/2018 10:44:02	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS	Aceito
Parecer Anterior	Parecer.pdf	14/12/2018 10:43:12	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	29/10/2018 17:26:12	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novos_TCLE.pdf	29/10/2018 17:25:56	ALESSANDRA CRISTINA FERREIRA MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Janeiro de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

APÊNDICE II

MATERIAL DE APOIO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - NANDA
Papéis do cuidador
Disposição para paternidade ou maternidade Melhorada
Paternidade ou maternidade prejudicada
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada
Tensão do papel de cuidador
Risco de tensão do papel de cuidador
Relações Familiares
Processos familiares disfuncionais
Processos familiares interrompidos
Disposição para processos familiares melhorados
Risco de vínculo prejudicado
Desempenho de papéis
Conflito no papel de pai/mãe
Desempenho de papel ineficaz
Interação social prejudicada
Relacionamento ineficaz
Risco de relacionamento ineficaz
Disposição para relacionamento melhorado

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - CIPESC
Diagnósticos relacionados ao trabalho
Desgaste no trabalho decorrente de:
Exposição à riscos
Assédio Moral
Sobrecarga
Carga de trabalho excessiva
Instabilidade no trabalho (falta de registro em carteira)
Acidente de trabalho
Tempo gasto no percurso
Diagnósticos relacionados à situação de vida
Desgaste na vida decorrente de:
Habitação precária (construção em madeira, material aproveitado, sem acabamento)
Falta de acesso a serviços públicos de saneamento
Exposição a riscos no bairro (contaminação, contato com vetores, violência, envolvimento com problemas do tráfico de drogas)
Falta de atividades de lazer
Diagnósticos relacionados ao processo saúde-doença
Relacionamento familiar conflituoso
Apoio familiar prejudicado
Vínculo familiar ausente
Relacionamento familiar restabelecido
Relacionamento interpessoal comprometido
Vínculo mãe e filho comprometido
Vínculo mãe e filho preservado
Risco para violência doméstica
Atividade recreativa deficiente
Violência à mulher
Abuso sexual

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA				
CLIENTE ENTREVISTADO			LIGAÇÃO SAGUÍNEA	
HOMEM			LIGAÇÃO NÃO SAGUÍNEA	
MULHER			LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ			LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO			LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO			SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS			LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS			ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS			ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	

Homem Mulher Sexo indefinido grávidas Pessoa índice
 Abuso de álcool ou drogas Morte = X Morando Junto
 Casamento Divórcio Separação Conjugal
 Nascimento de uma criança morta Aborto Espontâneo Aborto Induzido
 Gêmeos Fraternos Gêmeos idênticos Gestação
 Filhos: Ordem de nascimento com o mais velho à esquerda Filho Adotivo

Relacionamentos:

Distante Conflituoso Rompimento
 Muito estreito Fundido e Conflitual Aliança
 Coalizão Harmônico Vulnerável Triangulação

CHAPADEIRO C.A.; OKANO H. Y. S. A; ARAÚJO M. R.N. A família como foco da atenção primária à saúde. Versão Preliminar. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. P. 59-87. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>

MENDES E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROFISSIONAL

Convidamos o Sr. (a) a participar da pesquisa intitulada “Instrumento para a abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: potencialidades para o cuidado do enfermeiro desenvolvida pelas Sra. Alessandra Cristina Ferreira Martins e Sra. Natália Rodrigues Mosca.

O motivo que nos leva a estudar a Sistematização da Assistência de Enfermagem com abordagem Familiar, é a necessidade de identificar as demandas da família, levando em consideração seus simbolismos, organização, dinâmica, inserção social e demais especificidades. A disciplina de AB (Atenção Básica) da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) formulou um instrumento pedagógico de sistematização do cuidado de enfermagem à família, que vem sendo utilizado junto aos estudantes de graduação e precisa ser aplicado às famílias, pelos profissionais enfermeiros para testar sua potencialidade. O objetivo desse estudo é testar as potencialidades e limites de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem à família na APS.

Sua participação nesta pesquisa limitar-se-á a participação de duas oficinas (inicial e final) e aplicação do Instrumento de Apoio para Elaboração do Projeto de Cuidado à Família em duas famílias assistidas por você, durante sua rotina de atendimento e o preenchimento do diário de campo. Sua participação trará como benefício, a adaptação de um instrumento que auxiliará os enfermeiros na elaboração da SAE familiar, qualificando o cuidado para as famílias que são atendidas pela ESF.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis alterações na rotina do trabalho para a aplicação do instrumento proposto.

Após ser esclarecido (a) sobre essas informações, e no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá assinar as duas vias deste documento. Uma delas será destinada a você e a outra as pesquisadoras responsáveis. Todas as páginas deverão ser rubricadas.

As oficinas serão realizadas em uma Unidade Básica de Saúde do território de fácil acesso a todos os participantes, durante o horário de trabalho, com a

autorização do gestor da unidade de origem de cada participante. Caso tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, será ressarcido pelas pesquisadoras.

Você tem direito a garantia de indenização caso sejam comprovados danos recorrentes da participação da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas. As principais pesquisadoras são a Sra. Alessandra Cristina Ferreira Martins que pode ser encontrada no endereço Rua Antonio de Barros, 2650, Tatuapé – SP, Telefone: (11) 99581-4185 e-mail: acristina@usp.br e a Sra. Natália Rodrigues Mosca que pode ser encontrada no endereço Estrada do Capuava, 4117 – Cotia – SP. Telefone: (11) 99363-1694 e-mail: natalia.rm@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Data...../...../.....

APÊNDICE V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FAMÍLIA

Convidamos o Sr. (a) a participar da pesquisa intitulada “Instrumento para a abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: potencialidades para o cuidado do enfermeiro desenvolvida pelas Sra. Alessandra Cristina Ferreira Martins e Sra. Natália Rodrigues Mosca.

O motivo que nos leva a estudar a Sistematização da Assistência de Enfermagem com abordagem Familiar, é a necessidade de identificar as demandas da família, levando em consideração seus simbolismos, organização, dinâmica, inserção social e demais especificidades. A disciplina de AB (Atenção Básica) da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) formulou um instrumento pedagógico de sistematização do cuidado de enfermagem à família, que vem sendo utilizado junto aos estudantes de graduação e precisa ser aplicado às famílias, pelos profissionais enfermeiros para testar sua potencialidade. O objetivo desse estudo é testar as potencialidades e limites de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem à família na APS.

Sua participação nesta pesquisa limitar-se-á a responder um Instrumento de Apoio para Elaboração do Projeto de Cuidado à Família, que será testado com o objetivo de identificar a percepção dos enfermeiros em relação a reconhecer as necessidades de saúde da sua família.

Sua participação é voluntária, caso não deseje participar desta pesquisa, não haverá nenhum prejuízo em relação à assistência prestada a você e sua família.

O tempo estimado para resposta do instrumento é de aproximadamente 15 minutos. Seus dados serão preservados e não serão utilizados.

Após ser esclarecido (a) sobre essas informações, e no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá assinar as duas vias deste documento. Uma delas será destinada a você e a outra as pesquisadoras responsáveis. Todas as páginas deverão ser rubricadas.

Você tem direito a garantia de indenização caso sejam comprovados danos recorrentes da participação da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas. As principais

pesquisadoras são a Sra. Alessandra Cristina Ferreira Martins que pode de ser encontrada no endereço Rua Antonio de Barros, 2650, Tatuapé – SP, Telefone: (11) 99581-4185 e-mail: acristina@usp.br e a Sra. Natália Rodrigues Mosca que pode ser encontrada no endereço Estrada do Capuava, 4117 – Cotia – SP. Telefone: (11) 99363-1694 e-mail: natalia.rm@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br










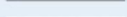



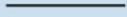



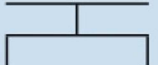
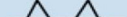




Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

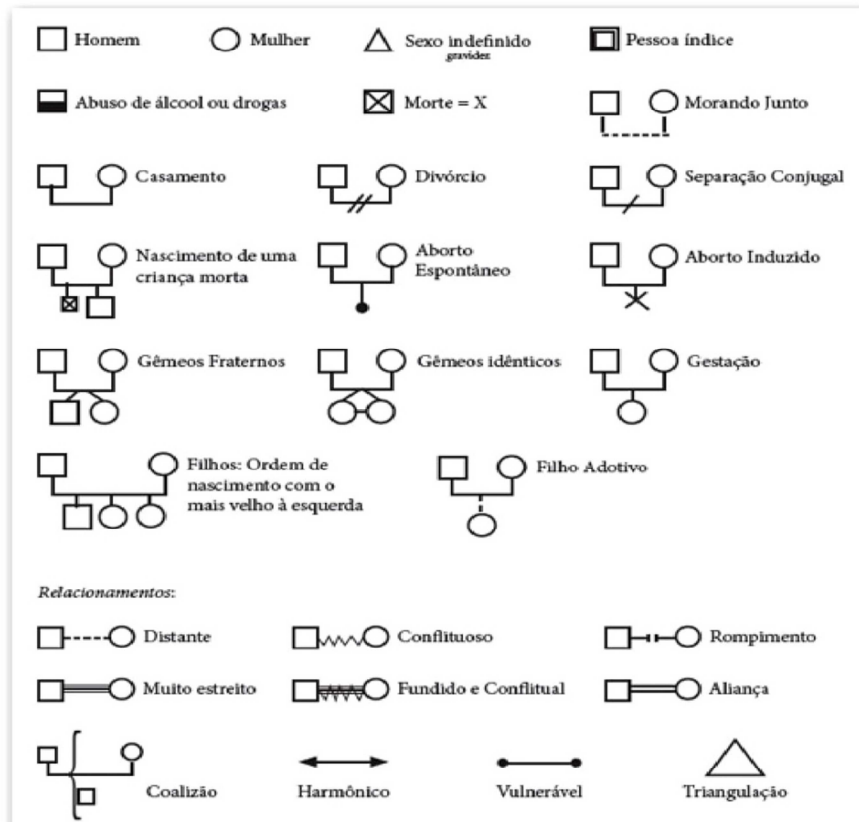
Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Data...../...../.....

MATERIAL DE APOIO

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO	 	LIGAÇÃO SAGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO SAGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ	 	LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO	  	LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO	 	SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	



CHAPADEIRO C.A.; OKANO H. Y. S. A; ARAÚJO M. R.N. A família como foco da atenção primária à saúde. Versão Preliminar. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. P. 59-87. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>

MENDES E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

***MATERIAL DE APOIO 1**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - NANDA
Papéis do cuidador
Disposição para paternidade ou maternidade Melhorada
Paternidade ou maternidade prejudicada
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada
Tensão do papel de cuidador
Risco de tensão do papel de cuidador
Relações Familiares
Processos familiares disfuncionais
Processos familiares interrompidos
Disposição para processos familiares melhorados
Risco de vínculo prejudicado
Desempenho de papéis
Conflito no papel de pai/mãe
Desempenho de papel ineficaz
Interação social prejudicada
Relacionamento ineficaz
Risco de relacionamento ineficaz
Disposição para relacionamento melhorado

Fonte: North American Nursing Diagnoses Association – NANDA 2018-2020

****MATERIAL DE APOIO 2**

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - CIAP2
Z01 Pobreza/problemas econômicos
Z02 Problemas relacionados a água/alimentação
Z03 Problemas de habitação/vizinhança
Z04 Problema sócio cultural
Z05 Problemas com condições de trabalho
Z06 Problemas de desemprego
Z07 Problemas relacionados com educação
Z08 Problema relacionado com o sistema de segurança social
Z09 Problema de ordem legal
Z10 Problema relacionado ao sistema de saúde
Z11 Problema relacionado com estar doente
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal
Z13 Problema comportamental do parceiro/companheiro
Z14 Problema por doença do parceiro/companheiro
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro
Z16 Problema de relacionamento com criança
Z18 Problema com criança doente
Z19 Perda ou falecimento de criança
Z20 Problema de relacionamento com familiares
Z21 Problema comportamental de familiar
Z22 Problema por doença familiar
Z23 Perda/falecimento de familiar
Z27 Medo de problema social
Z29 Problema social NE

Fonte: Classificação Internacional de Atenção Primária (ciap 2) - 2009 ****MATERIAL DE APOIO 2**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - CIPESC
Diagnósticos relacionados ao trabalho
Desgaste no trabalho decorrente de:
Exposição a riscos
Assédio Moral
Sobrecarga
Carga de trabalho excessiva
Instabilidade no trabalho (falta de registro em carteira)
Acidente de trabalho
Tempo gasto no percurso
Diagnósticos relacionados à situação de vida
Desgaste na vida decorrente de:
Habitação precária (construção em madeira, material aproveitado, sem acabamento)
Falta de acesso a serviços públicos de saneamento
Exposição a riscos no bairro (contaminação, contato com vetores, violência, envolvimento com problemas de tráfico de drogas)
Falta de atividades de lazer
Diagnósticos relacionados ao processo saúde-doença
Relacionamento familiar conflituoso
Apoio familiar prejudicado
Vínculo familiar ausente
Relacionamento familiar restabelecido
Relacionamento interpessoal comprometido
Vínculo mãe e filho comprometido
Vínculo mãe e filho preservado
Risco para violência doméstica
Atividade recreativa deficiente
Violência à mulher
Abuso sexual

Fonte: Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC
(file:///C:/Users/natal/Downloads/CIPESC_DIAGNOSTICOS%20(1).PDF ****MATERIAL DE APOIO 2**)

Necessidades de saúde de indivíduos e coletividades	Significados
Necessidades de boas condições de vida	Boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão.
Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença	Ser sujeito de direitos e cidadão, ser igual, ser normal, ser respeitado em suas necessidades "especiais", ser incluído.
Garantias de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida.
Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (construção do sujeito)	Ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento "operar" seu próprio modo de andar na vida.

Fonte: Matsumoto, Cecílio, 2006, adaptado por Merhy ****MATERIAL DE APOIO 3**